Supplemento monografico Sanità 4.0

MONOGRAFIA

PIANO DI RIPRESA E RESILIENZA

UN'OPPORTUNITA' PER IL SISTEMA SALUTE ITALIANO: PROGETTI, IDEE, INNOVAZIONI PER UN SSN PIU' VICINO ALLE PERSONE

SANITÀ 4.0
LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO

PUBBLICAZIONE DEI FORUM DI FEDERSANITÀ
CONFEDERAZIONE FEDERSANITÀ ANCI REGIONALI

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

DIREZIONE EDITORIALE
Flavio Boraso
Gian Paolo Zanetta

DIRETTORE RESPONSABILE
Claudio Risso

REDAZIONE
Teresa Bonacci
Marzia Sandroni

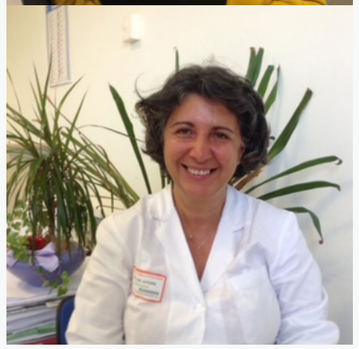
PUBBLICITÀ
FDDI Consulting

PROGETTO GRAFICO
Verso Itaca

SANITÀ 4.0 È REALIZZATO IN COLLABORAZIONE CON
sham

INTRODUZIONE

a cura di
Tiziana Frittelli - Presidente Federsanità ANCI
e
Lucia Mitello - Coordinatrice del forum delle Professioni Sanitarie ANCI



Il nuovo numero Monografico della rivista Sanità 4.0, ci ha visto impegnati nel disegnare modelli, strumenti, innovazioni tecnologiche per l'implementazione della **Missione 6 del PNRR**. La missione 6 del PNRR riguarda la salute e intende indirizzare *"risorse per il rafforzamento della resilienza e della tempestività di risposta del Sistema Sanitario Nazionale alle patologie infettive emergenti gravate da alta morbilità e mortalità, nonché ad altre emergenze sanitarie"*. L'emergenza epidemiologica ha reso evidenti alcune criticità clinico-assistenziali che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

La pandemia da Covid-19 se da una parte ha messo in evidenza il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale, dall'altro ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici: differenze territoriali nell'erogazione dei servizi, scarsa integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali, tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni, una inadeguata capacità di messa a sistema di strategie sinergiche per la risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari. L'esperienza della pandemia ha inoltre evidenziato l'importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema.

Un significativo sforzo come quello del PNRR in termini di riforme e investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese. Una larga parte delle risorse, infatti, è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, a promuovere la ricerca e l'innovazione e allo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale.

Alla Salute è quindi dedicata la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Il Piano stanzia 15,63 miliardi in totale per le due componenti della Missione e pone l'approccio **"One-Health"** come riferimento per una riforma che definisca un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. Il paradigma One Health vuol dire riconoscere che la salute delle persone e dell'ecosistema sono legate indissolubilmente e che servono approcci e sforzi globali per "progettare e implementare programmi, politiche,

norme e ricerche in cui diversi settori cooperino per raggiungere migliori risultati per la salute pubblica" (WHO). Oggi la realizzazione di tale paradigma deve necessariamente passare attraverso l'uso competente e consapevole della leva digitale *(FONTE: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).*

Il PNRR prevede, per sostenere le reti di prossimità, le strutture, la telemedicina diverse attività:

- **Un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione** in ambito sanitario, ambientale e climatico attraverso un approccio *ONE Health;*
- **l'istituzione di Case della Comunità** (CdC) per le prestazioni sul territorio in ambito sociosanitario (la presa in carico della persona è il progetto da realizzare nelle CdC, questo consentirà di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici);
- **un modello condiviso di assistenza domiciliare** per l'erogazione delle cure: **"casa come primo luogo di cura"** e telemedicina. L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. l'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. I servizi di telemedicina, contribuendo ad affrontare le principali sfide del SSN, rappresentano un formidabile mezzo per: contribuire a ridurre gli attuali divari geografici; garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti; migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto;
- l'attivazione di 602 **Centrali operative Territoriali (COT),** una in ogni Distretto, con l'obiettivo di coordinare i servizi domiciliari con i servizi sanitari, gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza;
- il potenziamento delle strutture per l'erogazione delle cure intermedie: **Ospedali di Comunità (OdC).** L'investimento mira entro la metà del 2026 al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia a livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di 381 Ospedali di Comunità. E' stato previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale;
- sistemi informativi per i dati clinici in real time: innovazione, ricerca e **digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.** Come scritto nel Piano "le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale";

- l'identificazione di un **modello organizzativo della rete di assistenza territoriale** attraverso la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale;
- **aggiornamento tecnologico e digitale:** ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, sostituzione di apparecchiature, rinnovamento della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, ammodernamento dei Pronto Soccorso e l'incremento del numero dei mezzi per i trasporti sanitari secondari, investimenti per un ospedale sicuro e sostenibile sino a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica.

La rete del Forum delle Professioni Sanitarie di Federsanità ANCI ha come obiettivo di contribuire con progetti specifici, curati dai professionisti del sistema salute del Paese, da proporre alle Regioni, alle Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie Pubbliche e Private. Il contributo che presentiamo va in questa direzione. S'intende, infatti, attraverso i vari contributi diffondere le idee, le start up, le azioni messe in atto per rispondere alla crisi pandemica e alla conseguente crescente richiesta di nuove tecnologie che consentano ai cittadini di fruire delle competenze di professionisti della salute in prossimità della propria **casa come primo luogo di cura** (telemedicina, telenursing, telemonitoraggio, teleriabilitazione, teleconsulto, domotica, digitalizzazione ecc.) e di strutture sanitarie di prevenzione, cura e assistenza diversi dagli ospedali per acuzie e che tengano in particolare conto delle persone vulnerabili e disabili. Si tratta di un impulso inedito d'innovazioni nel SSN. E' necessario però che oltre ai nuovi modelli si inizi a discutere degli standard di riferimento a partire dai servizi da attivare, dalle specificità delle singole famiglie professionali, dalla definizione di uno skill-mix per setting assistenziale. Non si può prescindere dalla ridefinizione dell'impianto formativo sia universitario che regionale e aziendale.

E' fondamentale ridefinire i ruoli e le responsabilità dei professionisti tenendo conto della funzione prevelante che, per molti setting è quella assistenziale. E' necessario un framework strutturato su diverse direzioni che riconosca come improrogabile il riconoscimento delle competenze attuali delle professioni sanitarie, la loro espansione sia clinica che organizzativa, verso la prescrizione autonoma e la pratica avanzata per la professione infermieristica e ostetrica, per fare un esempio concreto.

Federsanità-ANCI attraverso un documento congiunto con vari esponenti della formazione e della sanità pubblica e privata, ha proposto nuovi modelli organizzativi, norme, innovazioni che possano rappresentare, insieme al PNRR, una reale chiave di volta per la sanità italiana. Di seguito una sintesi del documento che affronta il tema delle risorse umane nel SSN, le riflessioni gli spunti e le idee per una nuova governance, per la valorizzazione del personale, per dimostrare che solo con azioni diversificate è possibile trovare le giuste soluzioni ai problemi emergenti.

Il documento parte dall'ipotesi che la pandemia da SARS COV2 ha messo la sanità mondiale di fronte alle sue contraddizioni e alle sue inefficienze, ma gli ha anche consentito, in una situazione eccezionale e mai vista prima, di potenziare e utilizzare al meglio quanto costruito finora in termini di buone pratiche e buona organizzazione. Ha posto al centro il personale ovvero il fattore produttivo più importante del sistema salute e ha evidenziato come in una situazione così

difficile ha dimostrato di essere estremamente resiliente e in grado di fare la differenza in merito alle tutela della salute.

Le assunzioni straordinarie però rischiano senza un intervento di sistema di replicare vecchi modelli organizzativi che non possono soddisfare i cambiamenti che la storia ci impone.

In altri termini con il PNRR che sostiene economicamente i cambiamenti che si vogliono realizzare, è necessario che tutti gli attori coinvolti si mettano in gioco per contribuire al reale cambio di passo.

La sfida è quella di riuscire a orientare i comportamenti in sanità dove vi è un'alta intensità di lavoro (labour intensive), e un'elevata qualificazione professionale (brain intensive). Riuscire a mobilitare un potenziale finora sottovalutato sarà, un'occasione straordinaria di espansione di competenze e trasformazione dei servizi i cui risultati dipenderanno dalle condizioni in cui le persone si troveranno a operare.

Le proposte del documento si fondano sulla certezza che la valorizzazione del personale e una riforma della governance siano le pre- condizioni necessarie per il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale. I due soggetti da cui partire per un rinnovo del sistema sono il top management che ha la responsabilità dei processi decisionali e organizzativi e i professionisti che intervengo nei processi di cura e assistenza.

In questo ambito, Federsanità ANCI propone interventi nelle seguenti aree di cambiamento nonchè ipotesi su cui costruire le cure primarie e il futuro della medicina generale:

1. Intervenire sul contesto in cui opera il management, contrastando le spinte verso un "management difensivo", rafforzando i meccanismi di incentivazione e investendo su formazione e selezione. Revisione del sistema delle responsabilità: deve emergere, con maggiore forza, il profilo dei risultati ottenuti e deve essere ripensato il sistema dei controlli/vincoli da cui originano i rischi. Nuove modalità che incentivino i risultati: si suggerisce di valorizzare politicamente, istituzionalmente e nella cultura del gruppo pubblico regionale i risultati conseguiti dal management nelle dimensioni rilevanti: impatti in termini di salute, impatti economici, sviluppo della capacity (adeguatezza delle strutture di governo in termini dimensionali) e della competence (capacità manageriali) dell'Azienda, innovazione dei servizi e delle infrastrutture. Proprio in riferimento a quanto sopra illustrato va fatta una riflessione seria sull'adeguamento delle retribuzioni per le direzioni strategiche: le retribuzioni del top management devono essere proporzionate alle responsabilità assunte, stabilite in funzione del rischio e della complessità delle diverse realtà aziendali, lasciando alle Regioni piena autonomia in merito, (avendo ad esempio riguardo, in termini comparativi, alle retribuzioni attualmente previste per i direttori generali dei Ministeri). Tali retribuzioni oggi, infatti, sono ferme a quanto stabilito con DPCM del 2001, non sono correlate alle accresciute dimensioni medie delle aziende del SSN e non risultano economicamente competitive, essendo i salari inferiori del 50% rispetto a ruoli analoghi nel settore sanitario privato. Intervenire sulla selezione e formazione del management: per avere persone dai profili sempre più coerenti e maggiormente adeguati rispetto alle caratteristiche necessarie per un manager di azienda sanitaria pubblica. In tale direzione si suggerisce altresì di modificare i criteri e i processi di costruzione degli albi, basandosi sulle competenze ed esperienze sostanziali dei candidati, sull'assessment del potenziale, sui risultati da loro raggiunti, eliminando ogni vincolo formale incapace di cogliere le reali capacità e attitudini manageriali. Non possono non essere richiamate, infine, quale strumento utile ai fini della formazione, le opportunità fornite in tal senso dal PNRR. A cominciare dal nuovo modello di "formatore", un professionista dell'apprendimento cioè, che sappia gestire l'intervento di formazione, "illustrando la teoria" ma anche "applicando la teoria" alle situazioni lavorative di tutti i giorni; che abbia competenze sul processo formativo (dall'analisi dei fabbisogni all'ascolto delle esigenze della committenza, dalla progettazione alla valutazione e

all'analisi d'impatto); che abbia infine, competenze trasversali, che vanno dalla capacità di saper comunicare, ormai anche sulle piattaforme online alla flessibilità nel gestire l'aula in cui opera. E' necessaria una formazione di qualità, per la quale non servono solo tutor e docenti ma anche content creator, experience designer, project manager, facilitatori. E conseguentemente è fondamentale definire percorsi di formazione e aggiornamento rivolti al middle e al top management, professionisti cioè che spesso si aggiornano sulle aree disciplinari ma non su processi, metodologie e strumenti. Ci si dovrebbe concentrare altresì sulle competenze organizzative e trasversali al fine di acquisire/perfezionare le Cultural Change skills (semplificazione; innovazione; gestione del cambiamento; co-progettazione; flessibilità; orientamento agli obiettivi; negoziazione; time management; inclusion e diversity; ...); le Management skills (program and project management; progettazione, gestione, monitoraggio e rendicontazione; planning and control; performance and risk management; human and financial resources management; leadership e gestione dei team; policy design,....) e le Soft skills (negoziazione; gestione del conflitto; problem solving and problem setting; orientamento strategico; gestione della complessità ...). Investire in formazione di qualità è una opportunità strategica per la PA e il suo personale se non vogliamo perdere la chance del desiderato e prospettato cambiamento.

2. Affrontare la questione professionale: È opportuno intervenire sul terreno dello skill mix change, rendendo possibile il pieno sfruttamento delle potenzialità delle professioni sanitarie, stimolando il loro riconoscimento e apprezzamento, sostenendone capacità e qualificazione. Nell'ambito degli interventi da porre in essere per stimolare un reale investimento sulle professioni sanitarie, comprese quelle mediche, le seguenti iniziative paiono particolarmente importanti:

- Costruire per tutti i profili sanitari le condizioni per riconoscimenti e carriere professionali. Se le professioni sanitarie e la loro evoluzione rappresentano una risposta a molti dei problemi del SSN, tale possibilità potrà trovare concreta realizzazione nella misura in cui i professionisti saranno portati a investire sulle loro specifiche competenze e abilità. A oggi le possibilità di progressione sono quasi esclusivamente legate alla assunzione di responsabilità gestionali, mentre sul piano professionale esistono scarse possibilità di differenziazione sia in senso verticale (passaggio di funzioni) che orizzontale (incrementi stipendiali a parità di funzione). Si tratta, ad esempio, e come in parte già avviene per la componente medica, di riconoscere livelli diversi di competenze e a questi agganciare sistemi di ricompensa sufficientemente differenziati. La strutturazione e il rafforzamento di uno spazio per la crescita professionale potrebbe anche aiutare i processi di selezione dei professionisti più vocati per le responsabilità gestionali.

- Definire contratti dove i ruoli professionali apicali possano godere di uguali potenzialità salariali e di carriera dei ruoli dirigenziali gestionali. Consentire alle Regioni - pur mantenendo a livello nazionale la definizione dei contratti di lavoro del personale del SSN - di definire una percentuale del monte salari da impiegare liberamente nelle Aziende sanitarie per differenziazioni salariali su profili "critici", anche relativamente alla dislocazione territoriale (es aree interne e di provincia). In questo senso è urgente e non più rinviabile un forte investimento sui fondi contrattuali, che finanzino le parti variabili degli stipendi, (i premi di risultato, la produttività ed il sistema degli incarichi (storicamente immotivatamente difformi tra loro a livello regionale e aziendale).

- Intervenire sul ruolo della Medicina Generale all'interno delle Aziende: in particolare, si ritiene che l'organizzazione dei servizi sia compito precipuo delle Aziende sanitarie. La strutturazione del compenso dei MMG quindi deve avere una parte prevalente legata a obiettivi. Va riconsiderato inoltre il tema del ruolo unico di tutte le figure attualmente convenzionate presenti nell'ACN (MMG, medici di continuità assistenziale, medici dell'emergenza territoriale, medici della medicina dei servizi). Sostanzialmente sarebbe utile un complessivo riordino, a livello nazionale, delle cure primarie, al fine di realizzare una medicina territoriale adeguata al mutato quadro epidemiologico e demografico del paese.

3. Favorire la diffusione di logiche di gruppo regionale nella gestione del personale e al contempo rafforzare il ruolo e le capacità delle aziende. A livello regionale, si tratta di accompagnare, anche sul terreno della gestione del personale, la costruzione di logiche di gruppo e il rafforzamento delle funzioni di governo complessivo. E' necessario cioè introdurre nuovi modelli organizzativi, al fine di permettere alle Regioni di creare di tipologie di aziende coerenti con l'evoluzione del SSN. A livello di Aziende si tratta di operare in due direzioni distinte. La prima è quella della rimozione di alcuni vincoli che ostacolano la possibilità di reclutare in maniera efficiente le migliori risorse potenzialmente a disposizione del sistema. La seconda è quella del potenziamento delle possibilità e capacità delle aziende di orientare effettivamente le persone una volta che queste siano entrate a far parte della compagine aziendale. L'offerta di servizi alle aziende di una stessa Regione, individuando metodologie per il dimensionamento delle dotazioni di personale. A livello di Aziende, una prima direzione di intervento è quella relativa ad alcuni vincoli relativi che ostacolano efficienza ed efficacia dei processi di reclutamento, oltre a limitare la platea di riferimento. In tal senso sarebbe opportuno:

- Semplificare le procedure di reclutamento e al contempo aumentare gli spazi per una "discrezionalità controllata". L'emergenza generata dalla pandemia ha reso evidente l'esistenza di ampi spazi per lo snellimento delle procedure senza sostanziali controindicazioni in termini di trasparenza e imparzialità dei processi.

- Promuovere la mobilità da settore privato a settore pubblico, come meccanismo di "fertilizzazione incrociata" e di creazione di una "arena professionale" dinamica e competitiva.

- Le migliori risorse professionali sono attratte e tendono a spostarsi in via permanente nei territori con i sistemi sanitari più forti e nelle aree più urbanizzate del paese, contribuendo alla crescita dei differenziali di competenze e di livelli di servizio, tra aree diverse dello stesso territorio regionale. Per esercitare pienamente il loro ruolo le Aziende dovrebbero essere in grado, di istituire e promuovere sistemi di incentivi economici (dedicando una quota del monte salari) e professionali (percorsi più rapidi di sviluppo di carriera).

Una seconda direzione di intervento guarda alla capacità delle Aziende di gestire il patrimonio di forze e professionalità di cui dispongono. Si tratta, in altre parole, di:

- sostenere investimenti organizzativi per ottenere quantità e qualità di Risorse Umane coerenti con le dimensioni e la complessità delle Aziende sanitarie.
- Aumentare i gradi di autonomia e responsabilità delle Aziende su retribuzione e carriere. Da questo punto di vista è necessario un impegno di sistema affinché settori oggi solo potenziali possano tradursi in effettive opportunità di azione.
- Progettare forme organizzative completamente nuove mettendo assieme tutte le risorse: MMG, personale dipendente, farmacie, Comuni e volontariato. Sperimentare nuove forme di rapporti lavorativi, una sorta di "ruolo unico" in cui la distinzione contrattuale tra medico di medicina generale e medico di continuità assistenziale sia superata. Si ritiene anche utile anche attivare équipes itineranti multidisciplinari, nonché potenziare forme di telemedicina.
- Costruire un percorso specialistico universitario sulle cure primarie che metta insieme le necessarie competenze cliniche indirizzandole però all'assistenza a domicilio e nella comunità. Sviluppare iniziative aziendali obbligatorie di formazione congiunta tra Medici e professioni sanitarie della dipendenza e MMG al fine costruire una cultura comune, sia pure con forme di collaborazione diversa, orientata esclusivamente all'assistenza al cittadino. (Documento: "Le Risorse umane nel SSN: riflessioni, spunti e idee per una nuova governance e per la valorizzazione del personale" , T. Frittelli Federsanità ANCI, F. Moirano Fucina Sanità, F. Longo SDA Bocconi, F. Spandonaro Università di Roma "Tor Vergata", A. De Negri KPMG, D. Grimaldi esperto Federsanità, M. Branca Dirigente ARAN, G. Simon DS Centro Progetto Spilimbergo).

La pandemia può essere veramente una grande opportunità perchè ci ha mostrato come in certe situazioni il pensiero collettivo è indispensabile e possibile e il Documento può rappresentare la base da cui partire per la messa a terra operativa del PNRR.

La transizione informatica prevista dagli investimenti del PNRR, è una grande opportunità. Un'occasione per ridurre gli attuali gap territoriali del Paese, e potrà rappresentare un modo per collocarsi in sanità nella competizione culturale internazionale. La sanità circolare deve rimanere l'obiettivo nel quale collocare la riorganizzazione del SSN, rendendo questo processo stabile e sostenibile.

Il PNRR è un grande progetto di investimenti pubblici a vari livelli, i benefici derivanti da questi investimenti in sanità contribuiranno a rendere le cure più accessibili e sicure. Le riforme del PNRR sono una grande occasione, ma dovranno essere collegate agli esiti per la salute. E' un investimento per cambiare l'attuale paradigma a favore dell'innovazione e della scienza. I rapidi

mutamenti tecnologici e la rivoluzione digitale pongono inoltre la questione di una ridefinizione dei modelli organizzativi per garantire una migliore qualità di vita dei professionisti.

Tale approccio che riforma il SSN nell'ottica di prossimità è la chiave per una generale riprogettazione della cura che consente una serie di azioni coerenti e prioritarie che possono realizzare una rapida evoluzione verso un sistema integrato e digitalizzato, fondato sulle esigenze di assistenza e cura della persona, adattabile al cambiamento della richiesta di salute da parte delle persone, nel quale i processi clinico-assistenziali, la prevenzione, gli stili di vita, le scelte alimentari e la sostenibilità ambientale siano tra loro interconnessi.

La prima chiave quindi è la valorizzazione del personale sanitario, e la strategia più estesa è incentrata sui principi universali di prossimità, innovazione e uguaglianza. Con i progetti del PNRR, si possono realizzare le condizioni per superare inaccettabili divari regionali, promuovere le best practice, riorganizzare i servizi sanitari partendo dai bisogni di salute delle persone e dei territori. La strategia generale tracciata dai progetti che seguiranno è quella del PNRR in tema di salute: uniformare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese, aumentare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, promuovere la ricerca e l'innovazione e lo sviluppo di competenze tecnico- professionale, digitale e manageriali del personale, sviluppo di nuovi modelli organizzativi e di cura. I lavori che presentiamo hanno tutti gli ingredienti per lo sviluppo di una salute globale e digitale. I temi riconosciuti come centrali e inseriti nella progettazione dei vari contributi delle varie regioni si riferiscono a un cambiamento culturale di tutti gli attori per affrontare un cambio di modello di cura; competenze digitali di medici, infermieri, tecnici e pazienti, ma anche nuove capacità relazionali; garanzia di uniformità di accesso, superamento di frammentazioni e disparità; dati scambiati in formato digitale, superando la logica a silos; evoluzione dei processi, competenze e modelli di cura. I risultati ottenuti dai progetti di successo dovranno essere misurati principalmente rispetto ai benefici che porteranno al SSN.

E' di questi giorni la grave crisi umanitaria determinata dalla guerra in Ucraina che sta mettendo in discussione le previsioni economiche fin qui descritte. Sapevamo che per la messa a terra del PNRR e per l'attuazione dei progetti servivano le riforme che i governi dei vari stati europei iniziavano a varare, ma l'attuale crisi economica non era certo messa in conto. Il rischio è di retrocedere e avere delle battute d'arresto verso, per esempio, la transizione ecologica messa in campo dal piano. E' il momento di capire se e come i soggetti attuatori del complesso Piano di ripresa e resilienza siano in grado di trainare la fase applicativa che sicuramente è quella più difficile. Quello che auspichiamo è che i progetti messi in campo dal basso possano avere seguito perché sono "pensati" da coloro che sperimentano ogni giorno modelli, organizzazione, idee, competenze.

Indice

Abruzzo... 11

Emilia Romagna 25

Lazio 38

Liguria 113

Lombardia... 124

Marche 144

Piemonte 157

Puglia..... 165

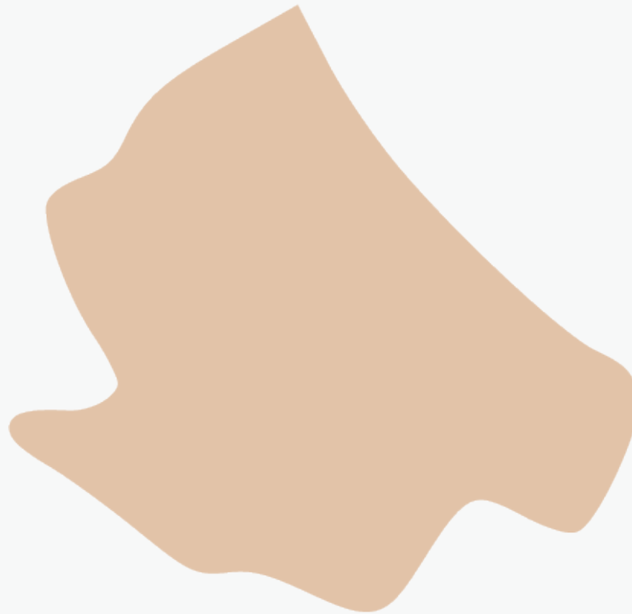
Sardegna..... 170

Toscana 185

Umbria..... 202

ABRUZZO

Da Dott. Giovanni Muttillo Dirigente delle Professioni Sanitarie ASL Teramo, Direttore Attività Didattiche Professionalizzanti C.d.L, in Infermieristica Università degli studi dell'Aquila ASL Teramo



1 L'apprendimento clinico nell'emergenza Covid-19: riprogettazione del tirocinio clinico del Corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi dell'Aquila sede ASL Teramo

UNITA' OPERATIVA

Direzione Professioni Sanitarie – Corso di Laurea in Infermieristica UNIVAQ ASL TE

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
GIOVANNI MUTTILLO	Dirigente delle Professioni Sanitarie Asl Teramo- Direttore Attività Didattiche Professionalizzanti Corso di Laure in Infermieristica Università degli studi dell'Aquila ASL Teramo	giovanni.muttillo@aslteramo.it
FATIMA PARRAVANO	Incarico complessità organizzativa Dipartimento Oncologico- Tutor didattico secondo anno Corso di Laurea in Infermieristica Università degli studi dell'Aquila ASL Teramo	fatima.parravano@aslteramo.it
MAURIZIO BRUCCHI	Direttore Sanitario Asl Teramo	maurizio.brucchi@aslteramo.it
EMANUELA ZENOBI	Coordinatore infermieristico Hospice Rete Cure Palliative ASL Teramo	emanuela.zenobi@aslteramo.it
NANNO CLAUDIA	Tutor didattico primo anno Corso di Laurea in Infermieristica Università degli studi dell'Aquila ASL Teramo	claudia.nanno@aslteramo.it
FABRIZIO SCLOCCHINI	Tutor didattico terzo anno Corso di Laurea in Infermieristica Università degli studi dell'Aquila ASL Teramo	fabrizio.sclocchini@aslteramo.it
CONSORTI ANNALISA	CPS Infermiera U.O.C. Formazione e Qualità CdL in Infermieristica Università degli studi dell'Aquila ASL Teramo	annalisa.consorti@aslteramo.it
GUIDO ANGELI	Dirigente Medico di Presidio P.O. Teramo	guido.angeli@aslteramo.it
MANUELA DI VIRGILIO	Dirigente Medico di Presidio P.O. Teramo	manuela.divirgilio@aslteramo.it
GIANDOMENICO PINTO	Direttore U.O.C. Area Distrettuale Adriatico ASL Teramo	giandomenico.pinto@aslteramo.it
GLAUCO APPICCIAFUOCO	Dirigente Medico ASL Teramo	glauco.appicciafuoco@aslteramo.it

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
VALERIO PROFETA	Direttore Dipartimento Assistenziale territoriale ASL Teramo	valerio.profeta@aslteramo.it
CRISTINA PETRUCCI	Presidente Corso di Laurea in Infermieristica Università degli studi dell'Aquila	cristina.petrucci@cc.univaq.it
LORETO LANCIA	Presidente Corso Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche Università degli studi dell'Aquila	loreto.lancia@cc.univaq.it
BATTISTA PISCIAROLI	Coordinatore infermieristico Malattie infettive e Pneumologia ASL Teramo	battista.pisciaroli@aslteramo.it
ALESSANDRA ULIAN	CPS Infermiera ASL Teramo	alessandra.ulian@aslteramo.it
MASSIMO DE MARTINIS	Presidente Corso di Laurea in Infermieristica Università degli studi dell'Aquila ASL Teramo	massimo.demartinis@cc.univaq.it
CHIARA DI SCIASCIO	Dirigente farmacista ASL Teramo	chiara.disciascio@aslteramo.it
DIMITRIOS KALIAKOUDAS	Responsabile U.O.S.D. Assistenza consultoriale ASL Teramo	dimitrios.kaliakoudas@aslteramo.it
AZIENDA	**REGIONE**	
ASL DI TERAMO	ABRUZZO	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		X

ABSTRACT

Lo scenario pandemico da Covid-19 ha caratterizzato gli ultimi due anni dell'attività sanitaria ridisegnando tutti i setting assistenziali ospedalieri e territoriali, facendo emergere fortemente la necessità di implementare modelli organizzativi in grado di rispondere in modo univoco e urgente ai bisogni dei cittadini. La Asl di Teramo a partire dalla prima fase della pandemia, tra le rimodulazioni organizzative avviate, ha istituito con la Direzione delle Professioni Sanitarie gli **ambulatori a gestione infermieristica** sia negli ospedali che sulla vasta area territoriale della provincia per l'effettuazione delle attività dei *Tamponi per la ricerca del SarS CoV-2, Hub Vaccinali e un centro di Sorveglianza Sanitaria per le attività di Contact Tracing e Tracciamento.* Pertanto la pandemia da COVID-19 ha richiesto una profonda riorganizzazione anche della didattica a tutti i livelli, tanto che il Corso di Laurea CdL in Infermieristica si è trovato a dover riprogettare oltre alla formazione in aula spesso sostituita da quella a distanza, anche le modalità di apprendimento dei tirocini clinici, garantendo comunque il massimo raggiungimento possibile degli obiettivi formativi.

E' utile considerare come l'apprendimento clinico-assistenziale nella formazione infermieristica rivesta un aspetto fondamentale in coerenza con il mandato del D.M. 14 settembre 1994, n. 739 che all'art. 1 definisce l'Infermiere come colui che *"è responsabile dell'assistenza generale infermieristica e nell'espletamento delle proprie funzioni identifica i bisogni della persona e della comunità, pianificando, gestendo e valutando l'intervento assistenziale"*. Quindi gli Ordinamenti didattici non possono prescindere dal trasmettere competenze di pianificazione assistenziale sia sul piano teorico che pratico, tali da inserire in sicurezza gli studenti del CdL in Infermieristica nei nuovi setting assistenziali, rimodulati con nuovi modelli organizzativi funzionali alla gestione dell'emergenza pandemica da COVID-19. La riprogettazione del Tirocinio Clinico è stata finalizzata ad integrare le attività di tirocinio on line con esperienze contestualizzate, garantendo da una parte un percorso di apprendimento in linea con gli obiettivi didattici di sede di Corso e dall'altra nel rispetto delle norme anti covid-19, assicurare lo sviluppo di:

- capacità di riflessione;
- pensiero critico e ragionamento clinico in attività innovative;
- collegamento della teoria alla pratica, trasformando attraverso la riflessione, le dimensioni che derivano dall'esperienza in apprendimenti significativi e profondi.

L'esperienza sul campo, ad integrazione di quella on line costituita dall'analisi di casi clinici costruiti ad hoc, ha permesso di sviluppare negli studenti un pensiero critico sul ruolo e funzioni degli operatori sanitari in un periodo emergenziali ed acquisire skill fondamentali per il processo decisionale. Il percorso formativo si e' proposto come una sfida ed un'opportunità per lo sviluppo del pensiero critico frutto di un percorso di apprendimento che si rafforza con l'esperienza. Gli studenti guidati dagli infermieri tutor hanno sviluppato, attraverso valutazioni circostanziate, ciò che è importante per la persona assistita soprattutto a fronte di situazioni cliniche inusuali, a volte a rapida evoluzione clinica – ad esplorare soluzioni alternative, ad assumere decisioni e comportamenti contestualizzate e personalizzate. La figura del tutor riveste un ruolo fondamentale nell'accompagnare il discente all'osservazione rigorosa delle misure preventive e protettive per la pandemia da COVID – 19, nell'esperienza, ma soprattutto nella formazione e strutturazione delle competenze professionalizzanti, come il ragionamento clinico che consentano di ottenere, esiti soddisfacenti in aderenza agli obiettivi di tirocinio clinico.

OBIETTIVO GENERALE

Lo scopo del progetto è quello di favorire la discussione e innescare riflessioni rispetto all'utilità di sperimentare l'inserimento degli studenti del 2° e 3° anno del CdL in Infermieristica, nei setting assistenziali ospedalieri e territoriali per il contenimento dell'emergenza COVID-19, salvaguardando il diritto alla salute, tutelando la sicurezza di pazienti, dei professionisti e degli studenti nei servizi sanitari.
Riprogettare i nuovi obiettivi di tirocinio negli ambienti clinici dei contesti pandemici e definire le nuove modalità di inserimento degli studenti, presuppone una pianificazione con un cambio di paradigma della cultura etica e professionale. Anche l'incremento dei contagi, colpendo numerosi operatori sanitari, ha imposto una rapida revisione della metodologia didattica e dei contenuti formativi, il loro livello di aggiornamento sulle conoscenze in tema di COVID-19, sulle misure protettive e preventive, sul controllo delle infezioni, sui percorsi "sporco – pulito" e sulla "vestizione-svestizione".

OBIETTIVI SPECIFICI

L'attività di tirocinio clinico ospedale-territoriale è stata cosi pianificata:

1. **fase formazione teorica - Corso Teorico Pratico "CORRETTO UTILIZZO DEI DPI - ADDESTRAMENTO VESTIZIONE / SVESTIZIONE ESECUZIONE TAMPONI SARS-CoV 2** avente come oggetto:
   - *vestizione/svestizione*, in presenza e on line con la visualizzazione dei video tutorial (realizzato in collaborazione con gli stesi studenti) disponibili sul sito aziendale. Quest'ultimi realizzati attraverso un'attenta analisi delle sequenze di vestizione e svestizione, ha permesso di avere un valido strumento operativo riproducibile in qualsiasi momento a sostegno degli studenti nell'acquisizione di conoscenze e abilità gestuali e comportamentali;
   - *procedura di esecuzione dei tamponi Sars coV-2 di tipo molecolare e antigenico*;
   - *vaccinazione anti covid-19* con particolare focus sulla tipologia dei vaccini, stoccaggio e conservazione, modalità di preparazione, somministrazione, farmacovigilanza e gestione degli eventi avversi.

2. **fase individuazione dei setting assistenziali ospedalieri e territoriali con relative skills:**
   - *ambulatori territoriali* per l'effettuazione dei tamponi per la ricerca SarS CoV-2. Le attività di tirocinio sono state focalizzate sull'effettuazione dei tamponi molecolari sia nei "drive-through o wolk-throu" organizzati su tutto il territoriale della provincia di Teramo sia nell'attività dei tamponi domiciliari. Ogni studente è stato affiancato ad un infermiere tutor che nel rispetto delle norme di protezione anti covid-19 ha assicurato la corretta esecuzione del tampone sia per tutte le fasce di età. Inoltre, sono state sviluppate nontechnical skills quali la gestione dello stress derivante dalla paura da contagio, il teamwork e la consapevolezza decisionale.
   - *Hub vaccinali ospedalieri e territoriali,* gli studenti sono stati inseriti sia nelle attività preliminari accoglienza degli utenti, di raccolta dati, acquisizione delle conoscenze relative alla tipologia di vaccino, modalità di diluizione, somministrazione ed infine gestione della sorveglianza post vaccino.
   - *Pronto Soccorso Ospedale Hub di Teramo* per l'esecuzione dei tamponi antigenici SarS CoV-2 per i pazienti che accedevano per prestazioni diagnostiche strumentali. Gli studenti hanno eseguito i tamponi antigenici rapidi con la l'affiancamento dell'infermiere tutor. Partecipavano alla compilazione della specifica modulistica. Nel caso di test antigenico positivo, si effettuava integrazione con test molecolare e si formalizzava il percorso dedicato per caso covid-19 +.
   - *Centro di sorveglianza sanitaria per le attività di contact tracing.* L'attività è stata incentrata sull'acquisizione di conoscenze in coerenza con le Linee Guida Ministeriali, con l'interpretazione

dei dati provenienti dal "Sistema di Sorveglianza Sanitaria Integrata e su Tracciamento di Ricerca e Gestione dei Contatti di un Caso Confermato Covid-19". Si è trattato di un'importante azione di sanità pubblica essenziale per contrastare l'epidemia in corso con l'accertamento dei casi +, e dei relativi "Contatti Stretti". Infatti, la procedura messa in atto ha permesso la tempestiva identificazione dei casi secondari ed interrompere cosi la catena di trasmissione.

- *Attività assistenziale in telemedicina.* Gli studenti attraverso un contatto telefonico diretto con la persona covid+, e una contestuale registrazione sul Sistema informatizzato Aziendale, identificavano i "contatti stretti" in coerenza con le indicazioni delle Linee Guida Ministeriali. In collaborazione con il personale dedicato promuovevano interventi di educazione sanitaria finalizzata alle principali azioni di prevenzione e protezione dal contagio soprattutto in riferimento al contesto familiare e lavorativo.

Le attività di tirocinio clinico sono state implementate da Gennaio 2021 e fino a marzo 2022. Sono stati impegnati nei i diversi setting assistenziali, a rotazione il seguente numero di studenti (tab.):

SETTING ASSISTENZIALI	N. STUDENTI SECONDO/TERZO ANNO
AMBULATORI TERRITORIALI	13
HUB VACCINALI	14
AMBULATORIO P.S.	12
SORVEGLIANZA SANITARIA (7 POSTAZIONI)	17

Le attività sono state svolte dal lunedì al sabato di mattina e pomeriggio e sono stati previsti corsi di formazione teorica di re-traning e affiancamento continuo con infermieri tutor, medici responsabili dei servizi di sorveglianza e negli hub vaccinali formazione e affiancamento anche con personale infermieristico e farmacisti afferenti al servizio di farmacia ospedaliera.

3. **fase debrifing con studenti - infermieri - tutor del CdL in Infermieristica**
   Al termine del periodo di tirocinio gli studenti effettuavano un debrifing insieme agli infermieri tutor universitari finalizzato a promuovere una riflessione attenta e una rielaborazione sull'esperienza di tirocinio con l'individuare punti di forza e punti di debolezza alla luce dell'esperienza professionalizzante vissuta.

RISULTATI ATTESI

L'inserimento nei setting assistenziali su base volontaria da parte degli stessi studenti, ha permesso di assicurare la continuità dell'attività di tirocinio clinico in presenza ed in sicurezza nonostante le fasi emergenziali da pandemia in corso. La singolare esperienza formativa professionalizzante, ha permesso agli studenti del secondo e terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi dell'Aquila e della sede di Teramo, di sviluppare capacità di apprendimento clinico in fase emergenziale in linea con gli obiettivi didattici. Dalle valutazioni di apprendimento clinico riscontrate dagli infermieri tutor e dai report descrittivi riportati dagli studenti, si è potuto constatare che la pianificazione delle attività di tirocinio in presenza ha consentito di raggiungere gli obiettivi formativi prefissati. Dall'analisi qualitativa dei report si evince l'elaborazione del senso di appartenenza al sistema sanitario, e al futuro ruolo di utilità sociale della professione.

Report attività di tirocinio clinico svolte:

SORVEGLIANZA SANITARIA DA GENNAIO 2021 FEBBRAIO 2022	**CONTACT TRACING E TRACCIAMENTO DA 80 A 100 CONTATTI AL GIORNO**
HUB VACCINALI DA FEBBRAIO 2021 MARZO 2022	**VACCINAZIONI DA 1000 A 1500 VACCINI AL GIORNO**
CENTRO TAMPONI PRONTO SOCCORSO DAL 24/01/0222 AL 31/03/2022	**TAMPONI ANTIGENICI EFFETTUATI UNA MEDIA DI N. 25-30 AL GIORNO TOTALE N. 1200 TAMPONI DI CUI 25 COVID+**
AMBULATORI TEAM INFERMIERISTICI TAMPONI OSPEDALIERI – TERRITORIALI GENNAIO 2021 MARZO 2022	**TAMPONI MOLECOLARI N. 1100-1500 AL GIORNO**

CONCLUSIONI

L'ICN (International Council of Nurses), nel suo rapporto (28 Ottobre 2020), suggerisce come circa il 10% dei casi accertati di COVID-19, a livello globale, sia composto da operatori sanitari (approssimativamente 4 milioni di contagi con circa 20 mila decessi). Gli infermieri rappresentano la parte degli operatori sanitari colpita più duramente da SARS-CoV-2. Dall'analisi dei dati di letteratura e delle dichiarazioni, risulta preoccupante il rischio infettivo a cui lo studente infermiere incorrerebbe se fosse chiamato in prima linea a fronteggiare la pandemia, soprattutto se si considera il suo impiego in contesti clinici ad alta intensità di cura (es. terapie intensive, unità COVID-19 etc.), dove la possibilità di contrarre la malattia è maggiore.

La pandemia da COVID-19 ha richiesto pertanto una profonda riorganizzazione della didattica universitaria a tutti i livelli, con la formazione in aula spesso sostituita da quella a distanza. I nostri Corsi di Laurea in Infermieristica si sono trovati a dover riprogettare oltre alla formazione teorica anche i tirocini clinici, cercando di garantire il raggiungimento degli obiettivi formativi. Lo sviluppo delle competenze cliniche specialistiche avviene attraverso un processo costante che permette all'infermiere di accrescere le proprie abilità solo dopo anni di applicazione delle conoscenze teoriche acquisite nel percorso formativo.

L'attività di tirocinio clinico svolta dagli studenti del CdL in Infemieristica sede di Teramo presso i setting assistenziali territoriali legati all'emergenza pandemica ha dimostrato che la formazione effettuata sul campo in integrazione ad attività di telemedicina ha permesso di favorire lo sviluppo di un pensiero critico fondamentale nella guida dei processi di sviluppo delle conoscenze e delle abilità professionalizzanti. Un processo intenzionale di elaborazione, valutazione e formulazione di giudizi.

Ha sviluppato l'importanza del team work, e soprattutto la gestione del distress lavorativo, correlato alla paura di contagiarsi e contagiare familiari ed amici e ai timori negli interventi telefonici verso gli utenti di

non riuscire a soddisfare le innumerevole domande e i timori legati al covid-19.
Dall'analisi dei Report qualitativi con i focus condotti dai tutor si evince come il progetto abbia possa essere aderente ai riferimenti disciplinari dell'infermieristica. Nell 'iter formativo la pratica clinica è un momento cruciale, le fasi del progetto hanno evidenziato il pensiero critico, contestualizzato nella logicità delle 5 fasi della pianificazione assistenziale (accertamento, diagnosi, pianificazione, attuazione, valutazione) e nella sua successiva messa in pratica, localizzandosi sempre nel bilanciamento tra il rigore, la metodologia e l'imprevedibilità, tra la specificità, la flessibilità e l'apertura verso il sé individuale, l'assistito e l'ambiente. L'apprendimento clinico, infatti, rappresenta un elemento fondamentale per la crescita e lo sviluppo dello studente; è di congiunzione tra il sapere speculativo ed il sapere pratico; mira a creare le condizioni per prendersi progressivamente carico dell'utente, acquisendo abilità e sviluppando le attitudini necessarie al raggiungimento dell'autonomia professionale, decisionale ed operativa, adeguata allo svolgimento delle attività infermieristiche nei vari setting assistenziali. L'obiettivo di inserire gli studenti del secondo e del terzo anno di corso nelle principali attività legate all'emergenza pandemica ha permesso anche la sperimentazione originale di inserire una formazione sul campo con l'esperienza implementata della telemedicina che rappresentata un ambito innovativo e fortemente in linea con le competenze specialistiche future da acquisire. L'esperienza formativa clinica maturata rappresenta un aspetto formativo imprescindibile per la crescita professionale e lo sviluppo delle abilità di lavorare in team multidisciplinari e multiprofessionali.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Studenti Corso di Laurea in Infermieristica secondo e terzo anno
Direttore attività didattiche professionalizzanti Corso di Laurea In Infermieristica
Dirigenti Professioni Sanitarie
Tutor dei 3 anni di Corso di Laurea In Infermieristica

Infermieri Guide di Tirocinio
Coordinatori Infermieristici
Dirigente Farmacista

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

gennaio 2021 marzo 2022

BIBLIOGRAFIA

1. International Council of Nurses (ICN) 2020. ICN confirms 1,500 nurses have died from COVID-19 in 44 countries and estimates that healthcare worker COVID-19 fatalities worldwide could be more than 20,000. 28 Ottobre 2020 Ginevra.
2. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 2020; 3(3): e203976.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		

2 Buone pratiche organizzative in tele-medicina ‘TeleReteSla’

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
GIOVANNI MUTTILLO	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE	giovanni.muttillo@aslteramo.it
PROFETA VALERIO	DIRETTORE DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE	valeriofilippo.profeta@aslteramo.it
ANNA CECI	CP FISIOTERAPISTA INCARICO DI COMPLESSITA’ ORGANIZZATIVA	anna.ceci@aslteramo.it
EMANUELA ZENOBI	CP IFERMIERA INCARICO FUNZIONE DI COORDINAMENTO	emanuela.zenobi@aslteramo.it
MERTY TARABORRELLI	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	merty.taraborelli@aslteramo.it
GIUSEPPINA FRANZONE	DIRIGENTE MEDICO FISIATRA	giuseppina.franzone@aslteramo.it
SILVIA ROTELLA	CP IFERMIERA INCARICO FUNZIONE DI COORDINAMENTO	silvia.rotella@aslteramo.it
MAURIZIO BRUCCHI	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE	maurizio.brucchi@aslteramo.it
GUIDO ANGELI	DIRIGEMNTE MEDICO DI PRESIDIO	guido.angeli@aslteramo.it
MANUELA DI VIRGILIO	DIRIGEMNTE MEDICO DI PRESIDIO	manuela.divirgilio@aslteramo.it
AZIENDA	REGIONE	
ASL 4TERAMO	ABRUZZO	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA’, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L’ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	**X**	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA’ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		

ABSTRACT

Le evidenze scientifiche riportate in letteratura sostengono che la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) o Morbo di Lou Gehrig è una malattia neurologica che colpisce il I e II neurone, le cui cause sono ignote sebbene nel 5% dei casi è familiare e nella popolazione generale si ammalano circa 8 persone su 100.000 abitanti, per lo più uomini ultrasessantenni e in Italia si contano circa 5000 casi. La patologia si trasforma con gradualità, in una compromissione delle funzioni vitali, nutrizionali e respiratorie il cui supporto tecnologico permette un sostegno nel tempo per aumentare l’attesa e la qualità di vita della vita del paziente.

Premesso che il miglioramento della presa in carico ospedaliera si è consolidata con l’individuazione dei centri di riferimento regionali e con la redazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici in base alle Linee guida della Federazione Europea delle Società di Neurologia (EFNS). Eppure rimane lungamente preminente come chiave di volta della continuità assistenziale e della integrazione ospedale territorio nell’assistenza al malato di SLA la globale presa in carico clinico-assistenziale che trova l’ambito distrettuale e dunque territoriale il luogo privilegiato di erogazione delle prestazioni assistenziali e riabilitative.

In linea con le indicazioni del PNRR, i modelli assistenziali innovativi, basati sulla tecnologia informatica, possono contribuire alla riorganizzazione dell’assistenza sanitaria, in particolare quella territoriale, attraverso la creazione di Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale facilitando l’accesso da remoto alle prestazioni sul territorio.

Il presente progetto denominato “TeleReteSla”, mira a potenziare l’assistenza domiciliare integrata, favorendo il mantenimento dei soggetti nel proprio contesto abitativo e sociale attraverso la tele-assistenza domiciliare ai pazienti affetti da patologie neurologiche altamente invalidanti e alle loro famiglie.

Il progetto sarà realizzato dal D.A.T in collaborazione con la Direzione delle professioni Sanitarie della A.S.L. di Teramo che storicamente coordinano ed attuano gli interventi clinico – assistenziali territoriali/domiciliari attraverso la U.O.S.D. - A.D.I., per i malati affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica.

Tenendo conto delle varie fasi della malattia, si creerà un percorso protetto con istituzione di almeno 1 posto letto dedicato presso il reparto di Pneumologia del PO di Teramo, per la gestione delle fasi di acuzie; la valutazione, prescrizione, autorizzazione e collaudo degli ausili necessari, la prescrizione e distribuzione dei farmaci occorrenti alla gestione degli esiti della patologia avverrà mediante l’utilizzo di software presenti in azienda, gestiti da remoto con interfaccia tra le UO interessate e consegnate a domicilio. **L’infermiere Case Manager**: assicura il monitoraggio da remoto, delle condizioni clinico-assistenziali e coordinando egli interventi specialistici necessari, territoriali e non, comprensivi dell’area intensiva, delle cure primarie, dell’area protesica e farmaceutica, concordata con l’assistito e la sua famiglia secondo il PAI.

L’infermiere di famiglia, effettuerà il monitoraggio dei bisogni assistenziali sia da remoto che direttamente a domicilio, e garantirà la continuità assistenziale in sinergia con gli altri attori della rete. Avvierà il percorso di presa in carico globale con l’individuazione del referente medico della persona (di norma il MMG) nonché dei setting quali - quantitativo assistenziale sia in caso di presenza di un nucleo familiare sia in caso di assenza di qualsiasi supporto familiare. Aiuterà gli individui e le famiglie a far fronte alla disabilità cronica, promuovendo una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari, curando anche gli aspetti legati al distress pandemico in atto. L’assistenza domiciliare deve infatti essere tarata sulle necessità assistenziali del singolo paziente al fine di supportare il paziente durante l’intero percorso clinico-assistenziale, riducendo l’impatto della perdita progressiva dell’autonomia personale e relazionale.

OBIETTIVO GENERALE

Assicurare il monitoraggio di presa in carico efficace dei pazienti con patologie croniche e/o neurodegenerative, affetti da SLA in trattamento domiciliare e nelle fasi di acuzie, dei familiari con l'utilizzo dei mezzi informatici e di telecomunicazione, di una centrale operativa di telemedicina in grado di effettuare:

- il telemonitoraggio dei device dei pazienti con governo dei relativi allarmi;
- la teleassistenza al caregiver e nucleo familiar;
- il teleconsulto multidisciplinare e multiprofessionale nella rete dei servizi.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Ricevere e rilevare gli allarmi di cui presidi sono dotati come ventilatori, nutripompe o monitor multiparametrici.
- Raccogliere dati e storicizzarli.
- Migliore la distribuzione qualitativa dell'assistenza sanitaria ed un migliore rapporto costi/prestazioni sanitarie.
- Potenziare le competenze professionali specialistiche nella rete di prossimità.
- Promuovere la presa in carico con percorso "ospedaliero dedicato".
- Avviare tempestivamente la valutazione, la prescrizione ausili e il collaudo ausili presso i proprio domicilio.
- Effettuare la formazione agli operatori coinvolti, e ai caregiver/familiari.

RISULTATI ATTESI

In coerenza con gli obiettivi prefissi si attendono i seguenti risultati:

- riduzione ricoveri impropri e/o riduzione giornate degenza;
- ottimizzazione e monitoraggio del consumo farmaci-presidi e materiali di consumo;
- consolidamento della rete integrata ospedale/territorio;
- misurazione della customer satisfaction con tutti gli stakeholders.

Nel percorso di presa in carico globale dei pazienti con la SLA, la malattia prevede la stadiazione delle diverse Aree di bisogno:

- **R R**espirazione
- **M M**otricità
- **N N**utrizione
- **C C**omunicazione

ed in base ai bisogni misurati vengono individuati i presidi di supporto di cui dotare il paziente a domicilio e viene definita la pianificazione socioassistenziale.

COLCLUSIONI

Le nuove tecnologie digitali hanno le potenzialità di cambiare il decorso dell'assistenza e la vita delle persone, soprattutto tenuto conto del panorama economico/sociale attuale. La continuità delle cure a domicilio e il tele-monitoraggio quotidiano dei pazienti affetti da SLA non possono che migliorarne la qualità di vita, aumentando la tranquillità e la consapevolezza dello stato di salute dei pazienti e del benessere delle loro famiglie. Dal punto di vista funzionale la storicizzazione dei parametri permette di avere un quadro sistemico e strutturato del loro andamento e quindi una stretta correlazione con il quadro clinico-assistenziale, mentre la gestione degli allarmi permette di intervenire su quelle situazioni che possono essere emergenziali gestibili con un intervento mirato.

La connotazione territoriale italiana e della Provincia di Teramo è ricca di luoghi rurali e "aree interne", rappresenta quindi il contesto orografico più adatto per lo sviluppo di una tecnologia che permetta la riduzione degli spazi e degli spostamenti, soprattutto per i malati di SLA, con una netta riduzione dei disagi a carico di famiglia e parenti, per altro a costi sostenibili.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Il team multiprofessionale e multidisciplinare: sarà attivato al bisogno e secondo necessità, comprende una serie di figure professionali di riconosciuta competenza specialistica e di comprovata esperienza nella gestione dei pazienti con SLA, rappresentate da:

- Neurologo;
- Pneumologo;
- Medico nutrizionista;
- Otorinolaringoiatra/foniatra;
- Logopedista;
- Anestesista/rianimatore;
- Psicologo;
- Fisiatra;
- Fisioterapista/terapista occupazionale;
- Infermiere – di Famiglia – Case Manager;
- Assistente sociale.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

		30 giorni	60 giorni	90 giorni	120 giorni	150 giorni	180 giorni	210 giorni	240 giorni	270 giorni	300 giorni	330 giorni	360 giorni
FASI													
1	**RACCORDO DAT**												
3	**FORMAZIONE TEAM SANITARIO ED INFORMATICO**												
4	**TARGET PZ INFORMATIZZATI**												
5	**IMPLEMENTAZIONE**												
6	**MONITORAGGIO**												
7	**ANALISI VERIFICA RISULTATI**												
		RESPONSABILE DAT DIREZ PROF SANIT	RESPONDABILE DAT DIREZ PROF SANIT TEAM DI LAVORO	RESPONDABILE DAT DIREZ PROF SANIT TEAM DI LAVORO	SERVIZI INFORMATIVI	TEAM MULTIDISCIPLINARE							RESPONDABILE DAT DIREZ PROF SANIT

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

EMILIA ROMAGNA

Da Dott. Andrea Galeotti Direttore f.f. Direzione Infermieristica e Tecnica – ambito Forlì

Implementazione della diagnostica per SARS-CoV-2 nel Laboratorio Unico AUSL Romagna da marzo 2020 ad oggi

1

UNITA' OPERATIVA

Microbiologia-Settore Emergenza Covid-19

DIRETTORE

Prof. Vittorio Sambri

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
MICHELA DASSANI	Responsabile di Dipartimento e Coordinatore Tecnico Laboratorio RR e Medicina Trasfusionale Forlì	michela.dassani@auslromagna.it 328.8879583
ELENA MONTANARI	Coordinatore Tecnico UO Patologia Clinica Laboratorio Unico Pievesestina AUSL Romagna	elena.montanari@auslromagna.it 340.3192363
MELISSA PALAZZI	Coordinatore Tecnico UO Microbiologia Laboratorio Unico Pievesestina AUSL Romagna	melissa.palazzi@auslromagna.it 339.3703354
SILVIA CATENARO	TSLB UO Microbiologia Laboratorio Unico Pievesestina AUSL Romagna	silvia.catenaro@auslromagna.it 328.0375340
MASSIMILIANO GUERRA	TSLB UO Microbiologia Laboratorio Unico Pievesestina AUSL Romagna	massimiliano.guerra@auslromagna.it 333.1648367
GIORGIO DIRANI	Dirigente Biologo UO Microbiologia Laboratorio Unico Pievesestina AUSL Romagna	giorgio.dirani@auslromagna.it 0547.394811
AGNESE DENICOLÒ	Dirigente Medico UO Microbiologia Laboratorio Unico Pievesestina AUSL Romagna	agnese.denicolò@auslromagna.it 0547.394811
MICHELA FANTINI	Collaboratore amministrativo UO Ricerca Valutativa e Policy Servizi Sanitari - AUSL Romagna	michela.fantini@auslromagna.it 0541.707860
AZIENDA	**REGIONE**	
Ausl della Romagna - Ambito Cesena	Emilia Romagna	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		X
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

Il Laboratorio Unico dell'AUSL della Romagna offre il suo servizio alla popolazione dei comuni delle provincie di Ravenna, Rimini e Forlì-Cesena, coprendo un territorio di 5098 km2. Si trova in posizione baricentrica rispetto al territorio e vede una struttura organizzativa di tipo Hub and Spoke, dove nel laboratorio di riferimento sono presenti diverse specialistiche tra cui la U.O. di Microbiologia (alla quale afferisce il settore Covid), mentre nei sette presidi ospedalieri si trovano i laboratori di urgenza (LRR).

Giungono quotidianamente al laboratorio di riferimento migliaia di campioni con una programmazione articolata e coordinata, ma dal febbraio 2020 la pandemia Covid ha indotto le strutture sanitarie ad una rapida ed improvvisa riorganizzazione di ospedali e servizi, al fine di fronteggiare tempestivamente l'emergenza e anche il Laboratorio Unico dell'AUSL della Romagna si è trovato coinvolto in tale riorganizzazione, con profonde modifiche strutturali e tecnologiche, le quali hanno permesso di creare un settore ad alta specializzazione dedicato esclusivamente alla processazione dei tamponi Covid.

Vi è stata quindi una rimodulazione del servizio trasporti e logistica, il quale ha garantito l'arrivo presso il laboratorio di migliaia di tamponi al giorno da tutto il territorio (presidi ospedalieri, 15 Drive Through e molteplici servizi USCA) 24 ore su 24, 7 giorni su 7, da un minino di 28 tamponi ad un massimo di 13111.

Proprio per quanto riguarda i campioni eseguiti dall'Igiene Pubblica sul territorio,la digitalizzazione ha permesso di generare le richieste ed etichettare i campioni in sede di prelievo, evitando così l'inserimento informatico a posteriori in laboratorio, riducendo la possibilità di errore di identificazione paziente/campione, snellendo la fase pre-analitica e permettendo una tracciabilità completa del tampone.

Nel corso delle quattro ondate pandemiche è stato implementato anche il work-flow clinico/diagnostico, garantendo una riduzione del tempo di esecuzione TAT (Turn Around Time) e rendendolo sempre più efficiente con l'introduzione di due percorsi paralleli a priorità differenti: uno rapido,con codici colore per

priorità,dedicato a pronto soccorso e degenze ed uno standard per i tamponi in carico all'Igiene Pubblica.

Inizialmente sono state utilizzate risorse strutturali e tecnologiche già presenti nell'U.O. di Microbiologia, ma risultando insufficienti per fronteggiare l'aumento esponenziale del numero dei tamponi da processare, è stato necessario un loro adattamento attraverso:

- una riorganizzazione strutturale caratterizzata da un ampliamento dei locali dedicati
- un'alta automazione delle strutture tecnologiche
- importanti modifiche nella digitalizzazione, a partire dalla fase pre-analitica fino alla refertazione.

L'implementazione del processo ha richiesto inevitabilmente l'incremento di risorse umane. Tale incremento in un primo momento è stato effettuato sottraendo tecnici sanitari di laboratorio biomedico dalle UU.OO. non investite in maniera incisiva dalla pandemia (es. anatomia patologica, medicina trasfusionale, ecc..), creando così un team con formazione specifica nella diagnostica molecolare. Tuttavia l'aumento cospicuo delle prestazioni ha reso necessario un successivo potenziamento del capitale umano nelle ulteriori fasi pandemiche.

A garantire una migliore capacità di erogazione del servizio è stata anche la sempre maggior diffusione dell'utilizzo del FSE, già presente in Emilia-Romagna, che con il passaggio diretto della refertazione del tampone, è stato un elemento cardine per l'attività di contact tracing.

Infine l'emergere delle varianti di SARS-CoV-2, dalla fine dell'anno 2020, ha reso necessaria l'istituzione di un sistema di sorveglianza che si avvale del sequenziamento genomico del virus. Il laboratorio è stato identificato come riferimento a livello nazionale per eseguire il sequenziamento WGS su campioni di secrezioni respiratorie positivi per SARS-CoV-2 al fine di identificare e monitorare le varianti presenti nei territori della Romagna e delle province di Bologna e Ferrara.

Tutto ciò è stato possibile grazie all'adozione delle più recenti tecnologie analitiche ed una costante rivalutazione dei percorsi diagnostici di laboratorio, garantendo così una tempestiva conferma diagnostica eziologica con la conseguente segnalazione. Questo ha permesso un costante afflusso di informazioni epidemiologiche che ha contribuito attivamente all'aggiornamento del sistema di sorveglianza attiva per l'identificazione dei microrganismi sentinella.

OBIETTIVO GENERALE

Assicurare il rispetto delle direttive ministeriali e regionali di sorveglianza, controllo e tracciamento dell'infezione da SARS-CoV-2, garantendo una gestione coordinata e tempestiva dell'emergenza.

OBIETTIVI SPECIFICI

Creazione di un percorso clinico/diagnostico per l'individuazione dell'infezione da SARS Cov-2, in grado di gestire un crescente aumento del numero di tamponi, garantendo un livello tecnico-analitico di qualità e un miglioramento continuo dei servizi erogati.

Fase pre-analitica:

- Implementazione della rete di trasporti
- Informatizzazione inserimento delle richieste
- Tracciabilità dei campioni
- Gestione delle non conformità

Fase analitica:

- Standardizzazione e mantenimento del flusso di lavoro
- Formazione continua per il mantenimento delle competenze specifiche del personale
- Introduzione delle più recenti tecnologie e aggiornamento delle metodiche
- Introduzione di metodiche WGS di Sequenziamento per le varianti SARS-CoV-2

Fase post-analitica:

- Implementazione sistemi di comunicazione tra differenti software coinvolti nel processo (DNLab, Copernico, FSE)
- Costante afflusso d'informazioni epidemiologiche (sistema ALERT)
- Analisi del dato bioinformatico a fini epidemiologici
- Valutazione del dato prodotto mediante sequenziamento, con il fine di monitorare la diffusione ed insorgenza sul territorio di nuove varianti.

RISULTATI ATTESI

RISULTATO ATTESO	AZIONE PREVISTA	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE	RISULTATO OTTENUTO
GESTIONE DELLA NUMEROSITÀ DEI TEST A GARANZIA DEI TEMPI DI REFERTAZIONE	• Apertura servizio h24 e 7/7 • Reclutamento e rimodulazione del personale • Implementazione della rete di trasporto esterna. • Informatizzazione delle richieste • Introduzione codici di priorità • Aggiornamento tecnologico della strumentazione • Ottimizzazione dei flussi di lavoro • Implementazione informatica ed informatizzazione del dato • Implementazione ed utilizzo dell'FSE	• Numero di tamponi processati • Tempo necessario per la refertazione come da Standard Prodotto Servizio aziendale (24h)	• Riduzione dei tempi di refertazione • (vedi tabella 1, 1a e 1b)
TRACCIAMENTO DELLE VARIANTI DI SARS-COV-2	• Implementazione delle tecnologie per il sequenziamento	• Variazione del numero di sequenze eseguite	• Gennaio 2021: 50 sequenze/ mese • Gennaio 2022: 500 sequenze/ mese

Tabella 1: Numero dei tamponi e tempistiche di refertazione nel corso della Pandemia

Totale	1°ondata	2°ondata	3°ondata	4°ondata	
	Mar-20	Nov-20	Nov-21	Dic-21	Gen-22
Numero minimo giornaliero di tamponi	28	2289	1365	3257	2907
Numero massimo giornaliero di tamponi	1061	6758	8092	10837	13111
Numero medio giornaliero di tamponi	479	4817	4760	6951	8089
Tempo medio di refertazione in ore	11	33	7	9	9

Tabella 1a: Numero dei tamponi e tempistiche di refertazione PS e Degenza nel corso della Pandemia

PS e Degenza	1°ondata	2°ondata	3°ondata	4°ondata	
	Mar-20	Nov-20	Nov-21	Dic-21	Gen-22
Numero minimo giornaliero di tamponi	18	358	114	164	166
Numero massimo giornaliero di tamponi	404	1986	497	2947	605
Numero medio giornaliero di tamponi	176	864	274	892	379
Tempo medio di refertazione in ore	7	6	4	4	4

Tabella 1b: Numero dei tamponi e tempistiche di refertazione Igiene Pubblica nel corso della Pandemia

Igiene Pubblica	1°ondata	2°ondata	3°ondata	4°ondata	
	Mar-20	Nov-20	Nov-21	Dic-21	Gen-22
Numero minimo giornaliero di tamponi	10	1739	1186	3033	2741
Numero massimo giornaliero di tamponi	817	5699	7595	8561	12555
Numero medio giornaliero di tamponi	303	3853	4486	6039	7710
Tempo medio di refertazione in ore	14	34	7	9	9

CONCLUSIONI

L'implementazione tecnologica, informatica e la costante formazione del personale coinvolto sono state fondamentali per garantire il rispetto delle direttive ministeriali e regionali di sorveglianza, controllo e tracciamento dei contatti di pazienti affetti da SARS-CoV-2 e hanno collocato l'Unità Operativa di Microbiologia-Settore COVID del Laboratorio Unico di AUSL Romagna come centro di riferimento in Regione. Tutte le fasi del processo diagnostico sono state costantemente implementate nel corso delle quattro ondate, al fine di garantire una migliore qualità del servizio. Nel corso della pandemia, i collegamenti tra Laboratorio Unico di AUSL Romagna e i punti prelievo (presidi ospedalieri, Drive Through e USCA) presenti sul territorio, hanno subito una costante evoluzione, adattandosi alla situazione emergenziale, tenendo conto delle necessità territoriali e dell'utente.

Considerando il mantenimento degli standard di riferimento, è stata data la possibilità ai reparti dei presidi ospedalieri di inserire nella richiesta un codice di priorità (rosso-giallo-verde) in base all'urgenza del campione, imponendo le seguenti tempistiche di refertazione:

- **Codice Rosso**: priorità alta, refertazione entro 2 ore dal check-in
- **Codice Giallo**: priorità media, refertazione entro 6 ore dal check-in
- **Codice Verde:** priorità bassa, refertazione entro 12 ore dal check-in.

Si è resa, quindi necessaria la creazione di una linea prioritaria che utilizzasse metodiche più rapide per rispettare le suddette tempistiche. Le restanti metodiche presenti in laboratorio, sono state invece utilizzate per processare i tamponi provenienti dall'Igiene Pubblica che prevedevano tempi di refertazione di 24/48h, come dichiarato nella procedura aziendale "Individuazione precoce e gestione del paziente con sospetta malattia da nuovo Coronavirus (Covid-19)". Il check-in dei campioni inizialmente era effettuato manualmente, ma in seguito all'aumento esponenziale del carico di lavoro si è resa necessaria l'introduzione di una piattaforma strumentale capace di eseguire la presa in carico informatica dei campioni. Inoltre, grazie all'interfacciamento con il sistema informatico, lo strumento suddivideva i tamponi sulla base dei codici di priorità, agevolando e standardizzando così il flusso di lavoro. Similmente alla fase pre-analitica, anche quella analitica ha subito un'evoluzione nel corso della pandemia, che ha portato ad una implementazione e aggiornamento tecnologico della strumentazione presente, contestualmente ad una formazione continua del personale per mantenere aggiornate le proprie competenze.

L'adeguamento delle reti informatiche e di comunicazione tra i differenti software coinvolti nel processo (DNLab, Copernico, FSE) ha permesso un'ulteriore riduzione dei tempi di refertazione e minimizzato il rischio clinico.

La continua evoluzione tecnologica ha portato ad una riorganizzazione del laboratorio che ha permesso di creare nuovi spazi destinati a favorire un costante aggiornamento per la ricerca scientifica, portando così ad aumentare il numero di sequenziamenti mensili e la qualità del dato ottenuto anche per lo studio delle varianti di Sars-CoV-2.

In conclusione il Laboratorio di AUSL Romagna è stato in grado di creare un percorso standardizzato, efficiente ed efficace per la gestione dell'emergenza pandemica da SARS-CoV-2. Tale modello potrebbe essere applicabile in futuro per fare fronte nel minor tempo possibile a nuove emergenze biologiche.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Informatici ed amministrativi
- Servizio trasporti e logistica
- Medici
- Infermieri
- OSS (Operatore Socio Sanitario)
- Biologi
- TSLB (Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico)

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Fase 1: Gestione dell'emergenza												
DESCRIZIONE ATTIVITÀ	mar-20	apr-20	mag-20	giu-20	lug-20	ago-20	set-20	ott-20	nov-20	dic-20	gen-21	feb-21
CREAZIONE DI SPAZI IDONEI PER L'ALLESTIMENTO DEL SETTORE	■											
ASSEGNAZIONE AL SETTORE COVID DI PERSONALE PROVENIENTE DAL ALTRE U.O. E FORMAZIONE SPECIFICA	■	■										
COINVOLGIMENTO PERCORSI TRASVERSALI (IP, USCA, DRIVE, PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA)	■	■	■	■								
IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DI TRASPORTI	■	■	■	■	■	■						
INFORMATIZZAZIONE INSERIMENTO DELLE RICHIESTE			■									
INTRODUZIONE DEI CODICI DI PRIORITÀ			■	■								
ULTERIORE RECLUTAMENTO E FORMAZIONE DEL PERSONALE (BIOLOGI E TSLB)			■	■	■							
INTRODUZIONE DI NUOVE TECNOLOGIE E AGGIORNAMENTO DELLE METODICHE							■	■	■	■	■	■
INSERIMENTO E FORMAZIONE OSS										■	■	

Fase 2: Consolidamento del settore															
DESCRIZIONE ATTIVITÀ	nov-20	dic-20	gen-21	feb-21	mar-21	apr-21	mag-21	giu-21	lug-21	ago-21	set-21	ott-21	nov-21	dic-21	gen-22
REDAZIONE E REALIZZAZIONE DEL PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE DEL SETTORE COVID-19	■	■													
RIORGANIZZAZIONE DEL FLUSSO DI LAVORO	■	■	■	■											
INTERFACCIAMENTO STRUMENTI PER TRASMISSIONE DEI RISULTATI ANALITICI	■	■	■	■											
IMPLEMENTAZIONE SISTEMI DI COMUNICAZIONE TRA DIFFERENTI SOFTWARE COINVOLTI NEL PROCESSO (DNALAB, COPERNICO, FSE).			■	■											
INTRODUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI METODICHE WSG DI SEQUENZIAMENTO PER LE VARIANTI SARS-COV-2			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
VERIFICA DELL'ANDAMENTO DEL PROGETTO E FORMALIZZAZIONE DELLA NUOVA ORGANIZZAZIONE													■	■	■

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

2 Sicurezza delle cure: implementazione tecnologica per un corretto abbinamento paziente-prestazione in AUSL Romagna, ambito territoriale di Forlì, alla luce del DGR 404/2020

UNITA' OPERATIVA

Direzione Infermieristica e Tecnica - ambito Forlì

DIRETTORE

ff Dott. Galeotti Andrea

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
PATRIZIA GREMENTIERI	Responsabile Gestione del Rischio - Forlì e Responsabile aziendale Comfort Alberghiero	patrizia.grementieri@auslromagna.it
MICHELA DASSANI	Responsabile Gestionale UU.OO./Servizi afferenti al Dip.Orizzontale Anatomia Patologica, Medicina Trasfusionale e di Laboratorio e Coordinamento Laboratorio Risposta Rapida e Medicina Trasfusionale - Forlì	michela.dassani@auslromagna.it 328.8879583
ROMANA BISERNI	Coordinatore Infermieristico Ambulatori Cardiologici - Forlì	romana.biserni@auslromagna.it
BARBARA ZOLI	Coordinatore Infermieristico medicina trasfusionale,centro prelievi territoriale via Colombo e punto prelievi pad. Vallisneri	barbara.zoli@auslromagna.it
ANNALISA DALL'AGATA	Coordinatore Front Office Ospedaliero U.O. Piattaforma Amministrativa - Forlì	annalisa.dallagata@auslromagna.it
AZIENDA	REGIONE	
AUSL della Romagna - ambito Forlì	Emilia Romagna	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		X
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

La sicurezza è una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e rappresenta un elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità. L'Azienda USL della Romagna è da anni impegnata a promuovere la sicurezza nelle strutture sanitarie e a prevenire, evitare o mitigare i potenziali esiti indesiderati e danni che sono sempre possibili nei processi assistenziali. In termini generali, uno degli obiettivi prioritari sia di livello regionale che aziendale è rappresentato dalla crescita della cultura della sicurezza e della consapevolezza che la sicurezza, oltre a rappresentare un elemento imprescindibile del governo clinico, avrà un peso sempre più rilevante sulle politiche sanitarie, anche in considerazione degli aspetti economici relativi ai costi diretti (derivanti dai danni correlati agli eventi avversi) e indiretti (relativi al contenzioso).

La Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017) , ha sancito "la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute", definendo ruoli e aprendo nuovi e sfidanti scenari.

Dalla rielaborazione annuale delle segnalazioni da parte degli operatori sanitari, si evince che nel 2020 la maggior parte degli eventi riguardano errori nell'identificazione del paziente/campione (n. 51). La maggior parte (82 %) di queste segnalazioni proviene dai Laboratori a Risposta Rapida (LRR) di Forlì (n.26) e di Cesena (n.16) e anche nel 2021 il LRR di Forlì si è contraddistinto per una maggiore sensibilità alla corretta gestione del rischio e disponibilità degli operatori nella compilazione della modulistica richiesta per la segnalazione (n. 53). A questi errori di identificazione devono essere sommati quelli segnalati dai reparti richiedenti agli amministratori del sistema informatico di laboratorio (LIS) con l'apposita modulistica per annullamento/modifica anagrafica (per il 2020 n.256 così suddivisi per ambito: Rimini 56, Ravenna 98, Forlì 43, Cesena 59).

Tutti questi errori pre-analitici ci hanno spinto ad una riflessione a tutto tondo sul percorso di cura, poiché sappiamo bene quanto l'attività del laboratorio influenzi i processi decisionali: il 60-70% delle decisioni più importanti per quanto riguarda i ricoveri, le dimissioni e le terapie si basano su risultati di esami di laboratorio. [Plebani M. - "Errori nei laboratori clinici o errori in medicina di laboratorio?" - RIMel/IJLaM 2006;2(suppl):49-57].

A questo proposito si è scelto di partire analizzando il percorso dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO), i quali non potevano esimersi da effettuare l'accesso al presidio ospedaliero anche in piena pandemia per il monitoraggio dell'INR e il conseguente dosaggio del farmaco anticoagulante cumarinico.

Infatti la Delibera di Giunta Regionale n° 404 del 27 aprile 2020 "Primi provvedimenti per il riavvio dell'attività sanitaria programmata in corso di emergenza COVID-19", ha imposto alla nostra analisi non solo uno sguardo all'ottimizzazione delle risorse con l'utilizzo di tecnologie atte a snellire il percorso e a blindare possibili errori di associazione paziente-prestazione, ma anche alla necessità di rispettare le disposizioni da adottare per prevenire il contagio, come la sospensione dell'accesso diretto senza prenotazione ai punti prelievo, l'obbligo di distanziamento sociale e la riduzione di accessi ospedalieri ove non strettamente necessari.

Da qui l'implementazione del nostro percorso che ha visto una ridistribuzione dei pazienti in TAO sui punti prelievo in prossimità situati presso il padiglione Vallisneri dell'Ospedale Morgagni-Pierantoni e presso la sede AUSL di via Colombo n.11, senza rinunciare alla presa in carico del paziente da parte del personale dell'U.O. Cardiologia e potendo così centralizzare e digitalizzare il corretto abbinamento paziente-prestazione.

OBIETTIVO GENERALE

Garantire al cittadino l'esecuzione del prelievo ematico in sicurezza (corretto abbinamento prestazione-paziente) nei diversi setting assistenziali (ambulatori, punti prelievo, domicilio) al fine di assicurare un'elevata qualità degli esami e dei referti di laboratorio.

OBIETTIVI SPECIFICI

Percorso prelievi TAO

- rispettare le disposizioni per la prevenzione del contagio
- garantire da parte dell'infermiere il supporto alla gestione della terapia anticoagulante
- potenziare l'offerta di punti prelievo in prossimità a questa tipologia di pazienti
- implementare un passaggio diretto dei referti inerenti la terapia TAO fra i diversi software coinvolti nel processo (DNLab, Log80, Pharma, FSE)

Percorso prelievi sul territorio

- digitalizzare il percorso di stampa delle etichette per un corretto abbinamento paziente-prestazione all'interno dei punti prelievo cittadini

RISULTATI ATTESI

RISULTATO ATTESO	AZIONE PREVISTA	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE	RISULTATO OTTENUTO
CORRETTO ABBINAMENTO PRESTAZIONE-PAZIENTE IN TEMPO DI COVID	• ridistribuzione dei flussi degli accessi all'interno del presidio ospedaliero • offerta di due punti prelievo cittadini per l'erogazione della prestazione • implementazione di un sistema "elimina code" con postazione hardware all'interno di ogni box-prelievo, al fine di consentire la chiamata dell'utente, l'identificazione con lettura barcode della tessera sanitaria e la stampa delle etichette corrispondenti alle prestazioni prenotate da erogare • rimodulazione delle attività del personale infermieristico dell'ambulatorio cardiologico	• mantenimento dell'offerta all'utenza in TAO (n°80 prelievi/die sui punti prelievo ambito Forlì) • totalità del passaggio dei referti validati su DNLab al software Pharma per la valutazione della corretta terapia da parte del clinico • segnalazioni Ufficio Relazioni con il Pubblico	• errori di identificazione paziente/campione presso i punti prelievo ambito Forlì anno 2021 = 0 • trasmissione referti = 100% • ampliamento del consueling infermieristico telefonico (dalle 9.00 alle 12.00 rispetto alle due ore giornaliere precedentemente offerte) • segnalazioni URP 2020 e 2021 = 0
TRACCIAMENTO DELLE VARIANTI DI SARS-COV-2	• Implementazione delle tecnologie per il sequenziamento	• Variazione del numero di sequenze eseguite	• Gennaio 2021: 50 sequenze/ mese • Gennaio 2022: 500 sequenze/ mese

CONCLUSIONI

La revisione dei processi e le azioni correttive effettuate hanno ridotto in maniera significativa gli errori di abbinamento paziente-prestazione. È stato altresì evidente quanto un'efficace integrazione tra automazione e gestione dell'informazione sia stato cruciale per assicurare un controllo di processo.

La buona comunicazione fra professionisti sanitari, amministrativi e informatici ha permesso non solo di implementare un percorso atto a migliorare le nostre conoscenze e sviluppare soluzioni percorribili, ma anche di innescare nei professionisti l'interesse ad un miglioramento continuo, coinvolgendo il personale dell'ADI al fine di trasferire lo stesso modello informatico anche alle prestazioni eseguite a domicilio. Partendo sempre da un'analisi dei piani di lavoro del personale infermieristico, al momento è stato possibile un'ottimizzazione delle risorse.

Non ultimo la compliance riscontrata nei pazienti in TAO alla presentazione del progetto e alla successiva scelta del punto prelievo in prossimità è stata sicuramente motore per continuare a garantire ai nostri cittadini servizi di qualità sempre più vicini alle loro esigenze. Caratteristica di un'organizzazione sicura è che tutti si sentano personalmente responsabili.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Fase 1: Percorso prelievi TAO					
DESCRIZIONE ATTIVITÀ	apr-20	mag-20	giu-20	lug-20	ago-20
PUBBLICAZIONE DGR 404/2020	■				
ISTITUZIONE E SUCCESSIVI INCONTRI GDL AZIENDALE SUI PUNTI PRELIEVO		■			
REDAZIONE DEL PROGETTO DI MIGLIORAMENTO DI AMBITO DI FORLÌ E CONDIVISIONE CON IL PERSONALE		■			
RIORGANIZZAZIONE MINUTAGGIO PRESTAZIONE			■		
COINVOLGIMENTO PERCORSI TRASVERSALI (ES.GSI, PIATTAFORMA AMMINISTRATIVA, ..)			■		
PROGRAMMAZIONE AGENDA CUP UNICA CON SLOT DEDICATI TAO			■	■	
RIORGANIZZAZIONE SPAZI E TRASPORTI DAI PUNTI PRELIEVO			■		
RIORGANIZZAZIONE RISORSE			■		
PARTENZA DEL PROGETTO				■	
VERIFICA ANDAMENTO PROGETTO E RACCOLTA NC/SEGNALAZIONI				■	■
FORMALIZZAZIONE DELLA NUOVA ORGANIZZAZIONE					■

Fase 2: Percorso prelievi sul territorio					
DESCRIZIONE ATTIVITÀ	apr-20	mag-21	giu-21	lug-21	ago-21
RICOGNIZIONE DISPOSITIVI HARDWARE PRESENTI NEI PUNTI PRELIEVO	■				
VALUTAZIONE SISTEMA "ELIMINA CODE" DA PARTE DELLA GESTIONE DEL RISCHIO, UFFICIO TECNICO E INGEGNERIA CLINICA	■				
IMPLEMENTAZIONE TECNOLOGICA (TOTEM, PC E STAMPANTI) IN OGNI BOX PRELIEVO	■				
FORMAZIONE PERSONALE PUNTO PRELIEVO VALLISNERI E PARTENZA UTILIZZO		■	■		
FORMAZIONE PERSONALE PUNTO PRELIEVO VIA COLOMBO E PARTENZA UTILIZZO				■	
VERIFICA ANDAMENTO PROGETTO E RACCOLTA NC/SEGNALAZIONI					■

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- infermieri
- operatori U.O. Gestione Sistemi Informativi
- operatori Piattaforma Amministrativa

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

LAZIO

Da Dott.ssa Anna Zoppegno Direttore U.O.C. Assistenza Infermieristica ASL Roma 1

1 Sperimentazione della “Cartella Infermieristica Vulnologica” digitalizzata nell’Ambulatorio Infermieristico Territoriale “Wound Care” sito nel Distretto 1 (Ambulatorio Via Luzzatti) della ASL Roma 1

UNITA’ OPERATIVA

UOC Assistenza Infermieristica

DIRETTORE

Dr.ssa Anna Zoppegno

REFERENTI DEL PROGETTO

Dr.ssa Veronica Caruso; Dr.ssa Mariagrazia Martelli; Dr.ssa Roberta Seri

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA’, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L’ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA’ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

Il PNRR dedica la Missione 6 alla Salute. Tale Missione si articola in due fondamentali componenti:

- la costituzione di reti di prossimità, di strutture intermedie per l’assistenza territoriale finalizzate, in particolare, a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio e realizzare una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari
- l’innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del SSN, mettendo in evidenza l’importanza della tecnologia, delle competenze digitali, professionali e manageriali, per rivedere i processi di cura e per ottenere un più efficace integrazione, un collegamento tra ricerca, analisi dei dati e programmazione.

In tale contesto si inserisce la proposta, della UOC Assistenza Infermieristica, di sperimentazione della “Cartella Infermieristica Vulnologica” digitalizzata presso l’Ambulatorio Infermieristico sito nel Distretto 1 (Ambulatorio Via Luzzatti).

I temi centrali della sperimentazione della “Cartella Infermieristica Vulnologica” digitalizzata sono:

- la razionalizzazione dei processi di presa in carico del paziente con “Ferite Difficili”;

- la centralità della persona e la personalizzazione degli interventi;
- la definizione dei relativi aspetti operativi, consentendo di erogare assistenza/cura attraverso team multiprofessionali;
- la continuità dell'assistenza/cura;

la pianificazione degli interventi che tengano conto, oltre che della complessità di tale paziente, anche della sua vulnerabilità psicologica, determinate nel processo di guarigione, cercando di ridurre l'impatto negativo del vissuto di malattia del paziente.

OBIETTIVO GENERALE

Creare un sistema informativo digitale a supporto degli operatori per indirizzarli nella migliore scelta del trattamento di cura delle "Ferite difficili" secondo il paradigma della WBP e del TIME

OBIETTIVI SPECIFICI

- Implementare l'attuale "cartella Vulnologica cartacea" con lo scopo di fornire agli informatici le informazioni utili/necessarie alla informatizzazione della cartella;
- Standardizzare le modalità di registrazione del dato all'interno della cartella informatizzata per consentire la successiva classificazione e analisi degli esiti assistenziali;
- Costruire un sistema di indicatori utili per la valutazione degli esiti assistenziali.

RISULTATI ATTESI

Il passaggio dalla cartella infermieristica vulnologica cartacea alla cartella digitalizzata consentirebbe agli infermieri di:

- Migliorare il processo di presa in carico del paziente con "Ferite difficili"
- Orientare l'infermiere nella scelta del trattamento basata sulle migliori evidenze disponibili
- Tracciare e monitorare (anche attraverso una documentazione fotografica, previo consenso dell'utente) gli interventi e gli esiti assistenziali (Nursing Sensitive Outcome - NSO)
- Favorire la comunicazione e creare una rete tra i diversi professionisti coinvolti nel processo di cura (Angiologo; Chirurgo Vascolare; Diabetologo; Ortopedico; etc.)
- Fornire al paziente un'assistenza che comprenda risposte a bisogni assistenziali e psicologici anche per ridurre l'impatto negative del vissuto di malattia del paziente
- Ridurre gli accessi, da parte degli assistiti, in luoghi di cura non appropriate per la patologia

- Migliorare la qualità di vita percepita, del paziente, delle famiglie dei caregiver

CONCLUSIONI

La digitalizzazione della Cartella Infermieristica Vulnologica proposta presso l'Ambulatorio Infermieristico di Via Luzzatti sito nel Distretto 1 consente:

- all'organizzazione sanitaria di attivare e sostenere i nuovi modelli di assistenza e cura secondo le migliori evidenze scientifiche;
- ai professionisti sanitari di disporre di soluzioni informatiche evolute, che li affianchino e li mettano in network con gli altri professionisti in tempo reale nelle loro attività quotidiane di diagnosi, decisione e cura;
- ai pazienti di essere inclusi e partecipare alla gestione dei propri percorsi di salute, nell'informazione, nelle scelte, nelle terapie, etc.;
- all'organizzazione sanitaria di promuovere una migliore organizzazione, standardizzazione e accessibilità dei dati sanitari (prerequisito fondamentale per una efficace gestione dei percorsi assistenziali) e un'efficace collegamento tra ricerca, analisi dei dati e programmazione.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermieri esperti in Wound Care;
- Medici consulenti (angiologo; chirurgo vascolare; diabetologo; ortopedico)

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

6 mesi

NFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

Percorso di comunicazione aumentativa per lo svolgimento di procedure sanitarie attive in epoca covid19. Il test/tnf (antigenico qualitativo-quantitativo o molecolare) e la vaccinazione nelle persone non collaboranti o a collaborazione mediata, con bisogni comunicativi complessi (bcc) - ambulatorio infermieristico "curare con cura".

2

UNITA' OPERATIVA

UOC Assistenza alla Persona – ASL Roma 2

DIRETTORE

Dr.ssa B. Porcelli

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
SABINO VENEZIA	CPS Inf. Case Manager - Incarico Funzioni Organizzative - Ambulatorio Infermieristico "Curare con Cura" per disabili non collaboranti	Sabino.venezia@aslroma2.it 3471477385
ORIETTA PETRIGNANI	CPS Inf. Incaricato – Coordinatore di processo – Ambulatorio Infermieristico "Curare con Cura"	
GINA STEFANELLI	CPS Infermiere – Case Manager Ambulatorio "Curare con Cura"	
BARBARA IOLANDA CORBO	CPS Infermiere – Case Manager Ambulatorio "Curare con Cura"	
KATIUSCIA MASTRUCCI	CPS Infermiere – Case Manager Ambulatorio "Curare con Cura"	
DOMENICO FACCENNA	CPS Infermiere – Co. Co. Pro. Ambulatorio "Curare con Cura"	
FRANCESCA GESSA	CPS Infermiere – Tempo Determinato - Ambulatorio "Curare con Cura"	
AZIENDA	**REGIONE**	
ASL Roma 2	Lazio	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		X

ABSTRACT

Parole chiave: Inclusione sociale, comunicazione specifica, comprensione delle tecniche, fragilità, consenso informato, presa in carico, disabilità cognitiva e comportamentale, collaborazione mediata da pittogrammi (Pecs), reti sociali, reti del volontariato, terzo settore.

All'interno della popolazione di quelli che consideriamo "soggetti fragili", per il sovrapporsi di patologie e/o stati di rischio che possono comprometterne l'autonomia e le capacità di integrazione sociale, è possibile individuare un gruppo specifico di persone nelle quali sono presenti disabilità intellettive - non legate all'invecchiamento - che si rappresentano con specifiche disabilità comunicative (più che di comprensione). Questa popolazione che va dall'infanzia all'età adulta spesso necessità di strumenti comunicativi individuali e specifici che agevolino i processi assistenziali e terapeutici riducendo gli stati di ansia pre e post esame, permettendo all'operatore di concentrarsi esclusivamente sulla specifica procedura. Durante l'emergenza Covid19, gli utenti con BCC (Bisogni Comunicativi Complessi) e le famiglie hanno sperimentato le difficoltà comunicative e comportamentali legate allo svolgimento del tampone o dei vaccini (oltre che dei protocolli di isolamento), e pertanto ci siamo adoperati per creare e diffondere a famiglie, scuole ed enti dei supporti visivi che potessero facilitare la comprensione di tali situazioni.

OBIETTIVO GENERALE

Sviluppo di strategie di tipo visivo attraverso l'uso di pittogrammi ad alta trasparenza che supportano il lavoro di utenti, famiglie e operatori, in quanto, oltre ad aumentare i livelli di comprensione della situazione, permettono a bambini e ragazzi con disabilità comunicativa e cognitiva di avere una prevedibilità di quanto sta accadendo e di cercare di contenere comportamenti problematici.

Al di là della validità formale di tali supporti, crediamo fermamente nel diritto fondamentale alla comunicazione e, in questa situazione di emergenza sanitaria, crediamo anche sia un diritto fondamentale di tutti poter accedere a qualsiasi procedura sanitaria nella modalità più accessibile ai propri bisogni comunicativi.

OBIETTIVI SPECIFICI

individuazione di 578 persone con patologie prevalentemente legate a sofferenza perinatale o con disabilità ricomprese nei disturbi dello spettro autistico (DSA). Somministrazione di schede sintetiche comunicative con pittogrammi specifici (supporti) per le procedure di vaccinazione e/o di Tampone naso/faringeo. Nei supporti, attraverso simboli del set Arasaac, sono stati adattati i vari step della procedura che l'utente deve eseguire, dall'arrivo presso il centro al momento dei saluti. Tale supporto può essere quindi utilizzato per supportare l'utente in tutte le fasi del prelievo/vaccinazione, Tampone, ecc. spiegando passo passo la procedura da parte del caregiver o dell'operatore stesso.

Parallelamente è stato effettuato un lavoro di "etichettatura" dell'ambulatorio, al fine di rendere l'ambiente ancora più rassicurante, prevedibile e decodificabile da parte dell'utente con BCC. Il team di Curare con Cura ha inoltre attivato una procedura di counselling telefonico e di invio del materiale in simboli nel momento della presa in carico al fine di permettere al caregiver di mettere al corrente l'utente, in una modalità accessibile, circa la procedura sanitaria che dovrà affrontare presso l'ambulatorio.

Durante tale colloquio, verranno inoltre evidenziate particolari criticità che potrebbero portare ad eventuale modifica e/o revisione della procedura

RISULTATI ATTESI

L'individuazione di specifiche coorti di pazienti non collaboranti in ogni Distretto Sanitario della ASL Roma 2 permetterà la sistematica presa in carico di tali Pazienti e lo sviluppo di PDTA sempre più specifici. L'integrazione sistematica dei processi assistenziali ospedalieri con quelli territoriali propende per uno sviluppo delle procedure che mirano all'integrazione della medicina proattiva con quella di prossimità e con quella di comunità, con un occhio attento anche ad eventuali bisogni sanitari difficilmente programmabili (stati acuti di patologie croniche; emergenze sanitarie; urgenze; ecc.). inoltre l'evolversi continuo delle procedure di diagnosi perinatale e quelle di diagnosi precoce (specie nei DSA) potranno fare da corollario ad un concetto di presa in carico sempre più adeguata alle necessità. In questo contesto si colloca la comunicazione aumentativa come strumento di facilitazione dei percorsi e di orientamento delle procedure più complesse. La speranza è quella di riuscire a "disegnare" percorsi aspecifici in ambienti sanitari, facilmente decodificabili dalle persone con BCC e, di concerto, sviluppare tra gli operatori sanitari una specifica modalità comunicativa che favorisca:

- La lettura dei bisogni specifici
- L'elaborazione di schemi comunicativi specifici e personalizzati
- l'inclusione delle persone con deficit cognitivi-comportamentali
- l'esecuzione di qualsiasi procedura diagnostico-terapeitico-assistenziale

CONCLUSIONI

1. L'utilizzo della procedura descritta ha garantito l'esecuzione:
   - dei TEST/TNF per la ricerca di SARS CoV2 (Antigenico Quantitativo- COI, Antigenico Qualitativo, Molecolare): SEMPRE
   - dei TEST/Salivari per la ricerca di SARS CoV 2 (Molecolare): SEMPRE
   - Prelievi ematici (Domiciliari – Ambulatoriali): 178/180
   - Vaccini Anti COVID 19 (1° e 2° dose + Booster) - (HUB Vaccinali – Domicilio): SEMPRE
2. La modalità descritta ha semplificato le procedure nei giovani/ragazzi già avviati a percorsi di Comunicazione Aumentativa Alternativa (scuola, centri specialistici, ecc.).
3. La collaborazione costante tra famiglie/caregiver/operatori sanitari ha sviluppato la necessità di personalizzare gli interventi nell'ottica della presa in carico e caratterizzato i processi assistenziali favorendo il lavoro di equipe.
4. La condivisione delle procedure con Associazioni, ONLUS, Case Famiglia, ecc. che si occupano di persone con Bisogni Comunicativi Complessi deve essere ricompresa in una strategia di intervento a 360° sulle Disabilità Cognitive-Comportamentali.
5. Dotare i Presidi Sanitari di percorsi codificati nel linguaggio della Comunicazione Aumentativa Alternativa, rischia di essere più efficace della costruzione di percorsi "riservati", spesso ghettizzanti.
6. Formare il personale al buon uso della CAA come modalità di comunicazione con molte persone nello Spettro Autistico o con Deficit Cognitivi-Comportamentali.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermieri, Logopedisti, Terapisti della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva,
- OSS, Educatori, Operatori Casa Famiglia, Operatori di Comunità,
- Collaboratori Educativi, Collaboratori Familiari.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

FEBBRAIO – NOVEMBRE 2021: per la fase di esecuzione, raccolta e sistematizzazione dati.

FEBBRAIO 2021 – FEBBRAIO 2022: per lo sviluppo di percorsi sperimentali su altre procedure assistenziali (Endoscopie, Visite/Valutazioni ORL, visite Odontoiatriche.)

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

Nuclei di cure primarie (NCP) : integrazione ospedale-territorio per la tempestività della risposta al bisogno di salute del cittadino presso la ASL Roma 3

3

UNITA' OPERATIVA

Direzione Generale/ Direzione sanitaria/Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali

DIRETTORE

Dott.ssa Francesca Milito Direttore Generale ASL Roma 3

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
FRANCESCA MILITO	Direttore Generale	francesca.milito@aslroma3.it
DANIELA SGROI	Direttore Sanitario	
ALESSIA DE ANGELIS	Dirigente Infermieristico Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali	
AZIENDA	**REGIONE**	
ASL Roma 3	Lazio	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		

ABSTRACT

Scopo: riorganizzazione dei Nuclei di Cure Primarie presenti sul territorio della Asl Roma 3

Risultati attesi: Riduzione dei tempi di attesa dei codici minori (4/5) presso il PS G.B. Grassi e miglioramento dell'appropriatezza clinico-assistenziale con attivazione di un Nucleo di Cure Primarie dentro i locali del PS

Conclusione: A seguito di una attenta analisi demografica ed epidemiologica e, con l'obiettivo della riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso, è stata rimodulata l'offerta territoriale dei Nuclei di Cure Primarie.

OBIETTIVO GENERALE

La rimodulazione dei codici di Triage introdotta nel Triage Modello Lazio ad inizio 2020 ha aumentato da 4 a 5 i codici di accesso, ottenendo, tra gli altri effetti positivi, anche una ulteriore scrematura dei codici minori, dapprima verdi e bianchi (oltre i 2/3 degli accessi) e ora 4 e 5.

Analizzando i dati dei codici 4 e 5 dal 01.01.2020 a oggi eseguiti presso il Pronto Soccorso (PS) G.B. Grassi ASL Roma 3, si evince che questi costituiscono il 40-45% degli accessi (circa 33 al dì al box non specialistico), hanno percentuali di abbandono del PS altissime (oltre il 20%), hanno tempi di attesa molto lunghi (2 h in media), la percentuale di ricovero e trasferimento è sotto l'8% e solo il 17% necessita di consulenza specialistica.

Questi accessi sono riconducibili, per appropriatezza, a quelli destinati alla presa in carico dei tre Ambulatori Territoriali di NCP (Nuclei Cure Primarie) presenti la Asl Roma 3 nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, aperti 24 ore su 24 per 365 gg. l'anno:

1. Ditretto Sanitario X presso Casal Bernocchi
2. Distretto Sanitario Comune Fiumicino
3. Distretto Sanitario Comune Fiumicino Località Fregene

Infatti, l'accesso è dedicato ai cittadini che esprimono un bisogno di salute, ma non sono in pericolo di vita e non devono accedere ad un Pronto Soccorso ospedaliero.

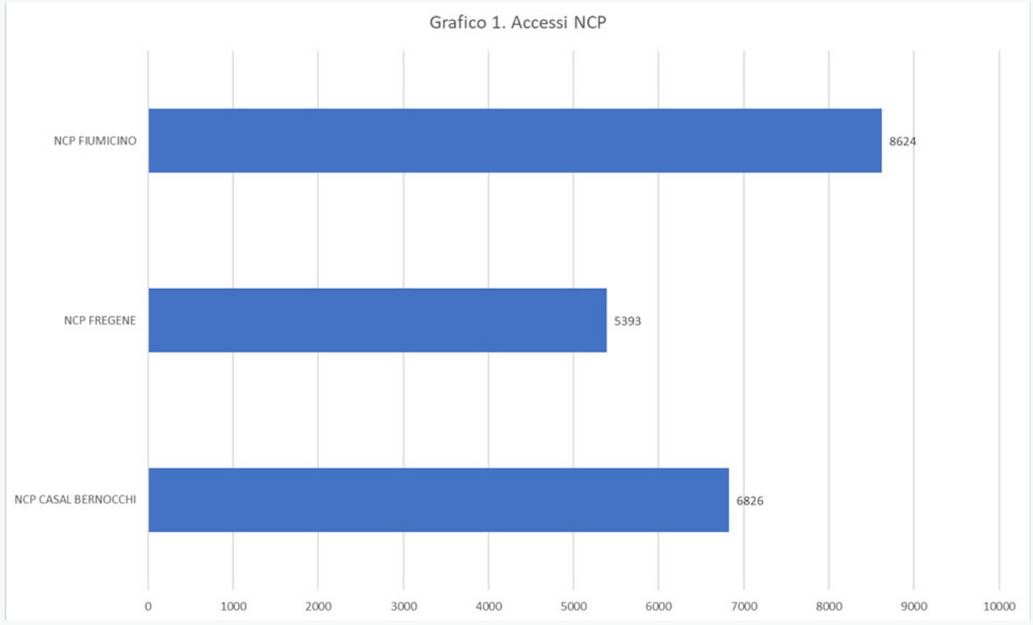
Alla luce dell'analisi condotta, è stato elaborato un progetto di riorganizzazione prevedendo la presenza del servizio NCP anche dentro il PS del DEA G.B. Grassi Asl Roma 3.

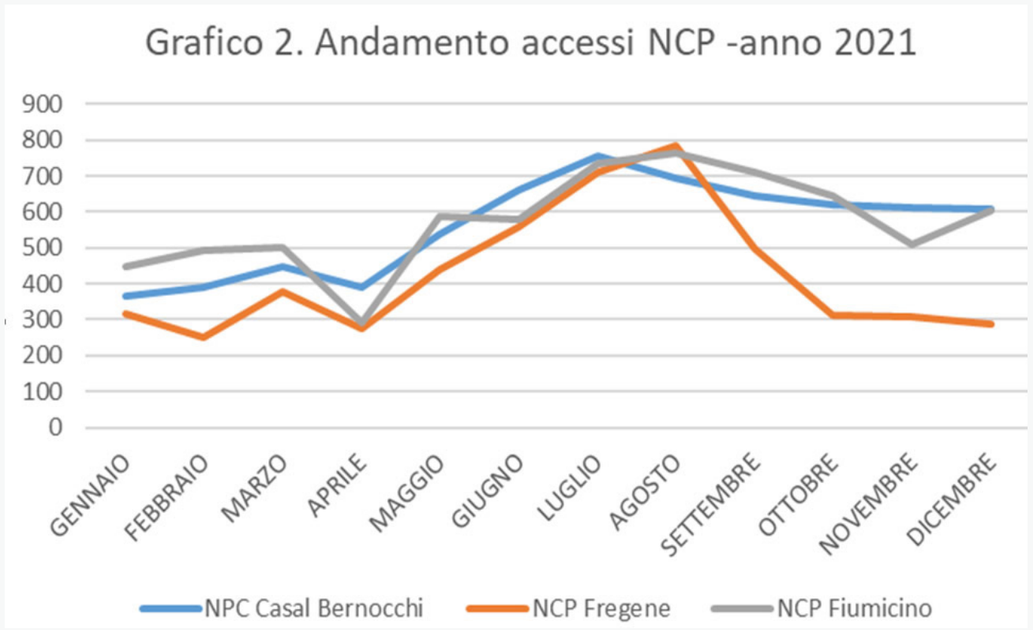
OBIETTIVI SPECIFICI

- Ridurre i tempi di attesa in PS per i codici 4-5 ed evitare il sovraffollamento del PS
- Garantire una presa in carico efficace ed appropriata sul territorio in relazione al bisogno di salute

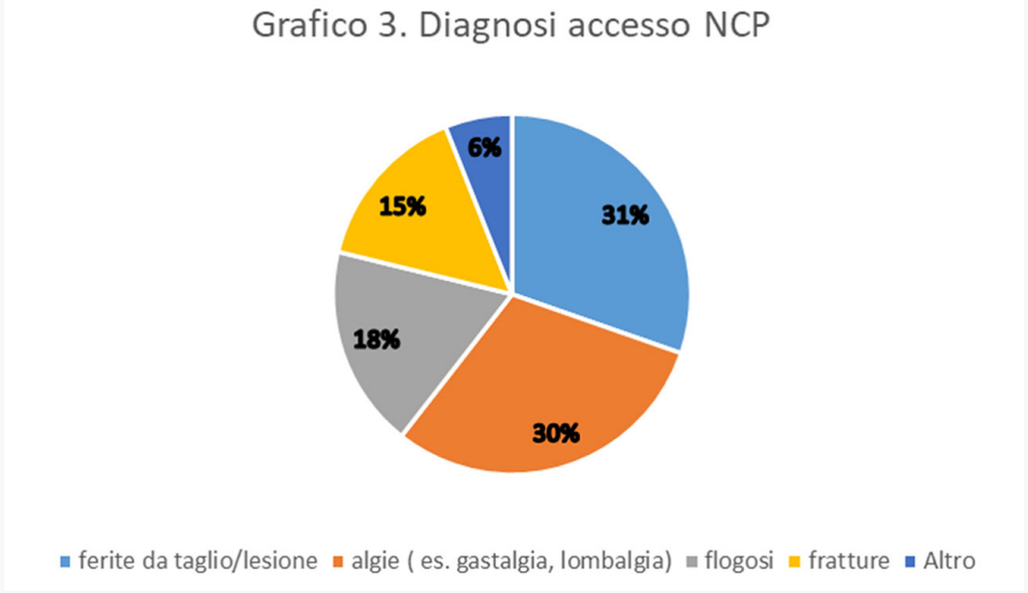
RISULTATI ATTESI

L'analisi dei dati mostra che da gennaio 2021 ad aprile 2022 i 3 NCP della ASL Roma 3 hanno gestito n. 20.843 totali (età media=48 anni; maschi=53%, femmine=47%) (grafico 1) con un andamento che subisce un incremento durante i mesi estivi soprattutto nei due NCP (Fregene e Fiumicino) siti sul litorale romano (grafico 2).





Le diagnosi di accesso ai 3 NCP sono sovrapponibili ai codici minori di Triage (verdi e bianchi, ora 4 e 5) (grafico 3).



In particolare, il 61% degli accessi è dovuto a ferite da taglio/lesioni (31%) ed ad algie varie (30%).

Tali dati convalidano la necessità di riorganizzare il sistema attraverso la presa in carico integrata ospedale- territorio, soprattutto per la cronicità, attraverso "Nuclei Integrativi" in interfaccia con gli standard organizzativi territoriali previsti nel PNRR: la Medicina di Iniziativa , la Telemedicina , le Casa della Comunità, gli Infermieri di Comunità, gli Ospedali di Comunità (Figura 1.). Da qui l'implementazione di un progetto di attivazione di un NCP dentro il PS G.B. Grassi da gennaio 2022 che ha la finalità di garantire una risposta sanitaria a quei soggetti che non presentano patologie a carattere di emergenza- urgenza ed è stato collocato dentro il Pronto Soccorso, con percorsi di accesso ben differenziati. I pazienti vi affluiscono una volta effettuato il Triage presso il Pronto Soccorso. Qualora all'esito della visita medica venga accertato un livello più grave di patologia rispetto alla classificazione "4/5" attribuita al medesimo nell'ambito del Triage del Pronto Soccorso, si provvederà a reinserire il paziente stesso nel canale "ordinario" del Pronto Soccorso. Inoltre, l'esito del paziente dimesso deve diventare "Primary Care", ovvero la porta d'accesso della cronicità e della continuità assistenziale al sistema sanitario.

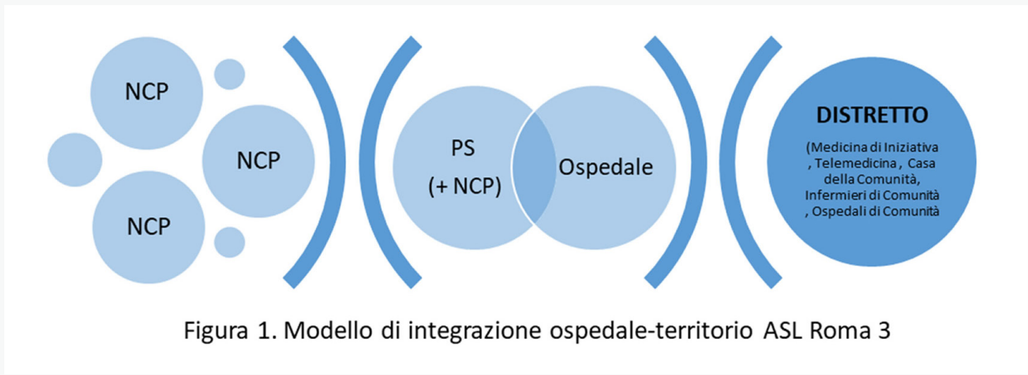


Figura 1. Modello di integrazione ospedale-territorio ASL Roma 3

CONCLUSIONI

A seguito di una attenta analisi demografica ed epidemiologica e, con l'obiettivo della riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso, è stata rimodulata l'offerta territoriale dei Nuclei di Cure Primarie. Tale processo organizzativo è inserito all'interno di una ridefinizione di tutta l'offerta sanitaria per garantire una presa in carico efficace ed integrata del bisogno di salute del cittadino come previsto nella missione 6 del PNRR.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Medici ed infermieri

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

In corso

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		X

Equipe itinerante ambulatori delle professioni sanitarie e pua diffuso

4

DIRETTORE GENERALE ASL ROMA 4

Dr.ssa Cristina Matranga

DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE ASL ROMA 4

Dott.ssa Carmela Matera

DIRETTORE DIPARTIMENTO AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI ASL ROMA 4

Dr. Carlo Turci

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
TIZIANA DI GIOVANNI	Incarico Organizzativo 1	tiziana.digiovanni@aslroma4.it
ROBERTA MARCHINI	Incarico Organizzativo 1	roberta.marchini@aslroma4.it
ORNELLA VAGNOZZI	Incarico Organizzativo 1	ornella.vagnozzi@aslroma4.it
SERENELLA SAVINI	Incarico Organizzativo 1	Serenella.savini@aslroma4.it
STEFANIA CIRIELLO	Incarico Organizzativo 2	stefania.ciriello@aslroma4.it
AZIENDA	REGIONE	
ASL Roma 4	Lazio	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		X

ABSTRACT

Una buona assistenza basata sulla promozione della salute è alla base dello sviluppo sociale ed economico degli individui. In questa area, l'assistenza erogata dalle professioni sanitarie del comparto permette il contenimento dei costi e risultati reali in termini di salute come indicato nel PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza).

Le professioni sanitarie sono in grado di offrire modelli organizzativi che si sviluppano intorno al cittadino, nel suo ambiente di vita, capaci di accompagnarlo nel percorso di cura. La creazione di "Equipe itineranti delle professioni sanitarie e PUA diffuso", è una proposta innovativa e rappresenta per le professioni sanitarie una vera opportunità di crescita e sviluppo professionale.

Il progetto nasce in collaborazione con i Comuni che mettono a disposizione i locali, gli arredi e le assistenti sociali per la gestione del Punto Unico di Accesso (PUA).

I Comuni che sono stati inseriti nel progetto si caratterizzano per maggiore distanza dalle strutture sanitarie,per la popolazione particolarmente anziana o con percorsi stradali critici nella percorribilità.

Il servizio viene espletato da 2 infermieri, 1 amministrativo, 1 assistente sociale e, ove necessario da altre figure delle professioni sanitarie (dietista, fisioterapista, ostetrica, ecc) che tramite auto aziendale si spostano giornalmente presso i vari comuni per l'erogazione di prestazioni sanitarie del profilo di appartenenza.

L'attività è erogata su prescrizione del MMG/PLS/Specialista previa prenotazione e ove possibile in accesso diretto.

OBIETTIVO GENERALE

Questo progetto ha lo scopo di avvicinare il personale sanitario ai contesti di vita dei cittadini tramite l'attivazione di una equipe itinerante che garantisce prestazioni, relative ai profili delle professioni sanitarie, presso gli ambulatori dei 5 comuni identificati per la sperimentazione (Ponzano, Mazzano, Torrita Tiberina, Filacciano, Civitella San Paolo).

OBIETTIVI SPECIFICI

- costituire una cerniera tra i servizi territoriali;
- garantire la presa in carico dei cittadini con particolari esigenze saniatrie e sociali;
- garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza della popolazione attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e la definizione di percorsi assistenziali integrati;
- valorizzare il ruolo dei professionisti sanitari sul territorio;
- consentire un risparmio economico e di tempo ai cittadini utenti;
- migliorare l'accessibilità e la fruibilità da parte dei cittadini dei servizi sanitari e delle prestazioni di assistenza sanitaria primaria (livello di primary care), anche in stretta collaborazione funzionale con il Punto Unico di Accesso Sociosanitario (PUA);
- promuovere nelle persone i processi di autocura (self care), anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale (Empowerment del Cittadino);

- promuovere l'attività di prevenzione ed educazione alla salute
- erogare prestazioni in linea con i profili del personale sanitario che partecipa al progetto

RISULTATI ATTESI

I cittadini beneficeranno di un percorso di facilitazione sull'utilizzo dei servizi territoriali, ottenendo informazioni sociali e sanitarie puntuali e precise, prestazioni infermieristiche, fisioterapiche, ostetriche, dietologiche, ecc con un risparmio economico e di tempo. Contestualmente vengono acquisite capacità di autocura (self care), una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale (Empowerment del Cittadino). Inoltre l'utilizzo della telemedicina/ teleconsulto permette di monitorare a distanza segni e sintomi nonchè effettuare prestazioni specialistiche come ECG, spirometrie Holter pressorio, ecc

Questa modalità operativa porterà dei benefici in termini di appropriatezza ed efficienza con una riduzione delle ospedalizzazioni evitabili e di utilizzo improprio dei servizi sanitari.

CONCLUSIONI

L'equipe itinerante delle professioni sanitarie ed il PUA diffuso, rappresenta un modello di medicina di iniziativa che ha la finalità di intervenire nella gestione delle malattie croniche, nella prevenzione con effetti positivi attesi sia per la salute dei cittadini che per la sostenibilità stessa del sistema.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermiere
- Ostetrica /o
- Infermiere pediatrico
- Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
- Dietista
- Fisioterapista
- Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro
- Assistente Sanitario
- Tecnico di Neurofisiopatologia
- Podologo
- Logopedista
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- Assistente sociale

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto dovrà iniziare entro la fine del mese di febbraio 2022 ed ha una durata di sperimentazione pari a mesi 3 con valutazione degli indicatori selezionati per una eventuale prosecuzione.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

Il wound care a km 0

5

DIRETTORE GENERALE ASL ROMA 4

Dr.ssa Cristina Matranga

DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE ASL ROMA 4

Dott.ssa Carmela Matera

DIRETTORE DIPARTIMENTO AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI ASL ROMA 4

Dr. Carlo Turci

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
SERENELLA SAVINI	Incarico Organizzativo 1	Serenella.savini@aslroma4.it
ROBERTA MARCHINI	Incarico Organizzativo 1	roberta.marchini@aslroma4.it
TIZIANA DI GIOVANNI	Incarico Organizzativo 1	tiziana.digiovanni@aslroma4.it
DARIO MONACO	CPSI- Specialist in Wound Care	dario.monaco@aslroma4.it
AZIENDA	**REGIONE**	
ASL Roma 4	Lazio	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		X

ABSTRACT

Le lesioni tissutali complesse (lesioni diabetiche, lesioni vascolari di natura arteriosa, venosa e mista e lesioni da pressione) rappresentano una condizione grave e dolorosa e sono un esempio di evento avverso. La loro comparsa può rallentare il recupero funzionale e comportare complicanze di natura infettiva, nonché determinare la comparsa di dolore e prolungare la degenza ospedaliera: le lesioni possono complicarsi, amplificare altre patologie concomitanti, possono infettarsi, condurre il paziente verso una setticemia e il decesso, soprattutto in presenza di comorbidità.

La presenza di lesioni tissutali complesse è riconosciuta come fattore prognostico sfavorevole che si associa oltre che ad aumento della morbilità e della mortalità, anche ad un incremento dei costi, associati non solo alla spesa dei materiali utilizzati, ma soprattutto all'impego di infermieri, al tempo di gestione e all'ospedalizzazione.

L'esperienza vissuta in seguito agli eventi legati al Covid-19, ci ha insegnato quanto l'impegno nelle attività di prevenzione unitamente a interventi proattivi di cura e assistenza sul territorio e a domicilio sia inderogabile. Il fenomeno delle lesioni tissutali difficili, oggi più che mai, rappresenta un esito in aumento dal momento che tendono a manifestarsi prevalentemente nei soggetti affetti da patologie croniche, che ne compromettono la funzionalità neuromotoria, nei soggetti anziani allettati (over 65 anni) con pluripatologia e, sono indicatori di qualità della vita e dell'assistenza sanitaria erogata. A tal proposito il PNRR fa riferimento, tra gli obiettivi, quello di "rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari" e quello di "sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare". Inoltre, sempre nel PNRR, si scrive che è necessario aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti

Nella pratica clinica, la consulenza dell'infermiere specialista in wound care è indispensabile per programmare interventi di prevenzione ed educazione sanitaria rivolti all'utente, ai familiari, ai caregiver e, nello stesso tempo per valutare e trattare le lesioni cutanee e tissutali utilizzando un approccio evidence based e strumenti informatizzati.

Nell'ambito della Telemedicina, il Teleconsulto permette di effettuare valutazioni clinico-assistenziali precise, pianificare l'assistenza in team, collegare l'utente con lesioni complesse agli infermieri e medici, per assisterlo nella diagnosi, monitoraggio, gestione, responsabilizzazione dello stesso sia nella fase di dimissione che a domicilio o negli ambulatori infermieristici distrettuali.

OBIETTIVO GENERALE

Creare una rete di presa in carico proattiva, tra il team assistenziale, dislocato nel Polo Ospedaliero o sul territorio della Asl Roma 4 e, l'utente affetto da lesione tissutale complessa, così da garantire l'efficacia e l'appropriatezza dei servizi e la qualità dei risultati.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Diminuire i tempi di presa in carico dell'utente, in dimissione, a livello territoriale
- Aumentare la cultura della prevenzione delle complicanze legate alle lesioni tissutali complesse
- Aumentare l'integrazione tra l'assistenza ospedaliera e territoriale
- Promuovere l'analisi dei sensitive nursing outcome
- Diminuire le missed care

- Aumentare la prossimità attraverso il Teleconsulto a casa dell'utente e negli ambulatori infermieristici
- Superare la frammentazione nella presa in carico e nella gestione dell'utente attraverso il Teleconsulto
- Diminuire i ricoveri impropri e gli accessi in Pronto soccorso determinati da complicanze insorte alle lesioni tissutali
- Valorizzare il ruolo degli infermieri specialisti sia nel setting ospedaliero che territoriale
- Aumentare l'aderenza terapeutica nella popolazione presa in carico
- Diminuire la solitudine e l'isolamento sociale
- Promuovere il self care.
- Diminuire la spesa sanitaria in termini di medicazioni utilizzate
- Aumentare l'appropriatezza delle cure erogate grazie all'impiego di infermieri formati.

RISULTATI ATTESI

Gli utenti affetti da lesioni tissutali complesse seguono un percorso proattivo di presa in carico in dimissione dall'ospedale e gestione appropriata delle lesioni nel setting territoriale, in rete tra i diversi team assistenziali, attraverso il Teleconsulto, con l'infermiere specialista in wound care.

CONCLUSIONI

Il progetto, alla luce del PNRR, vuole muovere le prestazioni verso gli utenti piuttosto che gli utenti verso le prestazioni al fine di garantire la prossimità, attraverso la Telemedicina, con percorsi condivisi tra diversi professionisti per la valorizzazione delle competenze nei diversi setting assistenziali.

Gli infermieri che utilizzano la Telemedicina uniscono la propria esperienza e competenza clinica alle conoscenze tecnologiche, garantendo il raggiungimento degli outcome di salute e prevenendo riammissioni improprie in ospedale.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermiere
- Medico
- Dietista
- Fisioterapista
- Assistente Sanitario
- Tecnico di Neurofisiopatologia
- Podologo
- Assistente sociale

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto è iniziato a settembre 2021 ed ha una durata di sperimentazione pari a 12 mesi.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

Tramutare l'emergenza in opportunità: "DA INFO-COVID A INFO- CRON"

6

UNITA' OPERATIVA

Dipartimento professioni sanitarie

DIRETTORE

Luigia Carboni

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
ANNA MALATESTA	Coordinatore infermieristico unità di degenza infermieristica	anna.malatesta@aslroma5.it
LORELLA FEDERICI	Infermiere cad distretto palestrina	lorella.federici@aslroma5.it
AZIENDA	REGIONE	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
ASL Roma 5	Lazio	dipartimentoprofessionisanitarie@aslroma5.it 0774701101

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		

ABSTRACT

L'attuale condizione di emergenza COVID-19 ha richiamato in maniera perentoria al domicilio degli utenti bisognosi di intervento assistenziale e socio-sanitario, calcando il concetto sull'importanza dell'assistenza proattiva, in una visione analitica dei modelli di salute della persona.

La ASL Roma5, nell'ambito delle misure di intervento, ha attivato un servizio proattivo di Teleassistenza e Telesorveglianza, dedicato ai soggetti risultati positivi al Covid-19, in sorveglianza domiciliare, aggiuntivo rispetto alla sorveglianza di segreteria telefonica attiva nel SISP.

L'esigenza di ascolto e di presa in carico dei bisogni dei cittadini attraverso l'Assistenza Proattiva Infermieristica, impegnate nell'ambito operativo di Info-Covid, trasformando l'emergenza in opportunità, ha aperto uno

scenario successivo che è quello della presa in carico della persona affetta da malattie croniche, acquisendo la denominazione “da Info-Covid a Info-Cron”.

Attualmente, ancora in maniera più incisiva, il PNRR con i suoi programmi apre scenari di collegamento ai modelli organizzativi di proattività del Territorio già avviati da “Info-Covid a Info-Cron” nella ASL Roma 5.

OBIETTIVO GENERALE

Il progetto consiste nella realizzazione di un innovativo approccio professionale, che, partendo dal raggiungimento dell’assistito a domicilio, a seguito di positività per Covid, è orientato alla presa in carico “proattiva” del cittadino portatore di patologie croniche.

Il modello organizzativo “da Info-Covid a Info-Cron” si prefigge la finalità di garantire l’erogazione dell’assistenza sanitaria appropriata, con gestione adeguata a domicilio, alla persona affetta da patologie cronico-degenerative che, intercettata a seguito di intervento sanitario per l’emergenza COVID-19, viene presa in carico al fine della soddisfazione e dell’appropriatezza di tutti gli interventi assistenziali di cui necessita.

Tale obiettivo si realizza attraverso il modello operativo del Chronic Care Model, basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento (empowerment) ed il team multiprofessionale composto da operatori sociosanitari, infermieri, MMG e assistenti sociali.

OBIETTIVI SPECIFICI

La raccolta dei bisogni di salute in Teleassistenza ha reso necessario un modello organizzativo di risposta al cittadino. Tale modello, elaborato dal Dipartimento delle Professioni Sanitarie, con il supporto della Direzione Strategica, si articola nel Distretto Sanitario, attraverso gli Infermieri Coordinatori che recepiscono il bisogno assistenziale degli utenti del territorio e gestiscono gli Infermieri territoriali per il soddisfacimento degli stessi bisogni.

Il Servizio di Teleassistenza prende in carico gli assistiti Covid-19 domiciliati, attraverso l’accertamento dei bisogni di salute, in senso olistico, andando ad indagare sugli 11 modelli di salute di Gordon, attraverso la somministrazione della “Scheda di valutazione bisogni di salute e sorveglianza epidemiologica da info-covid a info-cron” (all. a).

Obiettivi specifici:

- raggiungere il cittadino bisognoso di cure presso il proprio domicilio;
- effettuare una accoglienza telefonica finalizzata a comprendere i bisogni di salute;
- pianificare all’occorrenza interventi assistenziali possibili a domicilio;
- richiedere all’occorrenza interventi clinici, psico-sociali, altro;
- facilitare la rete dei servizi;
- facilitare l’integrazione con i MMG/PLS, anche attraverso gli infermieri di famiglia;
- accogliere le condizioni di cronicità, orientando la presa in carico nei PDTA;
- tutelare i bisogni di salute della persona in qualsiasi contesto sociale di vita.

RISULTATI ATTESI

Presa in carico della popolazione cronica a domicilio individuata come di seguito:

a. l’analisi degli elenchi degli assistiti che hanno richiesto sorveglianza tramite il numero verde e/o l’applicazione LAZIO DOCTOR per COVID

b. stratificazione della popolazione per l’individuazione delle fasce fragili e a rischio, mediante la consultazione degli elenchi predisposti dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria e dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR, contenenti la popolazione assistita regionale al 01/01/2021 con età pari o superiore a 60 anni, con almeno un ricovero ordinario nei 2 anni precedenti affetta da una delle seguenti patologie:

   - scompenso cardiaco
   - ipertensione
   - altre patologie cardiache (vasculopatie, miocardie, cardiopatie ischemiche)
   - diabete
   - BPCO
   - insufficienza respiratoria o asma
   - insufficienza renale cronica
   - neoplasia attiva o in follow up.

CONCLUSIONI

Il potenziamento delle cure primarie in emergenza COVID-19, ha rappresentato una opportunità unica nell’ accelerazione dell’implementazione dei nuovi modelli assistenziali territoriali, perseguibili attraverso l’integrazione dell’assistenza proattiva infermieristica, nella logica della programmazione ed erogazione degli interventi da parte dei Servizi Distrettuali e delle UUCCPP del Territorio.

La sinergia tra professionisti della struttura del team assistenziale multi-professionale (Coordinamento Distrettuale, SISP, UCP, MMG/PLS, Assistenza Proattiva Infermieristica - API, Infermiere di Famiglia e di Comunità, CAD, ADI, UDI, Infermieri, Assistenti Sociali, Educatori, altre Professioni Sanitarie e Sociali) rappresenta un mezzo proattivo per favorire una appropriata presa in carico del paziente, affetto da patologie croniche garantendo la continuità assistenziale integrata in un clima umanizzato della cura.

La capacità dei servizi di operare in rete permette di ottimizzare le risorse, di integrare i bisogni socio-sanitari con quelli socio-assistenziali, di garantire la competenza e l’umanizzazione delle cure, attraverso il saper curare e il saper prendersi cura.

L’infermiere API (Assistenza Proattiva Infermieristica), insieme all’Infermiere di famiglia, si adopera come professionista attivo, affinché la persona assistita e la sua famiglia dispongano delle informazioni necessarie atte a soddisfare i bisogni di salute e si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel processo assistenziale, adottando comportamenti leali e collaborativi, fungendo da attivatore della rete assistenziale.

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie della ASL ROMA 5 coglie questa opportunità e favorisce la diffusione di modelli organizzativi innovativi territoriali, valorizzando e integrando le esperienze di sanità di iniziativa e i percorsi di cura delle cronicità.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

MMG/PLS, Infermiere Assistenza Proattiva, Infermiere di Famiglia e di Comunità, CAD, ADI, UDI, Infermieri, Assistenti Sociali, Educatori, Assistenti sociali, altre professioni sanitarie…

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Sei mesi per la realizzazione del data base completo di tutte le informazioni relative alla popolazione cronica afferente alla ASL Roma 5; un anno per la realizzazione del progetto sperimentale con pianificazione trimestrale delle attività.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		

allegato a

SCHEDA DI VALUTAZIONE BISOGNI DI SALUTE E SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA
DA INFO-COVID A INFO-CRON

NOME COGNOME DATA DI NASCITA…../…../……..

INDIRIZZO/tel: CF: _____

MEDICO MEDICINA GENERALE/PLS_____
TEL._____

CONSENSO ALLA RACCOLTA DATI : SI NO

Stato di Gravidanza: Si No Epoca gestazionale:

PATOLOGIE PRINCIPALI:_____
_____

CONDIZIONI DI CRONICITÀ		
DIABETE	SI	NO
PBCO	SI	NO
CARDIOPATIA	SI	NO
TERAPIA TAO	SI	NO

PARAMETRI VITALI:

PA:_____ FC: _____ TC:_____ FR:_____ SpO2 _____ DOLORE: □ SI □ NO SEDE:_____

RESPIRAZIONE: □ Eupnea □ Dispnea a riposo □ Dispnea da sforzo SpO2 _____ Tosse □ SI □ NO

ALTRO: □ Rinorrea □ Cefalea □ Congiuntivite □ Gola infiammata □ Sensazione di malessere

N.B. VALUTARE LE CONDIZIONE DI DISAGIO IN NUMERO CRESCENTE:
1: INSUFF/MEDIOCRE **2:** SUFF/ABBASTANZA **3:** ADEGUATO/BUONO **4:** MOLTO ADEGUATO/ECCELLENTE

SCHEDA A : BISOGNI CLINICI RIFERIBILI ALLA SINTOMATOLOGIA COVID-19 CORRELATE	1	2	3	4
RESPIRO				
TEMPERATURA				
GUSTO/OLFATTO				
DISTURBI APPARATO DIGERENTE				
STATO DI COSCIENZA				
UDITO/VISTA				
ALTRO				
PUNTEGGIO TOTALE				

SCHEDA B: BISOGNI ASSISTENZIALI	1	2	3	4
NUTRIZIONE				
IDRATAZIONE				
MOBILITA'/DEAMBULAZIONE				

1

ALVO				
IGIENE E CURA DI SE'				
RITMO SONNO/VEGLIA				
MODELLO DI COPING - TOLLERANZA ALLO STRESS - PERCEZIONE DI SE' -				
PUNTEGGIO TOTALE				

SCHEDA C: BISOGNI PSICO-SOCIALI		1	2	3	4
RETE SOCIALE (TELEFONICA)					
RETE FAMILIARE					
NUCLEO FAMILIARE ATTIVO					
PAURA /ANSIA	SE ASSENTE ATTRIBUIRE PUNTEGGIO 3 O 4				
PIANTO	SE ASSENTE ATTRIBUIRE PUNTEGGIO 3 O 4				
SOLITUDINE	SE ASSENTE ATTRIBUIRE PUNTEGGIO 3 O 4				
FORNITURA MEDICINALI SODDISFATTA					
FORNITURA ALIMENTARE SODDISFATTA					
PUNTEGGIO TOTALE					

SCHEDA D : GRADO DI SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO	1	2	3	4
DESCRIZIONE ALERT (CONDIZIONI DI RISCHIO PUNTEGGIO TOTALE DELLE TABELLE A, B, C,)	1	2	3	4

SCHEDE OPERATIVA DEL PROFESSIONISTA NELL'AMBITO DELLA SORVEGLIANZA PROGRAMMATA

○ SORVEGLIANZA TELEFONICA DA PROGRAMMARE	24 H	48 H	72 H	altro	
○ Visita a domicilio a cura del qualifica sanitario specificato	INF	Medico	Psicol.	ASS. Soc	Ostetrica
○ PRELIEVO VENOSO: MONITORAGGIO INR/TAO	SI	NO	ALTRO:		
○ CATETERISMO VESCICALE	SI	NO	ALTRO		
○ MEDICAZIONI	SI	NO	ALTRO		
○ PORT-A-CATH	SI	NO	ALTRO		
○ VISITE\ACCERTAMENTI DIGNOSTICI PROGRAMMATI	SI	NO	ALTRO		
○ MONITORAGGIO GLICEMICO	SI	NO	ALTRO		

ANNOTAZIONI:

DATA FIRMA

2

Allegato A

Cartella Clinica Elettronica – Fase 3

7

UNITA' OPERATIVA

Uoc Professione Infermieristica Asl Roma 6

DIRETTORE

Dott.ssa Cinzia Sandroni

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
BARTOLUCCI SIMONETTA	CPSS PO Innovazione Tecnologica Assistenza Infermieristica- UOC Professione Infermieristica	simonetta.bartolucci@aslroma6.it
CONSOLANTE CIRIACO	Coordinatore Progetto -Direttore Medico Polo H4- PO Anzio	ciriaco.consolane@aslroma6.it
CORSI ROBERTO	Direttore Sanitario Aziendale	corsi.roberto@aslroma6.it
LOLLI NADIA	Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristiche	nadia.lolli@aslroma6.it
SCOPONI GIOVANNI	Direttore UOSD Sistemi Informatici	giovanni.scoponi@aslroma6.it
SESTI FRANCESCO SAVERIO	Coordinatore Progetto- Dirigente Analista UOSD Sistemi Informatici	francescosaverio.sesti@aslroma6.it

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		X
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

La cartella clinica elettronica crea valore se è in grado di supportare l'attività di tutti i professionisti coinvolti nella gestione dei pazienti in modo pro-attivo, anche segnalando informazioni utili e dando suggerimenti e avvisi su rischi e scelte coerenti con il quadro clinico del paziente.

Nel 2021 Asl Roma6 ha implementato la digitalizzazione della cartella clinica e dei servizi ad essa collegata (es. Laboratorio Analisi, Istologia, Consulenze, Radiologia) in 6 strutture distribuite in un territorio di 658 Kmq. (P.O. Frascati- P.O. Velletri- P.O. Anzio Nettuno – Ospedale dei Castelli – Riabilitazione Villa Albani Anzio – Presidio Diurno Marino).

Nel 2022 è in corso il consolidamento della soluzione informatica.

Nel 2023, con i fondi del PNRR, si vuole avviare la fase 3 del progetto fornendo agli operatori strumenti evoluti (tablet di alta fascia) e connessi che consentano in sicurezza la gestione clinico assistenziale e amministrativa del paziente direttamente al suo letto.

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo è di consentire la gestione clinico, assistenziale e amministrativa del paziente al letto del paziente attraverso l'utilizzo di strumenti informatici, sia software che hardware che da un lato facciano risparmiare tempo agli operatori e che dall'altro diano le necessarie garanzie di sicurezza nella gestione e nello scambio dei dati.

OBIETTIVI SPECIFICI

All'interno Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione) – Definizione del Piano regionale di digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA di I e II livello, di cui al PNRR, sono previsti i seguenti fondi per l'ASL Roma 6:

HARDWARE PER POSTAZIONI DI LAVORO (PC FISSI, PORTATILI, SCANNER, STAMPANTI, ETICHETTATRICI, TABLET, ANTENNE WI-FI)	1.571.969,36 €
ARMADI INFORMATIZZATI PER DISTRIBUZIONE FARMACI/DM	702.968,53 €
CABLAGGIO LAN E WI-FI	690.921,00 €
LICENZE D'USO E ALTRE LICENZE SOFTWARE E HARDWARE DA ACQUISTARE PER LE TECNOLOGIE DELLA CATEGORIA POSTAZIONI	430.581,73 €
	3.396.440,63 €

Gli obiettivi individuati sono:

1. Ammodernamento tecnologico delle postazioni di lavoro
2. Fornitura di tablet ad alte prestazioni ai reparti ospedalieri per una migliore gestione dei pazienti anche in considerazione dei software aziendali
3. Potenziamento della rete fisica e wifi per una migliore e più sicura trasmissione dei dati
4. Integrazione della cartella clinica elettronica con l'armadio farmaceutico di reparto e con la farmacia ospedaliera e aziendale

5. Dematerializzazione complete di tutta la modulistica (es. Consensi) con firma digitale anche per i degenti

RISULTATI ATTESI

- Meno tempo per la burocrazia più tempo per il paziente
- Riduzione degli archivi cartacei
- Riduzione delle spese per stampanti e carta
- Riduzione dei problemi legati alla calligrafia
- Riduzione dei problemi legati alla trascrizione dei dati in quanto automatica

CONCLUSIONI

La standardizzazione e la digitalizzazione di tutta la documentazione sanitaria non può che portare benefici ai degenti e agli operatori efficientando tutta la macchina organizzativa aziendale.

La riduzione degli errori dovuti ad esempio alla calligrafia, la semplificazione delle comunicazioni verso gli altri servizi e la creazione di repository dove trovare sempre e comunque i referti non può che migliorare l'offerta di assistenza.

Purtroppo la rapida evoluzione tecnologica e il cambiamento epocale dei processi aziendali e di reparto comporta da un alto costi economici che possono essere sostenuti solo con interventi straordinari come quelli messi a disposizione dal PNRR e costi organizzativi difficilmente quantificabili e che necessitano da un lato di formazione e supporto continuo e dall'altro dalla necessaria collaborazione di tutti i soggetti apicali aziendali.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- medici
- infermieri
- personale IT altamente specializzato
- tutti gli altri professionisti coinvolti nella gestione dei pazienti

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

1 anno dalla fornitura dell'hardware

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		

8 La Radiologia domiciliare: un nuovo modo di gestione della salute nel territorio attraverso il SSR.

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
PAOLO CASALINO	Dir. Professioni Tecnico Sanitarie Policlinico Tor Vergata Roma	paolo.casalino@ptvonline.it
CARMINE CIARALLI	Dir. Professioni Tecnico Sanitarie INMI Lazzaro Spallanzani Roma	carmine.ciaralli@inmi.it
GIOVANNI CORUZZOLO	Dir. Professioni Tecnico Sanitarie ASL Latina	g.coruzzolo@ausl.latina.it
FRANCESCO DE SANTIS	Dir. Professioni Tecnico Sanitarie Asl Roma 5	francesco.desantis@aslroma5.it
ROBERTO FERRI	Dir. Professioni Tecnico Sanitarie Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea	Roberto.ferri@uniroma1.it
MARINA MACARI	Dir. Professioni Tecnico Sanitarie A.O. San Camillo Forlanini	mmacari@scamilloforlanini.rm.it
MARCO MATTIOLI	Dir. Professioni Tecnico Sanitarie A.O. San Giovanni Addolorata	mmattioli@hsangiovanni.roma.it
MAURO MEONI	Dir. Professioni Tecnico Sanitarie ASL Roma 6	mauro.meoni@gmail.com
CARLO MONTELLA	Dir. Professioni Tecnico Sanitarie ASL Viterbo	carmontella@virgilio.it
VITTORIO SANTARELLI	Dir. Professioni Tecnico Sanitarie ASL Roma 3	vittorio.santarelli@gmail.com
MARCO SCIPIONI	Dir. Professioni Tecnico Sanitarie ASL Roma 2	marco.scipioni@aslroma2.it
MYRIAM TATANGELO	Dir. Professioni Tecnico Sanitarie IFO Roma	myriamtatangelo2@gmail.com
DAMIANO TRAVAGLINI	Dir. Professioni Tecnico Sanitarie ASL Roma 1	damtravaglini@gmail.com
REGIONE	Lazio	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		

ABSTRACT

La Radiologia Domiciliare si pone l'obiettivo di perseguire una logica Patient-Centered e di proteggere i pazienti vulnerabili, quelli più a rischio di pericolo fisico e finanziario. L'implementazione della Radiologia domiciliare in un contesto di SSR a gestione pubblica consente di porre il cittadino in condizioni di sicurezza all'interno di PDTA personalizzati. Il contributo che possono fornire i professionisti appartenenti all'area tecnico-sanitaria, nell'ambito dell'assistenza domiciliare, è quella di eseguire determinati esami diagnostici direttamente al domicilio dei soggetti fragili/cronici, allestendo unità mobili con veicoli e apparecchiature radiologiche dedicate.

Adottando, inoltre, tutte le cautele di Radioprotezione allo scopo di garantire il rispetto dei limiti di dose previsti dalla normativa vigente sia per gli operatori, sia per gli ambienti interessati alle procedure con particolare riferimento alle persone che eventualmente assistono i pazienti.

Il presente documento ha lo scopo di mostrare lo stato dell'arte riguardo l'attività di radiologia domiciliare, nei territori di riferimento delle Aziende di cui fanno parte i Dirigenti autori del presente lavoro e più in generale nel territorio della Regione Lazio.

OBIETTIVO GENERALE

Con il Next Generation EU (NGEU), programma di finanziamento straordinario pari a 750 mld di euro, l'Europa ha incrementato il proprio bilancio pluriennale, al fine di porre un riparo alle sopravvenute problematiche economiche e sociali causate dalla pandemia.

IlNGEU non rappresenta soltanto un ammontare di risorse economiche, ma piuttosto uno strumento programmatico con il quale attuare una determinata visione strategica e di cambiamento.

L'Italia ha recepito questi principi attraverso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che prevede l'impiego totale di 235.14 mld di euro e la suddivisione in 16 progetti di investimento, raggruppati a loro volta in 6 Missioni.

La Missione 6 (M6), alla quale vengono assegnati 20.23 mld di euro, è la missione dedicata alla sanità e si articola in due componenti: M6C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", e M6C2 "Innovazione, ricerca, e digitalizzazione del SSN".

L'incremento dell'aspettativa di vita con il conseguente allungamento dell'età media della popolazione, ha portato inevitabilmente all'aumento del tasso di cronicità e multimorbidità, e quindi ad un innalzamento del numero di accertamenti diagnostici.

La popolazione italiana è caratterizzata da un'età media tra le più alte nel mondo, e un terzo delle famiglie italiane sono ormai composte da un solo individuo, così come viene registrata una crescita costante della quota di famiglie composte da soli anziani.

Nasce così l'esigenza di sviluppare l'assistenza domiciliare, un servizio in grado di offrire continuità assistenziale, soprattutto a quei pazienti dimessi dopo trattamento di patologie acute e a pazienti con patologie cronico-degenerative, fornendo una presa in carico globale mediante interventi multiprofessionali.

OBIETTIVI SPECIFICI

Il termine *"radiologia domiciliare"* sta ad indicare l'insieme delle procedure finalizzate all'esecuzione di esami radiografici tradizionali presso il domicilio del paziente, o comunque in una struttura non ospedaliera o ambulatoriale nella quale non sia presente un servizio di radiologia autonomo in sede (R.S.A. o istituti penitenziari).

I pazienti che più di tutti possono avvalersi delle attività di *"radiologia domiciliare"* sono persone anziane, disabili o non autosufficienti, le cui condizioni non consentano il trasporto nelle strutture di radiologia, se non con il rischio di sottoporre il paziente a un più gravi disagi e con costi più elevati per la collettività.

Oltretutto, il vantaggio della *"radiologia domiciliare"* è fortemente espresso proprio in concomitanza di eventi eccezionali, quali ad esempio l'emergenza in corso di epidemia da Sars-CoV-2 che stiamo vivendo, in cui, grazie alla peculiarità della metodica stessa, è possibile ridurre il rischio di trasmissione da individui infetti noti.

Alla luce di quanto sopra, l'attività di radiologia domiciliare deve risultare l'unica alternativa all'attività ambulatoriale, ma a condizione che si abbia la stessa qualità diagnostica e di sicurezza e con rischio molto basso di esposizione alle radiazioni ionizzanti sia per gli operatori che per la popolazione.

Le particolari condizioni dei soggetti destinatari di prestazioni domiciliari e la pluralità nonché la diversità dei contesti nelle quali vengono svolte le suddette prestazioni, fanno sì che i professionisti in essi operanti acquisiscano delle ulteriori competenze, soprattutto dal punto di vista relazionale, superiori a quelle richieste nelle strutture aziendali; l'informalità del setting domestico, assenza di barriere tecnologiche e il contesto stesso, impone comportamenti differenti.

L'ascolto dei problemi della persona e il tempo dedicato, che in ambiente ospedaliero è spesso contingentato, presso il domicilio invece diviene rilevante e fondamentale e per questo motivo occorre quindi sviluppare maggiormente aspetti di empatia, di socializzazione e di relazione psicologica, attraverso soprattutto corsi di formazione adeguati che vadano a sviluppare molteplici aspetti, da quelli più specifici tecnici (normativa sulla radioprotezione, sul trattamento dei dati, sulla prevenzione dei rischi) a quelli annoverati nell'ambito delle cosiddette "soft skills".

Come ogni atto sanitario, la radiologia domiciliare è una prestazione che vede il coinvolgimento e la collaborazione di vari professionisti quali il MMG/PLS e/o medici di strutture territoriali e/o penitenziarie, il Medico specialista Radiologo, il Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, lo Specialista in Fisica Medica, l'Esperto di radioprotezione ed altri professionisti sanitari in relazione alle competenze riconosciute secondo la normativa vigente o l'articolazione organizzativa del processo in esame.

Il flusso delle attività si compone di varie fasi che vanno dalla prenotazione, in cui i Medici prescrittori motivano la richiesta di esecuzione dell'indagine presso il paziente, passando per il Medico Radiologo che valuta, giustifica e dà l'assenso alla procedura; si procede quindi alla programmazione della prestazione, informando il paziente su tempi e modalità di esecuzione ed infine si esegue l'esame.

Ogni struttura sanitaria deve dotarsi di una istruzione operativa nella quale viene esplicitato l'obiettivo del documento, il campo di applicazione e i destinatari, le modalità operative, la matrice delle responsabilità, il diagramma di flusso, l'elenco e i protocolli degli esami di radiologia convenzionale eseguibili a domicilio e la modulistica in capo ai vari professionisti coinvolti.

L'apparecchiatura radiologica utilizzata deve necessariamente rispondere a requisiti di affidabilità, qualità, certificazione, sicurezza e accuratezza diagnostica, così come è importante disporre di un sistema di protezione della connessione per la trasmissione delle immagini e dei dati sensibili.

Il quadro normativo di riferimento è rappresentato soprattutto dal D.lgs. 101/2020 che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti,

dal D.lgs. 81/2008 che costituisce il Testo Unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché dal Regolamento (UE) 679/2016, Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati anche noto come GDPE (Generale Data Protection Regulation).

RISULTATI ATTESI

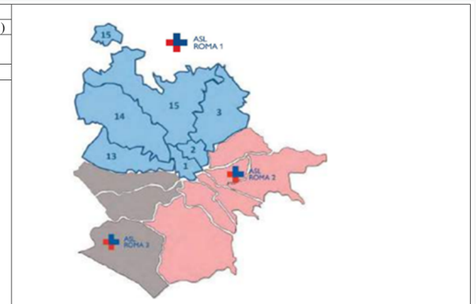
Il contributo che possono fornire i professionisti appartenenti all'area tecnico-sanitaria, nell'ambito dell'assistenza domiciliare, è quella di eseguire determinati esami diagnostici direttamente al domicilio dei soggetti fragili/cronici, allestendo unità mobili con veicoli e apparecchiature dedicate.

Il presente documento ha lo scopo di mostrare lo stato dell'arte riguardo l'attività di radiologia domiciliare, nei territori di riferimento delle Aziende di cui fanno parte i Dirigenti autori del presente lavoro e più in generale nel territorio della Regione Lazio.

Al momento il Servizio è in fase attiva dal 2017 nella ASL di Frosinone, in fase sperimentale nella ASL RM 1, ASL RM 6 e assente nelle rimanenti ASL

Lo scopo è quello di promuovere iniziative atte a sollecitare in tutto il territorio della Regione l'utilizzo della Radiologia Domiciliare attraverso il Servizio Sanitario Regionale.

ASL ROMA1		
Popolazione	1.046.862 (Ab.)	
Estensione territoriale	524(Kmq)	
Municipi	1,2,3,13,14,15	
Progetto di Radiologia Domiciliare	Attivo dal Gennaio 2022	
Volume di attività		N° prestazioni effettuate
2021		n°35



ASL Roma 1:

la ASL Roma 1, già dal 15 Luglio 2021, nell'ottica dell'incremento dell'offerta sanitaria e del miglioramento costante della continuità assistenziale, ha dato vita ad un progetto sperimentale di Radiologia domiciliare in attività aggiuntiva. Tale progetto, teso ad integrare l'assistenza Territoriale con i Presidi Ospedalieri è stato rodato e testato con due uscite settimanali, rendendo possibili, alla data del 31/12/2021 l'erogazione di n° 35 prestazioni, e diventando ora una linea di attività istituzionale in continuo sviluppo per numero di prestazioni erogate.

Dal "progetto sperimentale" si è passati dal gennaio 2022 all'introduzione nelle linee di attività istituzionali e quotidiane con un notevole aumento delle prestazioni che nei soli mesi di gennaio e febbraio 2022 ha portato all'esecuzione di 21 prestazioni.

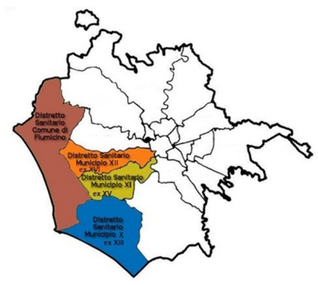
Le difficoltà incontrate sono state superate dalla forte volontà e professionalità da parte di tutto il gruppo che vi ha partecipato.

L'obiettivo finale sarebbe di sviluppare il servizio all'interno delle Case di Cura/RSA oltre che ai distretti di nostra competenza.

ASL ROMA 2	
Popolazione	1.293.691 (Ab.)
Estensione territoriale	466,7(Kmq)
Municipi	4, 5, 6, 7, 8, 9

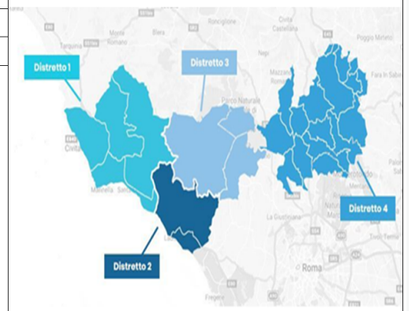
Progetto di Radiologia Domiciliare	assente	
Volume di attività		N° prestazioni effettuate
		n°

ASL ROMA 3	
Popolazione	609.534 (Ab.)
Estensione territoriale	517 (Kmq)
Municipi	10, 11, 12, Fiumicino



Progetto di Radiologia Domiciliare	assente	
Volume di attività		N° prestazioni effettuate
		n°

ASL ROMA 4	
Popolazione	327.354 (Ab.)
Estensione territoriale	1.317 (Kmq)
Distretti/Comuni	4 Distretti/28 Comuni



Progetto di Radiologia Domiciliare	assente	
Volume di attività		N° prestazioni effettuate
		n°

ASL ROMA 5	
Popolazione	501.025 (Ab.)
Estensione territoriale	1.813,7 (Kmq)
Distretti/Comuni	6 Distretti/70 Comuni

Progetto di Radiologia Domiciliare	assente	
Volume di attività		N° prestazioni effettuate
		n°

ASL ROMA 6	
Popolazione	574.976 (Ab.)
Estensione territoriale	658.06 (Kmq)
Distretti/Comuni	6 Distretti/21 Comuni

Progetto di Radiologia Domiciliare	sperimentale	
Volume di attività		N° prestazioni effettuate
		n°

ASL RM6:

Dal 2022 nella ASL Roma 6 è in programma un progetto sperimentale di radiologia domiciliare (X DOMUS) dedicato principalmente ai pazienti già in carico al C.A.D. (Centro Assistenza Domiciliare), nelle RSA pubbliche e nelle Case di Comunità, prive di servizio di radiologia.

Suddividendo il territorio in due HUB:

- HUB 1 per la copertura dei distretti H1- H2- H5
- HUB 2 per la copertura dei distretti H2-H4-H6

la Asl RM6 tutela la salute della popolazione esistente nell'ambito territoriale coincidente con i comuni di Albano Laziale, Anzio, Ardea, Ariccia, Castel Gandolfo, Ciampino, Colonna, Frascati, Genzano, Grottaferrata, Lanuvio, Lariano, Marino, Montecompatri, Monte Porzio Catone, Nemi, Nettuno, Pomezia, Rocca di Papa, Rocca Priora, Velletri.

Il complesso dell'area di competenza comprende la porzione SUD della Provincia di Roma ed è caratterizzata da due distinte realtà geografiche:

Castelli Romani, territorio comprendente i comuni collinari e montani del complesso dei Colli Albani

Il Litorale Latino, territorio ricomprendente le città della porzione sud del Litorale Romano.

ASL RIETI	
Popolazione	157.420 (Ab.)
Estensione territoriale	2.749 (Kmq)
Distretti/Comuni	2 Distretti/73 Comuni

Mappa Topografica del Territorio della ASL Rieti

Progetto di Radiologia Domiciliare	Sperimentale	
Volume di attività		N° prestazioni effettuate
		n°

ASL VITERBO	
Popolazione	319.008 (Ab.)
Estensione territoriale	3.612 (Kmq)
Distretti/Comuni	3 Distretti/60 Comuni

Progetto di Radiologia Domiciliare	Assente	
Volume di attività		N° prestazioni effettuate
		n°

ASL FROSINONE	
Popolazione	497.678 (Ab.)
Estensione territoriale	3.241,88 (Kmq)
Distretti/Comuni	4 Distretti/91 Comuni

Progetto di Radiologia Domiciliare	Attivo dal 2017	uosdteleradiologia@aslfrosinone.it rx.domiciliare@aslfrosinone.it 0776/8294115 - 3383253372
Volume di attività		N° prestazioni effettuate
2021		n°1283 (263 ecografie, 1020Rx tradizionale)

ASL FROSINONE

Il territorio della Azienda Sanitaria Locale di Frosinone comprende 91 comuni. La superficie totale è di 3.241,88 kmq ed il bacino di utenza è di 497.678 abitanti, di cui 48.9% maschi e 51.1% femmine, distribuiti in 4 Distretti Sanitari.

Dal 2017 è attivo in tutto il territorio provinciale il Servizio di Radiologia Domiciliare (U.O.S.D. Teleradiologia), sia per la Radiologia Tradizionale che per l'Ecografia, dedicato a tutti i pazienti fragili, compresi quelli afferenti dall'ADI (assistenza domiciliare integrata), dal CAD e dai penitenziari privi di servizio di radiologia.

L'accesso al servizio per i pazienti prevede prenotazione diretta presso i front office Recup provinciali, mediante richiesta dematerializzata secondo quanto stabilito dal BUR 95 del 28/7/2020 (Linee di Indirizzo per la Gestione dei Servizi di Telemedicina in ambito Specialistico e Territoriale).

Visto il territorio della ASL di Frosinone è stata predisposta la suddivisione per aree comunali (Nord, Centro, Sud) nell'organizzazione degli appuntamenti, già in fase di prenotazione RECUP.

Nel 2021 sono stati seguiti 507 pazienti per un numero totale di prestazioni pari a 1283 (n.° 263 prestazioni ecografiche e n.° 1020 prestazioni Rx tradizionale).

ASL LATINA	
Popolazione	574.226 (Ab.)
Estensione territoriale	2.250 (Kmq)
Distretti/Comuni	5 Distretti/33 Comuni

Progetto di Radiologia Domiciliare	Assente	
Volume di attività		N° prestazioni effettuate
		n°

CONCLUSIONI

La radiologia domiciliare, unitamente alla teleradiologia sta diventando parte del nuovo modo di gestire la salute nel territorio offrendo vantaggi che vanno dalla capacità di soddisfare la domanda di salute della popolazione più difficilmente raggiungibile, migliorando così l'accessibilità ai servizi, alla possibilità di ridurre l'impatto economico, previa un'attenta analisi dei costi, e un'accorta organizzazione sanitaria intesa in termini di appropriatezza clinica ed organizzativa.

Al momento quasi tutte le attività di Radiologia Domiciliare vengono eseguite tramite la Medicina Privata,

Insistere con la Radiologia domiciliare in ambiente privato non strettamente controllato, perché la necessità di fare impresa è nella natura delle attività produttive, impedisce la persecuzione della reale appropriatezza delle richieste di salute e pertanto si tende a fare tutto ciò che viene richiesto,

A domicilio del paziente non tutto deve essere fatto se non quello di fornire la stessa qualità della diagnosi clinica come in ambiente ospedaliero e, soprattutto, nessuna area di attività domiciliare deve essere separata dal contesto più ampio previsto in un contesto di cura integrato.

È inevitabile infine affermare che la radiologia domiciliare può, oltre perseguire lo scopo di migliorare la qualità della vita dei pazienti, della sanità e della salute, offrire un cambio di paradigma in cui devono essere affrontate le sfide di riorganizzazione che inevitabilmente si presentano nel Sistema Sanitario Regionale e Nazionale.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Medici di Medicina Generale,
- Medici Specialista Radiologo
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Specialista in Fisica sanitaria
- Esperto di Radioprotezione
- eventuali altri professionisti secondo l'articolazione del processo in esame.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

L'obiettivo dei Dirigenti delle Professioni dell'area tecnico sanitaria è quello di presentare in tempi brevi un progetto collettivo alla Regione Lazio per promuovere la realizzazione della Radiologia Domiciliare attraverso il Servizio Sanitario Regionale in tutto il territorio della Regione.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?		
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		

Un processo assistenziale integrato: la digitalizzazione delle attività assistenziali relative agli accessi vascolari dal posizionamento alla rimozione.

9

UNITA'

Uoc Direzione Infermieristica - Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata di Roma

DIRETTORE

Dott. Alessandro Sili

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		X
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

La digitalizzazione e l'informatizzazione dei processi e percorsi infermieristici sono fondamentali per garantire la sicurezza dei pazienti e il miglior outcome assistenziale.

La diffusione dell'informatizzazione della cartella clinica ha posto l'attenzione maggiormente sui piani assistenziali, basandosi principalmente sul rilevamento dei bisogni clinici ed identificazione degli interventi infermieristici da attuare.

Il posizionamento di un accesso vascolare è una delle procedure infermieristiche più comune e trasversale ad ogni unità operativa. È stimato che tra il 70% e il 90% dei pazienti ospedalizzati ha almeno un dispositivo vascolare.

L'attuale configurazione dei sistemi (Areas, Modulab...), tra di loro indipendenti, non permette lo scambio di informazioni relative ai dispositivi vascolari tra i differenti professionisti sanitari e permette di "tracciare" solo in parte il percorso del paziente.

OBIETTIVO GENERALE

L'informatizzazione, applicata al processo del posizionamento e monitoraggio degli accessi vascolari, permetterebbe la presa in carico proattiva del patrimonio venoso del paziente, ottimizzando le risorse, riducendo i tempi di richiesta per eventuale consulenza infermieristica specialistica, migliorando l'outcome e la sicurezza dei pazienti, favorendo l'applicazione delle migliori evidenze relative ai dispositivi vascolari e, in ultimo, uniformando la registrazione dei dati utili per un controllo di qualità a tipo Audit & Feedback.

L'obiettivo è quello di creare un applicativo che possa interfacciarsi con i sistemi operativi di comune uso, in grado di mappare l'intero percorso di un paziente portatore di dispositivo vascolare e analizzarne le variabili che influenzano l'esito clinico.

OBIETTIVO SPECIFICO

1. Migliorare la tracciabilità dei dati relativi agli accessi vascolari.
2. Migliorare l'aderenza alle procedure e ai protocolli di gestione.
3. Migliorare l'applicazione delle migliori evidenze scientifiche (Evidence-Based Nursing EBN e Evidence-Based Medicine EBM).
4. Analizzare le variabili relative agli accessi vascolari che influenzano l'esito clinico.
5. Migliorare la presa in carico del patrimonio venoso dei pazienti ospedalizzati.
6. Tracciare e monitorare complicanze precoci, tardive ed infettivologiche.
7. Migliorare gli outcomes assistenziali dei pazienti con accessi vascolari.

Piattaforma che integri:

A. Areas (ADT, Order entry, Lista di attesa)

a. Dati anagrafici

b. Dati clinici

c. Scale di valutazione cliniche e infermieristiche (Conley, Branden Scale)

d. Terapia endovenosa prescritta (orario e dosi)

e. Esecuzione di esami diagnostici ed ematochimici

f. Chat intraospedaliera con membri specialisti del Gruppo Accessi vascolari: funzione chat, che consente l'attivazione delle consulenze infermieristiche a richiesta diretta del personale infermieristico di reparto per la gestione degli accessi vascolari e consentendo successive discussioni tra i membri del team sui casi

g. Servizio Order Entry per la richiesta di valutazione ecografica del patrimonio venoso e del posizionamento di un accesso vascolare a medio-lungo termine

h. Scheda di gestione accessi vascolari e linee infusionali

i. Indici predittivi del rischio trombosi

j. Scannerizzazione/fotografia di documenti (consenso informato al posizionamento di un accesso venoso a medio-lungo termine)

B. Radiologia

a. Gestione e visualizzazione delle immagini relative alla verifica del corretto posizionamento degli accessi vascolari, in particolare dei Peripherally Inserted Central Catheter (PICC)

B. Modulab

a. Gestione e visualizzazione degli esami ematochimici necessari per il posizionamento e la gestione di un accesso vascolare a medio-lungo termine (Midline, PICC).

b. Monitoraggo infettivologico dei dispositivi vascolari (emocolture, tamponi cutanei e esami colturali delle punte)

Requisiti del nuovo software

I. PROGRAMMAZIONE

- caricamento di nuovo impianto
- acquisizione di informazioni relative alla fattibilità dell'impianto richiesto ed eventuale messa in agenda dello stesso

II. GESTIONE

- refertazione dei dati e delle peculiarità di esecuzione
- registrazione delle eventuali complicanze primarie e secondarie con interventi e soluzioni
- diario finalizzato alla registrazione di qualsiasi evento
- archiviazione di immagini e dati per verifica posizionamento (RX - ECG)
- gestione delle medicazioni con riepiloghi per unità operativa
- gestione delle consulenze (richiesta ed effettuazione) con riepiloghi per unità operativa

III. MONITORAGGIO

- creazione follow-up a scadenza ciclica prestabilita
- integrazione con chat aziendale per l'attivazione delle consulenze infermieristiche a richiesta diretta del personale infermieristico di reparto per la gestione degli accessi vascolari

IV. ANALISI

- estrazione dei dati statistici e delle variabili in formato .xls

Reti utilizzate:

Intranet per percorso intraospedaliero

Validazione del sistema mediante confronto con dati preesistenti:

- Numero di dispositivi vascolari posizionati
- Data di richiesta del posizionamento
- Outcome del dispositivo vascolare
- Numero di trombosi
- Numero di infezioni
- Numero di complicanze precoci e tardive

CONCLUSIONI

Cosa ci si aspetta:

a. Richiesta di presa in carico del patrimonio venoso precoce e posizionamento del giusto dispositivo vascolare al giusto paziente

b. Uniformità della gestione degli accessi vascolari

c. Gestione multi professionale dei dispositivi vascolari

d. Uniformità e completezza della raccolta dei dati

e. Monitoraggio delle variabili che influenzano l'esito assistenziale

f. Miglioramento degli outcomes assistenziali per i pazienti

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

Gli infermieri specialisti e il telenursing a servizio dei pazienti ambulatoriali: un progetto di continuità assistenziale personalizzato.

10

UNITA'

Uoc Direzione Infermieristica - Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata di Roma

DIRETTORE

Dott. Alessandro Sili

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

Il recente sviluppo di sistemi di comunicazione tecnologici applicato alla pratica assistenziale permette di colmare il gap tra pazienti e professionisti sanitari, migliorando l'interazione tra servizi sanitari ed utenti e diventando un supporto per l'erogazione dell'assistenza.

L'applicazione del telenursing nei pazienti ambulatoriali affetti da patologie cardiologiche (e.g. portatori di pacemaker o con scompenso cardiaco) si è dimostrato efficace in termini di migliore aderenza terapeutica, gestione precoce delle complicanze e ricorso appropriato agli specialisti e alle strutture sanitarie, in caso di necessità.

Il percorso post-dimissione di un paziente risulta il momento più critico per la sua salute e la diffusione degli ambulatori infermieristici si configura come il setting assistenziale migliore per garantire agli utenti il miglior outcome, sicurezza nelle cure, monitoraggio del percorso clinico e identificazione precoce delle complicanze.

L'attuale configurazione dei sistemi (Areas, ReCup, Modulab...), tra di loro indipendenti, non permette di reperire in modo accurato nel periodo post-dimissione le informazioni relative alle condizioni cliniche assistenziali dei pazienti con lesioni cutanee, vascolari, diabetiche, deiscenze di ferite chirurgiche, stomie o portatori di device vascolare. Infine, i pazienti non hanno la possibilità di contattare a distanza i professionisti sanitari che li hanno in carico presso l'ambulatorio Infermieristico.

OBIETTIVO GENERALE

L'informatizzazione, applicata al processo post-dimissione all'interno dell'ambulatorio Infermieristico, permetterebbe di colmare il gap tra utenti e servizi sanitari, ottimizzando le risorse, riducendo i tempi di richiesta per l'attivazione del percorso gestito da infermieri specialisti, migliorando l'outcome, la compliance al trattamento terapeutico e la sicurezza dei pazienti e, in ultimo, uniformando la registrazione dei dati utili per un controllo di qualità a tipo Audit & Feedback.

L'obiettivo è quello di creare un applicativo che possa interfacciarsi con i sistemi operativi di comune uso, in grado di avvicinare i pazienti afferenti all'ambulatorio Infermieristico al servizio stesso, analizzando le variabili che influenzano l'esito clinico e facendo gestire direttamente agli utenti le proprie necessità clinico-assistenziali.

Principalmente le attività di telenursing seguiranno i 3 filoni clinici che contraddistinguono l'ambulatorio infermieristico:

- gestione delle lesioni cutanee croniche
- gestione delle stomie
- gestione degli accessi vacolari e del situ di inserzione

OBIETTIVO SPECIFICO

1. Migliorare e garantire la continuità clinico-assistenziale dei pazienti ambulatoriali con lesioni cutanee, vascolari, diabetiche, deiscenze di ferite chirurgiche, stomie o portatori di device vascolare
2. Migliorare la tracciabilità dei dati relativi ai pazienti afferenti all'ambulatorio Infermieristico
3. Migliorare la compliance al trattamento dei pazienti dimessi con lesioni cutanee, vascolari, diabetiche, deiscenze di ferite chirurgiche, stomie o portatori di device vascolare
4. Migliorare l'applicazione delle migliori evidenze scientifiche (Evidence-Based Nursing EBN e Evidence-Based Medicine EBM)
5. Analizzare le variabili relative ai pazienti ambulatoriali che influenzano l'esito clinico
6. Tracciare e monitorare complicanze precoci, tardive ed infettivologiche
7. Migliorare gli outcomes assistenziali dei pazienti afferenti all'ambulatorio Infermieristico

Piattaforma che integri:

A. Areas (ADT, Order entry, Lista di attesa)

a. Dati anagrafici

b. Dati clinici

c. Scale di valutazione cliniche e infermieristiche (Conley, Branden Scale)

d. Esecuzione di esami diagnostici ed ematochimici

e. Scheda del percorso intraoperatorio per deiscenze delle ferite chirurgiche e stomie

f. Chat per i pazienti afferenti all'ambulatorio Infermieristico con gli infermieri specialisti: funzione chat, che consente la gestione a distanza di eventuali a richiesta diretta dei pazienti che sono presi in carico presso l'ambulatorio

g. Servizio Order Entry per la richiesta di consulenza infermieristica specialistica

h. Scannerizzazione/fotografia di documenti.

I. Radiologia

a. Gestione e visualizzazione delle immagini relative ad esami diagnostici specifici

A. Modulab

a. Gestione e visualizzazione degli esami ematochimici.

b. Monitoraggio infettivologico delle lesioni e dei dispositivi vascolari (emocolture, tamponi cutanei e esami colturali delle punte)

Requisiti del nuovo software

I. PROGRAMMAZIONE

- caricamento di nuovo paziente preso in carico dall'ambulatorio Infermieristico
- acquisizione di informazioni relative alla compatibilità con la continuità assistenziale presso l'ambulatorio Infermieristico ed eventuale messa in agenda dello stesso

II. GESTIONE

- refertazione dei dati e delle peculiarità di esecuzione
- registrazione delle eventuali complicanze con interventi e soluzioni
- diario finalizzato e personalizzato per necessità assistenziale
- archiviazione di immagini
- gestione delle medicazioni con riepiloghi per paziente e trattamento utilizzato
- gestione delle consulenze (richiesta ed effettuazione) di ulteriori professionisti sanitari (infettivologo, ematologo, diabetologo, chirurgo vascolare)

III. MONITORAGGIO

- creazione follow-up a scadenza ciclica prestabilita (con possibilità diretta del paziente di programmare e/o modificare gli appuntamenti secondo l'agenda di disponibilità dell'Ambulatorio)
- integrazione con chat per l'attivazione di consulti a distanza a richiesta diretta del paziente preso in carico nell'ambulatorio Infermieristico e contatto con gli specialisti infermieri che hanno in carico le sue necessità assistenziali

IV. ANALISI

- estrazione dei dati statistici e delle variabili in formato .xls

Reti utilizzate:

Intranet per percorso intraospedaliero

Validazione del sistema mediante confronto con dati preesistenti:

- Numero di pazienti presi in carico nell'ambulatorio Infermieristico
- Outcomes assistenziali
- Numero di infezioni relative a lesioni e accessi vascolari
- Numero di complicanze precoci e tardive

CONCLUSIONI

Cosa ci si aspetta:

a. Miglioramento della compliance dei pazienti durante il percorso post-dimissione

b. Monitoraggio a distanza del paziente con lesioni cutanee, vascolari, diabetiche, deiscenze di ferite chirurgiche, stomie o portatori di device vascolare.

c. Gestione multi professionale delle necessità dei pazienti ambulatoriali

d. Uniformità e completezza della raccolta dei dati

e. Monitoraggio delle variabili che influenzano l'esito assistenziale

f. Miglioramento degli outcomes assistenziali per i pazienti afferenti in ambulatorio infermieristico

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

Gestione e valorizzazione delle competenze infermieristiche: un sistema integrato digitalizzato

11

UNITA'

Uoc Direzione Infermieristica - Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata di Roma

DIRETTORE

Dott. Alessandro Sili

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		X
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

L'applicazione di sistemi di tecnologici per la gestione del personale permette di creare dei fascicoli individuali per professionista, in grado di mappare le competenze e le abilità già in suo possesso ed orientarlo verso la migliore allocazione lavorativa e suggerirgli corsi di aggiornamento specifici. Il tutto, soprattutto nell'ottica di avere prestazioni assistenziali qualitativamente elevate e conseguentemente outcomes orientati ai migliori standard di riferimento.

La dinamicità delle organizzazioni sanitarie, sempre più orientate al soddisfacimento di bisogni assistenziali complessi degli utenti, implica una gestione manageriale proattiva del personale, volta ad allocare e valorizzare le competenze ed abilità dei professionisti. In questa visione, gli utenti che afferiscono alla struttura sanitaria, ricevono interventi sanitari standardizzati per necessità assistenziali, garantendo outcomes assistenziali migliori in termini di efficacia ed efficienza.

L'attuale configurazione dei sistemi (Portale personale, Gestione risorse umane), tra di loro indipendenti, non permette di integrare ed analizzare in modo accurato le informazioni relative alle competenze ed abilità del personale infermieristico. Infine, gli infermieri non hanno la possibilità di aggiornare il proprio percorso formativo e lavorativo a distanza e suggerire eventuali gap conoscitivi da colmare.

OBIETTIVO GENERALE

L'informatizzazione, applicata alla gestione e valorizzazione delle competenze ed abilità del personale

infermieristico, permetterebbe di ottimizzare l'allocazione delle risorse umane, migliorando le performance individuali, di equipe e gli outcomes assistenziali dei pazienti ricoverati e, in ultimo, di uniformare i profili lavorativi degli infermieri per Dipartimento e UOC, garantendo la standardizzazione delle cure erogate.

L'obiettivo è quello di creare un applicativo che possa interfacciarsi con i sistemi operativi di comune uso, in grado di avvicinare le necessità individuali dei professionisti infermieri con quelle organizzative- manageriali, analizzando le variabili individuali ed organizzative che influenzano l'esito clinico e facendo gestire direttamente agli infermieri le proprie necessità formative.

OBIETTIVO SPECIFICO

1. Mappare, valorizzare e implementare le competenze di base del personale infermieristico.
2. Implementare le competenze specialistiche del personale infermieristico per UOC di appartenenza.
3. Migliorare la tracciabilità dei corsi di formazione interni ed esterni che il personale acquisisce.
4. Analizzare le variabili correlate alle competenze ed abilità infermieristiche e gli outcomes assistenziali.
5. Tracciare e monitorare le necessità formative del personale infermieristico.
6. Migliorare l'allocazione delle risorse umane secondo competenze e abilità acquisite.
7. Migliorare la definizione, applicazione e valutazione degli obiettivi individuali e di equipe.
8. Valutare costantemente le competenze specialistiche acquisite e la conseguente performance.

Piattaforma che integri:

A. Portale Personale

a. Dati anagrafici

b. Dati lavorativi (Categoria professionale, anni di lavoro, turni di lavoro, assenze…)

c. Dati relativi al Dipartimento e UOC di assegnazione (partecipazione a riunioni, incontri e progetti)

d. Curriculum vitae

e. Curriculum formativo

f. Corsi di aggiornamento professionale interni ed esterni all'Azienda

g. Creazione di profili di competenze e abilità infermieristiche di base

h. Creazione di profili di competenze specifiche da acquisire e possedere per essere allocato in un determinato Dipartimento e UOC lavorativa

i. Identificazione e valutazione continua degli obiettivi individuali e di equipe specifici per Dipartimento e UOC lavorativa e secondo i profili definiti

j. Valutazione continua delle competenze specialistiche acquisite e delle performance erogate agli utenti sulla base di criteri oggettivi

k. scannerizzazione/fotografia di documenti (e.g. inserimento diretto da parte del personale di attestati di partecipazione a corsi ECM)

B. Areas (ADT, Order entry, Lista di attesa)

a. Cartella infermieristica (e.g. interventi infermieristici giornalieri eseguiti)

b. Scale di valutazione cliniche e infermieristiche (Conley, Branden Scale, TRICO)

c. Schede di segnalazioni cadute ed eventi avversi

C. Modulab

a. Gestione e visualizzazione degli esami ematochimici eseguiti per la sorveglianza sanitaria annuale.

Requisiti del nuovo software

I. PROGRAMMAZIONE

- caricamento del personale infermieristico sulla piattaforma
- acquisizione di informazioni relative al percorso formativo e lavorativo ed eventuale messa in agenda di corsi interni specifici per l'assegnazione del Dipartimento/UOC.
- Identificazione del profilo lavorativo sulla base delle competenze già in possesso più idoneo per l'allocazione della UOC
- Consultazione e gestione del proprio profilo sulla piattaforma in ambito lavorativo ed extra-lavorativo

II. GESTIONE

- Gestione del personale infermieristico secondo competenze e abilità
- Gestione di corsi di formazione e aggiornamento interni
- Gestione di corsi di formazione e aggiornamento esterni all'Azienda (con possibilità di inserimento diretto da parte del personale infermieristico sulla nuova piattaforma)
- registrazione di eventuali suggerimenti formativi
- Gestione e aggiornamento dei profili lavorativi del personale infermieristico di base e specifici per Dipartimento e UOC
- Riallocazione del personale infermieristico secondo le competenze specialistiche acquisite e valutate con criteri oggettivi
- Gestione e valutazione degli obiettivi individuali e di equipe
- Archiviazione di immagini

III. MONITORAGGIO

- creazione follow-up a scadenza ciclica prestabilita (con possibilità diretta del personale di programmare e/o modificare le date dei corsi da frequentare secondo l'agenda di disponibilità aziendale)
- creazione sistema di monitoraggio e valutazione delle competenze e abilità acquisite
- creazione sistema di monitoraggio e valutazione continua delle performance erogate agli utenti
- creazione sistema di monitoraggio obiettivi individuali e di equipe

IV. ANALISI

- estrazione dei dati statistici e delle variabili in formato .xls
- analisi annuale degli obiettivi raggiunti e performance valutate ed eventuale riallocazione del personale

Reti utilizzate:

Intranet per percorso intraospedaliero

Validazione del sistema mediante confronto con dati preesistenti:

- Numero di infermieri assunti
- Numero di corsi di aggiornamento erogati e frequentati
- Numero di assenze annuali
- Numero di richieste di trasferimento interno

DIAGRAMMA FUNZIONAMENTO SOFTWARE

CONCLUSIONI

Cosa ci si aspetta:

a. Miglioramento della gestione e valorizzazione delle competenze del personale infermieristico
b. Monitoraggio dei corsi di aggiornamento interni ed esterni frequentati
c. Gestione diretta da parte del personale della propria carriera lavorativa
d. Uniformità delle competenze ed abilità per setting assistenziale
e. Monitoraggio delle variabili lavorative ed individuali che influenzano l'esito clinico assistenziale
f. Miglioramento delle performance assistenziali del personale e di conseguenza degli outcomes per i pazienti afferenti alla struttura

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

12 Simulazione ad alta fedeltà nella formazione del trauma team del pronto soccorso – tecnologia e formazione continua nel SSN

UNITA' OPERATIVA

UOSD Shock e Trauma

DIRETTORE

Dott. Emiliano Cingolani

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
EMILIANO CINGOLANI	Tutor – Direttore di corso	ecingolani@scamilloforlanini.rm.it
CHIARA GORI	Tutor – Direttore scientifico	chiaragori.doc@gmail.com
SIMONA DI BARI	Tutor - Segreteria Organizzativa	dbsimona75@gmail.com
FORCELLA LUDOVICA	Tutor	ludovica.forcella@gmail.com
VERONICA BASSO	Tutor	bassoveronica@yahoo.it
LORENA SCATTONI	Tutor	lorescat@yahoo.it
AZIENDA	**REGIONE**	
A.O. San Camillo-Forlanini	Lazio	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		X
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

La pandemia ha fatto emergere in maniera evidente come lo sviluppo tecnologico e la formazione continua debbano andare di pari passo e implementarsi vicendevolmente.

Al di là della problematica pandemica e della sua gestione, delle lacune sono emerse anche nella gestione dei servizi che normalmente venivano erogati e che ora sono tornati a rappresentare la maggior parte del lavoro ospedaliero.

Nell'esperienza dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, è emersa la necessità di creare, formare e consolidare un team di emergenza costituito da diverse figure professionali (medici- infermieri) con esperienza professionale distinta, e di provenienza spesso differente.

La nostra risposta alla necessità di dover contemporaneamente formare, addestrare e amalgamare un gruppo di emergenza, è stata quella di organizzare un corso basato su scenari di simulazione ad alta fedeltà che permettessero di sviluppare contemporaneamente sia technical skills che non technical skills in un team costituito da diverse figure.

Ormai da anni, nel campo della formazione medica ed infermieristica, l'utilizzo della simulazione ad alta fedeltà si è dimostrato lo strumento più utile, rapido ed efficace nel raggiungere in un'unica soluzione diversi obiettivi formativi.

Il corso ideato ci ha permesso, grazie soprattutto all'utilizzo di tecnologia avanzata: di formare il personale su manovre e procedure di emergenza in totale sicurezza, di sviluppare una comunicazione efficace all'interno del team, di ottimizzare i percorsi clinici del paziente coinvolgendo tutte le figure necessarie. Sviluppato e costruito su 12 scenari di simulazione, il corso permette ai discenti dimettersi alla prova ed entrare nel caso clinico grazie all'utilizzo di monitor di simulazione, manichini ad alta fedeltà e riprese video che permettono di commentare, rivedere e correggere gli eventuali errori clinici, di comunicazione e di gestione.

OBIETTIVO GENERALE

Formazione, sviluppo e implementazione di competenze tecniche e non tecniche del team medico-infermieristico in ambito di emergenza attraverso l'utilizzo di simulazione ad alta fedeltà.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Lavorare in team in ambito emergenziale
- Implementare una comunicazione efficace del team medico-infermieristico
- Acquisire abilità non tecniche di organizzazione del lavoro a più livelli in emergenza-urgenza
- Acquisire abilità tecniche sulle procedure in emergenza

RISULTATI ATTESI

L'attività di simulazione ad alta fedeltà, grazie alla sua caratteristica intrinseca di essere perfettamente aderente alla realtà, permetterà agli operatori sanitari di allenarsi in tutta sicurezza (avendo anche la possibilità di rivedere e commentare le manovre grazie alla registrazione della simulazione) e quindi di migliorare l'attività clinica sul paziente, di accorciare i tempi di lavoro su ogni paziente, ed in definitiva di ottimizzare le risorse in termini di personale, materiali, e tempistiche.

CONCLUSIONI

Nell'ottica del PNRR di rinnovamento, digitalizzazione, innovazione e competitività, questo progetto vuole ottimizzare i servizi del SSN mediante l'utilizzo della tecnologia nella formazione del personale sanitario. Tutto ciò combinando "immaginazione, capacità progettuale e concretezza, per consegnare alle prossime generazioni un Paese più moderno, all'interno di un'Europa più forte e solidale."(PNRR)

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Anestesisti- rianimatori
- Chirurghi d'urgenza
- Infermieri di pronto soccorso

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

3 mesi

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

Assistenza ed informatizzazione: il processo di nursing integrato nella documentazione sanitaria attraverso l'applicativo SIS4CARE

13

UNITA'

Dipartimento delle Professioni Sanitarie

DIRETTORE

Dott.ssa Lucia Mitello

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
LUCIA MITELLO	Direttore Dipartimento delle professioni Sanitarie	
ANTONELLO PUCCI	Infermiere Shock e Trauma	
KATIA BENETAZZO	Infermiera DIPRO	
FLAVIO MARTI	Infermiere NCH	
ANNA RITA MARUCCI	PO Governo Assistenziale DEU	
AZIENDA	**REGIONE**	
AO San camillo -Forlanini	Lazio	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		X
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

L'analisi del contesto infermieristico effettuata nella fase propedeutica al progetto ha evidenziato delle criticità correlate alla codifica informatica del processo di nursing. Uno degli elementi emersi è stata la ridotta alfabetizzazione informatica della popolazione infermieristica della nostra Azienda non imputabile a specifiche carenze aziendali ma determinata da un gap formativo generazionale. Da qui la necessità di pensare ad uno strumento che fosse il più possibile semplice ed intuitivo e che non richiedesse sviluppo di ulteriori competenze informatiche non di uso comune.

OBIETTIVO GENERALE

Creazione di un Framework che possa facilitare l'interazione infermiere e sistema applicativo per la continuità delle informazioni assistenziali in tutto il percorso del paziente (inserzione, registrazione e recupero) con implementazione del processo di nursing.

OBIETTIVI SPECIFICI

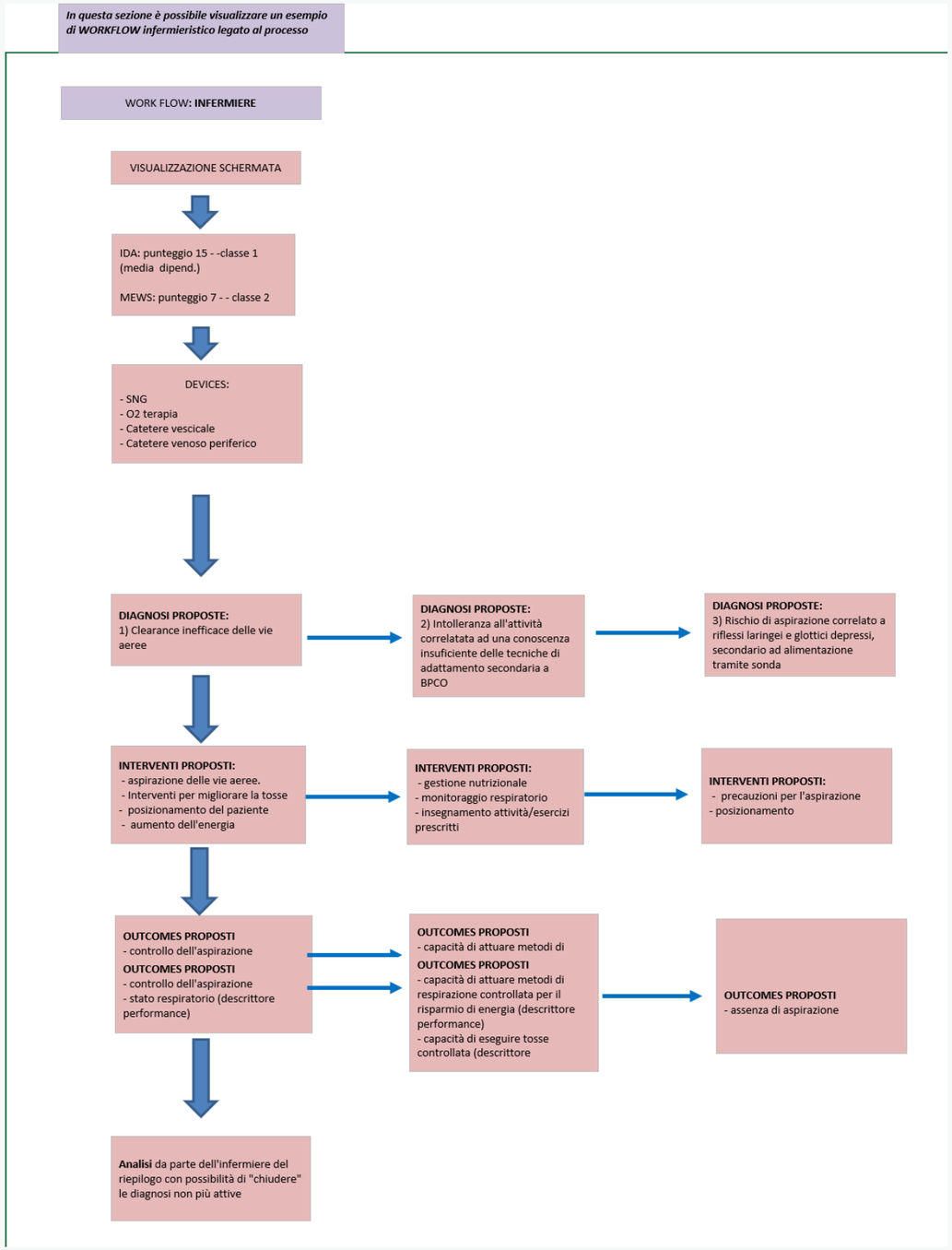
- Eliminazione della componente cartacea per la trasmissione di tutte le informazioni assistenziali
- Introduzione/utilizzo di un linguaggio standardizzato (SNL) nell'elaborazione del processo di nursing
- Sviluppo e implementazione di piani assistenziali specifici per area di riferimento
- Monitoraggio NSO

RISULTATI ATTESI

Realizzazione di un modello ad anelli concentrici che possa aiutare gli sviluppatori dell'applicativo a rendere visibile rapidamente ed in modo lineare l'elevata complessità che sostiene il ragionamento clinico dell'infermiere nell'operato quotidiano. Il modello prevede 5 livelli ognuno dei quali influenza il livello adiacente in modo bidirezionale; dall'esterno verso l'interno troviamo (Figura 1):

- TAG (Unità operative, valutazione clinica, valutazione assistenziale, gruppo patologico)
- DEVICES (presidi presenti)
- CLASSE (intese come classi funzionali che permettono una correlazione clinica con i problemi dell'assistito)
- DIAGNOSI (compilati i livelli precedenti l'applicativo ha gli elementi per ragionare e proporre soluzioni)
- NIC E NOC (agganciati per logica ad una diagnosi)

È stato quindi proposto un sistema di valutazione objects-oriented che permettesse di rendere le variabili descritte precedentemente un punto di forza.



CONCLUSIONI

L' informatizzazione della documentazione infermieristica potrà finalmente mettere in evidenza il contributo infermieristico in termini di risultato all'interno di tutti i processi aziendali. Sarà possibile misurare i diversi indicatori della qualità assistenziale, garantire una continuità ed omogeneità delle informazioni, aggregare e analizzare i dati quale substrato utile per interventi formativi e assistenziali mirati, nonché una corretta ottimizzazione/allocazione delle risorse in base alla reale e inconfutabile complessità/intensità assistenziali.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri, Coordinatori infermieristici

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

6 mesi

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

Comunicazione digitale operatore sanitario – paziente . Care giver – famiglia

14

UNITA'

Dipartimento Professioni Sanitarie

DIRETTORE

Dr.ssa Antonella Leto

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
ANTONELLA LETO	Direttore DPS	Aleto@hsangiovanni.roma.it
TIZIANA FRITTELLI	Direttore Generale	Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata
DE ROSA CRISTINA	Dirigente DPS	cderosa@hsangiovanni.roma.it
BENEDETTI CLAUDIO	RIOP DPS	cbenedetti@hsanguiovanni.roma.it
ELEONORA BRUNO	DPS RIOD Formazione	ebruno@hsangiovanni.roma.it
AZIENDA	**REGIONE**	
AO San camillo -Forlanini	ROMA	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

Telemedicina, questa sconosciuta che ancora così poco in Italia fa parlare di sé e che nel lontano 1997 è stata definita **dall'Organizzazione Mondiale della Sanità** (OMS) come "l'erogazione di servizi sanitari, quando la distanza è un fattore critico (vedi pandemia Covid 19, pazienti fragili), per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni al fine di scambiare informazioni utili alla diagnosi, al trattamento ed alla prevenzione delle malattie e per garantire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la ricerca e la valutazione della cura. Le nuove tecnologie permettono

di abbattere tempi e distanze e la sanità può trarne enorme vantaggio; tuttavia è cosa nota che un cambiamento, per essere digerito e accettato, impieghi molto tempo per essere assurto a normalità, specie se va a modificare un apparato ampiamente consolidato quale quello in questione. Bisogna però tenere ben presente che la telemedicina implica sempre e comunque l'erogazione di una prestazione sanitaria, la quale seppur fornita tramite modalità innovative, resta sempre un atto medico/infermieristico e come tale deve essere considerato dal punto di vista professionale, etico e legale.

Con l'aiuto di un cellulare, di un PC o di un tablet le persone, senza spostarsi da casa, possono tenere sotto controllo i propri parametri vitali, ricevere notifiche su esami svolti o da svolgere, su terapie da eseguire, partecipare a gruppi di supporto online e, in caso di necessità, stabilire una comunicazione con il proprio medico o il proprio infermiere di riferimento. Aspetti questi fondamentali per la definitiva introduzione nella quotidiana pratica assistenziale di servizi erogati tramite la telemedicina, servizi che vanno dalla prevenzione alla diagnosi e alla riabilitazione, abbracciando dunque l'intero percorso assistenziale.

Gli infermieri sono tra i professionisti dell'ambito sanitario ad essere forse tra i più favorevoli al cambiamento, all'innovazione e al mettersi in gioco, probabilmente per l'essenza stessa che caratterizza la propria natura professionale, in continua evoluzione dalla nascita.

Gli infermieri che si occupano di Telemedicina uniscono la propria esperienza e competenza clinica con le conoscenze tecnologiche, creando un nuovo modo di fare assistenza, così che pur non potendo fisicamente recarsi al letto del paziente, possano comunque valutarne lo stato di salute, interpretarne i parametri e fornirgli l'assistenza di qualità che merita.

Un Sistema Integrato di Telemedicina è una piattaforma all'avanguardia che permette al personale medico di monitorare a distanza lo stato dei pazienti in cura, e a questi ultimi di ricevere assistenza da casa.

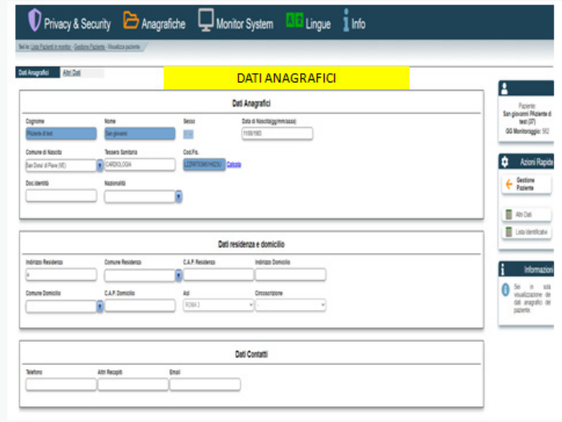
Oggi, grazie alla trasformazione digitale, la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria è possibile. La digitalizzazione ha sancito il passaggio da un modello che prevede la centralità delle strutture ospedaliere per le cure intensive, a un modello incentrato sulla continuità assistenziale presso il domicilio del paziente.

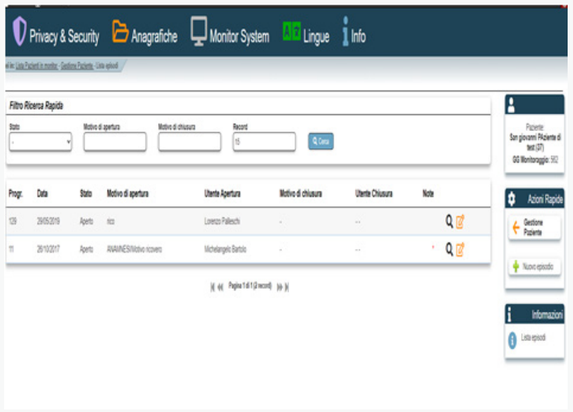
TELEMONITORAGGIO: servizio di telemedicina che permette la trasmissione dei parametri clinici da parte del paziente ad una postazione di monitoraggio per la loro interpretazione.

Beneficiari

Pazienti cronici, fragili, che richiedono trattamenti di lungo periodo, persone che necessitano di assistenza e/o supporto territoriale non differibile. La verifica sulla eleggibilità dei pazienti è responsabilità del medico specialista o dell'équipe che lo ha in carico.

1. **Presa in carico del paziente**
   - Formazione/Informazione Tutorial (paziente o care giver)
   - Raccolta dati Anagrafici e consenso Informato
   - Raccolta eventuale documentazione clinica utile
   - Kit per rilevazione ECG, PA/FC, SP02
2. **Arruolamento paziente in piattaforma PHEBO**
   - Inserimento dati anagrafici
   - Patologie
   - Terapia assunta



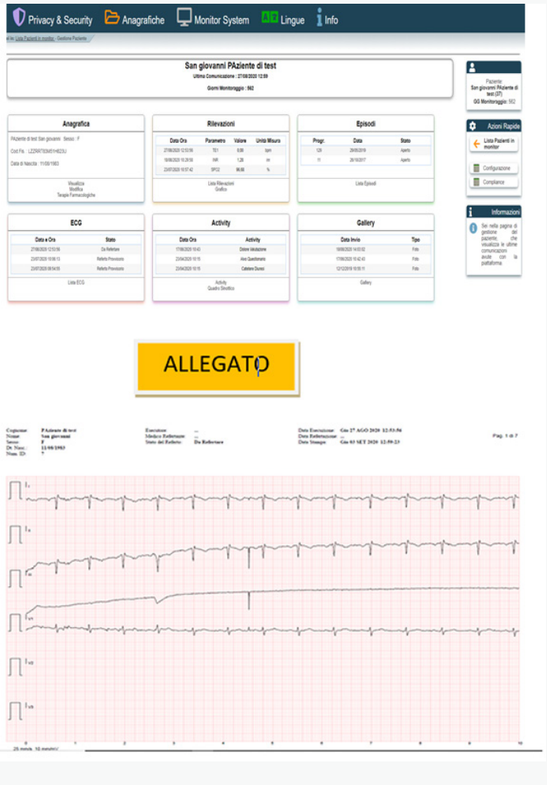


3. **Rilevazione dei dati inseriti dal paziente (giornalmente o più volte al giorno)**
    - GLICEMIA
    - PESO
    - PA/FC
    - ECG
    - FOTO
    - INVIO IN PDF DI REFERTI CLINICI PER ESAMI ESEGUITI
4. **Scheda gestione paziente permette di:**
    - Visionare ed integrare i dati anagrafici del paziente;
    - Aggiornare la terapia farmacologica,
    - Gestione degli alert;
    - Aggiornamento diaria clinica,
    - Visione ECG;
    - Visione di foto;
    - Validazione di activity

5. **Lista Activity**

Permette la raccolta e visualizzazione delle informazioni inerenti lo stato di salute dei pazienti

6. **Attività infermieristiche gionaliere**
    - Presa visione della documentazione/dati inviati dal paziente
    - Presa visione degli alert (verdi, giallo, rosso)
    - Gestione alert (dato nuovo inviato dal paziente, il colore dell'alert identifica lo scostamento dallo standard).
7. **Gestione *Alert***
    - Contattare telefonicamente il paziente, verifica dello stato di salute e dei valori inviati;
    - Raccolta informazioni circa la corretta esecuzione della procedura per la rilevazione del parametro vitale risultato anomalo (vedi tutorial)
    - informazioni circa la corretta assunzione della terapia ed orario (vedi scheda terapia)



OBIETTIVO GENERALE

1. L'equità dell'accesso e la disponibilità di una assistenza sanitaria qualificata in aree remote possono essere grandemente aumentate dall'uso della Telemedicina. Si pensi al mare, alle piccole isole, alla montagna ma anche semplicemente ad aree rurali poco collegate alle città di riferimento.
2. Migliore qualità dell'assistenza garantendo la continuità delle cure A questa motivazione è legata tutta la Telemedicina mirata a portare direttamente presso la casa del paziente. La cura delle malattie croniche può rappresentare un ambito prioritario per la applicazione di modelli di Telemedicina.
3. Migliore efficacia, efficienza, appropriatezza La sfida dei sistemi sanitari dei prossimi anni, legata all'invecchiamento della popolazione ed alla prevalenza delle malattie croniche sull'acuzie, deve essere affrontata anche attraverso un miglior uso del sistema, supportato dall'information and communication technology.
4. L'introduzione della Telemedicina come innovativa modalità organizzativa ha una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori e orientare gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicanze, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili.

OBIETTIVI SPECIFICI

- La qualità di vita del paziente e della Sua famiglia/care giver
- Riduzione dei costi sociali inerenti le giornate di lavoro perse
- Continuità ospedale territorio
- Riduzione dei ricoveri ripetuti
- Riduzione dei costi inerenti l'ospedalizzazione
- Risparmio di tempo: il medico può lavorare da un'unica postazione evitando di doversi spostare tra più sedi, ciò gli consente di avere più tempo da dedicare al Teleconsulto, e Telemonitoraggio;
- Crescita potenziale del numero di pazienti: Il Telemonitoraggio consente di eliminare il problema della distanza fisica.

RISULTATI ATTESI

La Telemedicina non rappresenta una specialità medica separata, ma è uno strumento che può essere utilizzato per estendere la pratica tradizionale oltre gli spazi fisici abituali. Si configura, nel quadro normativo generale, come una diversa modalità di erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e pertanto rientra nella cornice di riferimento che norma tali processi con alcune precisazioni sulle condizioni di attuazione.

CONCLUSIONI

Ai fini di uno sviluppo su larga scala della Telemedicina è necessario creare fiducia in prestazioni, favorire l'accettazione da parte dei professionisti sanitari e dei pazienti. In questo contesto, sono aspetti fondamentali l'informazione al paziente, in merito all'uso della Telemedicina e ai benefici che ne possono derivare, e la formazione dei professionisti sanitari e dei pazienti per l'uso delle nuove tecnologie. Infatti, trattandosi di una innovazione tecnologica, è indispensabile che i professionisti sanitari ed i pazienti siano adeguatamente formati e preparati, consapevoli del loro ruolo e dell'efficacia del servizio, a beneficio della salute dei pazienti che se ne giovano e dell'efficienza del sistema sanitario. Dunque, azioni di informazione e formazione sono importanti per garantire la necessaria professionalità e conoscenza degli strumenti, nonché una buona comprensione del contesto interattivo in cui vengono utilizzati. Inoltre, l'uso della Telemedicina può rivelarsi molto utile per erogare contenuti formativi specialistici agli operatori e per assistere il personale medico nell'esercizio delle proprie funzioni, specialmente in aree remote.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Clinici multispecialistici
- CPSI
- Tecnici ICT

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto è in essere è stato avviato nell' anno 2010

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		

15 La Telemedicina nella prevenzione delle complicanze nei pazienti affetti da Malattia Celiaca.

UNITA' OPERATIVA

U.O.C. Professioni Sanitarie

DIRETTORE

Dott.ssa Carmen Cappitella

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
DOTT.SSA CAPPITELLA CARMEN	Direttore U.O.C. Professioni Sanitarie A.O.U. Sant'Andrea, Roma	ccappitella@ospedalesantandrea.it 3496491410
DOTT.SSA SCALAMONTI SILVIA	Infermiere, Phd-Student A.O.U. Sant'Andrea, Roma	sscalamonti@gmail.com 3281278318
AZIENDA	**REGIONE**	
A.O.U. Sant'Andrea, Roma	Lazio	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		

ABSTRACT

Nella moderna organizzazione sanitaria l'infermiere, sia in ambito ospedaliero che territoriale, è ormai identificato chiaramente come un membro indispensabile nel team assistenziale delle persone affette da malattie croniche. L'evoluzione della domanda di salute, in tutte le sue sfaccettature, pone l'accento sulla necessità di rispondere in modo diverso, ossia centrato sul paziente e assicurando appropriatezza, efficacia e tempestività, tenendo conto della notevole evoluzione tecnologica ormai in atto.

La telemedicina è un sistema di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località per lo scambio d'informazioni utili alla

diagnosi, al trattamento e alla prevenzione di malattie e traumi, nell'interesse della salute dell'individuo e della comunità. La telemedicina permette pertanto di facilitare anche in luoghi remoti le cure e le relazioni con le dovute cautele.

La malattia celiaca rappresenta una significativa percentuale nella popolazione italiana e l'1% della popolazione mondiale industrializzata. Questa condizione patologica può portare allo sviluppo di complicanze severe se il paziente non segue correttamente il percorso di esami ematochimici, strumentali e visite di controllo.

La non aderenza ai percorsi di cura, laddove il paziente che, sentendosi guarito, sospenda autonomamente la terapia, rappresenta un'enorme questione dai molteplici risvolti sanitari ed economici. Le conseguenze possono essere varie e disastrose sia su scala personale che su scala di salute globale, in particolare alla reintroduzione del glutine nella malattia celiaca. La telemedicina potrebbe fare da ponte tra quei pazienti reticenti all'aderenza terapeutica e i sanitari incaricati della cura dei pazienti stessi.

OBIETTIVO GENERALE

Identificare e caratterizzare il ruolo dell'infermiere nell'ambito della telemedicina come garante e assistente nel percorso terapeutico dei pazienti affetti da malattia celiaca.

OBIETTIVI SPECIFICI

Creare un percorso tramite l'utilizzo della telemedicina nei pazienti in follow up affetti da malattia celiaca presso l'AOU Sant'Andrea.

Garantire il corretto follow-up attraverso visite da remoto, esami endoscopici e analisi di laboratorio standardizzati.

Fornire counseling telematico sul corretto rispetto della dieta aglutinata.

RISULTATI ATTESI

I pazienti inseriti in questo percorso sono affetti da malattia celiaca in follow up attivo da almeno un anno e saranno reclutati presso l'ambulatorio di U.O.C. di Malattie dell'Apparato Digerente dell'A.O.U. Sant'Andrea di Roma verso il quale essi avranno già iniziato un percorso di cura. A coloro che aderiranno al progetto verrà fornito un recapito telefonico e un indirizzo email dedicato.

I pazienti verranno contattati tramite tecnologia telematica ogni 4 mesi per verificare la corretta aderenza alla dieta aglutinata, compilando un questionario specifico (Biagi, 2009) e per verificare il loro stato di salute in generale. Annualmente verrà controllata la corretta esecuzione degli esami ematochimici e, se necessario, gli esami endoscopici. I pazienti inclusi nello studio potranno contattare direttamente il servizio dedicato per ricevere assistenza in relazione alla corretta esecuzione della dieta o in caso di comparsa di segni e sintomi specifici della malattia celiaca.

CONCLUSIONI

L'integrazione delle tecnologie riconosciute in telemedicina garantisce un miglior trattamento delle malattie croniche intestinali, specialmente nella malattia celiaca.

La gestione di un follow up già programmato e standardizzato riduce le complicanze e migliora la qualità della vita dei pazienti.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri dedicati e opportunamente formati dell'ambulatorio di Malattie dell'Apparato Digerente dell'O.A.U. Sant'Andrea di Roma.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Per la realizzazione di questo progetto è necessario almeno un anno di raccolta dati.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		

Ematologia di prossimità per le cure simultanee specialistiche al domicilio di malati onco-ematologici fragili

16

UNITA' OPERATIVA

U.o.c. Ematologia A.o.u. Policlinico Umberto I, Roma

DIRETTORE

Maurizio Martelli

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
CLAUDIO CARTONI	Responsabile medico	cartoni@bce.uniroma1.it 3396815646
MARCO FABBRI	Coordinatore Infermieristico	m.fabbri@policlinicoumberto1.it 3896233143
LAURA TIBALDI	Direttore DAPS	l.tibaldi@policlinicoumberto1.it 3396248818
EMANUELLA COLELLI	Dirigente DAPS	e.colelli@policlinicoumerto1.it 3311706690
AZIENDA	REGIONE	
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I	ROMA	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

Premessa: i malati onco-ematologici fragili presentano bisogni specifici di cura - causati dallo stato di immuno-depressione, di terapie specifiche antineoplastiche e dall'elevato fabbisogno di emotrasfusioni - difficili da soddisfare a causa degli impedimenti fisici e organizzativi ostacolanti l'accesso dei pazienti ai centri di riferimento.

Pazienti e struttura del progetto: consolidare ed estendere le attività di un'unità multiprofessionale di continuità di cure simultanee (specialistiche ematologiche e palliative) erogate al domicilio di pazienti emopatici fragili e con disabilità durante il trattamento antineoplastico. Il programma di cura si avvale dell'impiego di una cartella clinica computerizzata accessibile anche al MMG e di una piattaforma di telemedicina per rilevamento dei PROs (patient related outcomes) per valutare la qualità della vita dei pazienti.

Obiettivo generale: favorire l'accesso alle cure specialistiche per pazienti disagiati, evitando il loro sotto-trattamento (malpractice), il ricorso improprio al ricovero in ospedale (inappropriatezza) e l'uso di servizi privati domiciliari (iniquità).

Obiettivi specifici:

- Validare un modello di cura per erogare e monitorare a domicilio terapie antineoplastiche ed emotrasfusioni.
- Assicurare la continuazione delle cure a domicilio per i pazienti emopatici con COVID-19.
- Promuovere la qualità della vita dei pazienti attraverso l'erogazione di cure palliative simultanee.
- Ridurre l'esposizione dei pazienti al rischio di contrarre infezioni correlate all'assistenza in ospedale.
- Promuovere l'uso appropriato delle risorse e servizi sanitari.

OBIETTIVO GENERALE

Il progetto risponde all'obiettivo generale di rafforzare la strategia di cooperazione tra i diversi livelli di governo (locale, regionale, nazionale) al fine di garantire un approccio omogeneo delle prestazioni assistenziali nel percorso di transizione dal setting ospedaliero a quello territoriale, assicurando le azioni necessarie in termini di sviluppo, di capacità di indirizzo, di monitoraggio e valutazione dei processi, di creazione di standard in linea con quelli europei.

Nel caso specifico il progetto promuove la continuità delle cure per i pazienti ematologici pazienti fragili in stato di non autosufficienza temporanea o permanente, fornendo ad essi a domicilio sia le cure specifiche antineoplastiche che il supporto di cure palliative simultanee, senza soluzione di continuità tra ospedale e territorio. Nel favorire l'accesso alle cure specialistiche si intende ridurre i casi di malpractice (es. sotto-trattamento del paziente), di inappropriatezza (es. ricorso improprio al ricovero) e di iniquità (es. ricorso a servizi privati domiciliari). Al fine di migliorare la qualità delle cure è previsto un monitoraggio dell'andamento delle cure e della qualità della vita dei pazienti attraverso una piattaforma di telemedicina.

OBIETTIVI SPECIFICI

Il programma assistenziale, già avviato presso la U.O. di Ematologia, prevede interventi di tipo medico-infermieristico-psicologico-sociale, attuati in ospedale e a domicilio da un'equipe multi-professionale attraverso Piani di Assistenza Individuale (PAI) adeguati ai bisogni specifici del paziente. La programmazione e l'andamento delle cure è documentata attraverso l'impiego di una cartella clinica elettronica, garantendo l'aggiornamento costante dei professionisti sanitari, incluso anche il MMG, riguardo al decorso clinico dei pazienti, la tracciabilità del percorso e la rilevazione degli indicatori assistenziali. Inoltre, attraverso l'impiego della piattaforma di tele-monitoraggio e di telemedicina ALLIANCE- GIMEMA approvata dall'azienda Policlinico Umberto I, utilizzata dal paziente per la registrazione dei sintomi e dei PROs è possibile rilevare l'impatto del programma sulla qualità della vita.

Gli obiettivi specifici da raggiungere attraverso l'ampliamento e il consolidamento del progetto sono i seguenti:

a. Validare un modello di cura pazienti ematologici fragili, non autosufficienti per l'erogazione a domicilio di terapie antineoplastiche e di emotrasfusioni, sotto la responsabilità dello specialista.

b. Assicurare la continuazione delle terapie a domicilio per i pazienti che contraggono il COVID-19.

c. Soddisfare il bisogno di sicurezza del paziente e promuovere la sua qualità della vita attraverso le cure palliative simultanee.

d. Ridurre il numero di accessi impropri al DEA – PS.

e. Ridurre il rischio infettivo da infezioni correlate all'assistenza (ICA) contratte in ospedale.

f. Implementare una cartella clinica computerizzata (Synaptica- sistema Cliniconline) al fine di garantire una presa in carico continuativa e un'adeguata tracciabilità del percorso.

RISULTATI ATTESI

- **Miglioramento della qualità della vita e delle cure** per i pazienti e i loro familiari rilevato attraverso l'uso di strumenti telematici di rilevazione della qualità della vita e della Customer Satisfaction.
- **Incremento dell'accesso alle terapie antineoplastiche a domicilio** per pazienti fragili con specifiche patologie (mieloma multiplo, leucemie mieloidi acute, sindromi mielodisplastiche).
- **Miglioramento dell'uso delle risorse sanitarie** attraverso la deospedalizzazione precoce e la riduzione di giornate di ricovero nei raparti di degenza della UO Ematologia e del P.S. Ematologico, valutato in termini di posti letto-equivalenti.
- **Razionalizzazione della spesa pubblica e miglioramento in termini di costo-efficacia della spesa assistenziale** in base al costo per QALY (quality-adjusted life year) guadagnato .
- **Riduzione dell'incidenza delle ICA** nella popolazione di malati onco-ematologi seguiti a domicilio.

CONCLUSIONI

La società sta cambiando, i suoi bisogni anche. Nel 2030 le malattie croniche saranno il doppio di quelle acute. Nonostante la scarsità di risorse, oggi è necessario ipotizzare: una riorganizzazione del welfare territoriale in cui poter ripensare alla realizzazione della continuità assistenziale (tra acuzie e assistenza sul territorio); l'istituzione di tavoli di lavoro con ASL, Aziende ospedaliere, Associazioni, Università al fine di ritessere un sistema di rete che, dall'ospedale a casa, dovrebbe rispondere ai bisogni sia sanitari sia sociali del cittadino. Da ciò emerge il presente progetto, rispondendo alla necessità di lavorare in concerto per costruire un modello integrato e creare ponti nella complessità verso un'etica della salute sostenibile e da tutti percorribile.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

n. 1 Medico Coordinatore

n. 5 Medici Ematologi con competenze in cure palliative

n. 1 Infermiere coordinatore (Case Manager)

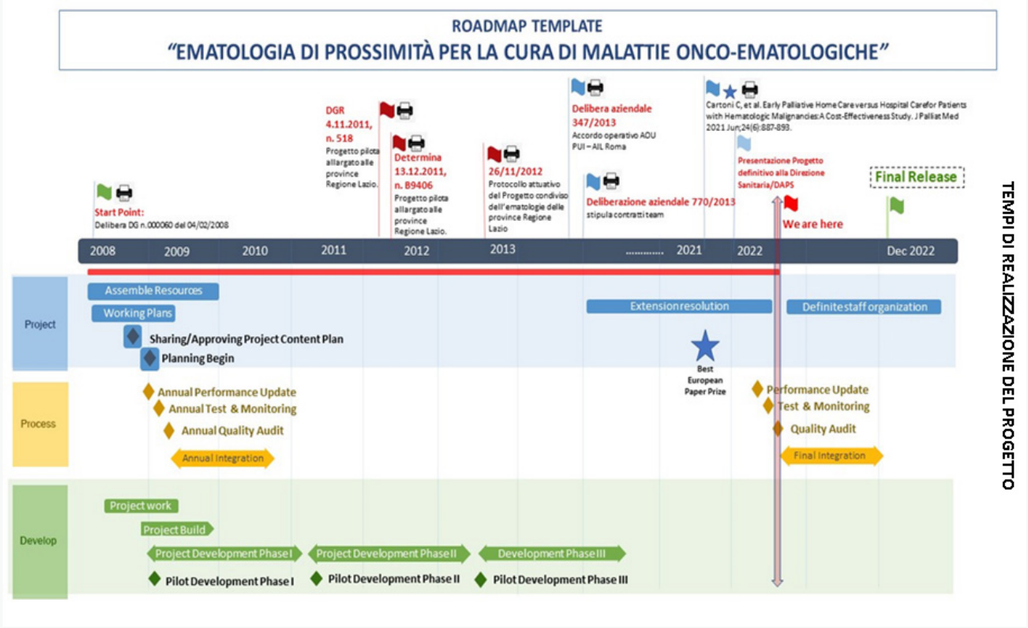
n. 8 Infermieri

n. 1 Psicologo

n. 1 Assistente Sociale

n. 1 Terapista della Riabilitazione

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO



TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

Teleriabilitazione Ifo

17

UNITA' OPERATIVA

U.O.C. Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa, Assistenza e Ricerca

DIRETTORE

Dr. Fabrizio Petrone

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
ALESSIA ZIZZARI	Fisioterapista	alessia.zizzari@ifo.it
CRISTIANO PARISI	Fisioterapista	cristiano.parisi@ifo.it
STEFANO DI FELICE	Fisioterapista	stefano.difelice@ifo.it
AZIENDA	**REGIONE**	
IRCCS IFO di Roma	Lazio	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

Questo progetto nasce dalla necessità di incrementare il programma riabilitativo attraverso l'integrazione delle attività di assistenza domiciliare con soluzioni tecnologiche, combinando esercizi di "realtà virtuale" con le capacità e conoscenze del fisioterapista. L'idea di ampliare il modello socioassistenziale deriva principalmente dalla contingente situazione sanitaria emergenziale da Covid-19. Le conseguenti restrizioni per contrastare la pandemia hanno portato talvolta alla sospensione delle attività in presenza dei servizi di riabilitazione con la necessità di implementare la Teleriabilitazione al fine di garantire la continuità assistenziale. La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, consentendo l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'utilizzo di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di comunicazione. Rappresenta di fatto, un

altro valido modo per la fruizione di servizi sanitari senza che il paziente o l'assistito debba recarsi presso le strutture sanitarie. Difatti, numerosi sono i pazienti provenienti da fuori regione, pertanto la Teleriabilitazione consentirebbe di gestire in modo più efficace l'attività lavorativa per fisioterapista e paziente, proponendo a quest'ultimo la continuità assistenziale da remoto. Tale modalità di erogazione delle prestazioni, che prevede l'utilizzo di tecnologie informatiche a supporto della riabilitazione fisica, cognitiva, comportamentale e sensoriale, consente di monitorare i pazienti e "domiciliarizzare" quei protocolli di riabilitazione che possono essere seguiti con assistenza a distanza da parte del personale sanitario, utilizzando strumenti tecnologici di facile reperibilità (PC, Smartphone e Tablet).

OBIETTIVO GENERALE

Incrementare il programma riabilitativo attraverso l'integrazione delle attività di assistenza domiciliare con la Teleriabilitazione con lo scopo di potenziarne l'efficacia e il mantenimento nel tempo soprattutto nelle situazioni in cui il paziente è impossibilitato a recarsi in ospedale.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Ottimizzare le risorse e i tempi (maggior numero di trattamenti, distanze annullate, trattamento simultaneo di due pazienti o di un gruppo avente esercitazioni comuni in relazione al quadro clinico);
- Incrementare una misurazione oggettiva e quantitativa, puntuale dell'efficacia del trattamento con somministrazione di questionari e scale di valutazione dedicate, in prima ed ultima seduta con il fine di valutare il grado di miglioramento;
- Contribuire alla riduzione dei costi di trasporto e di tempo da sottrarre alle attività lavorative e personali del paziente.

RISULTATI ATTESI

- Incremento del numero complessivo dei pazienti trattati e delle attività di riabilitazione (anche da remoto);
- Incremento delle rilevazioni e degli esiti delle attività di riabilitazione, monitoraggio costante dell'efficacia dei trattamenti riabilitativi effettuati;
- Riduzione dei disagi (tempo, costi, ecc.) legati al tragitto casa-ospedale e viceversa.

CONCLUSIONI

L'IRCCS IFO propone un progetto innovativo, unico sul territorio e con caratteristiche che permettono di avere una piena visione globale del paziente, con opportunità di determinare un congruo approccio fisioterapico e assistenziale (anche nel post-chirurgico), determinando uno stato di benessere psico-fisico nel paziente che aderirà al progetto "Teleriabilitazione IFO". Come descritto in precedenza, il supporto di piattaforme digitali consentirebbe diversi vantaggi al modello organizzativo attualmente in uso. Pertanto lo scopo non è quello di sostituire i tradizionali servizi riabilitativi, ma di potenziarne l'efficacia e il mantenimento nel tempo. Questo può riferirsi a singoli pazienti, in forma individuale, da preferire nelle situazioni più fragili, o a gruppi di lavoro omogenei, con situazioni di ridotta complessità clinica da gestire da remoto.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Fisioterapista;
- Personale Tecnico Informatico;
- Personale Amministrativo;
- Dirigente delle Professioni Sanitarie;
- Dirigente di Direzione Sanitaria.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

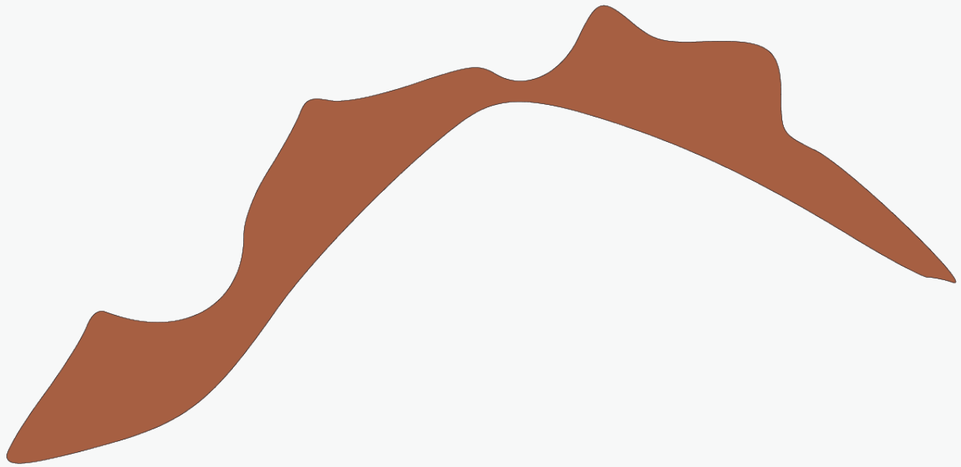
6 mesi dall'approvazione del progetto aziendale.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

LIGURIA

Da Dott. Bruno Cavaliere Direttore U.O.C. Direzione Aziendale Professioni Sanitarie



1 Introduzione di una lettera di dimissione infermieristica standard che consenta l'uso di un linguaggio comune tra professionisti e faciliti la continuità assistenziale ospedale e territorio.

UNITA' OPERATIVA

U.O.C. Direzione Aziendale Professioni Sanitarie

DIRETTORE

Bruno Cavaliere

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
CINZIA DELEO	Responsabile Aziendale Gestione Continuità Assistenziale presso la U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie	cinzia.deleo@hsanmartino.it
ULIVIERI DAVIDE	Responsabile Aziendale Gestione Qualità dell'Assistenza e Bisogni Formativi presso la U.O. C. Direzione Professioni Sanitarie	davide.ulivieri@hsanmartino.it
AZIENDA	**REGIONE**	
Policlinico San Martino	Liguria	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		

ABSTRACT

Premessa

La lettera di comunicazione infermieristica rientra negli strumenti in utilizzo per gli infermieri per facilitare il passaggio di informazioni sui bisogni assistenziali ed è uno strumento peculiare alla professione fondamentale per la presa in carico dei pazienti dopo la dimissione. Tra gli strumenti informativi in uso a livello nazionale non esiste oggi un modello unico di lettera di dimissione infermieristica Ospedale-Territorio, ma la progettazione e la realizzazione di diversi modelli è stata oggetto di sperimentazione nelle varie aziende ASL. È importante sviluppare sistemi di comunicazione efficace per migliorare la qualità della lettera di comunicazione infermieristica. *L'uso della tecnologia permette un trasferimento rapido e completo di informazioni. Uno studio condotto nell'ospedale di Oslo ha comparato le lettere di comunicazione infermieristica compilate in modalità elettronica e manuali. In quelle elettroniche gli infermieri aumentano i dettagli e la qualità delle informazioni e riducono gli errori. Tra le esigenze più rilevanti richieste dagli infermieri che utilizzano lo strumento troviamo la necessità dell'adozione di un modello strutturato che consenta l'uso di un linguaggio comune tra professionisti e il risparmio di tempo, la richiesta di un layout grafico chiaro e coerente per facilitare la lettura e identificare facilmente le informazioni più rilevanti.*[1] Inoltre, il modello di lettera di dimissione infermieristica deve essere facilmente trasferibile tra professionisti che lavorano in setting assistenziali diversi. Nel processo di dimissione l'infermiere[2] gioca un ruolo fondamentale nel valutare i bisogni di salute e di assistenza del paziente, nel gestire le risorse a disposizione, nell'interfacciarsi con l'equipe multi professionale e nell'adattare l'assistenza all'ambiente domestico. In alcuni studi è stata definita la figura del nurse discharge advocates, responsabile del processo di dimissione da quando il paziente è in ospedale fino alla stabilizzazione a domicilio. Per aumentare la qualità della transizione viene raccomandato di[3]:

- incontrare il paziente e il caregiver prima della dimissione concordando il piano di dimissione;
- valutare la capacità del paziente di autocura attraverso l'uso di strumenti educativi e check lists che permettono la valutazione del livello di adesione agli obiettivi di apprendimento condivisi al momento dell'inizio del contratto educativo (solitamente al momento del ricovero);
- lavorare d'equipe;
- definire una figura di riferimento;

Metodologia

- Il progetto inizia con un'indagine preliminare della durata di 6 mesi, presso le unità operative afferenti al dipartimento di medicina e di medicina integrata con il territorio del Policlinico San Martino, inerente all'utilizzo della lettera di dimissione infermieristica, in pazienti cronici dimessi, attraverso l'osservazione di:
  - effettiva presenza della lettera di dimissione infermieristica;
  - scale di valutazione adottate all'ingresso e alla dimissione;

1)- Larson J. Bjorvell C. Billing E. Wredling R. Testing of an audit instrument for the nursing discharge note in the patient record. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2004. 18(3). 318-324.
- Olsen R. Hellzén O. Skotnes L. Enmarker I. Content of nursing discharge notes: Associations with patient and transfer characteristics. OJN. 2012;02(03). 277-287.
-Romagnoli K. Handler S. Ligons F. Hochheiser H. Home-care nurses' perceptions of unmet information needs and communication difficulties of older patients in the immediate post-hospital discharge period. BMJ Quality & Safety. 2013. 22(4). 324-332.
-Helloso R. Information handling in the nursing discharge note. Journal of clinical nursing. 2005. (15).11-21.
-Ministero della Salute. Sviluppo di un modello di cartella paziente. 2011 Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1679_allegato.pdf 33.
AOU di Parma. Migliorare la sicurezza del processo di dimissione dall'Ospedale al Territorio del paziente anziano - La check-list "Dimissione del paziente".
-Hellesøa. R. Sorensenb L. Lorensena M. Nurses' information management across complex health care organizations. International Journal of Medical Informatics . 2005. 74(11-12). 960-972.
2) King BJ. Gilmore-Bykovskyi A. Roiland R. Polnaszek B. Bowers B. Kind A. The Consequences of Poor Communication During Transitions from Hospital to Skilled Nursing Facility: A Qualitative Study. Journal of the American Geriatrics Society. 2013.61(7).1095-1102.
3 Foust J.B. Discharge planning as part of daily nursing practice. Applied Nursing Research. 2007;20(2).72-77.
4 Rhudy L. Holland D. Bowles K. Illuminating hospital discharge planning: staff nurse decision making. Applied Nursing Research. 2010.23(4).198-206.
5Suzuki S. Nagata S. Zerwekh J. Yamaguchi T. et al. Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses. Japan Journal of Nursing Science. 2012. 9(2). 201-215
3) Herndon L. Bones C. Kurapati S et al. How toGuide:improving Transition from the hospital to Skilled Nursing Facilities to Reduce Avoidable Rehospitalizations Cambridge MA: Institute for Healthcare Improvement 2012. 144-147.

- contenuto della lettera.

- Sulla base dei risultati dell'osservazione si prevede la strutturazione di un modello di lettera standard condiviso con i coordinatori delle unità operative incluse nel progetto.

- Al fine di facilitare l'utilizzo del nuovo modello si prevede un progetto formativo rivolto agli infermieri delle unità operative aderenti al progetto, che promuova l'utilizzo di competenze educative da utilizzarsi nel processo di dimissione. Il progetto prevede di:
  - migliorare la conoscenza dei concetti base dell'educazione terapeutica a pazienti cronici;
  - miigliorare la conoscenza di strumenti di valutazione del self care del paziente cronico;
  - introdurre una tecnica educativa nella prassi clinico assistenziale;
  - accompagnare il processo educativo con strumenti informativi (brochure)
  - introdurre nella pratica clinica l'utilizzo di check lists di valutazione degli obiettivi di apprendimento condivisi con il paziente al momento del contratto educativo e al momento della dimissione.
  - sperimentare gli interventi educative e la somministrazione della lettera standard di dimissione infermieristica con un campione definito.

OBIETTIVO GENERALE

Elaborazione e inserimento di una lettera di dimissione infermieristica standard per pazienti cronici nelle unità operative di area medica che partecipano al progetto sulla base di una valutazione preliminare dell'esistente e delle tappe da raggiungere prima di implementarne l'uso.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Osservazione lettere di dimissione infermieristiche fornite ai pazienti con patologia cronica dimessi dalle unità operative incluse nel progetto, nel periodo aprile-settembre 2022;
- analisi dei risultati dell'osservazione;
- strutturazione di un modello di lettera di dimissione infermieristica standard;
- progettazione e implementazione di un progetto formativo che faciliti l'acquisizione di competenze educative /informative utili all'utilizzo della nuova lettera di dimissione.

RISULTATI ATTESI

- Miglioramento della continuità assistenziale ospedale e territorio (condivisione della lettera di dimissione con i servizi territoriali).
- Acquisizione di una tecnica educativa da utilizzare negli interventi di educazione terapeutica.
- Elaborazione strumenti informativi (Brochure) da fornire al paziente e/o care giver durante l'intervento educativo.
- Valutazione del livello di adesione agli obiettivi di apprendimento condivisi con il paziente e/o care giver all'inizio del contratto educativo (ricovero del paziente) e al momento della dimissione (check lists).

CONCLUSIONI

Con questo progetto si vogliono:

- migliorare le competenze educative degli infermieri al fine di promuovere l'accompagnamento del paziente alla dimissione favorendo la continuità assistenziale relazionale, informativa e organizzativa.
- Introdurre strumenti di valutazione della capacità di self care di pazienti e care giver misurabile con check lists elaborate nel corso di implementazione del progetto formativo per gli infermieri.
- condividere uno strumento standardizzato (lettera di dimissione infermieristica) tra operatori ospedalieri e del territorio al fine di consolidare il lavoro di rete.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri e coordinatori delle unità operative di area medica del Policlinico coinvolti nel progetto;

Infermieri e coordinatori dei servizi territoriali coinvolti nel progetto;

Responsabile Aziendale Gestione Continuità Assistenziale presso la U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie

Responsabile Aziendale Gestione Qualità dell'Assistenza e Bisogni Formativi presso la U.O. C. Direzione Professioni Sanitarie

Studenti Master per le funzioni di coordinamento afferenti alla U.O.C Direzione Professioni sanitarie

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Diagramma di GANNT

START	PROCESSO DI OSSERVAZIONE	ANALISI DEI RISULTATI	STRUTTURAZIONE E CONDIVISIONE MODELLO STANDARD DI LETTERA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA	PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE PERCORSO FORMATIVO	INSERIMENTO LETTERA DI DIMISSIONE NELLA PRASSI CLINICO ASSISTENZIALE
01/04/2022	01/04/2022-30/09/2022	OTTOBRE 2022	NOVEMBRE-DICEMBRE 2022	GENNAIO-MARZO 2023	APRILE 2023

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?		
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI		
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		

2 Il paziente psichiatrico acuto, l'appropriatezza del ricovero attraverso un cruscotto direzionale dedicato, e la costruzione di una stanza multimediale di primo accertamento in Pronto Soccorso

UNITA' OPERATIVA

SPDC (U29D3)

DIRETTORE

Prof M.Amore

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
DAVIDE ULIVIERI	Referente progetto/tutor aziendale	Davide.ulivieri@hsanmartino.it
CARMELO TOMASELLI	Infermiere referente SPDC	Carmelo.tomaselli@hsanmartino.it
MARIA ROMILDA FILICE	Infermiera referente PS	MariaRomilda.filice@hsanmartino.it
RAFFAELLA BRUNO	Infermiera referente PS	Raffaella.bruno@hsanmartino.it
STEFANO CALIZZANO	Infermiere referente PS	Stefano.calizzano@hsanmartino.it
EMANUELA PIVA	Infermiere referente SPDC	Emanuela.piva@hsanmartino.it
DANIELE ASSO	Infermiere referente 118	Daniele.Asso@hsanmartino.it
MARCO ENRICO SGUANCI	Infermiere project manager	MarcoEnrico.sguanco@hsanmartino.it
CHIARA MADDALO	Infermiere project reviewer	Chiaramadd88@gmail.com
AZIENDA	**REGIONE**	**CITTA'**
Ospedale Policlinico San martino di Genova	Liguria	Genova

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

Background

Ogni anno circa 800 mila utenti si rivolgono ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), assistiti negli ambulatori o nelle strutture residenziali o semi residenziali. Le patologie prevalenti degli utenti che si rivolgono ai DSM tra gli uomini adulti sono la schizofrenia e altre psicosi funzionali, con percentuali che variano da 22,6% nella fascia di età 18-24 anni a 34,6% nella classe di età 35-44 anni, tra gli anziani diventa più rilevante la depressione (30-31%), mentre tra gli ultra 75enni le demenze e i disturbi mentali organici (30,2%). Tra le donne di età 18-34 anni la prima causa di trattamento psichiatrico nei DSM è dovuta alle sindromi nevrotiche e somato-formi (26,2% fascia di età 18-24 anni, 25,7% classe di età 25-34 anni), nelle classi più anziane diventano più rilevanti i trattamenti per depressione (28,2% fascia di età 35-44 anni, 40,0% classe di età 65- 74 anni) e dopo i 74 anni assume importanza il trattamento delle demenze e disturbi mentali organici (28,1%) (Cit. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, rapporto su Disagio Mentale, report 2019).

L'OMS definisce la Salute Mentale come "una componente essenziale della salute", ovvero di quello *stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, e contribuire alla vita della propria comunità*. Essa è influenzata da diversi fattori, come il contesto in cui si trova la persona (ambiente, situazione economica, ecc.), e le caratteristiche personali. Quando la salute mentale viene meno si può presentare un disturbo mentale. Il disturbo mentale viene inteso come una sindrome caratterizzata da significativi problemi nel pensiero, nella regolazione delle emozioni, o nel comportamento di una persona, che riflettono una disfunzione dei processi psicologici, biologici o dello sviluppo che compongono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono generalmente accompagnati da sofferenza o difficoltà nelle abilità sociali, occupazionali e altre attività significative. La promozione e la tutela della salute mentale del cittadino, della famiglia e della collettività deve essere garantita dal nostro SSN mediante i Dipartimenti di Salute Mentale ovvero l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL).

I dipartimenti di salute mentale devono assicurare la continuità delle cure e degli interventi della persona con disturbi psichiatrici nonché le attività di prevenzione, cura e riabilitazione. La continuità delle cure e degli interventi avviene mediante alcuni servizi tra cui il CSM (Centro di Salute Mentale), strutture residenziali e servizi ospedalieri (es. SPDC) e spesso, se presenti, le Cliniche Universitarie.

L'Osservatorio salute mentale, citando dati del Centro Informativo Salute Mentale del Ministero (2019), solleva l'attenzione "sul preoccupante aumento delle prescrizioni di psicofarmaci antipsicotici e antidepressivi, sull'altrettanto preoccupante alto numero di trattamenti sanitari obbligatori (T.S.O.)".

È urgente quindi e necessario un diverso sistema di cura che agisca su tutte quelle che sono le forme della vita sociale in generale (la famiglia, il lavoro, l'abitare, il tempo libero, la vita della comunità), che sposti le risorse dalle rette ai budget di salute finalizzati ad attuare il Piano Terapeutico Individuale (P.T.I.) per ogni persona presa in carico da un Centro di Salute Mentale.

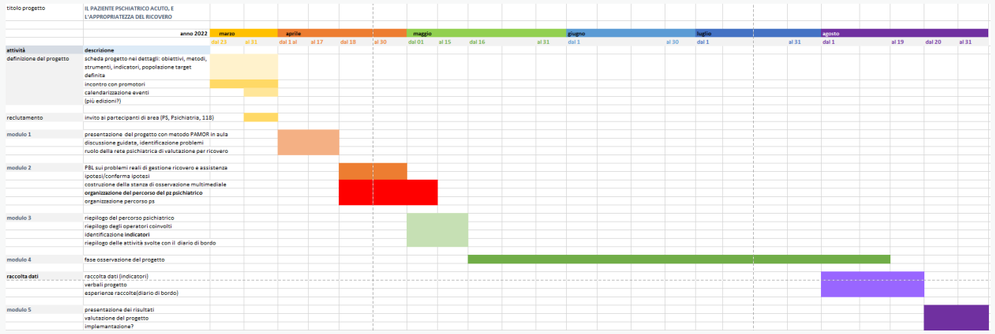
Nell'ambito regionale ligure e nel territorio metropolitano genovese il modo di intendere l'organizzazione dei servizi è cambiato e le politiche per la salute mentale sono state frequentemente coinvolte in questi cambiamenti. Seppur all'interno dei cambiamenti sopra indicati, si sono comunque consolidati modelli organizzativi fondati su valori comuni basati sulla evoluzione delle conoscenze, su una cultura della valutazione e dell'attenzione alla qualità, sulla relazione personale di cura e sui principi della psichiatria di comunità. In generale, si è consolidata negli anni la presenza di una "rete per la salute mentale" ovvero una pluralità di attori (associazioni, istituzioni, volontariato, privato e privato sociale) che rappresenta una risorsa di sussidiarietà operativa e responsabile, importante se ben utilizzata, per il lavoro dei Dipartimenti di Salute mentale (DSM) attraverso la costituzione dell' "Osservatorio per la tutela della salute mentale" quale organismo consultivo sui temi strategici di competenza attraverso l'azione del Patto per la Salute (Regione Liguria,

Assessorato alla Salute ligure, 2018).

Fanno parte dell'Osservatorio, coordinato dal direttore sociosanitario di Alisa, i rappresentanti dell'Associazione ligure famiglie pazienti psichiatrici (Alfapp) e dell'Associazione familiari di pazienti psichiatrici (Afap) insieme al dirigente della struttura complessa di Salute mentale e dipendenze di Alisa, ai direttori dei dipartimenti Salute mentale e dipendenze delle cinque Asl e al direttore della Clinica psichiatrica dell'Ospedale Policlinico San Martino.

Materiali e metodi: Ricerca quali/qualitativa su giurisdizione e miglioramento delle cure del paziente psichiatrico sul territorio genovese. Per la realizzazione del progetto si prevede di utilizzare risorse umane aziendali quali: infermieri, medici di pronto soccorso, medici psichiatri, medici di continuità assistenziale, assistenti sanitari, OSS e servizio tecnico. Le risorse strutturali si identificano nei servizi territoriali e Aziende Ospedaliere avvalendosi, nel contesto osservazionale, di risorse multimediali quali stanze di osservazione ad alta tecnologia e sicurezza e di un cruscotto del percorso psichiatrico.

Il progetto è sviluppato nella rappresentazione come da fig. n°1.



Obiettivo

Questo progetto ha come scopo la corretta presa in carico del paziente psichiatrico acuto in base alla giurisdizione territoriale attraverso la consultazione del cruscotto dedicato (cruscotto percorso psichiatrico), la corretta afferenza ai CSM di competenza e la messa in atto di provvedimenti adeguati affinché vi sia una corretta gestione dei ricoveri, delle cure e della continuità assistenziale del paziente presso CAUP (comunità alloggio ad utenza psichiatrica), comunità terapeutiche e centri diurni; nonché tramite la stanza multimediale in pronto soccorso la corretta presa in carico, valutazione e messa in sicurezza del paziente e del personale.

Risultati attesi

Scopi del progetto risultano essere:

1. Riduzione del tasso di inappropriatezza di ricovero psichiatrico in relazione all'appartenenza territoriale
2. Appropriata organizzazione dei livelli assistenziali dello staffing nel percorso del paziente psichiatrico
3. Consulto multidisciplinare sull'assistenza: pianificazione e valutazione dell'assistenza al paziente con altri professionisti attraverso la stanza di osservazione multimediale.

Risultati attesi:

1. Riduzione dei ricoveri inappropriati.
2. Miglioramento dei livelli di assistenza in termini di efficacia legati alla sicurezza valutazione e trattamento del paziente psichiatrico.
3. Implementare i livelli di sicurezza e di sorveglianza del paziente psichiatrico in fase di accettazione e valutazione.

OBIETTIVO GENERALE

La Corretta presa in carico del paziente psichiatrico acuto in ottemperanza alla giurisdizione territoriale e l'afferenza ai CSM di competenza l'appropriatezza di valutazione attraverso la stanza multimediale che consente un approccio multidisciplinare attraverso la consulenza di più tipi di professionisti, garantendo una precoce presa in carico da parte del personale del pronto soccorso e della U.O. SPDC migliorando la sicurezza del paziente e di tutti gli operatori.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Riduzione dei tempi di degenza dei pazienti fuori regione ricoverati presso un nosocomio non di appartenenza.
- Innovazione della rete territoriale attraverso il "cruscotto percorso psichiatrico" tra le U.O. liguri di psichiatria e I direttori di appartenenza interagendo e creando sinergie tra strutture dedicate.
- Corretta gestione dei ricoveri dei pazienti sottoposti ad arresti domiciliari, carcere, REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), o sottoposti a provvedimenti affinché vengano ricoverati in appropriati reparti dedicati (reparto detenuti) e non in SPDC per acuti.
- Corretta e precoce presa in carico del paziente psichiatrico rispetto alla patologia specifica.
- Miglioramento del processo di cura e assistenza del paziente psichiatrico mediante l'utilizzo di risorse tecnologiche multimediali.

RISULTATI ATTESI

- Riduzione dei tempi di degenza dei pazienti di competenza di altre strutture e/o fuori regione, ottimizzando i tempi di ritorno presso il CSM di appartenenza, con una conseguente efficacia delle prestazioni al di sotto del 10% dei ricoveri ripetuti.
- I Pazienti psichiatrici acuti verranno ricoverati presso l'ospedale di riferimento nel rispetto della giurisdizione territoriale attraverso il cruscotto.
- I pazienti sottoposti ad arresti domiciliari o con procedimenti giudiziari in atto verranno ricoverati presso il reparto detenuti dove verranno piantonati dalle f.f.0.0.
- I pazienti ricoverati dopo essere stati valutati appropriatamente, verranno ricoverati presso stanze di osservazione ad alta tecnologia e sicurezza, dove riceveranno adeguate cure, una sorveglianza e valutazione continua, avvalendosi anche attraverso consulenza multimediale tra pronto soccorso e SPDC.

CONCLUSIONI

L'innovazione tecnologica è attualmente un valore aggiunto che le aziende utilizzano nei piani di riorganizzazione assistenziale. Tale tecnologia partecipa attivamente alla trasformazione delle dinamiche organizzative e assistenziali, soprattutto in contesti complessi, quale quello psichiatrico coadiuvando lo spostamento del focus assistenziale dalle aziende ospedaliere alle reti territoriali; attraverso modelli assistenziali innovativi che facilitino l'accesso del cittadino alle prestazioni sul territorio (Salute.gov.it).

Il modello descritto fornisce un'opportunità di crescita regionale in termini di qualità e appropriatezza assistenziale, la telepsichiatria aiuta a ridurre i tempi di osservazione e valutazione all'interno del percorso del paziente psichiatrico, perseguendo equità tra servizi e pazienti. Questo innovativo modo di agire fornisce una maggiore accessibilità a tutti i servizi di cui il paziente in passato non poteva beneficiare, diminuendo così i tempi di processo. Ad oggi nel modello organizzativo territoriale e aziendale per il percorso del paziente psichiatrico è alle volte improprio nell'accesso e altre volte frammentato; il paziente rischia di rimanere in accettazione e valutazione anche per più di 10 ore nel Pronto Soccorso e successivamente affidato ai servizi di competenza territoriale che li prenderanno in carico in base alle disponibilità, anche se sono pazienti noti a queste strutture che li hanno in cura.

La corretta allocazione di pazienti psichiatrici tramite un cruscotto dedicato potenzia l'integrazione della rete territoriale con gli ospedali; la loro presa in carico precoce attraverso uno spazio di accettazione, valutazione e trattamento altamente integrato con la tecnologia di teleconsulto, permette di sorvegliare e utilizzare teleconsulenza tra gli operatori del pronto soccorso e quelli della psichiatria, garantendo una miglior assistenza e cura, promuovendo l'interdisciplinarietà degli operatori all'interno del percorso psichiatrico e la sicurezza del paziente.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri (infermieri di pronto soccorso, di psichiatria, di territorio, di 118), Medici (psichiatri, medici d'urgenza, medici di continuità assistenziale) Assistenti Sanitari, personale Tecnico, OSS.

PROFILO PROFESSIONALE	N°	COMPETENZE	RUOLO
INFERMIERE DI PSICHIATRIA	2	Relazionali/assistenziali e terapeutiche	Presa in carico e teleconsulto
INFERMIERE DI PS	3	Relazionali/assistenziali e terapeutiche	Accettazione, presa in carico, assistenza e sorveglianza

PROFILO PROFESSIONALE	N°	COMPETENZE	RUOLO
INFERMIERE DEL TERRITORIO	1	Relazionali/assistenziali e terapeutiche	Collaborazione con le figure interessate nel progetto
INFERMIERE DEL 118	1	Relazionali/assistenziali e terapeutiche	Valutazione, organizzazione
MEDICO D'URGENZA	1	Accettazione/valutazione	Accettazione, presa in carico, valutazione
MEDICO DEL TERRITORIO	1	Relazionale e terapeutica	Collaborazione con le figure interessate nel progetto, indicazione del percorso
MEDICO DEL 118	1	Organizzative e interventistiche	Valutazione e organizzazione
PSICHIATRA	1	Valutazione	Consulenza/presa in carico
ASSISTENTE SANITARIA	1	Prevenzione, educazione, e promozione della salute	Supporto organizzativo territoriale
TECNICI INFORMATICI	2	Informatiche e audio/video	Ingegnerizzazione "cruscotto paziente psichiatrico" e AV
OSS	1	Supporto assistenziale	Supporto al progetto

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

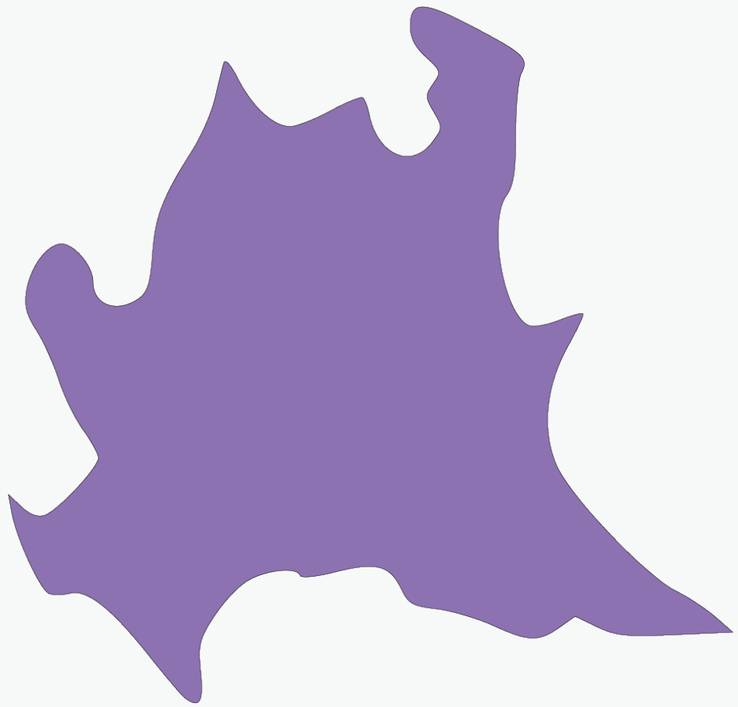
2 anni

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

LOMBARDIA

Da Dott.ssa Mari Adele Fumagalli Responsabile SITR Polo Ospedaliero ASST della Brianza



Assistenza integrativa ospedaliera al domicilio: sorveglianza, controllo e prevenzione terziaria delle malattie respiratorie infettive subacute e delle malattie respiratorie croniche attraverso lo sviluppo della telemedicina e l'implementazione dei sistemi informativi con l'ausilio di strumenti tecnologici innovativi.

1

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
DOTT.SSA ANNALISA MASCILONGO	CPS Infermiere –– B.O P.O. Carate B.za / ASST della Brianza	annalisa.mascilongo@asst-brianza.it
DOTT.SSA MARI ADELE FUMAGALLI	Responsabile SITR Polo Ospedaliero ASST della Brianza	mariaadele.fumagalli@asst-brianza.it
DOTT. ALESSANDRO ROTA	Coordinatore Inf. - STAFF SITR - P.O. Carate/ Seregno ASST della Brianza	alessandro.rota@asst-brianza.it
DOTT. MARCO LIVIO	CPS Infermiere –STAFF SITR P.O. Carate/ Seregno – ASST della Brianza	marco.livio@asst-brianza.it
DOTT.SSA MARIANGELA BRAMBILLA	Coordinatore B.O P.O. Carate B.za – ASST della Brianza	
AZIENDA	**REGIONE**	
ASST della Brianza	Lombardia	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

La pandemia di SARS-CoV-2, tuttora in corso, ha presentato molteplici sfide all'assitenza sanitaria evidenziando i limiti fisici delle attuali strutture ospedaliere in termini di capacità ricettiva e di cura degli ammalati sia di Covid sia di tutte le altre malattie. Le ricadute cliniche di questa condizione emergenziale sono molteplici: il ricovero e le cure sono stati differiti per una quota di pazienti; a sua volta il differimento ha comportato un aggravamento delle condizioni cliniche al momento del ricovero, con conseguente peggioramento degli outcomes clinici (complicanze, compromissione cronica della capacità funzionale, morte) ed economici (aumento dell'intensità e prolungamento delle cure ospedaliere, invalidità). Pertanto, nell'attuale contesto appare prioritario il potenziamento della capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) delle malattie respiratorie infettive subacute e delle malattie respiratorie croniche. L'introduzione e l'implementazione di tecnologie innovative, di semplice utilizzo da parte del cittadino e in grado di dialogare a distanza con le strutture sanitarie, può consentire, attraverso il monitoraggio dei parametri vitali, una più puntuale ed efficace sorveglianza al domicilio dei pazienti

affetti dalle condizioni morbose sopra citate. I vantaggi di questa innovazione attesi per il singolo paziente sono rappresentati dal miglioramento dell'outcome clinico in termini di preservazione della funzione d'organo nel tempo e dalla riduzione dell'incidenza di complicanze e morte. Per quanto concerne il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) - e la collettività più in generale – le ricadute positive attese sono la riduzione del numero degli accessi ospedalieri ambulatoriali, di Pronto Soccorso o per ricovero, la riduzione della durata e dell'intensità di cura dei ricoveri, e la riduzione del tasso di invalidità nella popolazione secondario a malattia respiratoria infettiva o cronica. In ultima analisi le strutture ospedaliere, grazie ad un più efficace e razionale impiego delle risorse disponibili, sarebbero messe in grado di offrire assistenza e cura in modo tempestivo al maggior numero possibile di pazienti.

OBIETTIVO GENERALE

Miglioramento delle capacità di erogazione e monitoraggio dei LEA e delle risposte del SSN

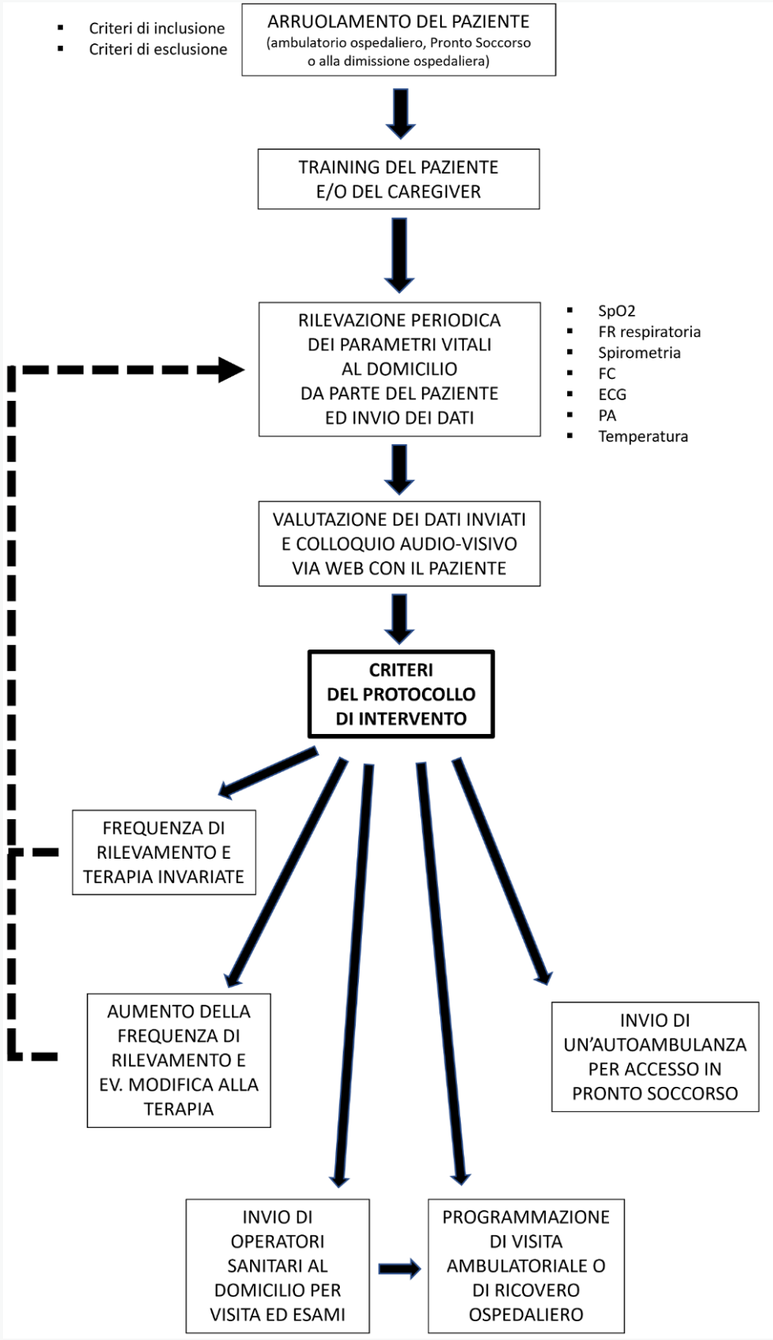
attraverso il monitoraggio a distanza dei parametri vitali intercettando tempestivamente il paziente che sta scivolando verso un significativo aggravamento della malattia respiratoria infettiva o cronica, prima che si verifichino una seria complicanza o il peggioramento della funzione d'organo, che comprometterebbero la prognosi, richiederebbero accessi ospedalieri e prolungherebbero un'eventuale degenza ospedaliera, aumentandone allo stesso tempo l'intensità di cura (Obiettivo diagnostico)

attraverso il monitoraggio dei parametri vitali a distanza adeguando tempestivamente la terapia medica domiciliare per evitare il peggioramento clinico e favorire la guarigione, il miglioramento della funzione respiratoria eriducendo al tempo stesso il numero di accessi ospedalieri per valutazioni ambulatoriali e di Pronto Soccorso e per ricovero. Il monitoraggio a distanza permetterà di valutare anche l'esito dell'adeguamento della terapia medica domiciliare, portando eventualmente all'accesso del personale sanitario presso il domicilio del paziente per una valutazione clinica diretta e strumentale, oppure all'accesso ospedaliero del paziente per una valutazione ambulatoriale, in Pronto Soccorso o per un ricovero (Obiettivo terapeutico)

OBIETTIVI SPECIFICI

- Formare mediante training specifico il paziente e il caregiver all'uso di dispositivi e strumentazioni.
- monitorare i parametri vitali (saturazione d'ossigeno/FR/FC/PA/TC) e i valori di indagini strumentali (dati spirometrici/ECG) rilevati al domicilio dal secondo una cadenza prevista da un protocollo procedurale.
- Fornire dispositivi tecnologici innovativi e dedicati per la misurazione non invasiva dei parametri vitali, user friendly e interfacciabili mediante tecnologia wireless con un telefono cellulare (in dotazione al paziente) per memorizzare i parametri stessi che verranno inviati attraverso la rete Internet all'ospedale. I parametri e i dati verranno integrati da un colloquio video-telefonico tra gli operatori ed il paziente, definendo criteri di intervento.

Di seguito è riportata la flow-chart che descrive i principali step del protocollo di sorveglianza ed intervento.



RISULTATI ATTESI

Per i pazienti:

- mantenimento o miglioramento della funzione respiratoria;
- riduzione dell'incidenza di complicanze secondarie a malattia respiratoria;
- riduzione della mortalità per malattia respiratoria.

Per il SSN e per la collettività:

- riduzione del numero di ricoveri per riacutizzazione di malattia respiratoria;
- riduzione dell'intensità di cura dei ricoveri per riacutizzazione di malattia respiratoria;
- minore impatto delle malattie respiratorie sulla disponibilità di posti letto e di cure intensive per tutte le altre malattie;
- riduzione delle spese sanitarie per ricoveri;
- riduzione delle spese sociali per il sostegno all'invalidità;
- validazione del protocollo disorveglianza a distanza dei pazienti al domicilio ed affetti da malattie respiratori ei nfettive e croniche;
- raccolta di dati per ricerche cliniche ed epidemiologiche.

Per gli operatori del SSN:

- rafforzamento delle competenze e potenziamento della formazione;
- formazione per fornire specifiche prestazioni infermieristiche:
- operatori di virtual nursing technology;
- case manager con funzione di data manager;
- coordinatore del team multidisciplinare per la gestione a distanza ed al domicilio di un pool di pazienti.

CONCLUSIONI

Questo progetto di assistenza integrativa ospedaliera al domicilio, mediante l'utilizzo di tecnologie più avanzate e finora non adottate in modo integrato, mira alla creazione di un nuovo processo per l'erogazione di prestazioni di cura per le malattie respiratorie, permettendo la gestione domiciliare monitorata dei pazienti e riducendo allo stesso tempo l'ospedalizzazione degli stessi. Il miglioramento dell'outcome clinico per i pazienti arruolabili nel processo è l'obiettivo principale del progetto. Le ricadute attese per il SSN da questo investimento sono la migliore utilizzazione delle ridotte risorse ospedaliere e il rafforzamento delle competenze ed il potenziamento della formazione del personale sanitario.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Equipe multidisciplinare composta da medici, infermieri e fisioterapisti respiratori.

Formazione degli operatori per fornire specifiche prestazioni infermieristici : operatore di virtual nursing technology, case manager con funzione di data manager, team coordinator.

Tecnici ospedalieri ICT (Information Communication Technology).

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

6 mesi.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

2 Percorso di Follow Up per pazienti affetti da sindrome Long Covid

UNITA' OPERATIVA

DAPSS (Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie e Sociali)

DIRETTORE

Dott.ssa Rita Patrizia Tomasin

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
MARCELLO TORRE	Infermiere – Referente percorso Neoassunto	Marcello.torre@asst-settelaghi.it / 3406922465
ANNALISA MAIOCCHI	Infermiere – Referente Centrale di Case Management	
ANTONIO MARIA GIUSEPPE STAFFA	Dirigente delle Professioni Sanitarie	
ENRICA ROSSI	Infermiere – Coordinatore d'Area Continuità Ospedale-Territorio	
LAYLA DE MERCATO	Infermiere di Famiglia e Comunità	
ALESSANDRA PIZZIMENTI	Infermiere di Famiglia e Comunità	
VINCENZO COSTANZO	Infermiere – Responsabile Flussi e Standard Informativi	
AZIENDA	**REGIONE**	
ASST SETTELAGHI	LOMBARDIA	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

A causa dell'ampia diffusione della pandemia da CoViD-19, la persistenza di sintomi significativi (Sindrome Long-CoViD), anche se riguardante solo una parte dei soggetti affetti da COVID-19, acquisisce una grande rilevanza di salute pubblica in termini di numero di malati e della loro presa in carico.

Questa necessità emergente di assistenza e cura è stata variamente affrontata, sia dal punto di vista della diagnosi clinica e strumentale, sia per quanto concerne l'approccio gestionale: risposta proattiva a questa necessità è la creazione in diverse realtà di ambulatori e cliniche "post-COVID" in rapporto sinergico con la medicina generale e quella ospedaliera (WHO, 2021).

FADOI (2021) riporta che in Italia il 30% delle persone che hanno sviluppato la malattia da Covid-19 continua ad avere sintomi ad 8 mesi dalla guarigione e nel 50% delle persone permane affaticamento fisico anche dopo 4 mesi, mentre solo il 20% delle persone si può definire completamente guarito.

Tuttavia, pur essendo unanimemente riconosciuta l'emergente necessità di strutturare percorsi assistenziali per pazienti affetti da Long-CoViD, in Regione Lombardia -ed in particolar modo nell'area di competenza dell'ASST-Sette Laghi- non esistono ad oggi progettualità volte alla presa in carico assistenziale ed alla gestione dei bisogni di salute Long-Covid correlati.

L'obiettivo generale di questo progetto è pertanto quello di strutturare un percorso territoriale per la presa in carico dei cittadini affetti dalla sindrome Long CoViD.

Per raggiungerlo è stata prevista una fase d'intercettazione del target e una successiva valutazione, da parte degli IFeC (Infermieri di Famiglia e Comunità), dei relativi bisogni clinici, psicologici e sociali. Alla luce di questi, i pazienti destinatari della progettualità saranno presi in carico dagli IFeC, i quali potranno attivare 3 percorsi assistenziali distinti ma sovrapponibili (Clinico-diagnostico, Psicologico, Sociale), attraverso la redazione del Percorso di Follow Up Covid-19 (PeFoC), da erogare anche attraverso modalità di telemonitoraggio/teleassistenza, che prevederà un monitoraggio sul controllo della sintomatologia nel tempo.

Tale progettualità, che prevede la sinergica attivazione ed integrazione dei servizi presenti nel sistema salute territoriale (MMG/PLS e altri professionisti, Case della Comunità, ospedali, strutture socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, domiciliari, servizi sociali comunali, associazioni di volontariato) potrebbe impattare positivamente sulla gestione e controllo della sintomatologia da Long CoViD, prevenendo peggioramenti e relative admission in strutture per acuti, nonché stimolare l'accesso alle strutture territoriali di nuova costituzione (Case della Comunità tra tutte) aumentando la popolazione presa in carico ed assistita dalle ASST.

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale di questo progetto è quello di strutturare un percorso territoriale per la presa in carico dei cittadini affetti da Long Covid, partendo dall'intercettazione e dalla valutazione dei loro bisogni clinici, psicologici e sociali da parte degli IFeC (Infermieri di Famiglia e Comunità), sino alla sinergica attivazione ed integrazione dei servizi presenti nel sistema salute territoriale (MMG/PLS e altri professionisti, Case della Comunità, ospedali, strutture socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, domiciliari, servizi sociali comunali, associazioni di volontariato).

OBIETTIVI SPECIFICI

- **Identificare il *target*** dei cittadini affetti da sindrome Long-Covid sintomatici nell'area definita, attraverso:

  1. Individuazione di soggetti residenti in uno specifico Distretto con pregressa malattia Covid-19 certificata da tampone positivo nel periodo ottobre 2020-febbraio 2022, rintracciati da **registri di dimissioni ospedaliere in ASST SetteLaghi e dai registri ATS Insubria** (che hanno trascorso il periodo di malattia in isolamento a domicilio);

  2. Segnalazione di soggetti residenti in uno specifico Distretto con pregressa malattia Covid-19 certificata da tampone positivo nel periodo ottobre 2020-febbraio 2022, da parte di **MMG e CMO (Case Manager Ospedalieri) degli Ospedali di Varese, Cittiglio, Angera e Tradate**;

  3. **Contatto diretto** dell'utente presso l'Ambulatorio IFeC presente nella Casa della Comunità in uno specifico Distretto (con pregressa malattia Covid-19 certificata da tampone positivo nel periodo ottobre 2020-febbraio 2022).

- **Prendere in carico** i soggetti destinatari, ovvero gli utenti che presentano sintomatologia da Long Covid persistente **dopo 28 giorni (o da più di 12 settimane dal primo tampone negativo)**, attraverso intervista conoscitiva, erogazione scale di valutazione (per inclusione/esclusione dal progetto) e definizione di 3 percorsi assistenziali distinti ma sovrapponibili attraverso la redazione del Percorso di *Follow Up* Covid-19 (PeFoC), da erogare anche attraverso modalità di telemonitoraggio/teleassistenza. Nello specifico:

  1. **Piano di Supporto Clinico-diagnostico**: coinvolgimento attivo del MMG e/o di Specialisti, attivazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale contenute nei Livelli Essenziali di Assistenza (vedi Tabella 1). Se necessario attivazione ADI, FKT (riabilitazione), Protesica, Telemonitoraggio . Interventi di educazione e promozione alla salute.

  2. **Piano di Supporto Psicologico**: coinvolgimento attivo del MMG, dello psicologo, di infermieri esperti in counseling o di cure complementari (ad es. *mindfulness*), dei Servizi dell'Area di Salute Mentale (DSMD). Interventi di educazione e promozione alla salute.

  3. **Piano di Supporto Sociale**: coinvolgimento attivo del MMG e dell'assistente sociale, attivazione servizi sociali comunali. Disponibilità Terzo Settore del territorio. Interventi di educazione e promozione alla salute.

- **Monitorare** a medio/lungo termine, anche attraverso modalità di telemonitoraggio, gli *outcomes* assistenziali identificati a seguito di valutazione clinico-assistenziale e misurata con le relative scale di valutazione.

RISULTATI ATTESI

L'ottimizzazione della funzionalità di un sistema di rete territoriale socio-sanitario, che sia orientato al sostegno continuativo dei cittadini nella gestione dei propri bisogni di salute, contribuisce allo sviluppo del loro *empowerment* e consente di prevenire una potenziale ingravescenza del loro stato.

Il miglioramento degli aspetti descritti, oltre che facilitare gli utenti aderenti al percorso ad incrementare la propria qualità di vita, possono contribuire a ridurre il rischio di loro *readmission* inappropriate nei Pronto Soccorso.

Per tali motivazioni, si auspica che l'attuazione del percorso descritto sia finalizzato ad i seguenti risultati:

- Esiti Clinici:
  - **Controllo della sintomatologia Long CoViD** rilevata e prevenzione sull'aggravamento della stessa;
- Esiti Organizzativi:
  - **Riduzione delle readmission** nelle strutture per acuti del territorio di competenza;
  - Stimolo e **sensibilizzazione all'accesso alle strutture territoriali di neoformazione** (Case della Comunità...);
  - Incremento del **numero dei soggetti presi in carico** dalle ASST;

CONCLUSIONI

La proposta progettuale presentata vuole finalizzare proattivamente una risposta al rischio emergente di recrudescenza della sintomatologia da Long Covid ed il conseguente potenziale aumento di *re-admission* ospedaliera, con un importante impatto sugli oneri per le ASST in termini di risorse umane, economiche e strumentali.

Prevedendo una fase di *start up* strutturata che si concentri inizialmente su un' area distrettuale specifica di ASST Sette Laghi, sarà possibile raccogliere dati più specifici per territorio così da delineare evidenze e necessità maggiormente orientate.

In futuro quindi, tale proposta potrebbe allargarsi ad ogni distretto dell'ASST Sette Laghi (e della Lombardia) apportando miglioramenti e proponendo alla Direzione Strategica l'attivazione di servizi specialistici dedicati al *follow up* ed alla gestione della sintomatologia dei pazienti affetti da Long Covid.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermiere di Famiglia e Comunità, Fisioterapista, Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta, Medico Specialista, Psicologo, Assistente Sociale.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Tempistica stimata per ingaggio stakeholder, definizione percorsi organizzativi e avvio attività: 2 mesi

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?		X
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI		X
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		X

Rinnovamento e sviluppo delle competenze manageriali dei professionisti sanitari afferenti alla Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie: la gestione per processi

3

UNITA' OPERATIVA

Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale (S.I.T.R.A.)

DIRETTORE

Dott.ssa Vittoria Frontuto

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
VITTORIA FRONTUTO	Direttore Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale (S.I.T.R.A.)	vittoria.frontuto@asst-valleolona.it
ANTONIO VITIELLO	Incarico di organizzazione "Innovazione, sviluppo e ricerca", S.I.T.R.A.	antonio.vitiello@asst-valleolona.it / 0331751149
AZIENDA	**REGIONE**	
Azienda socio-sanitaria territoriale Valle Olona	Lombardia	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		X
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

L'esperienza della pandemia da Covid-19 ha evidenziato la capacità di flessibilità e rinnovamento rapido delle attività del Servizio Sanitario Nazionale e delle organizzazioni aziendali sanitarie; il ruolo di catalizzatore di questi cambiamenti organizzativi è attribuibile alle professioni sanitarie e, in particolar modo, ai professionisti con incarichi di funzione organizzativa, che, a diverso titolo e per le rispettive competenze, supportano attivamente la direzione nell'organizzazione, indirizzo, *governance* e gestione delle attività delle professioni sanitarie all'interno di un'azienda sanitaria e contribuiscono allo sviluppo di percorsi e processi organizzativi propedeutici per l'erogazione di servizi sanitari.

Risulta cruciale, quindi, per la sostenibilità ed il miglioramento continuo delle organizzazioni sanitarie, il mantenimento e

lo sviluppo delle competenze manageriali dei titolari di incarichi di funzione organizzativa. Questo aspetto è anche ripreso dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR promuovendo, all'interno della Missione 6, la ricerca, l'innovazione e lo sviluppo di **competenze manageriali del personale**.

Il presente lavoro intende, infatti, sensibilizzare le organizzazioni e i professionisti al mantenimento e allo sviluppo delle competenze di *management* e alla condivisione di buone pratiche, in ambito organizzativo, con la comunità scientifica ed intende proporre una progettualità finalizzata allo sviluppo delle competenze manageriali, che passi per il rinnovamento della vision di una direzione delle professioni sanitarie e per l'innovazione di una **gestione per processi**, nell'ottica di **valorizzare le specificità** che ogni professione sanitaria ed ogni professionista sanitario agisce quotidianamente.

Dare valore significa, anche, renderne maggiormente evidente il contributo dei singoli professionisti ed infatti la progettualità proposta vuole massimizzare l'influenza ed il contributo delle professioni sanitarie, proprio a ridosso dell'anno in cui l'Organizzazione mondiale della Sanità e l'*International Council of Nurses* hanno lanciato la campagna "*Nursing Now*" per migliorare lo status, la leadership ed il profilo dell'assistenza infermieristica.

Individuato, per ogni processo, un *process owner*, che si configura come il soggetto aziendale facilitatore di uno specifico processo, in grado di identificare e gestire le fasi che tengono uniti gli estremi di input e output, si propone di pianificare percorsi formativi per lo sviluppo di competenze manageriali nei professionisti titolari di incarichi di funzione organizzativa, al fine di favorire una gestione per processi anziché invece che una gestione piramidale ed una visione orizzontale dell'azienda.

Nel dettaglio, lo sviluppo delle competenze manageriali dovrà favorire il confronto di esiti di monitoraggio di indicatori attraverso, ad esempio, la comparazione di uno stesso periodo di anni diversi o ancora, finalizzato alla discussione e presentazione di dati (anche con significatività statistica) degli scostamenti rispetto al parametro *bechmark* stabilito.

In definitiva, si propone che lo sviluppo delle competenze manageriali debba mirare a:

- Mantenere alto il livello di efficacia dell'assistenza, **riducendo la parcellizzazione dei luoghi e dei tempi**, sostenendo e promuovendo modelli organizzativi che tendano alla forte integrazione delle risorse e delle professionalità e conducano verso un superamento dei limiti disciplinari e strutturali
- **Facilitare**, nell'ambito delle professioni sanitarie e dei percorsi assistenziali, il flusso e l'integrazione delle diverse attività che costituiscono il processo gestito, attraverso un ruolo di coordinatore, facilitatore e sponsor del processo.

OBIETTIVO GENERALE

Innovare l'organizzazione della direzione delle professioni sanitarie, promuovendo la gestione per processi e lo sviluppo delle competenze manageriali dei professionisti afferenti a SITRA/DAPS.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Definizione di eventi formativi inerenti la gestione per processi in sanità
- Definizione di strumenti e metodi (omogenei e confrontabili) per i *process-owner*
- Definizione di un set di indicatori per elaborare una *dashboard* utile per interventi di miglioramento
- Definizione di strategie e metodi di *benchmarking* tra le diverse aziende

RISULTATI ATTESI

- Sviluppo delle competenze manageriali del capitale umano aziendale
- Incremento della motivazione e attività "magnete" del progetto (consolidamento dell'affiliazione tra azienda e titolari di incarichi di funzione organizzativa)
- Forte integrazione delle risorse e delle professionalità che intervengono all'interno del processo

CONCLUSIONI

Il PNRR promuove lo sviluppo di competenze manageriali del personale, anche sull'esperienza della pandemia da Covid-19, in cui sono risultate strategiche le competenze agite dai professionisti sanitari nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sanitari.

La letteratura sottolinea che uno dei punti chiave per lo sviluppo delle organizzazioni prevede la gestione per processi; tuttavia il capitale umano deve essere incluso in percorsi cultural-formativi per modificare la vision e la struttura organizzativa. Questo progetto focalizza l'attenzione sulla necessità di pianificare e realizzare percorsi e training a favore dei titolari di incarichi di organizzazione dedicati alla gestione per processi.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Sono coinvolti i dirigenti delle professioni sanitarie, gli incarichi di funzione organizzativa e di ex coordinamento e, più in generale, tutte le professioni sanitarie, con profilo organizzativo e clinico.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Le stime dei tempi di realizzazione delle diverse fasi progettuali dell'innovazione proposta prevedono:

- Un periodo di 1 anno per la definizione della mappatura dei processi, per la definizione degli incarichi e delle relative aree di responsabilità e linee di attività;
- Un periodo di 3 anni per la definizione di eventi formativi e di percorsi di sviluppo delle competenze manageriali e per l'implementazione dell'organizzazione per processi
- Un periodo di 1 anno per la verifica degli esiti della progettualità e la condivisione con la comunità scientifica dei risultati

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?		X
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI		X
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		X

4 Infermieristica di famiglia e comunità: implementazione e sviluppo in ASST Sette Laghi

AUTORI

Bonelli G1., Mazzoleni I.A. 2, Bardelli T.3 Turrini M.3, Banfi I.M. 3, Staffa A.M.G. 3, Tomasin R.P. 3

AFFERENZA

1. Direttore Generale ASST Sette Laghi
2. Direttore Sociosanitario ASST Sette Laghi
3. Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Sette Laghi

ABSTRACT

Introduzione: Nel corso dell'emergenza pandemica da SARS-CoV-2, al fine di garantire l'appropriata risposta al bisogno di salute dei cittadini, è emersa la necessità di sviluppare nuovi modelli organizzativi per il potenziamento dei servizi socio sanitari territoriali.

Il DL 34/2020 ed il DM 77/2022 in quest'ottica hanno introdotto la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità.

Nel mese di febbraio 2022 ASST Sette Laghi ha attivato il servizio di Infermieristica di Famiglia e Comunità presso i distretti di Tradate, Laveno e Arcisate.

Risultati:

L'implementazione del servizio di infermieristica di famiglia nell'ASST Sette Laghi ha permesso la presa in carico di 923 pazienti in 7 mesi suddivisi tra i distretti di Tradate, Arcisate e Laveno Mombello.

L'età media dei cittadini presi in carico è di 78,3 anni e l'84.7% del totale di questi hanno più di 65 anni e manifestano nel 67.3%dei casi un'elevata complessità socioassistenziale.

Conclusioni

L'attività svolta dagli Infermieri di Famiglia o Comunità ha concretamente rappresentato un sensibile cambiamento nell'assistenza sanitaria territoriale come previsto da DM 77/2022 e ha contribuito alla risoluzione di problematiche socioassistenziali precedentemente a carico della sola Medicina di Base e degli Enti comunali.

INTRODUZIONE

Nel corso dell'emergenza pandemica da SARS-CoV-2, al fine di garantire l'appropriata risposta al bisogno di salute dei cittadini, è emersa la necessità di sviluppare nuovi modelli organizzativi per il potenziamento dei servizi socio sanitari territoriali.

Al fine di potenziare gli interventi di presa in carico sul territorio dei soggetti positivi a SARS-CoV-2, il Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020 introduce per la prima volta nella normativa italiana la figura dell'l'Infermiere di Famiglia e Comunità, identificandolo come "elemento indispensabile per rafforzare i servizi infermieristici territoriali".

Nel 2022, il Decreto n.77 del 23 maggio descrive poi l'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) come "la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità i cui opera perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.". Tale normativa modifica lo standard di personale inizialmente previsto nel DL 34/2020 pari a n. 8 IFoC ogni 50.000 abitanti in n. 1 IFoC ogni 3000 abitanti, determinando quindi un incremento delle risorse personale necessarie pari al 108%.

Nel 2019 la FNOPI, nel Position Statement condiviso con L'Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFeC), ha identificato l'infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) come il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito famigliare e di comunità.

Le funzioni specifiche degli IFoC vengono in seguito normate e specificate all'interno del DM 77/2022 che descrive come l'IFoC:

Collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, sulla prevenzione e la gestione della salute in tutte le fasce d'età;

Contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;

Favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;

Promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto

Svolge attività di counselling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;

Valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;

Lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità, e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;

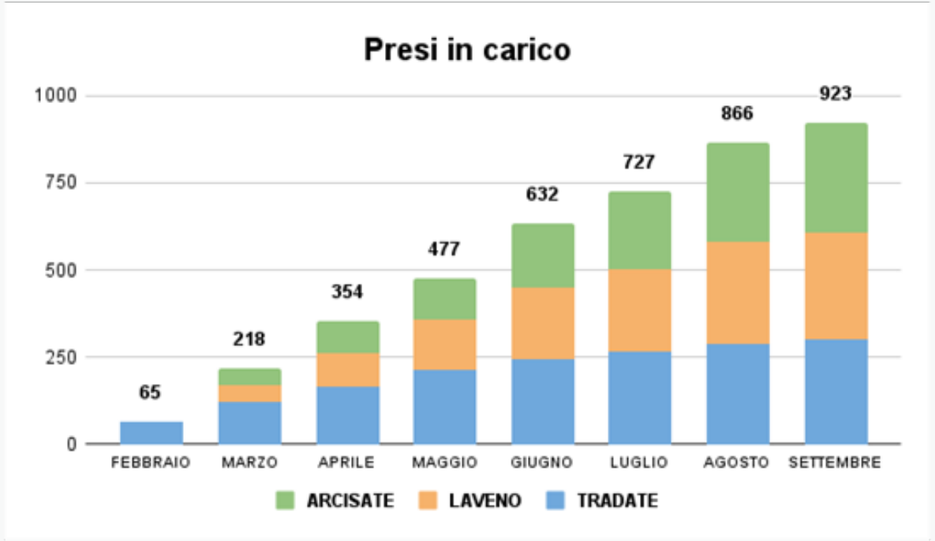
Utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza

ANALISI DEL CONTESTO

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi è un'azienda pubblica lombarda che garantisce servizi sociosanitari a 450.000 cittadini del nord della provincia di Varese. Le attività sono garantite da un polo ospedaliero costituito da sette ospedali ed un polo territoriale a cui afferiscono sette distretti. In applicazione a quanto previsto dal DM 77/2022 per il potenziamento della sanità territoriale è stata prevista nell'intervallo 2022-2026 l'apertura di n. 7 case della comunità HUB, n. 2 case della comunità SPOKE e n. 2 ospedali di comunità. Nel mese di febbraio 2022 è stato attivato il servizio di infermieristica di famiglia presso il distretto di Tradate, mentre nel mese di marzo 2022 è stato attivato nei distretti di Arcisate e Laveno Mombello.

RISULTATI

L'implementazione del servizio di infermieristica di famiglia nell'ASST Sette Laghi ha permesso la presa in carico di 923 pazienti in 7 mesi suddivisi tra i distretti di Tradate, Arcisate e Laveno Mombello (Tabella 1).



L'efficace azione di presa in carico degli IFoC è stata resa possibile da una puntuale fase progettuale che ha preceduto l'avvio delle attività; lo sviluppo del progetto ha riguardato l'analisi delle caratteristiche demografiche e socio sanitarie del territorio di interesse, l'identificazione di modelli di riferimento e la definizione di documentazione specifica.

Dal mese di Ottobre 2021 sono stati pianificati una serie di incontri attraverso la metodologia del focus group a cura del personale afferente al Polo Territoriale DAPSS, al fine di predisporre un documento organizzativo da condividere con i professionisti coinvolti nel progetto.

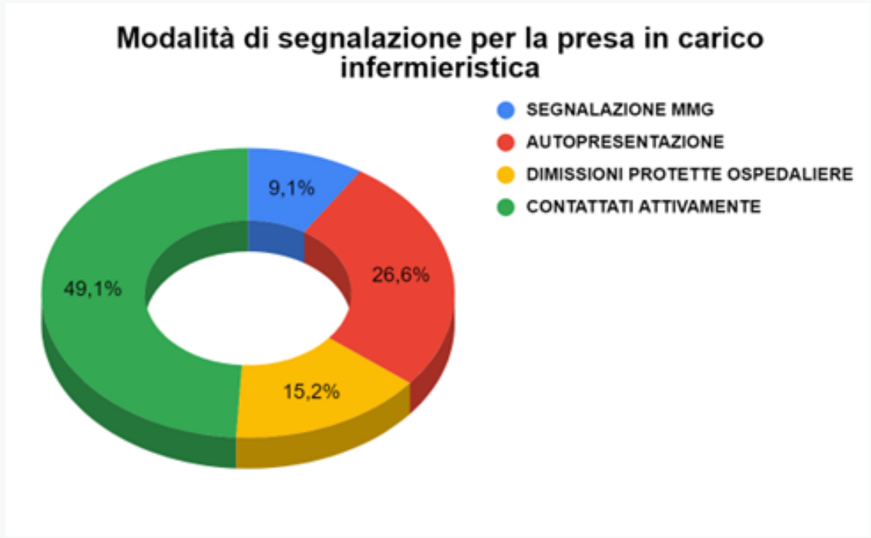
Tale documento descrive le modalità operative per l'arruolamento dei cittadini, la presa in carico e la pianificazione aziendale per il follow up.

Al fine di garantire l'integrazione con tutti i professionisti della rete sociosanitaria sono stati inoltre effettuati degli incontri informativi e di condivisione con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) dei distretti di Tradate, Laveno ed Arcisate. Grazie alla condivisione degli obiettivi e alla consegna di materiale informativo da parte di ASST Sette Laghi la segnalazione da parte dei MMG ha determinato il reclutamento del 9.1% dei cittadini complessivamente presi in carico dagli IFoC, su segnalazione da parte dei MMG coinvolti.

Sebbene la segnalazione degli utenti da parte degli MMG sia stata determinante nel raggiungere l'obiettivo di valorizzazione interprofessionale nelle cure primarie previsto per le Case di Comunità, nel corso della fase di start up i percorsi di dimissioni protette intraziendale hanno rappresentato un aspetto facilitante nello sviluppo del servizio; come descritto dal grafico 2, il 15.2% del totale degli assistiti presi in carico sono infatti stati segnalati tramite il Case Management Transizionale Ospedaliero (CMTO).

Le modalità di presa in carico più numericamente rilevanti sono rappresentate dalla chiamata proattiva da parte

degli IFoC dei cittadini dimessi dalla rete ospedaliera di ASST Sette Laghi e non precedentemente segnalati dal CMTO (49.1% del totale) e dall'autopresentazione di utenti (26.6% del totale) tramite il libero accesso presso i Punti Unici di Accesso delle CdC.



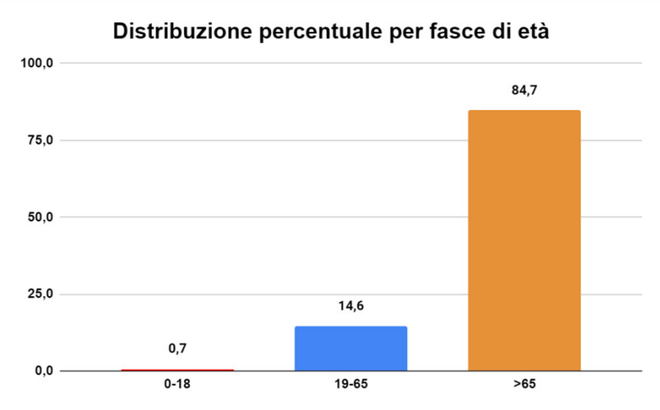
Durante la presa in carico, gli IFoC effettuano una valutazione finalizzata alla definizione e stratificazione della complessità del bisogno sociosanitario degli utenti, utilizzando uno strumento di triage attualmente implementato nel software regionale "Sistema per la Gestione Digitale del Territorio" (figura 1).

SCALA DI VALUTAZIONE PER IL TRIAGE					
STRUMENTO "FILTRO" PER ORIENTAMENTO DEL BISOGNO					
1	*morbilità*	ASSENTE O LIEVE nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività	MODERATO la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività	GRAVE la compromissione d'organo/sistema produce disabilità	MOLTO GRAVE la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza
		0	1	2	2
2	*alimentazione*	AUTONOMO	CON AIUTO supervisione	DIPENDENZA SEVERA imboccamento	ENTERALE - PARENTERALE
		0	0	1	2
3	*alvo e diuresi*	*CONTINENZA*	CONTINENZA PER ALVO INCONTINENZA URINARIA	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (uso pannoloni)	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (CVP e/o evacuazione assistita)
		0	0	1	1
4	*mobilità*	*AUTONOMO*	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AUSILI (usa bastone, walker, carrozzina, etc.)	ALLETTATO
		0	0	1	2
5	*igiene personale*	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AIUTO MODERATO	TOTALE DIPENDENZA
		0	0	1	2
6	*stato mentale e comportamento*	collaborante, capace di intendere e volere	collaborante ma con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e gravemente incapace di intendere e volere/segni di disturbi comportamentali
		0	0	1	1
7	*con chi vive*	COPPIA, NUCLEO FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE	SOLO NON necessita di figure di riferimento	SOLO O COPPIA ma necessita di figure di riferimento (es. figli)	SOLO nessuna rete di riferimento
		0	0	1	2
8	*assistenza diretta (care giver)*	ADEGUATA partecipano familiari, assistente familiare, servizi territoriali (SAD, pasti a domicilio etc.) vicinato, associazioni, etc.	PARZIALMENTE ADEGUATA affidata solo ai familiari, o solo all'assistente familiare, o solo ai servizi territoriali	POCO ADEGUATA affidata ad un soggetto che non assicura un'assistenza adeguata e sufficiente	*INADEGUATA non è offerta alcun tipo di assistenza*
		0	1	2	2
				PUNTEGGIO TOTALE	

< 3	BASSA COMPLESSITA' SOCIOASSISTENZIALE
> 3	ALTA COMPLESSITA' SOCIOASSISTENZIALE ASSISTENZIALE

Dall'analisi dei dati raccolti, si evince che il 67,3 % degli utenti presi in carico riporta una valutazione di triage >3, ed è quindi caratterizzata da un'elevata complessità socioassistenziale.

Si è inoltre evidenziato che l'età media dei cittadini presi in carico è di 78,3 anni e che l'84.7% del totale di questi hanno più di 65 anni (cfr. Grafico 3). Questo conferma l'importanza della figura degli IFoC nel rispondere ai bisogni di salute legati all'evoluzione della situazione socio-demografica italiana descritta nel PNRR.



L'attività di presa in carico degli assistiti è stata caratterizzata da almeno un contatto telefonico iniziale e da almeno una visita domiciliare conoscitiva, seguita da un programma di follow up personalizzato e calibrato sulla complessità socioassistenziale rilevata.

Nei nove mesi di attività gli IFoC hanno trascorso 3.048 ore nelle abitazioni dei cittadini ed hanno effettuato 2.279 ore al telefono per supportare e orientare le persone assistite.

CONCLUSIONI

L'attività svolta dagli Infermieri di Famiglia o Comunità ha effettivamente rappresentato un sensibile cambiamento nell'assistenza sanitaria territoriale come previsto da DM 77/2022.

L'attività di Case Management svolta dagli IFoC a livello territoriale, con il supporto degli Enti Locali e del Terzo Settore, ha contribuito alla risoluzione di problematiche socioassistenziali precedentemente a carico della sola Medicina di Base e degli Enti comunali.

Il primo bisogno espresso dai cittadini e raccolto dagli IFoC è stato quello di vicinanza e supporto nell'orientamento nelle scelte di vita legate alla salute. Gli infermieri hanno quindi portato ad emergere l'importanza del concetto di assistenza nella sua accezione etimologica di ad-sistere, ovvero stare accanto, facendo sentire la propria presenza e concretizzando il concetto di prossimità.

MARCHE

Da Dott.ssa Donatella Giovannini Direttore Professioni Sanitarie U.O.C. Area Infermieristico-ostetrica Asur Marche Area Vasta 2 – Marche

Infermiere di Famiglia e Comunità, Care Management e Casa della Comunità.

1

UNITA' OPERATIVA

Professioni Sanitarie U.O.C. Area Infermieristico-ostetrica

DIRETTORE

Dott.ssa Donatella Giovannini

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
DONATELLA GIOVANNINI	Dirigente professioni sanitarie U.O.C. Area Infermieristico-ostetrica	donatella.giovannini@sanita.marche.it 348/3303439
LETIZIA TESEI	Infermiere Coordinatore	letizia.tesei@sanita.marche.it
MARINA BISCAZZO	Infermiere Coordinatore	marina.biscazzo@sanita.marche.it
PAOLA GRACIOTTI	Infermiere Coordinatore	paola.graciotti@sanita.marche.it
AZIENDA	**REGIONE**	
Asur Marche Area Vasta 2	Marche	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		

ABSTRACT

Il PNRR recepito in termini di attuazione dalla Regione Marche con la DGR 114/2022, prevede il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extraospedalieri. Nello specifico vengono identificate due tipologie di strutture: le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC) che saranno affiancate dalle Centrali Operative territoriali (COT). La Casa della Comunità (CdC), rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento all'interno delle quali i "Servizi Infermieristici" sono da ritenersi servizi standard obbligatori. Nel contesto specifico, all'interno di una stessa struttura, prevista come Casa della Comunità, coesistono le cure specialistiche territoriali e il Servizio di Assistenza Domiciliare. Questi servizi ripensati in

una logica innovativa, dove si colloca la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) possono rappresentare lo snodo di un sistema integrato di rete per la realizzazione di modelli assistenziali finalizzati alla presa in carico della cronicità. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità proprio all'interno della Casa della Comunità puo' rappresentare la figura di riferimento che assicura assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione ed integrazione con tutti i professionisti sanitari e sociali presenti nel setting e nella comunità in cui opera.

OBIETTIVO GENERALE

Definizione del percorso di presa in carico delle cronicità attraverso la realizzazione di un' Area Ambulatoriale Infermieristica a gestione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità integrata alle Cure Primarie, alle Cure Specialistiche Territoriali, alle Cure domiciliari.

OBIETTIVI SPECIFICI

Il modello organizzativo di Care management all'interno di un setting ambulatoriale, rappresenta l'occasione per l'evoluzione di funzioni professionali all'interno delle cure primarie con caratteristiche innovative di PROATTIVITA' ed ESTENSIONE DELL'ASSISTENZA ALLE FAMIGLIE E ALLA COMUNITÀ.

Il progetto si concretizza in un PERCORSO DI CARE MANAGEMENT AMBULATORIALE, nel quale l'Infermiere di Famiglia e Comunità, garantisce una presenza continuativa e svolge attività di promozione dell'integrazione dei vari operatori sanitari e non, presenti sul territorio (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, Associazioni di volontariato ed Assistenti Sociali)

Organizzazione del servizio:

Target di riferimento

I destinatari del servizio sono rappresentati da

- persone con malattia cronica con iniziale danno d'organo e autonomia funzionale conservata
- persone con multimorbidità e danni d'organo ancora contenibili
- persone con bisogni complessi

Tale progetto è inoltre rivolto a tutti i cittadini della comunità, di tutte l'età, che abbiano necessità assistenziali di valenza socio-sanitaria o che abbiano necessità di acquisire conoscenze e competenze utili ad adottare stili di vita salutari che possano prevenire lo sviluppo delle principali patologie croniche o contrastarne l'evoluzione quando presenti in forma subclinica o oligosintomatica.

Figure coinvolte nel percorso

- Infermieri di Famiglia e Comunità
- Infermieri dell'UO Cure Specialistiche Territoriali –Poliambulatorio
- Infermieri dell'ADI
- MMG
- PLS

- Assistenti Sociali
- Medici Specialistica Ambulatoriale
- Associazioni di volontariato

Strategie Operative

L'AMBULATORIO INFERMIERISICO DI CARE MANAGEMENT gestito dall'Infermiere di famiglia e comunità in collaborazione con il team infermieristico presente nella Casa della Comunità, risponde ai bisogni assistenziali del cittadino attraverso le 4 Aree sotto indicate :

AREA PRESTAZIONALE dedicata all'erogazione di prestazioni infermieristiche quali:

- terapia iniettiva (sottocutanea, intramuscolare ed endovenosa)
- rilevazione parametri vitali
- rilevazione glicemia capillare
- medicazioni (ferite chirurgiche, ulcere vascolari e da pressioni/lesioni traumatiche)
- rimozioni punti di sutura
- gestione catetere venoso centrale (picc/porth/midline/cvc)
- gestione e educazione alla gestione di dispositivi, presidi e ausili diversi

AREA ORIENTAMENTO dedicato all'ascolto e all'orientamento della cittadinanza finalizzato a:

- Fornire alla cittadinanza un punto d'ascolto sanitario che faciliti l' orientamento e l'accessibilità ai servizi sanitari;
- Fornire consulenza e informazione in materia di promozione, prevenzione e cura della salute

AREA CRONICITA' dedicata alla :

- presa in carico delle persone affette da patologie croniche o a rischio di sviluppo delle stesse
- presa in carico delle persone che presentano un' inefficace gestione del regime terapeutico
- gestione del follow-up di controllo previsti dai PDTA

AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE finalizzata a:

- attivazione di brevi percorsi (4 step) di monitoraggio aperti alla cittadinanza finalizzati al controllo di parametri clinici (parametri vitali, glicemia, assetto lipidico),
- consigli ed informazioni utili all'acquisizione di corretti stili di vita con la collaborazione di professionisti che su base volontaria (esempio: banca del tempo) garantiscono consulenze in giornate programmate

RISULTATI ATTESI

- Riduzione dei ricoveri ospedalieri relativamente alla popolazione di riferimento e riduzione degli accessi al pronto soccorso relativamente alle persone inserite nel progetto.
- Riduzione dei re-ricoveri a 30 giorni dalla dimissione ospedaliera
- Riduzione dell'accesso in PS del contesto di riferimento per codici bianchi e verdi.
- Qualità percepita sulla prossimità dei servizi (questionario di gradimento)

CONCLUSIONI

L'Infermiere di Famiglia e Comunità e la specifica funzione di Care Management all'interno della Casa della Comunità rappresenta un modello assistenziale organizzativo che permette di affrontare in maniera innovativa la crescente complessità delle cure in ambito distrettuale. E' solo attraverso la ridefinizione dell'organizzazione e delle funzioni dei professionisti è infatti possibile garantire la presa in carico, la continuità di cura, l'assistenza personalizzata e la massima autonomia residua possibile dell'assistito e nel contempo permette alla persona di rimanere nel proprio ambiente di vita. Nel percorso di empowerment, educazione terapeutica ed educazione al self-management risultano di particolare importanza la centralità e la partecipazione attiva del paziente e dei caregiver, la valorizzazione delle risorse delle comunità, l'integrazione delle cure e il lavoro in team.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Infermieri
- MMG
- PLS
- Assistenti Sociali
- Medici Specialistica Ambulatoriale
- Associazioni di volontariato

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

6 mesi

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI		X
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

Sperimentazione della funzione di Care Transition dell'Infermiere all'interno delle COT (Centrali Operative Territoriali)

2

UNITA' OPERATIVA

Professioni Sanitarie U.O.C. Area Infermieristico-ostetrica

DIRETTORE

Dott.ssa Donatella Giovannini

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
DONATELLA GIOVANNINI	Dirigente professioni sanitarie U.O.C. Area Infermieristico-ostetrica	donatella.giovannini@sanita.marche.it 348/3303439
LETIZIA TESEI	Infermiere Coordinatore	letizia.tesei@sanita.marche.it
PAOLA GRACIOTTI	Infermiere Coordinatore	paola.graciotti@sanita.marche.it
AZIENDA	REGIONE	
Asur Marche Area Vasta 2	Marche	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		

ABSTRACT

Il PNRR, recepito in termini di attuazione dalla Regione Marche con la DGR 114/2022, prevede il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extraospedalieri. Il documento AGENAS "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" ha fornito le prime indicazioni circa i servizi standard da prevedere nelle Centrali Operative Territoriali (COT) con l'obiettivo prioritario di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. La COT, così come previsto dalla bozza del DM71, assolverà al suo ruolo attraverso il coordinamento della presa in carico della persona tra i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting). Il Transitional care inteso come l'insieme delle azioni volte a garantire il coordinamento e la continuità delle cure ricevute dal paziente durante e dopo il trasferimento tra i livelli di cura non puo'

che rappresentare quindi la strategia organizzativa da implementare all'interno delle COT. In particolare, la letteratura scientifica evidenzia l'efficacia del transitional care quando presente la funzione di continuità assistenziale dell'infermiere. Questa è agita attraverso l'attivazione di interventi di educazione terapeutica del paziente e/o del caregiver, l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e/o dei servizi presenti sul territorio e la programmazione dei follow-up. Un altro aspetto di rilievo delle competenze dell'Infermiere all'interno del processo di transitional care è la capacità di 'individuazione di aree assistenziali problematiche o carenti, che, in caso di dimissione protetta, possono maggiormente incidere sulla qualità di vita del paziente. La continuità delle cure infermieristiche nella transizione tra i diversi setting permette infine di prevenire, gli errori terapeutici, la "frammentazione" delle cure stesse e le riammissioni ospedaliere. (Delai, 2012) E' importante per questo individuare degli score di valutazione che consentano una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali, una omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza e la comunicazione o lo scambio di informazioni tra le diverse discipline. (Silvestro, 2003) La scala di BRASS ad esempio, permette di identificare precocemente che avranno bisogno dell'attivazione di servizi (o risorse assistenziali anche familiari) per l'assistenza extraospedaliera. Scopo del progetto quindi, sarà quello di prevedere nell'organizzazione delle COT il processo di Transitional Care strutturato e condotto da Infermieri adeguatamente formati. Per uniformare il processo di transitional care saranno tenute in considerazione le raccomandazioni della Linea guida Care Transitions della RNAO (2014) , le evidenze scientifiche fornite dai piu' recenti studi e si renderà necessario lo sviluppo di piattaforma/applicativo digitale che consenta anche il monitoraggio in remoto e il video consulto e la teleassistenza.

OBIETTIVO GENERALE

Garantire la continuità delle cure attraverso la sperimentazione nelle COT di processi di transitional care strutturati a valenza infermieristica per tutti i pazienti con profilo idoneo ai percorsi socio-sanitari disponibili all'interno del territorio distrettuale.

OBIETTIVI SPECIFICI

Il processo di Care Transition si articolerà nelle seguenti fasi secondo le raccomandazione della Linea Guida "Care Transitione" della RNAO:

1. Accertamento: focalizzato sulla raccolta dei dati del paziente e della sua malattia anche attraverso score validati (es Brass Index). Lo scopo è quello di ricavare informazioni clinico-assistenziali complete, valutare il contesto socio-familiare e identificare gli eventuali caregiver, interfacciandosi con il team assistenziale inviante;
2. Pianificazione: mirata ad ottenere il miglior intervento assistenziale tenendo in considerazione le caratteristiche di ogni paziente, attraverso il coinvolgimento e l'attivazione dei soggetti e delle risorse della rete assistenziale. Il coinvolgimento dei diversi professionisti avverrà da remoto tramite piattaforma informatica al fine di facilitare la presenza simultanea dei professionisti che operano nei diversi setting clinico-assistenziali;
3. Attuazione: Interventi dell'Assistenza Domiciliare Integrata, Interventi educativi e di orientamento ai servizi alla persona assistita e ai care giver per favorire l'autogestione e l'empowerment, interventi di monitoraggio della condizione di salute. Il monitoraggio potrà avvenire attraverso dispositivi di telemedicina, teleassistenza e/o teleconsulto in base alle competenze digitali dell'assistito e/o caregiver che verranno valutate nella fase di accertamento;
4. Valutazione: Efficacia della pianificazione del transitional care attraverso la programmazione di follow-up e l'utilizzo di un set di indicatori allo scopo predisposti.

RISULTATI ATTESI

- Riduzione dei ricoveri ospedalieri relativamente alla popolazione di riferimento e riduzione degli accessi al pronto soccorso relativamente alle persone inserite nel progetto.
- Riduzione dei re-ricoveri a 30 giorni dalla dimissione ospedaliera per i pazienti segnalati pre-dimissione ospedaliera
- Riduzione dell'accesso in Pronto Soccorso del contesto di riferimento per codici bianchi e verdi.
- Qualità percepita (questionario di gradimento)

CONCLUSIONI

In virtu' degli indirizzi programmatori, le proposte piu' attuali di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria in generale e dell'assistenza infermieristica nello specifico, non possono non tenere in considerazione l'obiettivo del potenziamento della medicina del territorio in termini di nuovi modelli organizzativi che prevedano nuovi ruoli, nuove competenze e al contempo l'implementazione di tecnologica digitale, considerando al contempo i risultati degli studi scientifici.

Solo al termine della sperimentazione prevista, previa valutazione dei risultati raggiunti, sarà possibile procedere all'implementazione a regime della funzione di Care Transition dell'Infermiere all'interno delle COT.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri presenti all'interno delle COT

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

6 mesi

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI		X
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

3 Sviluppo delle competenze tecnico professionali digitali e manageriali per una presa in carico sicura e tempestiva dell'assistito

UNITA' OPERATIVA

U.O.C. MEDICINA e DEGENZA POST ACUZIE

DIRETTORE

Dr.ssa Laura Morbidoni

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
LAURA MORBIDONI	Direttore U.O.C.	laura.morbidoni@sanita.marche.it
WALTER CASAGRANDE	Dirigente Medico U.O.C.	walter.casagrande@sanita.marche.it
DONATELLA GIOVANNINI	Dirigente UOC Area Infermieristica_Ostetrica	donatella.giovannini@sanita.marche.it 348/3303439
ALESSANDRA PALMA	Coord. Infermieristico	alessandra.palma@sanita.marche.it
ILARIA ERRICO	C.P.S. Infermiere	ilaria.errico@sanita.marche.it
ELENA SANCHIONI	C.P.S. Infermiere	elena.sanchioni@sanita.marche.it
MASCIA CAVALLETTI	C.P.S. Infermiere	mascia.cavalletti@sanita.marche.it
AZIENDA	**REGIONE**	
Asur Marche Area Vasta 2	Marche	AV2 – PUO stabilimento di Senigallia

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		X
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

La U.O.C. di Medicina e Degenza Post Acuzie consta attualmente di 46 posti letto. Il modello organizzativo assistenziale adottato è di tipo modulare per intensità di cura. Sono, infatti, previsti diversi livelli di assistenza: semintensiva con 5 posti, ordinaria per acuti di 27 posti letto e degenza post acuzie con 14 posti letto. Il paziente viene preso in carico dal livello di cura più appropriato tenuto conto delle condizioni cliniche ed assistenziali. L'elevata complessità nella presa in carico e

nella gestione del paziente che accede alla U.O. è correlabile a molteplici fattori:

- comorbilità in quanto trattasi di assistiti pluripatologici che richiedono l'attivazione di una rete di presa in carico che coinvolge diversi professionisti del Sistema (neurologo, cardiologo, pneumologo, nefrologo, logopedista, fisiatra, fisioterapista, diabetologo, dietista, ecc.);
- compromissione nel soddisfacimento delle attività di vita (accertamento attraverso ADLs_ activities of daily living scale) implicite dell'anziano fragile;
- difficoltà nel mappare le limitazioni funzionali dell'assistito al fine di erogare una assistenza centrata sulle necessità presenti e future, nonché allo scopo di individuare il percorso di dimissione protetta più appropriato per l'assistito.

In questo contesto si ritiene appropriato l'implementazione di un progetto che risponda alla seconda Componente della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): "**Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale**".

Tale missione punta al:

- rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti,
- completamento e diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) che potrà essere implementato attraverso più efficaci sistemi informativi digitali come le valutazioni di prese in carico digitali presenti nella Cartella Elettronica (CE),
- miglioramento della capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con la presa in carico efficace e puntuale dei bisogni dell'assistito attraverso la rete ospedale-territorio e la rete specifica hub and spoke;
- rafforzamento delle competenze del capitale umano del SSN mediante il potenziamento della formazione del personale con l'obiettivo di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie.

OBIETTIVO GENERALE

Il presente progetto si pone l'obbiettivo generale di migliorare la presa in carico dell'assistito che, pur accedendo all'U.O. in una condizione di instabilità clinica (area semintensiva o degenza ordinaria per acuti), necessita, per le peculiarità proprie dell'anziano fragile, di:

- continuità assistenziale tra i diversi livelli di intensità di cura della U.O.C.;
- appropriata presa in carico sul territorio nei diversi livelli di gestione: residenziale, semiresidenziale e domiciliare;
- personale formato nella gestione dell'anziano fragile e esperto nel valutare fin dalla presa in carico le peculiarità del percorso di cura che dovrà essere sviluppato.

OBIETTIVI SPECIFICI

La digitalizzazione promossa di fatto dalla Missione 6 del PNRR rappresenta l'opportunità e l'occasione per dar vita a un sistema sanitario più agile ed efficiente e soprattutto maggiormente focalizzato sulle esigenze del paziente. Pertanto il seguente progetto si pone i seguenti obiettivi specifici:

- individuare ed addestrare all'interno della U.O.C. almeno 2 Infermieri "Primary" o " Referenti del caso" che fungano da trait d'union tra paziente e care giver e tra ospedale e territorio. Gli Infermieri garantiranno insieme agli Infermieri turnisti la presa in carico di ogni singolo assistito dal momento del ricovero fino alla dimissione protetta nei diversi setting territoriali (residenziale, semiresidenziale, domiciliare).
- Le funzioni dei 2 Infermieri rispetto al percorso del paziente si concentreranno :
    - Sulla gestione insieme al medico dell'appropriatezza del setting ospedaliero
    - sulla rilevazione dello stato di dipendenza che permetterà, anche in base alla valutazione clinica, di individuare il setting extra ospedaliero più appropriato per l'assistito;
    - il coinvolgimento dei familiari / care givers, individuati fin dal momento del ricovero, per definire ed attuare dei percorsi di educazione ed addestramento all'uso di tecnologie o metodiche assistenziali già durante il ricovero attraverso lo sviluppo di competenze e abilità (sapere e saper fare).
- implementare su piattaforma digitale (CE e/o FSE) scale di valutazione che forniscano dati indicativi sullo stato di dipendenza del paziente. Nello specifico essendo la scala ADL (Activities of Daily Living) di minore specificità per l'ambito ospedaliero verranno utilizzate congiuntamente:
    - il **Barthel Index Code** (o Indice di Barthel) il quale fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare la defecazione e la minzione.
    - la **Scala Brass** o Blaylock Risk Assessment Screening Score che è una scala di valutazione dell'anziano fragile, che somministrata come parte dell'assessment di ammissione del paziente in ospedale, consente di identificare coloro che sono a rischio di ospedalizzazione prolungata e di dimissione difficile: in particolare i pazienti che avranno bisogno dell'attivazione di servizi (o risorse assistenziali anche familiari) per l'assistenza extraospedaliera.

RISULTATI ATTESI

Uno dei più grossi problemi che emerge nella comunicazione ospedale/territorio in merito alle dimissioni protette, quindi alla continuità dell'assistenza, è proprio legato a questo aspetto di difficoltà nel cogliere l'intera complessità della persona, durante e dopo l'evento malattia. La valutazione della persona che viene fatta all'interno del contesto ospedaliero è fortemente condizionata dal contesto e dai ruoli messi in atto durante il ricovero. La stessa dimissione risulta sovente condizionata dal mancato coivolgimento dei familiari/care givers che non sono adeguatamente e tempestivamente coinvolti nella presa in carico dell'assistito. Le paure, le difficoltà ed i limiti che il care giver teme di dover affrontare con la dimissione al domicilio sono i maggiori ostacoli alla dimissione stessa. L'idea di non essere capaci nel far fronte alle cure igieniche, al cambio di un pannolone, allo svuotamento di una sacca delle urine o all'esecuzione di una iniezione sottocutanea è spesso la causa di una mancata o ritardata dimissione.

Pertanto il presente progetto mira a:

- investire sulle competenze di almeno 2 operatori della UOC di Medicina-DPA per **identificare** precocemente (**entro 48 ore dal momento dell'ammissione in reparto) i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile mediante l'utilizzo sistematico di scale di valutazione e indici assistenziali** che favoriscano una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali, una omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza nonché uno scambio di informazioni tra le diverse discipline;
- coinvolgere la famiglia/care givers nel percorso di continuità ospedale/territorio che in base alle valutazioni effettuate è più opportuno seguire;
- mettere in atto incontri educativi (almeno 72 ore prima della dimissione) finalizzati all'addestramento della famiglia/care givers nello svolgimento delle attività di assistenza e cura del familiare al rientro al domicilio;
- supportare la famiglia/care givers con materiale informativo (es. opuscoli, video), esercitazioni pre dimissione e relazione infermieristica di dimissione.

CONCLUSIONI

Reti e presidi territoriali, Fascicolo Sanitario Elettronico, Telemedicina, competenze: sono questi i principali elementi che il PNRR mira a rafforzare e sviluppare per i prossimi anni. È ormai evidente come un sistema sanitario sostenibile, resiliente, equo, non possa prescindere dalla necessità di ripensare i servizi e i processi integrandoli con il digitale, rendendoli efficaci ed efficienti e modellandoli sulle esigenze dei vari attori che operano nel settore, in primis operatori sanitari e cittadini/pazienti. Pianificare correttamente e tempestivamente la dimissione permette di attuare quei percorsi educativi di cui sopra, al fine di garantire l'adattamento alla nuova condizione di malattia considerando che, con lo spostamento del fulcro delle malattie da acute e infettive a cronico-degenerative, per diminuire i prolungati periodi di ricovero è diventato necessario ridefinire il rapporto ammalato-operatori sanitari. Quanto più aumentano le cure a domicilio, le opportunità di home-care, tanto più è indispensabile una collaborazione e cooperazione attiva dei pazienti e dei loro familiari che, volenti o nolenti, sono coinvolti nel processo di cura e assistenza domiciliare. La preparazione del paziente alla dimissione è quindi una responsabilità assistenziale, oltre che un diritto del paziente e dei suoi familiari, che devono essere coinvolti e accompagnati in tutto il percorso e preparati adeguatamente a far fronte al loro ruolo di care giver.

Risulta quindi fondamentale investire su figure professionali infermieristiche che fungano da "facilitatori e motivatori" nel:

- definire il percorso di cura post ospedaliero (residenzialità, semiresidenzialità, domicilio) più appropriato al caso adottando sistemi di valutazione validati secondo le evidenze scientifiche disponibili;
- garantire la tempestiva ed adeguata attivazione del suddetto percorso (condivisione con i diversi attori del sistema territoriale e con la famiglia);
- investire nei processi di informazione, educazione ed addestramento della famiglia/care givers con adeguato anticipo affinché la dimissione non venga vissutà come difficoltà ma come opportunità.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Collaboratori Professionali Sanitari Infermieri U.O.C. di Medicina e Degenza Post Acuzie

Dirigenti Medici U.O.C. di Medicina e Degenza Post Acuzie.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Dal momento dell'approvazione del progetto e dall'individuazione all'interno della U.O.C delle 2 unità menzionate si stima il seguente tempogramma:

- 2 settimane per la definizione delle modalità operative di valutazione al momento del ricovero (scala di Brass e indice di Barthel)
- 1 mese per il training del personale infermieristico individuato per la gestione della dimissione protetta a garanzia del percorso di continuità ospedale-territorio. Tale addestramento implica la predisposizione di un piano delle attività.
- 1 mese per la predisposizione del materiale (es. opuscoli, video, relazione di dimissione, ecc.) a supporto degli interventi educativi .

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X 3 PC PORTATILI	

PIEMONTE

Da Dott.ssa Marina Civita S.C. Medicina Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
A.O. E. Agnelli di Pinerolo ASL Torino 3

1 Accessi In Dea Dei Pazienti Anziani Provenienti Da Strutture Residenziali
Analisi dei motivi e delle modalità di invio attuali
Introduzione di una scheda standardizzata di accompagnamento

UNITA' OPERATIVA

S.C. Medicina Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza dell'A.O. "E. Agnelli" di Pinerolo

DIRETTORE

Dott.ssa Marina Civita

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
DOTT.SSA FRANCA DALL'OCCO	Direttore Generale ASL TO 3	
DOTT. DAVIDE MINNITI	Direttore Sanitario	
MARINA CIVITA	Co-Responsabile del Progetto	mcivita@aslto3.piemonte.it,
PAOLA FASANO	Co-Sperimentatore principale, Direttore della S.C. Distretto Pinerolese dell'ASL TO3	pfasano@aslto3.piemonte.it
RODOLFO ODONI	Co-Sperimentatore principale, Direttore Dipartimento Interaziendale Continuità Assistenziale	rodoni@aslto3.piemonte.it
CARMEN CONDÒ	Sperimentatore, Project Manager	ccondo@aslto3.piemonte.it
TIZIANA BRAMBATI	Sperimentatore, Project Manager	tiziana.brambati@gmail.com
AZIENDA	**REGIONE**	
ASL TO3	Piemonte	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

Negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione italiana è stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati. Per far fronte alla sfida dell'invecchiamento della popolazione, è necessario che la risposta tecnico-organizzativa del sistema sociale e sanitario si adegui tempestivamente ai mutamenti in corso e alle nuove esigenze, evitando l'ospedalizzazione e prediligendo interventi sul territorio, mirati alla prevenzione, alla riabilitazione, alle facilitazioni ambientali, al sostegno sociale e motivazionale dell'anziano e della sua famiglia, nel contesto di vita.

Negli anni la percentuale di anziani istituzionalizzati è cresciuta, con l'incremento della speranza di vita accompagnato all'aumento della disabilità e fragilità dell'anziano parallelamente alla maggior disponibilità di strutture residenziali e servizi territoriali.

La maggior parte dei soggetti che accedono in pronto soccorso (PS) ha più di 70 anni.

I dati italiani su quanti anziani ospiti di struttura accedono al PS degli ospedali sono veramente pochi e poveri. A livello internazionale la maggior parte degli studi inerenti alla transizione delle cure, e in particolare all'accesso in PS di soggetti provenienti da strutture per anziani, sono stati condotti negli Stati Uniti e in Canada. È stato evidenziato un rilevante divario tra le informazioni fornite dalle strutture all'accesso del paziente e quelle ritenute essenziali dal personale di PS, così come un elevato numero di invii in PS viene ritenuto dai medici di accettazione e d'urgenza come inappropriato.

L'assenza di raccomandazioni in merito rende difficile la comunicazione da parte delle strutture delle informazioni richieste dal personale di pronto soccorso; inoltre la mancanza di una adeguata comunicazione rende difficile ai medici di PS prendere decisioni informate, il che potrebbe risultare in accertamenti diagnostici e interventi terapeutici ridondanti o eccessivi, e infine in una gestione del malato inefficiente e non centrata sul paziente caratterizzata da una aumentata durata di permanenza in PS e incremento dei costi economici.

In Italia il problema è alquanto negletto nonostante la sua frequenza e il fatto che i rapporti ed interazioni fra ospedale e strutture per anziani dovrebbero essere forti soprattutto in un'era informatica che consente di utilizzare la telemedicina e materiale informatizzato.

Alcune esperienze internazionali hanno evidenziato come l'introduzione di una scheda standardizzata, compilata dal personale medico-infermieristico della struttura e che accompagni il paziente che accede in PS, possa migliorare la comunicazione di informazioni utili alla valutazione e gestione del malato da parte del personale di PS.

Pochi studi hanno valutato l'impatto di questo approccio sull'incidenza di nuovi accessi in PS, così come campi ulteriori di ricerca includono l'effetto della introduzione di moduli standardizzati di trasferimento sulla inappropriatezza degli accessi in PS e sugli outcomes di salute del paziente, compresa la ripetizione o la non necessità di accertamenti diagnostici o interventi terapeutici e la durata di permanenza in PS.

OBIETTIVO GENERALE

Questo progetto si propone di mettere in atto due diverse indagini:

Analisi dei motivi e delle modalità di invio al Dipartimento di Emergenza-urgenza e Accettazione (DEA) dei pazienti residenti in struttura;

Introduzione di una scheda standardizzata di accompagnamento del paziente anziano inviato dalla struttura residenziale a valenza sanitaria in DEA.

Criteri di inclusione: pazienti di età superiore o uguale a 65 anni che accedono in DEA provenienti da strutture residenziali per anziani.

OBIETTIVI SPECIFICI

Relativamente ai due obiettivi principali dello studio, gli obiettivi specifici sono:

Nel primo caso:

1. Valutare le caratteristiche funzionali-cognitive e cliniche dei pazienti inviati in DEA;
    - Valutare il motivo e le modalità di invio, compresa la presenza di documentazione di accompagnamento e le informazioni in essa riportate;
    - Valutare l'incidenza e le variabili eventualmente associate con outcomes clinici rilevanti (giudizio di inappropriatezza di accesso; morte in DEA, ricovero o dimissione dal DEA; morte, riaccessi in DEA e nuovi ricoveri a 3 mesi);
2. Nel secondo caso:
    - Valutare la fattibilità dell'intervento;
    - Valutare eventuali differenze in termini di variabili e outcomes clinici (inappropriatezza di accesso; morte in DEA, ricovero o dimissione dal DEA; morte, riaccessi in DEA e nuovi ricoveri) tra i pazienti anziani provenienti da strutture aderenti al progetto (gruppo di intervento) e pazienti anziani provenienti dalle altre strutture (gruppo di controllo);
    - Valutare l'opinione del personale medico del DEA in merito alla quantità e qualità di informazioni fornite dalle strutture di provenienza dei pazienti anziani che accedono in pronto soccorso (informazioni fornite tramite scheda standardizzata di accompagnamento rispetto a documentazione liberamente fornita).

RISULTATI ATTESI

Al momento è in corso la prima fase del progetto (analisi dei motivi e delle modalità di invio al DEA dei pazienti anziani, di età pari o superiore a 65 anni, residenti in struttura). Sono stati presi in esame 84 pazienti (età media 85,9 anni, 56% donne), caratterizzati nella maggior parte dei casi da una completa perdita di indipendenza nelle attività basali della vita quotidiana, una elevata prevalenza di deterioramento cognitivo moderato-severo e di politerapia. Di questi, 5 pazienti sono deceduti in PS (6,0%, IC 95% 3-13%), 41 sono stati dimessi direttamente dal DEA (48,8%, IC 95% 38-59%) mentre 38 (45,2%, IC 95% 35-56%) sono stati trattenuti in ospedale. Tra questi ultimi è risultata maggiore la prevalenza di politerapia, codice di accesso Giallo-Rosso, dispnea e febbre tra i motivi di accesso, insufficienza renale moderata-severa. Le diagnosi poste più frequentemente tra i ricoverati sono state polmoniti non-Covid, infezioni delle vie urinarie e insufficienza renale acuta, mentre tra i dimessi le cadute e i traumi. Dei pazienti ospedalizzati, 9 (il 23,7%) sono deceduti durante la degenza; a 3 mesi dall'accesso in PS è risultato deceduto più del 40% dei soggetti arruolati (IC 95% 32-52%), con una mortalità maggiore tra i pazienti ricoverati rispetto a quelli dimessi (52,6% vs 24,4%, p-value = 0,010). Nei 3 mesi successivi, il 24,3% dei pazienti ha presentato da 1 a 3 nuovi accessi in PS (IC 95% 16-36%), mentre per il 10% (IC 95% 5-19%) si è assistito ad un nuovo ricovero (20,7% dei pazienti ricoverati vs 2,4% dei pazienti dimessi, p-value = 0,018). Nel 25,0% dei casi l'accesso è stato giudicato dal medico accettante di PS come inappropriato (IC 95% 17-35%). Tra gli accessi inappropriati è risultata maggiore la prevalenza di deterioramento cognitivo moderato-severo mentre inferiore era quella di politerapia. Il motivo di accesso più frequente era legato a cadute o traumi e i pazienti

ricevevano al triage per lo più codici Verdi. Con minor frequenza i pazienti venivano sottoposti ad accertamenti di secondo livello (9,5% vs 49,2%, p-value = 0,001) e trattati con antibiotici, sedativi e ossigenoterapia, risultando trattenuti in PS per minor tempo. Eccetto 2 pazienti deceduti in PS, tutti i soggetti inviati inappropriatamente da struttura sono stati dimessi direttamente dal PS; la prevalenza di riaccessi e mortalità a 3 mesi è risultata nettamente inferiore rispetto ai pazienti con accesso appropriato.

Relativamente all'introduzione di una scheda standardizzata di accompagnamento del paziente inviato in DEA dalla struttura di provenienza, verrà coinvolto un ampio numero di strutture residenziali per anziani a valenza sanitaria (tra 15 e 20) dell'area del Pinerolese, con le quali si discuterà per adattare le informazioni da esse normalmente riportate all'invio rendendole più complete, fruibili e omogenee tra le varie strutture. Verrà infatti adeguato l'utilizzo del software in uso nella maggior parte delle strutture per la gestione dei dati dei pazienti in modo tale che restituisca una scheda il più possibile concisa, chiara e che presenti informazioni essenziali per facilitare l'approccio al malato nell'ambito dell'emergenza-urgenza. Informazioni contenute nella scheda di accompagnamento comprenderanno: dati anagrafici del paziente, dati della struttura e di familiari o eventuale amministratore di sostegno o tutore legale o fiduciario, eventuali disposizioni anticipate di trattamento, motivo di invio in DEA, anamnesi patologica remota, anamnesi allergologica, terapia farmacologica in atto, ultimi esami di laboratorio o strumentali (se disponibili), dati fisiologici e funzionali del paziente (in particolare grado di disabilità, mobilizzazione e stato cognitivo), stato vaccinale.

Ci aspettiamo che l'introduzione di questa scheda accorci i tempi di gestione del paziente in DEA, rendendo più facile e immediato l'inquadramento anamnestico e clinico del paziente, evitando eventuali procedure diagnostiche e terapeutiche ripetitive o futili, personalizzando quindi il processo di cura in base alle caratteristiche proprie di ogni paziente. Tale progetto, unito ad una campagna di sensibilizzazione in termini geriatrici e di utilizzo delle risorse sanitarie, ospedaliere e territoriali, del personale medico-infermieristico delle strutture residenziali per anziani, potrebbe inoltre ridurre a lungo termine il numero di accessi in PS evitabili o inappropriati oltre a migliorare la comunicazione tra il personale ospedaliero (in particolare di PS) e quello che ha normalmente in cura il paziente.

CONCLUSIONI

Con l'invecchiamento della popolazione e l'incremento della prevalenza di disabilità e fragilità, sempre più soggetti anziani faranno ricorso a strutture residenziali per motivi sanitari oltre che di pura assistenza. I soggetti istituzionalizzati presentano una elevata complessità, con condizioni cliniche

spesso in labile compenso; motivo per cui frequenti risultano gli accessi in Pronto Soccorso (PS) e le ospedalizzazioni di pazienti anziani provenienti da strutture residenziali.

Questo progetto ha lo scopo di descrivere le caratteristiche di tali accessi e, a tal proposito, è già stato evidenziato come tali soggetti risultino nella maggior parte dei casi affetti da deterioramento cognitivo moderato-severo ed elevato declino funzionale, con molteplici comorbilità ed elevata prevalenza di politerapia. Nei tre quarti dei casi i pazienti provengono da residenze sanitarie per anziani, inviati in

PS da infermieri o dal medico curante stesso. In nessun caso sono state comunicate eventuali disposizioni anticipate di trattamento, così come nella metà dei casi non sono state riportate informazioni relative allo stato funzionale e cognitivo del soggetto. I pazienti dimessi direttamente da PS costituiscono quasi la metà del totale presentando come diagnosi principale quella legata a danni da cadute o traumi. Nel 25% dei casi l'accesso viene giudicato da parte del medico di PS come inappropriato, presentandosi prevalentemente in orario diurno, nella maggior parte dei casi per le conseguenze di una caduta o di un trauma.

Limitare gli accessi dei pazienti anziani fragili istituzionalizzati rappresenta una sfida. Il PS costituisce un luogo di cura poco adatto al paziente complesso, a rischio di sviluppare conseguenze negative dell'ospedalizzazione, primo fra tutte il delirium o il peggioramento di disturbi comportamentali già

presenti. Il ricorso al dipartimento di urgenza ed emergenza dovrebbe essere limitato ai soli casi che possono realmente beneficiarne, in considerazione del margine di intervento senza complicanze e di guarigione. La cura del paziente istituzionalizzato dovrebbe privilegiare il controllo dei sintomi focalizzandosi sul miglioramento della qualità della vita piuttosto che sul suo eventuale prolungamento, mantenendo il soggetto nel suo ambiente abituale. Molti interventi possono essere attuati per ridurre gli accessi inappropriati, primo fra tutti la sensibilizzazione in merito del personale delle strutture così

come l'implementazione di strumenti di comunicazione tra questo e il personale ospedaliero di PS e reparti di degenza.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Direttori Sanitari, Personale Infermieristico e Medico delle strutture residenziali per anziani del distretto Pinerolese dell'ASL TO3
- Personale medico della S.C. Medicina Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza dell'A.O. "E. Agnelli" di Pinerolo
- Personale informatico di gestione dei sistemi informativi utilizzati dalle strutture residenziali per anziani a valenza sanitaria del distretto Pinerolese dell'ASL TO3

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto ha avuto inizio a marzo 2021 e potrebbe essere implementato fino a marzo 2023.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		X

2 Accessi In Pronto Soccorso Da Parte Di Pazienti Anziani Provenienti Da Strutture Residenziali: Uno Studio Osservazionale Prospettico - Proposta Di Integrazione Ospedale -territorio

UNITA' OPERATIVA

S.C. Medicina Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza dell'A.O. "E. Agnelli" di Pinerolo

DIRETTORE

Dott.ssa Marina Civita

ABSTRACT

Negli ultimi anni il numero di anziani istituzionalizzati è cresciuto, così come sono aumentati gli accessi in Pronto Soccorso (PS) di pazienti da strutture residenziali; una quota rilevante di questi viene però ritenuta inappropriata dai medici d'urgenza.

MATERIALI E METODI

Questo studio osservazionale prospettico ha l'obiettivo di valutare le caratteristiche della popolazione anziana (età pari o superiore a 65 anni) residente in struttura che accede in PS, descrivendone i dati clinico-funzionali, le modalità di invio, il percorso diagnostico-terapeutico attuato e gli esiti a immediato, breve-medio termine (mortalità in PS, dimissione da PS o ricovero, mortalità durante la degenza, mortalità a 3 mesi, riaccessi e riospedalizzazioni a 3 mesi), incluso il giudizio di appropriatezza o meno dell'invio. Sono stati valutati gli accessi al PS dell'Ospedale di Pinerolo (TO) da marzo a ottobre 2021.

RISULTATI

Gli 84 pazienti arruolati (età media 85,9 anni, 56% donne) presentavano nella maggior parte dei casi una completa perdita di indipendenza nelle attività basali della vita quotidiana, un deterioramento cognitivo moderato-severo e politerapia. 5 pazienti morivano in PS (6,0%), 41 venivano dimessi dal DEA (48,8%) mentre 38 (45,2%) risultavano ospedalizzati. Tra questi ultimi, maggiore era la prevalenza di politerapia, dispnea e febbre come motivi di accesso, insufficienza renale moderata-severa. Le maggiori diagnosi tra i ricoverati erano polmoniti, infezioni delle vie urinarie e insufficienza renale acuta, mentre tra i dimessi cadute e traumi. Degli ospedalizzati, 9 (23,7%) morivano durante la degenza; a 3 mesi dall'accesso in PS risultava deceduto più del 40% dei soggetti arruolati, con una mortalità maggiore tra i ricoverati rispetto ai dimessi (52,6% vs 24,4%, p-value=0,010). Nei 3 mesi successivi, il 24,3% dei pazienti presentava da 1 a 3 nuovi accessi in PS, mentre per il 10% si assisteva ad un nuovo ricovero (20,7% dei ricoverati vs 2,4% dei dimessi, p-value=0,018). Nel 25,0% dei casi l'accesso veniva giudicato inappropriato, presentando una maggiore prevalenza di deterioramento cognitivo moderato-severo e cadute o traumi come motivo di accesso. Con minor frequenza tali pazienti venivano sottoposti ad accertamenti di secondo livello (9,5% vs 49,2%, p-value=0,001) e trattati con antibiotici, sedativi e ossigenoterapia, venendo nella pressoché totalità dei casi dimessi dal PS, con una prevalenza di riaccessi e mortalità a 3 mesi nettamente inferiore rispetto ai pazienti con accesso appropriato.

DISCUSSIONE

Limitare gli accessi degli anziani fragili istituzionalizzati rappresenta una sfida. Il ricorso al PS dovrebbe essere limitato ai casi che possono realmente beneficiarne.

CONCLUSIONI

Tra gli interventi attuabili per ridurre gli accessi inappropriati, importante è la sensibilizzazione del personale delle strutture così come l'utilizzo di strumenti di comunicazione tra questo e il personale ospedaliero.

AUTORE

Marina Civita (Medico, Disciplina Medicina d'Urgenza, Direttore, Dipartimento di Emergenza – S.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, Ospedale "Edoardo Agnelli" – Pinerolo, TO); Tiziana Brambati (specialista in geriatria - dirigente Medico - Medicina Interna - Ospedale di Saluzzo)

CO AUTORI

Enrico Brunetti (Medico, Disciplina Geriatria, Dottorando di Ricerca, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze)

Carmen Condò (Medico, Disciplina Medicina d'Urgenza, Dirigente Medico, Dipartimento di Emergenza – S.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, Ospedale "Edoardo Agnelli" – Pinerolo, TO)

Stefano Baldassarre (Medico, Disciplina Medicina d'Urgenza, Dirigente Medico, Dipartimento di Emergenza – S.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, Ospedale "Edoardo Agnelli" – Pinerolo, TO)

Elisa Charbonnier (Medico, Disciplina Medicina d'Urgenza, Dirigente Medico, Dipartimento di Emergenza – S.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, Ospedale "Edoardo Agnelli" – Pinerolo, TO)

Stefania Ferrero (Medico, Disciplina Medicina d'Urgenza, Dirigente Medico, Dipartimento di Emergenza – S.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, Ospedale "Edoardo Agnelli" – Pinerolo, TO)

Giulietta Griot (Medico, Disciplina Medicina d'Urgenza, Dirigente Medico, Dipartimento di Emergenza – S.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, Ospedale "Edoardo Agnelli" – Pinerolo, TO)

Alessandra Müller (Medico, Disciplina Medicina d'Urgenza, Dirigente Medico, Dipartimento di Emergenza – S.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, Ospedale "Edoardo Agnelli" – Pinerolo, TO)

Andrea Nesci (Medico, Disciplina Medicina d'Urgenza, Dirigente Medico, Dipartimento di Emergenza – S.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, Ospedale "Edoardo Agnelli" – Pinerolo, TO)

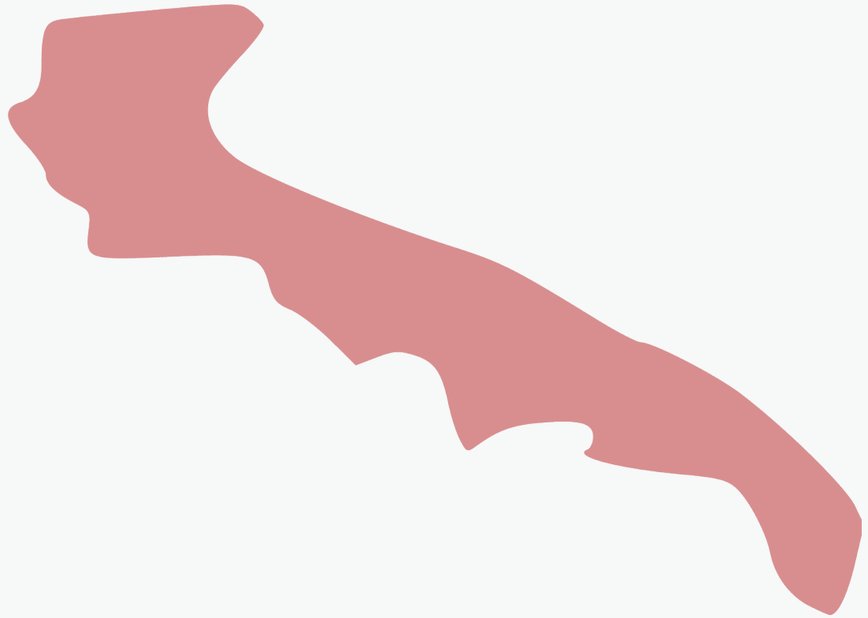
Mario Bo (Medico, Disciplina Geriatria, Direttore, Dipartimento Medicina Generale e Specialistica – S.C. Geriatria U, Città della Salute e della Scienza di Torino – Ospedale Molinette, Torino)

Franca Dall'Occo (Direttore Generale ASLTO3)

Davide Minniti (Direttore sanitario ASLTO3)

PUGLIA

Da Dott.ssa Fiorella Fabrizio Vice Presidente Nazionale CNAI
ASL Lecce



1 Centralizzazione Attivita' Screening Oncologici Asl Lecce

UNITA' OPERATIVA

Unita' Operativa Dipartimentale Screening Oncologici

DIRETTORE

Nicola Di Renzo

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
FRANCO VANTAGGIATO PISANÒ	Referente organizzativo	franco60vanta@gmail.com
ELISABETTA DE MATTEIS	Referente screening	dr.dematteis.elisabetta@gmail.com
FIORELLA FABRIZIO	Consultant	fafiore6@gmail.com
AZIENDA	**REGIONE**	
ASL LECCE	PUGLIA	dirsan@ausl.le.it

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		

ABSTRACT

Premesso che:

la Regione Puglia non raggiunge gli standard nazionali per la prevenzione delle patologie oncologiche;

la regione Puglia per colmare il gap ha deliberato per la costituzione di centralizzare il servizio di screening oncologici (Del. 1332 del 7 agosto 2020) ed individuando un pool di professionisti multidisciplinare ad essa dedicato afferente o alla direzione sanitaria aziendale o al Servizio di Prevenzione;

la ASL Lecce sin dal 2008 ha avviato dei servizi che fornivano attività di screening a richiesta da parte di Consultori, Senologie, Medici di medicina generale (sensibili) o per adesione spontanea. Tale programmazione non reclutava in modo sistematico gli utenti, ma scaturiva dalla richiesta individuale, da attività proprie dei consultori o da MMG, spesso quando presenti alcuni segni patognomici. In una seconda fase, si è creata una anagrafe per lo screening mammografico e cervicouterino, gestite individualmente dai centri;

la ASL Lecce, che partecipava al gruppo di lavoro della delibera sopracitata, già dal 7 novembre 2019 ha avviato un servizio di screening con 3 programmi: Screening mammografico, screening cervicouterino, screening colonretto.

Attualmente la ASL Lecce per i vari settori di screening copre circa 560.000 utenti (uomini e donne)

Nonostante il periodo pandemico che ha determinato un inevitabile fermo e rallentamento delle attività di Screening a livello internazionale, dal 1 gennaio 2020, momento di avvio del servizio, al 31 dicembre 2021 sono stati eseguiti tra mammografie, pap test, campioni processati per screening colonretto, e colonscopie (secondo livello) un totale di 74.999 prestazioni, nel 2019 ne erano state eseguite 45.895. Il servizio oggi ha una visione e un'organizzazione che permette di arruolare sistematicamente i cittadini per individuare precocemente in fase sub clinica eventuali lesioni tumorali.

OBIETTIVO GENERALE

Estensione al 80% per i programmi di screening della popolazione target residente nel territorio della ASL LECCE.

OBIETTIVI SPECIFICI

Miglioramento dell'adesione al programma di arruolamento.

Assicurare la presa in carico globale dal cittadino dal primo al terzo livello per la prevenzione delle neoplasie mammarie, cervico-uterine e del colonretto.

RISULTATI ATTESI:

Raggiungimento degli standard nazionali.

Premessa

Nel 2019 nella ASL Lecce erano attivi due programmi di screening (neoplasie mammarie e cervico-uterine) coordinati da due Segreterie indipendenti e collocate in sedi diverse, afferenti alla direzione sanitaria aziendale.

Nel luglio 2019 si costituisce un gruppo di lavoro regionale per migliorare i programmi di screening, implementare il programma di prevenzione delle patologie neoplastiche del colon retto e centralizzare il servizio in un'unica struttura.

Per la ASL Lecce agli incontri partecipano un referente infermieristico e un Dirigente Medico Oncologo, dove vengono calendarizzate e definite le modalità organizzative affinché sul territorio possa essere attivato il programma di screening comprendendo anche la prevenzione per le neoplasie colon retto.

Sulla scorta degli incontri e con l'appoggio favorevole della Direzione Generale, nella ASL Lecce viene attivato il Centro Screening Oncologici (CSO) aziendale.

La sede del CSO è attualmente all' interno della Cittadella della Salute, attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 14.00 con due aperture pomeridiane dalle 15 alle 18.

Materiale e metodi

Dal 2020 si avviano tre fasi:

- definizione e strutturazione di un adeguata governance aziendale;
- produzione di una regolamentazione puntuale su tutti gli aspetti organizzativi di governo, di processo e di erogazione delle prestazioni di Screening da parte di tutti i soggetti coinvolti.
- formazione.

L'intervento complessivo volto al potenziamento e al miglioramento dell'organizzazione e gestione del monitoraggio costante degli Screening aziendali attualmente avviene attraverso:

Il nuovo Modello di Governance così delineato:

1. Direttore Generale
2. Centro Screening Aziendale
3. Responsabile del Centro Screening aziendale
4. Coordinatore Operativo del Centro Screening Aziendale
5. Responsabili Aziendali dei programmi di Screening (tre).

Con particolare riferimento al ruolo del Centro Screening volto al raggiungimento dell'obiettivo principale e degli obiettivi specifici sopra specificati sono state programmate le seguenti attività:

- studio della popolazione bersaglio per ciascuno dei programmi di Screening,
- gestione delle agende,
- reclutamento della popolazione target,
- comunicazione e gestione degli esiti di primo livello
- gestione di inadeguati al primo livello
- gestione dei positivi non aderenti al secondo livello
- gestione mancati recapiti
- monitoraggio andamento attività
- numero verde informativo
- Help Desk Sistema Informativo Regionale Screening Oncologici
- Supporto processi Screening
- Attività connesse ai sistemi informativi.

La formazione è avvenuta a diversi livelli:

- lezioni frontali e pratiche per l'utilizzo di sistemi informativi/informatici; attualmente è attivo un sistema di supporto da remoto del personale sanitario (infermieri, medici senologi ed endoscopisti, anatomopatologi,

patologi clinici, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio) e amministrativo; anche i farmacisti territoriali sono stati coinvolti e formati (per lo screening colonretto);

- lezioni frontali e sul campo (tutoraggio) di tecniche di counseling del personale sanitario necessarie per garantire la qualità non solo tecnica, ma anche relazionale dell'intervento di Screening;
- lezioni frontali di informazione e conoscitive a MMG, per la diffusione del programma ai cittadini così da affiancare le campagne informative istituzionali.

I piani di formazione sono promossi sulla base della rilevazione dei bisogni formativi, sia dagli organismi regionali con destinazione di risorse dedicate (es. formazione farmacisti), sia dal Responsabile del Centro Screening aziendale congiuntamente al Coordinatore operativo e ai Responsabili aziendali dei programmi di Screening con risorse a valere sui fondi aziendali destinati alla formazione.

La organizzazione dei singoli percorsi formativi vede il coinvolgimento della struttura di formazione della ASL.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Nel CSO sono coinvolti:

Medici, Infermieri, collaboratori amministrativi, data manager, operatori socio-sanitari.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Un anno

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		X

SVILUPPI IN PROGETTUALITÀ

A livello regionale si vuole implementare una piattaforma multicanale digitale (smart screening) con l'obiettivo di:

- gestire le accettazioni
- eliminare l'invio cartaceo (postalizzazione) degli inviti e dei referti
- eliminare il ritorno degli inviti e dei referti perché non recapitati
- inviare messaggi di recall ai prenotati.

SARDEGNA

Da Dott.ssa Bruna Dettori Direttore SC Area Infermieristica e Ostetrica ARNAS Brotzu - SARDEGNA

CAS “Centro Accoglienza Servizi”: un team di cura al servizio del paziente

1

UNITA’ OPERATIVA

SC Area Infermieristica e Ostetrica

DIRETTORE

Dott.ssa Bruna Dettori

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
DETTORI BRUNA	Direttore SC Area Infermieristica e Ostetrica	brunadettori@aob.it 3296286057
MASCIA M. EFISIA	RIFO Rete Oncologica e CAS	mariae.mascia@aob.it 3476679273
TRINCAS ALICE	CPSI Staff SC Area Infermieristica e Ostetrica	alice.trincas81@aob.it 3393219679
PODDIGUE MONICA	RIFO Presidio Businco	monica.poddigue@aob.it 3314279264
BRUDER FRANCESCA	Direttore ff SC Oncologia Medica	francesca.bruder@aob.it 3290742861
RUNFOLA MATTEO	Direttore ff SSD Chirurgia d’Urgenza	matteorunfola@aob.it 3384045369
BARBARA RAFFAELE	Direttore Dipartimento Oncologico e Internistico	raffaele.barbara@aob.it 3335904689
FODDIS AGNESE	Direttore Generale ARNAS Brotzu	direzionegenerale@aob.it
AZIENDA	**REGIONE**	
ARNAS BROTZU	Sardegna	Centralino: 0705391

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA’, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L’ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		X
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA’ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

Le Organizzazioni Sanitarie moderne, si sono evolute verso sistemi sanitari sempre più complessi che necessitano di processi basati sulla conoscenza di differenti discipline mediche nonché assistenziali interconnesse tra loro, atte a creare collaborazioni proficue tra i professionisti sanitari capaci di prendere in carico il paziente nella sua globalità. La multidisciplinarietà consente di valorizzare le interazioni umane nel lavoro in modo dinamico e di proiettare le aziende sanitarie verso processi diagnostici e terapeutici centrati sulla soluzione dei problemi di salute. L'équipe professionale e multidisciplinare deve usare strumenti visibili ed accessibili a tutti gli appartenenti al team attraverso l'utilizzo di una cartella clinica integrata informatizzata, come strumento unico di raccolta dati del percorso clinico/assistenziale del paziente; favorendo l'integrazione sia interprofessionale e multidisciplinare e l'erogazione di prestazioni adeguate ai bisogni reali dell'utente. La centralità delle documentazioni e l'uniformità degli strumenti di comunicazione adottati dal team multidisciplinare attraverso la cartella clinica integrata, permetteranno ai professionisti di consultare in modo complessivo tutte le indagini diagnostiche e i vari esami eseguiti dal malato accrescendo le proprie conoscenze su vari aspetti della malattia superando i limiti imposti dalle singole discipline mediche come invece avveniva in passato.

All'Ospedale Oncologico "Businco" di Cagliari (Hub di riferimento regionale per le patologie oncologiche), nel mese di gennaio 2021 è stato istituito il Centro Accoglienza Servizi "CAS", unico servizio presente su tutto il territorio regionale, su un modello organizzativo già presente in altre regioni d'Italia.

E' una Struttura aziendale deputata alla presa in carico dei pazienti con sospetta o accertata prima diagnosi di patologia oncologica. Si occupa di accogliere il paziente e di pianificare il percorso personalizzato necessario alla conferma di diagnosi e stadiazione in tempi rapidi, in modo coordinato, secondo quanto previsto dalle linee guida, dai PDTA, supportando il paziente dal punto di vista sanitario, socio assistenziale e psicologico.

OBIETTIVO GENERALE

Creazione di un servizio che si occupi della presa in carico precoce del paziente con sospetta o accertata diagnosi oncologica attraverso:

- Stadiazione in tempi brevi, in modo coordinato.
- Percorsi omogenei.
- Elevato livello di cure con minore dispersione di tempo.
- Ottimizzazione delle risorse umane e materiali
- Digitalizzazione delle attività e delle prestazioni

OBIETTIVI SPECIFICI

IL Centro Accoglienza Servizi "CAS", nasce nel mese di gennaio 2021 e rappresenta l' unico servizio presente su tutto il territorio regionale. L'attività iniziale è stata quella di mappare tutti i centri di riferimento per l'oncologia presenti in Sardegna, e tutti i Servizi di Radiologia presenti presso le strutture pubbliche, mentre per i centri privati accreditati la mappatura è avvenuta solo per il territorio del Sud Sardegna. L'attività del CAS inizialmente ha riguardato i pazienti inseriti all'interno del PDTA Mammella e Colon retto (al tempo unici PDTA in fase di approvazione) fino a dicembre 2021. Le funzioni principali del CAS sono:

- accoglienza del paziente

- informazione e orientamento sui servizi erogati, modalità di accesso e prenotazione
- attivazione del Gruppo interdisciplinare di Cure (CIG) di riferimento
- attività amministrativo-gestionali: creazione e aggiornamento scheda oncologica informatizzata
- programmazione prestazioni diagnostiche preliminari
- predisposizione documentazione clinica per il GIC che si riunisce tutte le settimane per la discussione dei casi
- supporto alle comunità di pratica che lavorano ai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

Le modalità di presa in carico da parte del CAS, possono avvenire per accesso diretto, attraverso il MMG, i centri screening, specialisti ambulatoriali o tramite invio dal Pronto soccorso (qualora non si ravvisino i caratteri di urgenza e non vi sia l'indicazione per un ricovero); ad oggi i contatti avvengono esclusivamente via mail o telefonicamente, nelle more dell'attivazione di un sistema informatizzato.

Attualmente il personale ha accesso alle agende di prenotazione della S.C. Oncologia Medica e della S.C. Chirurgia Oncologica e Senologica e ai sistemi informatici SISAR aziendali; obiettivo prossimo alla realizzazione, è che tutte le strutture aziendali possano richiedere al CAS attraverso il sistema SISAR, la presa in carico del paziente.

Da Ottobre 2021 a marzo 2022 sono stati presi in carico dal servizio CAS 372 pazienti di cui 311 pazienti affette da tumore della mammella. Dal mese di gennaio 2022 si sta implementando l'attività attraverso la gestione di pazienti affetti da altre patologie quali tumore prostatico, polmonare, melanomi e gliomi, patologie per le quali è in corso la definizione degli specifici PDTA.

Sono state intraprese attività di collaborazione con altri centri oncologici (ASL Sanluri, ASL Oristano e Ospedale di Lanusei), ed essendo l'organizzazione del Servizio in continua evoluzione, a breve inizieranno rapporti di collaborazione con i Servizi di radiologia degli Ospedali di San Gavino (ASL Sanluri), Ospedale Marino e Muravera (ASL Cagliari), per i quali il CAS a breve avrà la possibilità di accedere alle agende di prenotazione informatizzata, così da poter garantire risposte celeri e percorsi accessibili a tutti i pazienti del territorio regionale.

L'attività del CAS prevede inoltre la partecipazione attiva alla realizzazione di campagne di prevenzione, come quella tenutasi nel mese di ottobre 2021, campagna di prevenzione dei tumori al seno "Bollino Rosa", in occasione della quale, in collaborazione con i chirurghi senologi e oncologi, il CAS ha pianificato tutti gli appuntamenti che hanno permesso di visitare 50 donne di cui 5 prese in carico dal CAS per approfondimenti.

Nella settimana dal 20 al 26 aprile 2022 si è svolto l'evento "H-Open week sulla salute della donna" per il quale il CAS ha partecipato attivamente alla programmazione di tutti gli appuntamenti per le diverse specialità oncologiche (34 visite senologiche, 10 dermatologiche e 11 cardiologiche).

Nel 2021 il CAS ha svolto anche l'attività di prenotazione vaccini di tutti i pazienti in carico all'Ospedale Oncologico "Businco" e Ospedale Microcitemico. Attualmente questa attività è svolta unicamente per l'Ospedale Oncologico.

RISULTATI ATTESI

Il CAS essendo l'unico presente in tutto il territorio Regionale, ha come obiettivo futuro il potenziamento della collaborazione con tutti i centri oncologici attraverso la digitalizzazione di tutti i servizi e l'accesso diretto alle agende di prenotazione SISAR Regionale, in modo da garantire a tutti i pazienti affetti da patologia oncologica, facile accessibilità alle cure.

CONCLUSIONI

La multidisciplinarietà e la digitalizzazione dei servizi, rappresentano oggigiorno “la chiave di volta” delle organizzazioni sanitarie in quanto producono notevoli vantaggi strategici in termini di efficienza, efficacia ed economicità, abbattendo le barriere attraverso l’adozione di nuovi approcci integrati.

Il paziente oncologico si inserisce sempre di più all’interno di un’organizzazione complessa, in un ospedale che sta cambiando e che vede all’orizzonte sfide rilevanti per il miglioramento dell’assistenza.

Nonostante la difficoltà iniziale dovuta alla resistenza al cambiamento organizzativo, ancora oggi presente in modo sporadico per alcune specialità, oltre che mettere insieme e d’accordo tutte le professionalità, il CAS rappresenta il trait d’union e riferimento per le comunità di pratica, in un territorio in cui i pazienti con sospetta o accertata patologia neoplastica, possono finalmente beneficiare, contrariamente rispetto a quanto avveniva in passato, di una presa in carico precoce.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Le figure professionali presenti all’interno del servizio CAS sono: tre infermiere (con funzioni di case manager) suddivise per gruppo di patologia, una assistente amministrativa, due psicologhe e una assistente sociale in rapporto di collaborazione.

Altri professionisti coinvolti:

Oncologi, Chirurghi, Radiologi, Radioterapisti, Fisiatri, Medici Nucleari, MMG, e specialisti ambulatoriali.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

La completa implementazione e diffusione del progetto è prevista per Dicembre 2022.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

Lean to Lean Obesity

2

UNITA’ OPERATIVA

SC Area Infermieristica e Ostetrica

DIRETTORE

Dott.ssa Bruna Dettori

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
DETTORI BRUNA	Direttore SC Area Infermieristica e Ostetrica	brunadettori@aob.it 3296286057
FANTOLA GIOVANNI	Direttore ff SSD Chirurgia Bariatrica	giovannifantola@aob.it
TRINCAS ALICE	CPSI Staff SC Area Infermieristica e Ostetrica	alice.trincas81@aob.it 3393219679
BOI VIRGINIA	RIFO Preospedalizzazione Centralizzata	virginiaboi@aob.it
SOLINAS ALESSANDRO	Dirigente Medico SC Anestesia e Rianimazione	alessandrosolinas@aob.it
SANNA BARBARA	Coordinatrice Infermieristica Blocco Operatorio	barbarasanna@aob.it
ZAMBONI FAUSTO	Direttore Dipartimento Chirurgico	faustozamboni@aob.it
FODDIS AGNESE	Direttore Generale ARNAS Brotzu	direzionegenerale@aob.it
AZIENDA	**REGIONE**	
ARNAS BROTZU	Sardegna	Centralino: 0705391

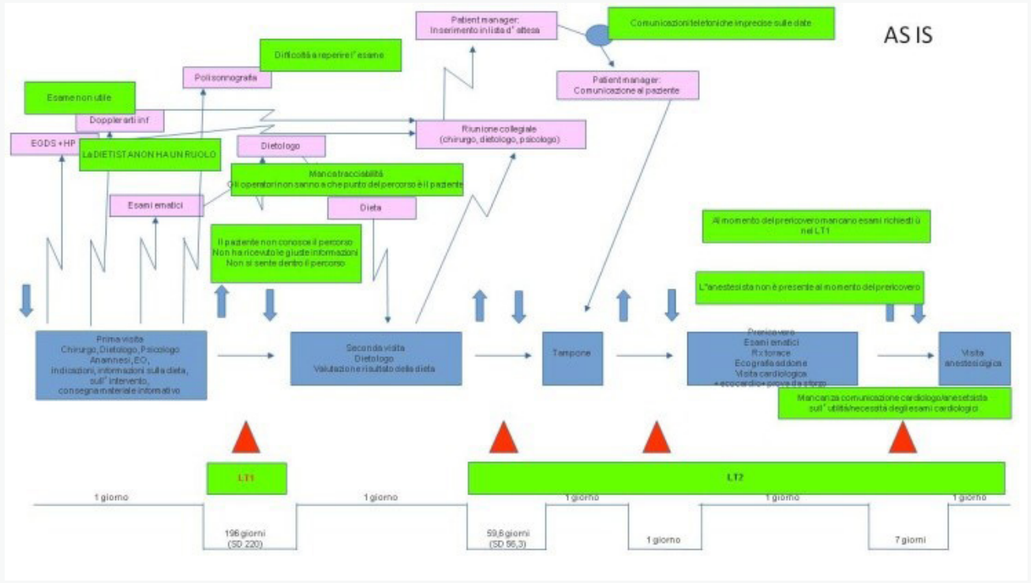
TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA’, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L’ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		X
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA’ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

La preparazione del paziente obeso candidato alla chirurgia bariatrica attualmente ha una durata di 60 giorni. L'allungamento dei tempi di preparazione e l'incertezza sulla data dell'intervento chirurgico, determinano drop-out (abbandono del percorso prima del raggiungimento degli obiettivi prefissati) con conseguente possibile peggioramento delle condizioni cliniche.

Definita una Value Stream Mapp (mappatura grafica dell'insieme dei processi e delle attività- figura 1), con questo progetto si è cercato di dimostrare come la metodologia Lean applicata al percorso diagnostico-terapeutico del paziente bariatrico, unitamente alla digitalizzazione delle attività, possa migliorare sensibilmente sia l'outcome del paziente, che l'organizzazione delle prestazioni erogate in fase pre e post-chirurgica.



OBIETTIVO GENERALE

Attraverso una analisi retrospettiva delle attività riguardanti i pazienti che afferiscono all'ambulatorio di Chirurgia Bariatrica, si è cercato di evidenziare quali fossero quelle suscettibili di miglioramento, con l'applicazione della metodologia Lean, modello di management che mira all'abbattimento degli sprechi per creare processi standardizzati eccellenti.

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivi specifici del progetto sono:

- Riduzione del tempo totale del percorso del paziente candidato a chirurgia bariatrica
- Riduzione del drop-out
- Digitalizzazione del percorso

- Riduzione dei costi operativi
- Miglioramento dell'outcome
- Miglioramento organizzativo del team multidisciplinare

La definizione degli obiettivi di cui sopra, è avvenuta in seguito ad una analisi retrospettiva, che ha evidenziato come nel 2019 siano state eseguiti 202 interventi su 558 prime visite effettuate, con un ritardo dell'intervento o *drop-out* superiore al 63,8 %, indice di elevato margine di miglioramento.

È stato analizzato un campione di 100 pazienti operati nei primi 5 mesi del 2021 (Gennaio- Maggio), per i quali è stata definita la *critical to quality*, rappresentata dal tempo impiegato dal paziente dalla prima visita all'intervento (Lead Time Totale, LTT) che è stato diviso in due tempi:

- LT1, tempo che intercorre tra la prima visita e l'inserimento in lista d'attesa
- LT2, tempo che intercorre tra l'inserimento in lista e l'intervento chirurgico

Obiettivo primario è stata l'identificazione degli indicatori di performance (KPI) suddivisi in quantitativi (media LTT, LT1, LT2, lunghezza del percorso) e qualitativi (deviazione standard-DS LTT, LT1, LT2, variabilità del percorso).

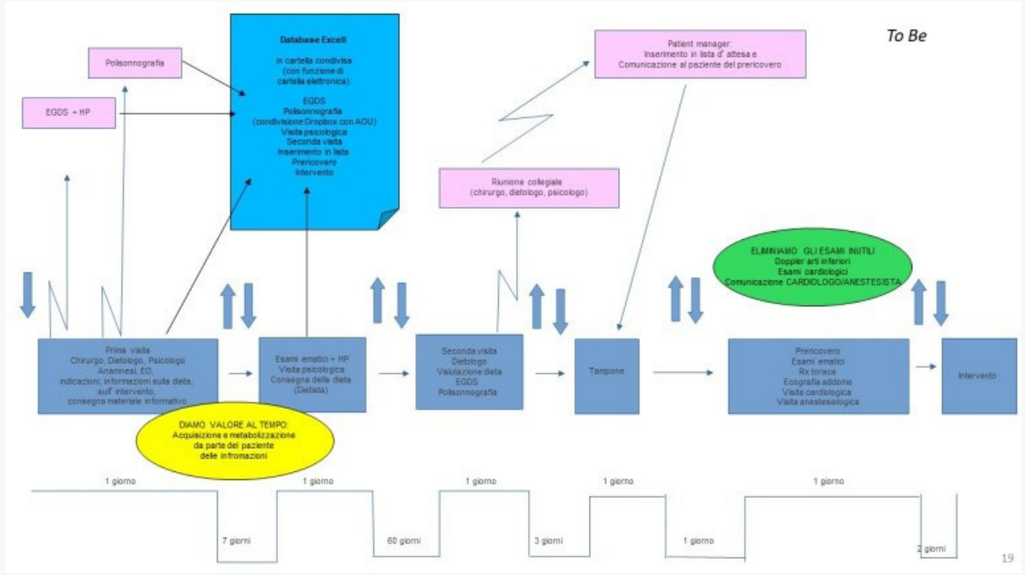
Identificati gli indicatori di performance, si è reso necessario definire una *Root cause analysis* (RCA) procedimento attraverso il quale si è cercato di evidenziare le cause alla radice dei problemi riscontrati, con l'obiettivo di identificare le soluzioni adeguate per risolverli.

Sono state quindi individuate delle contromisure di miglioramento delle attività risultate come critiche:

- Tracciabilità e fluidità del percorso (Data-base in cartella condivisa informatizzata)
- Valorizzazione del tempo di attesa attraverso l' internalizzazione del percorso (programmazione all'interno dell'Azienda, laddove possibile, delle prestazioni cliniche, diagnostiche e strumentali, propedeutiche all'intervento chirurgico)
- Fidelizzazione del paziente, diventato il centro del sistema salute, che produce benefici in termini di costo emotivo per il paziente e di costo economico per l'Azienda
- Ricovero tramite Preospedalizzazione Centralizzata

RISULTATI ATTESI

- Miglioramento di LT1 e di LT2
- Ridefinizione della Value Stream Mapp (figura 2)



- Eliminazione esami inutili
- Attribuzione dei ruoli all'interno del team multidisciplinare con individuazione di un case manager per ogni paziente
- Programmazione esami non effettuabili in Azienda, attraverso convenzioni inter-aziendali
- Riduzione della media, ottenendo percorso più rapido
- Riduzione Deviazione Standard e adozione di un percorso standardizzato
- Digitalizzazione e tracciamento percorso del Paziente (KANBAN, Visual Management)
- Consegna opuscolo informativo che assicura una maggiore compliance da parte del paziente
- Adozione di un piano di implementazione (diagramma di GANTT) per avvio progetto pilota

CONCLUSIONI

Per verificare ulteriormente la validità delle contromisure proposte, è stato eseguito un audit su 12 pazienti (campione pilota secondo progetto Lean) arruolati il 1 luglio 2021.

Il 24 settembre 2021 è stato valutato LT1 (86 giorni), raggiunto da 10/12 pazienti, in quanto il fenomeno di Drop-out si è manifestato in 2 pazienti (1 paziente abbandona il percorso, 1 paziente è risultato positivo al COVID-19).

Il 1 ottobre 2021 è stato valutato LT2 (7 giorni), raggiunto da 10/10 pazienti.

L'intervento chirurgico è stato effettuato entro il 30 ottobre LTT: 122 giorni, rispetto ai 220 giorni necessari precedentemente all'applicazione del modello Lean.

Alla luce dei dati emersi, è possibile affermare che il modello Lean, applicato alla nostra organizzazione sanitaria, ha permesso di ottenere una riduzione dei tempi e di migliorare in termini di qualità e di efficienza il percorso del paziente bariatrico, che seppur standardizzato, è personalizzato per ciascun paziente.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

I professionisti coinvolti fanno parte di una equipe multidisciplinare:

- Chirurgo
- Infermiere
- Dietologo
- Dietista
- Endoscopista
- Neurologo
- Radiologo
- Cardiologo
- Anestesista
- Medico di laboratorio
- Psicologo

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

La completa implementazione e diffusione del progetto è prevista entro il mese di Dicembre 2020, in concomitanza all'approvazione del PDTA Aziendale sul paziente bariatrico, attualmente in fase di verifica.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

Reingegnerizzazione del processo chirurgico

3

UNITA' OPERATIVA

SC Area Infermieristica e Ostetrica

DIRETTORE

Dott.ssa Bruna Dettori

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
DETTORI BRUNA	Direttore SC Area Infermieristica e Ostetrica	brunadettori@aob.it 3296286057
DEPLANO FRANCO	Responsabile Incarico di funzione e Organizzazione Blocchi Operatori Aziendali	francodeplano@aob.it
SPISSU MARINELLA	Direttore medico di Presidio San Michele	marinellaspissu@aob.it
FRONGIA MAURO	Direttore SC Urologia	maurofrongia@aob.it
RUNFOLA MATTEO	Direttore ff SSD Chirurgia D'Urgenza	matteorunfola@aob.it
MARCELLO M. EMILIA	Direttore ff SC Anestesia e Rianimazione	mariaemiliamarcello@aob.it
MEDAS FEDERICO	Strumentista SC Urologia – Ch. Robotica	federico.medas@aob.it
TRUDU ZACCARIA	Strumentista SC Urologia – Ch. Robotica	zaccariatrudu@aob.it
TRINCAS ALICE	CPSI Staff SC Area Infermieristica e Ostetrica	alice.trincas81@aob.it
SORO PAOLO	Infermiere di Anestesia	paolosoro@aob.it
FODDIS AGNESE	Direttore Generale ARNAS Brotzu	direzionegenerale@aob.it
AZIENDA	**REGIONE**	
ARNAS BROTZU	Sardegna	Centralino: 0705391

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		X
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

Il presente lavoro analizza l'intero processo chirurgico (Inserimento in lista d'attesa del paziente candidato a trattamento chirurgico, Preospedalizzazione Centralizzata, attività operatoria e dimissione protetta), con la prevalente finalità di ottimizzare l'attività dei Blocchi Operatori così da incrementare il numero degli interventi in elezione e rendere il percorso del paziente chirurgico più fluido, organizzato, coordinato e sicuro.

L' attenzione si è focalizzata sulle criticità che determinano un non corretto inserimento del paziente in lista d'attesa, un ridotto utilizzo delle sale operatorie in alcune fasce orarie, un prolungamento della degenza del paziente ed una gestione delle sale non regolamentata.

Inoltre, in una prospettiva di miglioramento della sicurezza del paziente, sono stati presi in considerazione i sistemi di monitoraggio dell'attività e del flusso all'interno delle sale operatorie.

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale del progetto è la reingegnerizzazione del processo chirurgico, che possa essere ottimizzato attraverso l'approvazione e l'implementazione di un nuovo Regolamento dei Blocchi Operatori, nuovi percorsi formativi per i professionisti coinvolti, ma soprattutto attraverso l'adozione di un software gestionale per il monitoraggio del flusso e dell'attività del paziente all'interno della Sala Operatoria; l'obiettivo in definitiva è quello di ottimizzare i tempi, la qualità e l'efficienza delle prestazioni erogate, nonchè il miglioramento dell'outcome del paziente chirurgico, attraverso una migliore informatizzazione del processo chirurgico.

OBIETTIVI SPECIFICI

L'analisi delle criticità attualmente rilevate (ridotto utilizzo delle sale operatorie nella fascia oraria pomeridiana, assenza di Regolamento dei Blocchi Operatori e la non univoca modalità operativa tra le diverse Strutture), ha permesso di poter definire degli obiettivi specifici:

- Definire le regole generali di funzionamento del BO, per rendere ottimale il tempo di utilizzo delle varie Sale attraverso una corretta programmazione che preveda un inizio tempestivo delle sedute
- Istituire un reparto multidisciplinare di Day Surgery
- Allestire una Recovery Room
- Promuovere percorsi formative per I professionisti infermieri, orientati all' interscambiabilità tra le varie discipline
- Implementare la tracciabilità dei dispositivi medici in Sala Operatoria
- Introdurre un sistema continuo di monitoraggio dell'igiene ambientale
- Promuovere un corretto impiego delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche assegnate al BO
- Definire le modalità di accesso alla Sala Operatoria sia in regime di elezione che in regime di emergenza e urgenza
- Elaborare procedure specifiche per le diverse specialità chirurgiche

RISULTATI ATTESI

- Valutazione Liste d'Attesa collegate alla gestione operatoria relative all'anno 2019, scelta dettata dalla particolarità dell'anno 2020/21 condizionato dalla pandemia.
- Nella fase successiva sono stati analizzati i dati relativi all'attività di 20 sale operatorie del PO San Michele, focalizzando l'attenzione sul tasso di utilizzo grezzo calcolato secondo la formula:

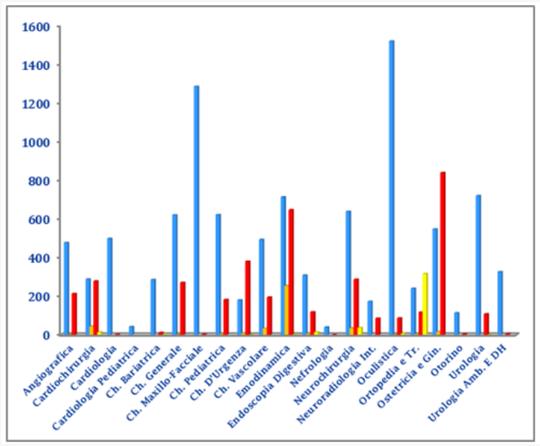
Tasso di utilizzo grezzo dato dal rapporto $\frac{ore\ nel\ B.O.}{3000\ ore}$ (12 ore x 5 giorni x 50 settimane = 3000 ore)

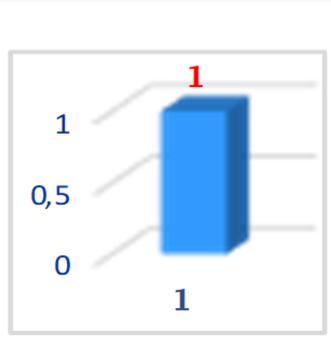
Tempo medio chirurgico dato dal rapporto $\frac{Totale\ ore\ durata\ intervento}{Totale\ interventi}$

Tempo medio anestesiologico dato dal rapporto $\frac{Totale\ ore\ in\ Anestesia)}{Totale\ interventi}$

Tasso di utilizzo grezzo ELEZIONE + URGENZA	Tempo medio chirurgico ELEZIONE + URGENZA	Tempo medio anestesiologico ELEZIONE + URGENZA
47,91%	01:49:41	02:26:11

valutando la fascia oraria 8-20 infrasettimanale, dal lunedì al venerdì





Totale interventi chirurgici effettuati 14771

- La tracciabilità dei Dispositivi Medici in Sala Operatoria avviene tramite etichettatura con RFid.
  I DM vengono ordinati dalla farmacia su proposta del reparto.
  Una volta arrivati al magazzino di farmacia vengono apposte delle etichette Rfid.
  Successivamente vengono inviati al reparto.
  In reparto vengono conservati in appositi armadi anch'essi dotati di lettori a radiofrequenza, che li prendono in carico automaticamente.
  I DM vengono prelevati dall' armadio (con aggiornamento della giacenza e produzione di liste di reintegro) e utilizzati.
  La confezione viene smaltita in contenitori detti "cestini" dotati di lettori di radiofrequenza, che associano i DM utilizzati in sala al relativo intervento, con la conseguente rendicontazione clinico/amministrativa.
  La tracciabilità di tutto il percorso dei DM ha una duplice valenza:

  - Medico-legale
  - Contabile-amministrativo.
- Il software per la gestione della Sala Operatoria è articolato su tre livelli.

I. 1° livello - Planning
Aiuta i reparti di chirurgia a ottimizzare la programmazione degli interventi a breve e lungo termine e ad incrementare l'uso delle sale Operatorie. Nello specifico consente:

- Pianificazione a lungo termine del B.O. e delle risorse
  Programmazione chirurgica adattabile alla gestione di imprevisti (ritardi e cancellazioni)
- Controllo delle risorse ed eventuali conflitti
- Assegnazione rapida del personale chirurgico in base all'intervento
- Rapida programmazione e personalizzazione degli interventi chirurgici
- Programmazione degli interventi con codice colore
- Condivisione delle informazioni tra le diverse strutture

II. 2° livello - Progress
Supporta il personale chirurgico e i dirigenti nella crescente complessità della gestione dei reparti di chirurgia. Ad integrazione dei punti già presenti in Torin Planning, Progress consente di:

- Aggiornamento in tempo reale dell'attività chirurgica
- Check list standard per una documentazione completa dell'intervento
- Evidente responsabilità per l'équipe nella gestione del paziente
- Visualizzazione del paziente candidato all'intervento
- Calcolo dei costi in base al tipo intervento, materiali di consumo e strumenti utilizzati
- Controllo in tempo reale degli strumenti chirurgici

III. 3° livello - Optimization
Consente una programmazione avanzata degli interventi chirurgici, un'efficiente gestione giornaliera e un migliore utilizzo delle risorse. Oltre ai punti presenti nei primi due livelli consente di:

- Visualizzazione in tempo reale delle attività di reparto
- Info-grafica avanzata per l'analisi dei dati
- Comunicazioni di trasferimento dei pazienti/attrezzature
- Configurazione personalizzata delle schermate

CONCLUSIONI

Attraverso questo progetto che prevede l'introduzione di numerosi elementi innovativi per l'ARNAS Brotzu, soprattutto l'approvazione del regolamento aziendale dei Blocchi Operatori e l'introduzione di un Software gestionale per il monitoraggio dell'attività chirurgica del paziente, si pongono le basi per una migliore gestione del percorso di cura del paziente, del personale, dei tempi chirurgici e delle risorse materiali utilizzate, quali imprescindibili funzioni strategiche di miglioramento dei Sistemi Sanitari.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

I professionisti coinvolti fanno parte di una equipe multidisciplinare:

- Chirurghi delle varie discipline
- Infermiere Strumentista
- Anestesista
- Infermiere di Anestesia
- Coordinatore Infermieristico
- RIFO

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

La completa implementazione e diffusione del progetto è prevista entro il mese di dicembre 2023, con la tracciabilità dei dispositivi medici estesa a tutte le Sale Operatorie e con l'acquisto del software per la gestione e il monitoraggio dell'attività chirurgica del paziente

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

TOSCANA

Da Dott. Ricci Renzo Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie
Azienda USL Toscana Centro

1 L'applicazione di una checklist digitalizzata per la verifica della corretta esecuzione delle prestazioni in ambito radiologico e radioterapico.

UNITA' OPERATIVA

Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie – Azienda USL Toscana Centro

Dipartimento di Diagnostica per Immagini – Azienda USL Toscana Centro

DIRETTORE

Renzo Ricci

Maurizio Bartolucci

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
ANDREA LASTRUCCI	TSRM - SOS Attività Diagnostiche per Immagini Empoli Prato Pistoia	Andrea.lastrucci@uslcentro.toscana.it
EVA SERVENTI	Dirigente delle Professioni Sanitarie - Area Tecnico Sanitaria di Radiologia	Eva.serventi@uslcentro.toscana.it
SALVINO MARZANO	Direttore SOS Radioterapia Prato	Salvino.marzano@uslcentro.toscana.it
AZIENDA	**REGIONE**	
AZIENDA USL TOSCANA CENTRO	TOSCANA	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		X
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

Il tema del rischio clinico è stato recentemente introdotto all'interno del D.Lgs. 101/2020; all'interno di esso è precisata per i professionisti sanitari l'importanza di appositi percorsi formativi inerenti non solo la gestione del rischio clinico ma anche lo sviluppo delle capacità di implementare metodiche di prevenzione e di analisi proattiva del rischio. A tale scopo il presente progetto ha lo scopo di creare e redigere una checklist o lista di controllo digitalizzata su di un apposito software, in cui è richiesta l'autenticazione da parte dei professionisti sanitari, o integrarla su quelli già esistenti con la finalità di prevenire la comparsa di eventuali incertezze o errori nell'esecuzione di prestazioni radiologiche di Tomografia Computerizzata (TC) e di Radioterapia. Tale lista di controllo sarà composta da una serie di item o domande inerenti all'attività da dover spuntare prima, durante e dopo l'esecuzione delle prestazioni diagnostico / terapeutiche. Le checklist rappresentano dunque una lista sintetica delle attività in cui vi è la maggior probabilità di comparsa di errori o incertezze nell'esecuzione della pratica clinica quotidiana. Prima dell'introduzione della checklist nella pratica clinica quotidiana sarà svolta un'apposita formazione del personale in modo da garantire l'aggiornamento professionale in relazione alla compilazione e utilizzo quotidiano dell'innovazione proposta.

La stesura della lista di controllo nell'ambito radiologico sarà incentrata sul tema del rispetto degli LDR previsti dal D.Lgs. 101/2020 e dal Rapporto Istisan 20/22 (aggiornamento del Rapporto Isitisan 17/33), sulla corretta esecuzione dell'esame diagnostico, con lo scopo di ridurre la presenza di artefatti nelle immagini, e sull'utilizzo delle apposite tecniche di post-processing previste per ciascun distretto anatomico.

Per quanto concerne la redazione della checklist nell'ambito radioterapico saranno seguite le indicazioni presenti all'interno del report "Strategies for effective physics plan and chart review in radiation therapy: Report of AAPM Task Group 275".

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo del progetto è la creazione di due apposite checklist, rispettivamente:

- Una relativa all'esame di Tomografia Computerizzata, dall'identificazione del paziente fino all'archiviazione e conservazione delle immagini;
- L'altra relativa al processo radioterapico, dalla preparazione del trattamento fino ad arrivare alla conclusione dello stesso.

Oltre alla creazione, l'obiettivo dello studio, previa condivisione con il personale ed il team multidisciplinare interessato, è l'applicazione nel flusso di lavoro giornaliero di tale lista di controllo.

OBIETTIVI SPECIFICI

La digitalizzazione della checklist su appositi software o all'interno di quelli esistenti rappresenta un obiettivo specifico del progetto. Il tema della digitalizzazione del servizio sanitario nazionale rappresenta infatti un obiettivo cardine del PNRR.

La checklist è inoltre un valido strumento per la standardizzazione e uniformità delle attività effettuate da ciascun professionista sanitario nell'esecuzione degli esami diagnostici / terapeutici con l'obiettivo di un continuo miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.

RISULTATI ATTESI

A seguito dell'applicazione delle checklist nella pratica clinica quotidiana il risultato atteso è la prevenzione e riduzione drastica di errori o eventi avversi nell'ambito degli esami di Tomografia Computerizzata e di trattamenti radioterapici a fasci esterni. Tramite la condivisione delle liste di controllo con i professionisti coinvolti, è programmato una revisione delle stesse con cadenza annuale mediante la creazione di appositi gruppi di lavoro.

Grazie all'applicazione delle checklist è previsto inoltre un potenziamento della formazione specifica inerente al tema del rischio clinico, trattato nel recente D.Lgs. 101/2020.

CONCLUSIONI

L'applicazione della checklist ha portato notevoli benefici non solo clinici ma anche organizzativi in ambito sanitario, motivo per cui il Ministero della Salute nel 2009 ha stilato un'apposita lista di controllo per la sicurezza in sala operatoria recependo le linee guida redatte dall'OMS.

La creazione e l'applicazione di una checklist in ambito radiologico e radioterapico permette di soddisfare i requisiti individuati non solo dal PNRR, mediante l'opportuna digitalizzazione e apposita formazione del personale, ma anche dal D.Lgs. 101/2020, poiché questa lista di controllo rappresenta una valida metodica di prevenzione del rischio.

Nel progetto proposto lo sviluppo delle competenze professionali e digitali rappresentano il reale asset strategico da poter valorizzare.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM)
- Medico Radiologo
- Medico Radioterapista

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

I tempi di realizzazione del progetto sono di circa 12 mesi.

Dovrà essere valutata la possibilità di integrazione della checklist digitale all'interno dei sistemi informatici presenti nel reparto. In alternativa dovrà essere creato un apposito software che permetta, mediante opportuna autenticazione, la compilazione di tale lista di controllo e conseguentemente la verifica della corretta compilazione da parte di un responsabile.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?		X
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		X

Il caffè del Dipio incontri operativi del mercoledì per il PNRR

2

UNITA' OPERATIVA

Dipartimento Infermieristico Ed Ostetrico Usl Toscana sud est

DIRETTORE

Agostinelli Vianella

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
AGOSTINELLI VIANELLA	Dirigente Infermieristico Area Provinciale Aretina Direttore Dipartimento Infermieristico Ed Ostetrico	Vianella.agostinelli@uslsudest.toscana.it
BARBI TANIA	Dirigente Infermieristico Area Provinciale Grossetana	Tania.barbi@uslsudest.toscana.it
BECATTINI GIOVANNI	Dirigente Infermieristico Area Provinciale Senese	Giovanni.becattini@uslsudest.toscana.it
BELLUCCI SILVIA	Direttore UOP Innovazione e ricerca in ambito infermieristico ed ostetrico	Silvia.bellucci@uslsudest.toscana.it
SALUTINI ELEONORA	Dirigente Infermieristico Area Staff	Eleonora.salutini@uslsudest.toscana.it
Referente Infermieristico Centrale della cronicità ; Referente Infermieristico territorio Usl TSE		
AZIENDA	**REGIONE**	
USL TOSCANA SUD EST	TOSCANA	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

Un gruppo di lavoro è costituito da un insieme di individui che interagiscono tra loro con una certa regolarità, dove ognuno svolge un ruolo specifico e riconosciuto, basandosi sulla circolarità della comunicazione, preservando il

benessere dei singoli (clima) e mirando parallelamente allo sviluppo dei singoli componenti e del gruppo stesso. In un contesto caratterizzato da alta complessità e da elevata distanza tra i componenti come è di fatto una Azienda Sanitaria Territoriale come TSE , è aumentata l'esigenza di trasformare gli ambienti di lavoro in modo da renderli partecipativi, anche attraverso strutture che vanno oltre le unità specialistiche ed i gruppi gerarchici, quali comitati, task force o gruppi di progetto, in cui è facile sviluppare il knowledge specifico per ogni necessità del processo organizzativo.

E' importante che tutte le riunioni di progetto abbiano un'agenda pre-definita e comunicata preliminarmente ai partecipanti. Da qui il nostro progetto che prevede la realizzazione di incontri settimanali di mezz'ora in videocall denominati il "***Caffe Del Dipio***" , che coinvolgono i componenti Dell'ufficio Esecutivo Di Dipartimento.

Negli incontri del mercoledì vengono affrontate le tematiche della realizzazione della missione del Piano Di Ripresa E Resilienza; si parla di modalità operative e del ruolo del Dipartimento Infermieristico per la realizzazione di quanto previsto nel PNRR. La dimensione del gruppo entra quindi nella realtà aziendale e, in questo settore, può fare la differenza in particolare relativamente alla collaborazione con le strutture aziendali deputate alla definizione e standard di riferimento per Case della Comunità - Ospedale delle Comunità. - Centrali Operative Territoriali e loro Distribuzione nelle provincie di Arezzo, Siena, Grosseto.

L'articolazione tipica di un incontro ha la seguente struttura:

- Ripresa delle criticità evidenziate
- Analisi delle proposte di soluzione
- Scelta di una strategia risolutiva
- Definizione dei ruoli e delle responsabilità nell'implementazione della strategia
- Stesura di un piano di azione
- Eventuale ripianificazione delle attività di progetto
- Verbalizzazione delle decisioni prese

Con questa logica, ogni riunione inizia di fatto riesaminando l'esito del piano di azione emerso dall'incontro precedente, prima di affrontare le nuove casistiche emerse dopo l'ultimo incontro. L'articolazione effettiva sarà quindi la seguente:

- Analisi dell'andamento del piano di azione definito nell'incontro precedente
- Analisi delle nuove criticità emerse dopo l'ultimo incontro

OBIETTIVO GENERALE

Conoscenza della missione del PNRR e sue implicazioni nell'area infermieristica ed ostetrica

Conoscenza e discussione sugli elementi di stratificazione del rischio: un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale

Conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Sviluppo e l'implementazione di sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del rischio dovranno concorrere alla costituzione ed alimentazione di piattaforme che contengano informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile.
- Fotografia dell'"AS IS" relativamente a:
  Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato); Punto Unico di Accesso;
  Servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
  Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica,
  inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento; Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale
  Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato. Ipotesi di attuazione nelle diverse Zone Distretto.

RISULTATI ATTESI

Di seguito i risultati attesi :

- Migliorare la programmazione sanitaria;
- Migliorare la conoscenza dell'offerta;
- Migliorare la conoscenza del fabbisogno;
- Migliorare l'erogazione delle prestazioni per il cittadino;

In particolare

- Partire dai più recenti dati di prevalenza delle principali patologie (fonte ISTAT e ISS) sulla popolazione italiana e proiettarli a "costanza di popolazione" o su popolazione "pesata" in base all'incidenza delle diverse fasce di età tra maschi e femmine per una prima stima dell'incidenza sulla popolazione osservata;
- Applicare il modello della "piramide del rischio" da Kaiser Permanente dividendo i dati di popolazione per patologia stimata in "bassa complessità assistenziale" (70-80% del totale), in "media complessità assistenziale" (15-20% del totale) e in "alta complessità assistenziale" (3-5% del totale);
- Confrontare le stime realizzate con i database dei pazienti presi in carico dai servizi sanitari, sociosanitari e sociali della USL e dei Comuni;
- Verificare se tutti i pazienti a "media complessità assistenziale" o a "alta complessità assistenziale" sono noti ai servizi o meno e si possono iniziare a fare valutazioni di efficacia, efficienza e appropriatezza delle cure, nonché analisi prospettiche sull'eventuale evoluzione dei bisogni della popolazione osservata.

CONCLUSIONI

Il gruppo può essere visto come una modalità di coordinamento dell'azione collettiva impiegata per risolvere diverse questioni.

A fronte di quanto sopra il Dipio ha scelto anche in questa opportunità del PNRR di lavorare come team per garantire il necessario approccio sistemico e olistico alla riorganizzazione dei Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio; un approccio che tenga conto della normativa in essere e delle indicazioni del PNRR, nonché degli standard e dei requisiti in corso di definizione in sede di Conferenza Stato-Regioni-PPAA. L'utilizzo di Internet e delle nuove tecnologie di comunicazione ha permesso la formazione di team virtuali che riescono a collaborare senza inutili spostamenti ; in questo modo, persone che non avrebbero potuto incontrarsi fisicamente se non dopo un lungo viaggio, possono ora comunicare, collaborare, scambiarsi informazioni e risolvere problemi insieme.

Sono di fondamentale importanza gli aspetti funzionali ed operativi:

- "L'affermarsi di un sistema unico multicentrico, nel quale, cioè, ogni componente del sistema sia in grado di raccordarsi con le altre componenti e di rendere documentabile il contributo di valore fornito ai processi di presa in carico e di cura".
- "L'attuazione di una strategia di prioritarizzazione degli interventi attraverso il concretizzarsi di un disegno gestionale ed assistenziale in grado, cioè, di diversificare i pazienti sulla base del loro grado di complessità e di differenziare, quindi, le caratteristiche dell'offerta, articolando piani di assistenza individualizzati e concordati tra i componenti dei team multi-professionali chiamati a gestire i PDTA";
- "L'attuazione di una politica di gestione delle risorse umane, mirata a promuovere il cambiamento ed a valorizzare le leadership emergenti nel sistema organizzativo".

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Ufficio esecutivo di dipartimento ; Infermieri ; coordinatori infermieristici; Operation manager area territoriale Usl Toscana Sud Est

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

La collaborazione con L'area tecnica e la Direzione Strategica deve essere massima per permettere di realizzare entro il giugno 2026 tutte le opere pubbliche finanziate con PNRR:31 dicembre 2021 Identificazione strutture

Giugno 2026 Scadenza lavori. Gli incontri del mercoledi' hanno avuto inizio dal 26 Gennaio 2022 e continueranno per tutto l'anno con la cadenza prevista salvo urgenze. Inoltre nel primo semestre 2022 (Febbraio/ Giugno) continua il nostro cammino come gruppo professionale con un progetto incentrato sulle innovazioni organizzative e strutturali PNRR che caratterizzeranno la nostra Azienda.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?		X
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		X

Sviluppare Le Reti Di Prossimità L'infermiere Di Famiglia E Di Comunità , Alleato Per Le Nuove Cure Territoriali

3

UNITA' OPERATIVA

Dipartimento Infermieristico Ed Ostetrico

DIRETTORE

Agostinelli Vianella

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
AGOSTINELLI VIANELLA	Dirigente Infermieristico Area Provinciale Aretina Direttore Dipartimento Infermieristico Ed Ostetrico	Vianella.agostinelli@uslsudest.toscana.it
BARBI TANIA	Dirigente Infermieristico Area Provinciale Grossetana	Tania.barbi@uslsudest.toscana.it
BECATTINI GIOVANNI	Dirigente Infermieristico Area Provinciale Senese	Giovanni.becattini@uslsudest.toscana.it
BELLUCCI SILVIA	Direttore UOP Innovazione e ricerca in ambito infermieristico ed ostetrico	Silvia.bellucci@uslsudest.toscana.it
SALUTINI ELEONORA	Dirigente infermieristica area steff	eleonora.salutini@uslsudest.toscana.it
Referente Infermieristico Centrale della cronicità ; Referente Infermieristico territorio Usl TSE		
AZIENDA	REGIONE	
USL TOSCANA SUD EST	TOSCANA	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		

ABSTRACT

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è il professionista responsabile dei processi assistenziali e della promozione del welfare della persona, della famiglia e comunità all'interno del contesto territoriale dove è inserito. Esercita

l'autonomia professionale agendo le proprie conoscenze e competenze nella consapevolezza della necessità di interazione e integrazione con gli altri professionisti e servizi del sistema sanitario e sociosanitario, istituzioni, associazioni, farmacie, terzo settore.

Afferisce ai servizi infermieristici del Distretto di riferimento e gli ambiti di esercizio professionale sono il domicilio, l'ambulatorio, le strutture intermedie e residenziali e l'intera comunità.

Abbiamo programmato di attuare l'implementazione del modello assistenziale "Infermiere di Famiglia e di Comunità" in ogni ambito territoriale dell'AUSL Toscana Sud Est, a partire dal 01/09/2021.

Il progetto è apparso subito ambizioso e sfidante perché prevede il coinvolgimento e la trasformazione di tutti gli attuali infermieri assegnati alle attività di ADI e AD in IFC, per valorizzare le competenze già acquisite sul contesto territoriale e massimizzare la conoscenza dei territori di riferimenti all'interno delle AFT, requisito fondamentale per un'implementazione di successo del nuovo modello.

L'Azienda TSE presenta elevata estensione territoriale a fronte di una bassa densità abitativa, con un invecchiamento della popolazione significativo e una discreta presenza di malattie croniche

L'assegnazione del pool di IFeC, che afferisce alle strutture organizzative del DiPIO, è definita tenendo conto delle caratteristiche demografiche, densità abitativa e orografiche, epidemiologiche e sociali del territorio e quindi della comunità che lo abita. È fondamentale che la suddivisione geografica sia compatibile con la presenza delle AFT che insistono nello specifico ambito territoriale, così da facilitare l'integrazione tra i professionisti presenti.

All'interno di uno stesso AFT verranno individuati IFC, che avranno ruolo di Responsabile (che fungerà da riferimento per la persona, la famiglia e la collettività), ma anche di Associato (per garantire la continuità assistenziale con lo stesso livello qualitativo). Gli IFC che appartengono al nucleo si raccordano tra loro per la continuità della presa in cura in assenza del IFC titolare.

OBIETTIVO GENERALE

Coinvolgimento e trasformazione di tutti gli attuali infermieri assegnati alle attività di ADI e AD in IFC Creare in modalità diffusa consapevolezza del proprio ruolo e dei valori a cui tende il modello

1. Caring: costruzione del patto di cura
2. Advocacy: tutela dei valori e dei diritti
3. Accountability: assunzione di responsabilità nello svolgimento del ruolo e dell'offerta assistenziale processo.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Effettuare un primo step di formazione con un rafforzamento delle conoscenze sul modello teorico per l'accertamento dei bisogni assistenziali di Marjory Gordon .
- Enunciare il processo di assistenza con l'utilizzo della tassonomia Nanda-International (diagnosi infermieristiche), NOC (Nursing Outcome Classification per gli esiti) e NIC (Nursing Intervention Classification per gli interventi).
- Realizzare momenti dedicati a valorizzare il ruolo delle reti, intese come collaborazione integrazione con gli altri professionisti, tra cui gli infermieri clinici con competenze avanzate (specialisti e/o esperti).

Start up: "Investire nella crescita professionale";

Implementare "identità professionale "

Favorire "l'integrazione e lo sviluppo professionale con le competenze avanzate

Comprendere "bisogni di assistenza infermieristica della persona, della famiglia e della comunità"

"Confronto sui risultati a tre mesi dall'implementazione"

RISULTATI ATTESI

Di seguito i risultati attesi :

1. Per gli utenti
2. Per i professionisti
3. Per l'organizzazione

1.UTENTI

Riconoscimento e gradimento utenza IFC

Indicatore:

n. assistiti presi in carico che hanno individuato IFC/totali assistiti della zona di avvio del modello

Valore target: 90%

Riduzione chiamate inappropriate al 118 assistiti presi in cura

Indicatore:

n.chiamate inappropriate al 118 da parte di utenti presi in cura durante orario copertura IFC/ numero chiamate 118

Valore target: rilevazione a 1 mese dall'implementazione e a 12 mesi

2. PROFESSIONISTI

Esercizio di autonomia e responsabilità professionale attraverso l'adozione di assistenza personalizzata sugli assistiti presi in cura

Indicatore:

n. cartelle con pianificazione assistenziale completa /n.Casi presi in carico anno

Valore target : 80%

Formazione specifica agli infermieri coinvolti nel modello assistenziale

Indicatore:

n. infermieri formati con corso di formazione di 24 ore/ n.totale infermieri coinvolti nell'implementazione modello

Valore target: 90%

3.ORGANIZZAZIONE

Livello di integrazione professionale

Indicatore:

n.Piani Assistenziali Integrati condivisi con MMG/n.totale assistiti presi in cura dall' IFC

Valore target: 80%

CONCLUSIONI

Per garantire una presa in cura globale ogni IFC deve acquisire un nuovo approccio professionale che spinge l'organizzazione al superamento dell'attuale sistema delle competenze organizzato per "silos" cioè aree assistenziali delimitate (cure palliative, sanità di iniziativa, cure domiciliari integrate e prestazionali) verso un modello orientato alle persone e alla globalità dei loro bisogni.

Questo è possibile attraverso un lavoro integrato di programmazione organizzativa e di rafforzamento delle competenze .

Parimenti abbiamo ritenuto necessario acquisire una nuova cultura professionale che trasformasse radicalmente il ruolo dell'Infermiere e dell'assistenza sul territorio, passando da un modello prestazionale ad un modello di presa in cura personalizzata e da un orientamento rivolto alla sanità d'iniziativa.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri ; coordinatori infermieristici; Operation manager area territoriale Usl Toscana Sud Est

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Abbiamo programmato di attuare l'implementazione del modello assistenziale "Infermiere di Famiglia e di Comunità" in ogni ambito territoriale dell'AUSL Toscana Sud Est, a partire dal 01/09/2021.

Nel 2021 la formazione ha voluto rafforzare le competenze legate al processo di pianificazione dell'assistenza andando nel dettaglio a ripercorrere e contestualizzare sul territorio tutte le 6 fasi del processo di assistenza

L'avvio della formazione (comunità di pratica a cadenza mensile) è avvenuta nel secondo semestre (Giugno / Dicembre) e ha previsto in totale 24 ore effettuate in presenza.

Nel primo semestre 2022 (Febbraio/ Giugno) continua il nostro cammino come gruppo professionale con un progetto incentrato sulle innovazioni organizzative e strutturali PNRR che caratterizzeranno la nostra Azienda.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?	X	

Le Professioni Tecniche Sanitarie proiettate in un nuovo modello di sanità

4

UNITA' OPERATIVA

Dipartimento delle Professioni Tecniche Sanitarie della Riabilitazione e della Prevenzione

DIRETTORE

Dr. Emilio Bertolini

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
DOTT.SSA ELISABETTA TOZZI	Direttore UOC Professioni Sanitarie della Diagnostica per Immagini A	elisabetta.tozzi@uslnordovest.toscana.it
DOTT.SSA MICHELA CERUTTI	TSRM IFC	michela.cerutti@uslnordovest.toscana.it 3343219576
DOTT.VINCENZO CINAPRI	TSLB IFC	vincenzo.cinapri@uslnordovest.toscana.it 334/1117473
AZIENDA	**REGIONE**	
USL TOSCANA SUD OVEST	TOSCANA	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO	X	
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		X

ABSTRACT

L'invecchiamento della popolazione ed il conseguente aumento di patologie cronico-degenerative, ha spinto l'assistenza sanitaria ad una transizione organizzativa verso un modello basato sulla rete dei servizi territoriali.

L'esperienza vissuta durante la pandemia di Covid-19 ha evidenziato la necessità di intercettare e riconoscere tempestivamente i bisogni della popolazione e di offrire un servizio di cura domiciliare per svolgere, quando possibile, un ruolo di filtro nell'assistenza primaria.

La necessità di rinnovamento organizzativo e culturale del Servizio Sanitario Nazionale, è stata messa in atto con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute e percorsi di presa in carico della cronicità. Elemento centrale di questo cambiamento organizzativo è la realizzazione della Casa di Comunità (CdC).

La CdC è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione, diffuso capillarmente sul territorio (CdC Hub e CdC Spoke) dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali e costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

OBIETTIVO GENERALE

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest per fornire elementi utili alla programmazione della riorganizzazione territoriale e far si che fossero rilevati i reali bisogni della popolazione di riferimento, ha coinvolto 60 professionisti appartenenti a diverse discipline. In quest'ottica, è stato coinvolto anche il Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie della Riabilitazione e della Prevenzione.

L'obiettivo è stato quello di individuare quali Professionisti Tecnici Sanitari dovessero essere necessariamente presenti all'interno della CdC, in base alla necessità dei servizi diagnostici da offrire, per unire la progettazione delle nuove strutture e la ristrutturazione delle esistenti con la programmazione del contenuto, e avvicinare i servizi al cittadino in un'ottica di prossimità, con attenzione alle peculiarità di ciascun territorio.

OBIETTIVI SPECIFICI

Nell'ottica di una progettazione iniziale sono state ritenute indispensabili le attività svolte dai seguenti Professionisti Tecnici Sanitari del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie della Riabilitazione e della Prevenzione:

- Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (TSLB);
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM);
- Tecnico Audiometrista.

Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (TSLB)
Attività proposta

E' stata proposta l'attività di laboratorio con strumentazione POCT a intera gestione del TSLB come estensione del laboratorio analisi vicino all'utente.

In questa attività tutte le fasi analitiche vengono monitorizzate dal laboratorio di riferimento, con il vantaggio di avere il dato analitico subito disponibile da parte del clinico.

Il TSLB all'interno del sistema POCT riveste un ruolo fondamentale; rappresenta il collegamento tra il laboratorio centrale e l'utilizzatore della strumentazione posta sul territorio.

Compito del TSLB sarà sia di tipo formativo che gestionale: dovrà infatti formare tutti gli operatori all'utilizzo del POCT e valutarne periodicamente il mantenimento delle loro competenze.

Avrà la responsabilità di supervisionare il corretto funzionamento della strumentazione attraverso la predisposizione e verifica dei controlli di qualità e a segnalazione di messaggi di errori.

Compito del TSLB sarà inviare al LIS il dato ottenuto e da qui verso il FSE.

Il POCT pone il TLSB come attore principale nella gestione di tale strumentazione oltre che come figura di riferimento per tutti gli utilizzatori.

Strumentazione necessaria

La tecnologia necessaria consiste in un software gestionale che collegherà la strumentazione POCT con il laboratorio di riferimento.

In base alla tipologia di casa di comunità (HUB o Spoke) dovrà essere diversificata la strumentazione

Casa di Comunità HUB:

- Emogasanalizzatore
- Strumento Chimica Clinica
- Strumento Emocromocitometrico
- Strumento marcatori per marcatori cardiaci
- Glucometro e Coagulometro

Casa di Comunità Spoke:

- Glucometro
- Coagulometro

Alcune strumentazioni come il glucometro e il coagulometro, essendo strumentazioni palmari, potranno essere utilizzati anche a domicilio del paziente. In questo caso l'esecuzione del test dovrà essere eseguito da personale precedentemente formato e autorizzato dal laboratorio come indicato dal sistema qualità ISO 22870.

Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

Attività proposta

E' stata proposta l'attività di Radiologia Domiciliare con l'obiettivo di venire incontro alle esigenze dei pazienti prevalentemente anziani, disabili, non autosufficienti o con patologie altamente invalidanti consentendo di evitare il loro trasferimento presso l'ospedale.

Nell'attività di Radiologia Domiciliare, il TSRM effettua l'esame radiologico a domicilio, erogato in modalità di telemedicina, secondo protocolli concordati. L'immagine ottenuta sarà inviata al RIS e, una volta refertata, al FSE.

E' prevista una formazione specifica del TSRM a garanzia della qualità diagnostica ed un percorso per il mantenimento delle competenze.

Sono eseguibili esami radiografici tradizionali per patologie polmonari, cardiache, oncologiche, neurologiche, osteoarticolari grazie alla tecnologia che permette di garantire un sufficiente livello di affidabilità diagnostica.

Strumentazione necessaria

La strumentazione necessaria consiste in una stazione radiologica mobile composta da un tubo radiogeno portatile e un detettore associato ad un PC per la rielaborazione e salvataggio delle immagini. L'apparecchiatura prevista è integrata con la dotazione di un'auto dedicata, in condizioni di trasportare la stazione radiologica mobile.

Tecnico Audiometrista

Attività proposta

E' stata proposta l'attivazione di un ambulatorio di audiologia per svolgere esami audiometrici tonale e vocale, impendenziometrie e collaudi resa protesica.

Il Tecnico Audiometrista potrà effettuare prestazioni utili per la diagnosi di ipoacusia nell'anziano e nei pazienti esposti a rumore e di patologie flogistiche a carico dell'orecchio esterno e medio.

Sarà possibile avviare le pratiche finalizzate al rinnovo della patente, alla richiesta/rinnovo di protesi acustiche ed al riconoscimento di specifiche invalidità.

I risultati ottenuti dalle prestazioni audiometriche potranno essere informatizzati ed inviati al FSE.

Strumentazione necessaria

- Cabina audiometrica
- Audiometro ed impedenziometro
- Casse

RISULTATI ATTESI

I Professionisti Tecnici Sanitari si inseriscono nell'offerta diversificata dei servizi sanitari territoriali che vanno a potenziare l'assistenza sanitaria per compensare le attuali disuguaglianze territoriali e colmare la distanza tra i tradizionali luoghi di cura e la quotidianità dell'assistito.

In previsione di una riorganizzazione innovativa e migliorativa della sanità, il risultato atteso è il coinvolgimento prioritario dei Professionisti Tecnici Sanitari, quali figure centrali nell'espletamento di prestazioni ed attività fondamentali a garantire un costante miglioramento nei processi di prevenzione, diagnosi e cura.

CONCLUSIONI

Il rinnovamento dei modelli organizzativi per la sanità del futuro, soprattutto a livello territoriale, necessita di Professionisti Sanitari formati a garanzia dell'offerta diagnostica.

Le Cdc, intese come un servizio "ponte" tra l'ospedale ed il territorio, saranno la prima testimonianza di come i Professionisti Tecnici Sanitari, attori principali del nuovo modello di assistenza, saranno in grado di garantire autonomamente prestazioni diagnostiche di qualità sempre più elevata e con un maggior grado di

appropriatezza.

In conclusione, riteniamo di fondamentale importanza il coinvolgimento dei Professionisti Tecnici Sanitari che sono e saranno impegnati in prima linea nel contribuire alla costruzione di un nuovo modello di sanità.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico

Tecnico Audiometrista

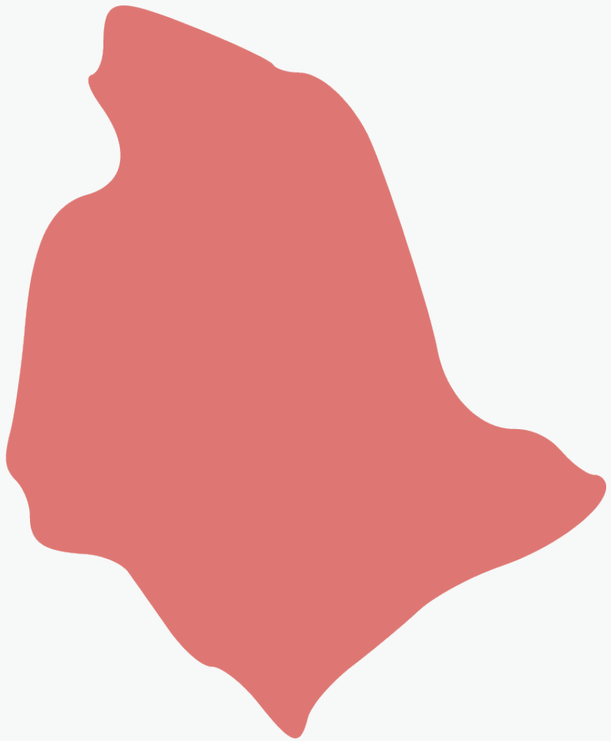
TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Ottobre 2021 – Dicembre 2025

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?		X
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI		X
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		X

UMBRIA



L'adozione Del Software Gestione Turnistica Per Le Professioni Sanitarie In Azienda Ospedaliera Di Perugia

1

UNITA' OPERATIVA

Dipartimento delle Professioni Tecniche Sanitarie della Riabilitazione e della Prevenzione

DIRETTORE

Dr. Emilio Bertolini

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
GABRIELLA CARNIO	Dirigente Infermieristico	gabriella.carnio@ospedale.perugia.it
STEFANO GNAZI O IGNAZI	Pianificazione Operativa, Monitoraggio e controllo flussi informativi	Stefano.gnazi@ospedale.perugia.it
AZIENDA	**REGIONE**	
Azienda Ospedaliera di Perugia	Umbria	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

La programmazione delle attività e delle presenze degli operatori nei contesti di lavoro presuppone una fase di progettazione, ovvero un processo attraverso il quale si definiscono obiettivi, si pianificano le azioni per conseguirli e si definiscono le risorse necessarie per metterli in atto. La pianificazione è dunque un elemento centrale e determinante nella vita di ogni organizzazione complessa.

Tra le attività sicuramente più impegnative e delicate di competenza del coordinatore spiccano dunque la pianificazione e la gestione del lavoro per turni al fine di garantire la continuità assistenziale nelle 24 ore per qualità, quantità e tempi di risposta. Sono molti i fattori che possono influenzare in maniera non indifferente l'organizzazione della turistica: alcuni cono di carattere soggettivo come il saper lavorare in gruppo; altri più oggettivi come le competenze possedute, la tecnologia impiegata a supporto delle attività, il numero di personale organico, il turn-over del personale interno e gli aspetti legislativi e contrattuali. L'azienda ospedaliera di Perugia,considerata anche l'entrata in vigore della nuova

normativa che regola la turnazione lavorativa in ambito sanitario (Legge 161 del 2014) e considerata l'esigenza di definire e governare le coperture del turno e delle postazioni di lavoro degli infermieri nel reparti ha adottato uno strumento informatizzato che supporta il coordinatore nelle attività di "contabilità" onde evitare anche errori di assegnazione del turno. E'un sistema molto duttile per la pianificazione e la gestione della turnistica aziendale che aiuta ad attivare un controllo puntuale su tutti i fenomeni che influenzano l'efficienza sia operativa sia economica nella gestione delle risorse umane disponibili. Ci sono, infatti, vari fattori che entrano in gioco e influiscono sulla performance del personale e sulla produttività dell'azienda: carenza di personale, insoddisfazione del proprio staff, rischi legati all'efficienza delle cure a causa dell'allocazione di risorse.

Il turno informatizzato è stato adottato in più di 90 reparti/ servizi. In alcuni contesti assistenziali dell'azienda ospedaliera di Perugia sono stati inseriti i markers che sono dei marcatori che permettono di identificare la postazione ricoperta dall'operatore in servizio in un determinato turno e ci forniscono una mappatura dell'organizzazione del servizio.

Ognuno di questi ha un colore diverso e una sigla diversa che è di solito l'abbreviazione del nome della postazione che identifica.

Hanno diverse funzioni tra cui:

- pianificazione giornaliera delle attività suddivise tra il personale,
- assicurare una rotazione equa dei dipendenti nelle diverse postazioni del servizio di appartenenza,
- ottimizzare l'uso delle risorse disponibili,
- dare una maggior consapevolezza al team di tutto ciò che viene svolto all'interno della struttura,
- evidenziare in modo immediato chi deve ricoprire una determinata postazione

Un impiego molto importante e innovativo dei markers potrebbe riguardare i neoassunti. Per i neoassunti è stata pianificata una fase di accoglienza, con particolare riguardo alle informazioni sull'organizzazione aziendale, alla struttura di assegnazione e al primo colloquio; una fase di inserimento del professionista, attraverso l'affiancamento con un tutor; e una fase di valutazione attraverso la creazione di una scheda ad hoc coerente con il dizionario delle competenze del professionista. I markers si potrebbero inserire proprio nella fase di affiancamento del professionista nel nuovo reparto di appartenenza. Attraverso questo strumento sarebbe possibile fare un report di come e quanto il neoassunto ha lavorato nelle diverse postazioni del servizio in fase di affiancamento e potrebbe essere molto utile per la valutazione delle skills del dipendente.

OBIETTIVO GENERALE

Migliorare la gestione dell'organizzazione del lavoro infermieristico e delle altre professioni sanitarie e della assegnazione delle attività

OBIETTIVI SPECIFICI

- gestire la turnazione in modo efficiente ed efficace,
- controllare in tempo reale l'effettiva copertura delle attività assistenziali con la possibilità di attivare in modo tempestivo le opportune correzioni in caso di necessità,
- assicurare una rotazione equa dei dipendenti dei turni festivi e prefestivi sia nello svolgimento delle attività interne alle unità operative,

- aumentare la produttività delle unità operative utilizzando al meglio le risorse disponibili.
- assicurare una distribuzione ottimale del personale anche tra unità operative diverse , per tenere conto di eventuali picchi stagionali o di particolari circostanze,
- pianificare nel medio-lungo termine il fabbisogno di risorse per le singole unità operative
- favorire una comunicazione più snella eliminando l'uso della carta

RISULTATI ATTESI

Estendere la modalità operativa di gestione del turno con i markers di attività in più unità operative e servizi per rendere anche uniforme le modalità di gestione organizzative e l'introduzione e la valutazione dl neoassunto.

Nello specifico dei *markers* si vuole evidenziare come essi siano un ottimo strumento per la pianificazione sia del lavoro giornaliero sia di quello a breve-medio termine, di come possano dare una visione completa della distribuzione del personale e di come grazie all'estensione dell'utilizzo di tale funzione si possa avere un report preciso e dettagliato del periodo di inserimento del neoassunto al fine di avere una mappatura precisa e una consapevolezza delle possibili skills del dipendente.

CONCLUSIONI

Tale metodologia, protratta per più mesi fornisce un'idea chiara del periodo di inserimento svolto dall'operatore ed è in grado di aiutare il coordinatore, a compilare eventuali schede di valutazione del neoassunto e di avere una fotografia di quanto l'operatore abbia raggiunto gli obiettivi prefissati.

Questi *markers* potrebbero trovare inserimento nella scheda di valutazione del neoassunto elaborata dall'Azienda Ospedaliera di Perugia per tutti i dipendenti delle professioni sanitarie appena inseriti nel contesto lavorativo del profilo professionale di appartenenza. Estendendo così questa funzione a tutte le professioni sanitarie si potrebbe avere una valutazione completa e uniforme per tutti i dipendenti neoassunti.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Le attività saranno realizzate nel secondo semestre dell'anno 2022 e nell'anno 2023

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		X

2 Monitorare Le Attivita' E Le Performance Delle Professioni Inifermieristiche: Stato Dell'arte Del Progetto Dell'azienda Ospedaliera Di Perugia

REFERENTI DEL PROGETTO

NOME E COGNOME	RUOLO	CONTATTO EMAIL/CELLULARE
GABRIELLA CARNIO	Dirigente Infermieristico	gabriella.carnio@ospedale.perugia.it
FABRIZIO RUFFINI	Incarico Organizzativo Ufficio di Supporto tecnico ed amministrativo al Controllo di gestione	fabrizio.ruffini@ospedale.perugia.it
AZIENDA	**REGIONE**	
Azienda Ospedaliera di Perugia	Umbria	

TIPOLOGIA PROGETTO

	SI	NO
M1-RETI DI PROSSIMITA', STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA OSPEDALE-TERRITORIO		
M2-INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	X	

ABSTRACT

Il sistema di monitoraggio informatizzato dei dati dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, grazie alla creazione di un cruscotto informatizzato da parte di Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo e Sistemi Informatici e Transizione all'Amministrazione Digitale ,che attualmente monitora i principali indicatori di performance ospedaliera e di costo, è maturo per una interessante e innovativa sfida, ossia monitorare l'attività e le performance delle professioni sanitarie. La registrazione delle attività infermieristiche, senza un monitoraggio costante e puntuale, rimane un mero adempimento burocratico attestante ciò che si è erogato al paziente durante la fase assistenziale . Inserire i dati in un sistema informatizzato completo significa andare a popolare un database che ha la funzione di: raccogliere, classificare, trasformare quel che si è inserito in informazioni, che serviranno ai vari professionisti per prendere decisioni. Non solo il rendere l'informazione prodotta anche a chi ha inserito il dato, e non marginalizzarla solo a chi è deputato a prendere decisioni, fa si che si possa innescare un dialogo maggiore, un'attenzione maggiore sino a migliorare la qualità e la puntualità del dato inserito. Le innumerevoli attività che durante il proprio turno una professione sanitaria svolge vanno registrate non esclusivamente per motivi medico – legali, ma anche per documentare da un punto di vista quanti – qualitativo la propria attività. Misurazione di parametri vitali, pianificazioni, somministrazione di terapie sono solo una parte dei dati che vengono rilevati e registrati e che vanno a formare un patrimonio informativo notevole. I dati infermieristici rappresentano una banca dati sinora poco esplorata ma che sicuramente può rappresentare un autentico volano per il miglioramento della qualità dell'assistenza, per poter agire sui comportamenti sia di équipe che individuali; in sintesi partendo da un giusto inserimento dei dati, da un'architettura informatica che consenta un corretto inserimento si può arrivare a delle informazioni importanti non solo per le professioni sanitarie ma anche per tutta l'azienda. Questi dati però non devono rimanere un'isola scollegata dal resto dell'arcipelago informativo aziendale, ma anzi devono essere integrati con tutte le altre banche dati aziendali (scheda di dimissione ospedaliera, consulenze, esami di laboratorio, terapia somministrata, interventi chirurgici, pronto soccorso, ect) e formare insieme a essere un architrave importante per il miglioramento dell'assistenza e delle performances globali e individuali. Misurare non solo significa rapportarsi con uno standard ma è anche, se utilizzato con spirito positivo, a uno stimolo a migliorarsi. Questa è la filosofia, che la sinergia tra Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico e Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo nel triennio 2017 – 2019, hanno percorso per monitorare la performance (sinora unico esempio aziendale) di ogni singolo membro di una équipe in fase di somministrazione della terapia: questa strategia ha portato nel breve – medio termine non solo a una maggiore percentuale di identificazioni di barcode, ma anche a un maggior numero di strutture che hanno superato il target fissato. Ora il passo successivo è il monitoraggio di alcuni indicatori di performance : sono già state inglobate nel data model le scale di Braden, Conley e Barthel oltre al monitoraggio del dolore e del dolore post operatorio. Il prossimo passo, avendo già autorizzate alcune viste sulla piattaforma informatizzata riguarderà le pianificazioni infermieristiche, l'indice di complessità dell'assistenza che saranno inserite nel modello dati per poter iniziare un monitoraggio più costante e puntuale delle performance infermieristiche. Successivamente si procederà alla revisione della metodologia di raccolta degli altri parametri vitali, dei dati relativi alle lesioni da pressione e alla correlazione di essi con altre informazioni già presenti nel modello dati.

OBIETTIVO GENERALE

Misurare le performance infermieristica al fine di migliorare la qualità dell'assistenza

OBIETTIVI SPECIFICI

- organizzare la documentazione assistenziale per rafforzare i flussi informativi per la misurazione delle performances infermieristiche
- - Integrazione dei vari data base utilizzati in azienda ospedaliera

RISULTATI ATTESI

La misurazione delle performances dovrebbe costituire parte integrante della normale pratica clinico assistenziale degli interventi;i sistemi elettronici di raccolta dati rappresentano una risorsa fondamentale per la gestione dei processi assistenziali ed organizzativi

La piattaforma informatizzata per la cartella clinico assistenziale è in adozione dal 2015, è necessario rivedere l'inserimento dati, ossia va rivista la struttura con cui vengono raccolte le informazioni (rendendo alcuni campi blindati e obbligatori),realizzato un passaggio formativo e di sensibilizzazione agli operatori sull'inserimento dei dati e soprattutto iniziare a restituire il dato. Questa restituzione deve essere non asettica, ma discussa, condivisa e fonte di spunti per il miglioramento attraverso webinar in cui mostrare come è diventato e che cosa rappresenta il dato inserito.

CONCLUSIONI

L'utilizzo dei dati delle attività svolte dalle professioni sanitarie rappresenta un momento importante per la crescita di un'azienda e di sicuro rappresenta una esperienza non usuale nelle realtà italiane. Non solo, come sopra detto,

PIANO DI RIPRESA E RESILIENZA

inglobare queste fonti informative in un modello dati già ben strutturato e forse non pienamente utilizzato può rappresentare un trampolino di lancio per il cruscotto aziendale del punto di visto clinico – epidemiologico.

Il patrimonio informativo da un punto di vista clinico – decisionale sarebbe enorme e potrebbe portare a scenari di analisi molto vasti e variegati. Proprio per questo e grazie anche all'esperienza e alla competenza maturata negli anni da tutte le figure coinvolte nel progetto si po' affermare che non solo esso è un progetto percorribile, in periodo a medio termine, ma che può portare un valore aggiunto non trascurabile per l'Azienda Ospedaliera di Perugia.

PROFILI PROFESSIONALI COINVOLTI

Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo e Ostetrico

Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo

Sistema Informativo e Sistemi Informatici e Transizione all'Amministrazione Digitale

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Le attività saranno realizzate nel secondo semestre dell'anno 2022 e nell'anno 2023

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

	SI	NO
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE?	X	
SONO PRESENTI SOLUZIONI SOFTWARE DA INTEGRARE CON ALTRI SERVIZI	X	
SONO RICHIESTE INTEGRAZIONI DI APPARECCHIATURE HARDWARE?		X

ASSICURAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI

sham

Creata in Francia nel 1927, Sham - gruppo Relyens è il partner di riferimento degli operatori europei dei settori sanitario e socio-sanitario. Partecipando attivamente alla prevenzione, gestione e copertura dei loro rischi, Sham garantisce la sicurezza, la continuità e la qualità della loro attività, contribuendo a realizzare un sistema di cura più sicuro per pazienti e cittadini.

Nel 2023, il marchio Sham diventa relyens.

Il 2 gennaio 2023, il marchio Sham lascerà il posto al marchio Relyens.
Per affermarsi come Risk Manager degli operatori sanitari in Europa.
Per raggiungere una nuova fase di maturità nel nostro sviluppo di Gruppo mutualistico e servire sempre meglio i nostri clienti e soci.
Per andare ancora oltre, al servizio delle donne e degli uomini che agiscono quotidianamente a favore dell'interesse generale.

Gestire i rischi,
condividere la fiducia.®

relyens.eu #WeAreRelyens

Crediti fotografici: © gpointstudio - stockadobe.com