



SANITÀ 4.0^{1/021}

LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO



PUBBLICAZIONE DEI FORUM DI FEDERSANITÀ
Confederazione delle Federsanità ANCI Regionali



PUBBLICAZIONE DEI FORUM DI FEDERSANITÀ
Confederazione delle Federsanità ANCI Regionali

COMITATO SCIENTIFICO

Angelo Aliquò
Giovanni Messori Ioli
Tiziana Frittelli
Federico Lega
Giuseppe Pasqualone
Gennaro Sosto

REALIZZATO IN
COLLABORAZIONE CON



DIREZIONE EDITORIALE

Flavio Boraso
Gian Paolo Zanetta



DIRETTORE RESPONSABILE

Claudio Risso

PUBBLICITÀ
Instant Love Srl - Torino

PROGETTO GRAFICO
Instant Love Srl - Torino

REDAZIONE

Teresa Bonacci
Magda Verazzi
Marzia Sandroni



www.sanitas40.it

INDICE

5
EDITORIALE

7
**PIANO NAZIONALE DI
RIPRESA E RESILIENZA**
La proposta della
Confederazione delle
Federsanità ANCI
Regionali

13
**L'INFERMIERE DI
FAMIGLIA E DI
COMUNITÀ
E LE PRIORITÀ POST
COVID-19**

19
**LA TELEMEDICINA
NELLA GESTIONE POST
ACUTA DI UN CASO
CLINICO COMPLESSO:**
Chetoacidosi diabetica
e infezione SARS COV2
(COVID-19)

FOCUS

23
INFECTION
CONTROL

27
**NORMATIVA COVID.
VACCINAZIONI NELLE
RSA, UN'ANALISI DELLA
NUOVA**

31
**RSA E RISK
MANAGEMENT:**
prospettive future dopo
il COVID-19

35
**ETICA D'IMPRESA
PER LA TUTELA DELLA
SALUTE**
Arriva dalla provincia
di Latina una soluzione
che purifica aria e
superfici

37
**IL COORDINAMENTO
DEI DIRETTORI
DELLA
CONFEDERAZIONE
DELLE FEDERSANITÀ
ANCI REGIONALI**

39
**ASP RAGUSA
E PROGETTO
ANGELS INITIATIVE,
UN'ALLEANZA CONTRO
L'ICTUS**



 **SANITÀ 4.0**
LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO

EDITORIALE



Reti di prossimità, innovazione organizzativa, continuità ospedale/territorio, integrazione delle politiche, accessibilità e semplificazione: sono queste le sfide che attendono il nostro Servizio Sanitario nazionale e che la Pandemia ha, ancora una volta, posto in primo piano drammaticamente.

Federsanità è impegnata da **oltre 25 anni** nel sostegno all'integrazione sociosanitaria sempre evocata, ma mai attuata fino in fondo. Dobbiamo agire e operare per offrire alle Comunità una rete di servizi realmente integrati senza vuoti assistenziali o scollamenti che rischiano di vanificare anche il miglior modello sanitario o il miglior modello sociale.

Nell'anno appena trascorso, abbiamo toccato con mano la necessità di fornire alle persone non soltanto la necessaria assistenza sanitaria, ma anche un altrettanto necessario supporto di natura sociale. Il modello sociosanitario che costruiremo dovrà quindi partire dagli avanzamenti organizzativi, professionali e istituzionali – ma anche culturali – che hanno contraddistinto, in tutti

questi mesi di lotta al COVID, le risposte degli attori del sociale e del sanitario all'evento pandemico.

Le nostre **proposte di riforma e cambiamento** sono state presentate nelle competenti sedi istituzionali (*Audizione 12esima Commissione Affari sociali Camera dei Deputati 9 febbraio 2021*). Siamo partiti da alcuni spunti di riflessione come la necessità di aumentare le caratteristiche di flessibilità della rete ospedaliera o la definizione di linee guida per la realizzazione degli investimenti in edilizia che tengano conto dell'enorme potenziale offerto dalla disponibilità di una infrastruttura che sia in grado di fare fronte a questa flessibilità, ampliando eventualmente le dotazioni minime delle singole realizzazioni affinché possano essere rapidamente adeguate in base alle modifiche del fabbisogno.

In questo quadro una possibile risposta è quella legata al **ruolo delle Comunità** all'interno di un sistema relazionale che connette le varie dimensioni del benessere stesso: sociale, economico, ambientale, oltre che meramente sanitario.

Tiziana Frittelli
Presidente Nazionale Federsanità
Confederazione delle Federsanità ANCI Regionali



PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA.

La proposta della Confederazione delle Federsanità ANCI Regionali

di *Redazione Sanità 4.0*

La Confederazione è impegnata da 25 anni nel sostegno all'integrazione sociosanitaria sempre evocata ma mai attuata fino in fondo. La Pandemia ha ancora una volta posto in primo piano la necessità di integrare il sociale con la sanità, in modo da offrire alle comunità una rete di servizi integrati senza buchi assistenziali che rischiano di vanificare anche il miglior modello sanitario o sociale. In questi mesi, abbiamo toccato con mano la necessità di fornire –sia ai nuclei familiari sia alle singole persone in quarantena– non soltanto la necessaria assistenza sanitaria, ma anche l'altrettanto necessario supporto di natura sociale come, ad esempio, con la spesa a domicilio o con il sostegno al pagamento di utenze e affitti. Il modello sociosanitario che costruiremo dovrà quindi partire da questi avanzamenti organizzativi, professionali e istituzionali –ma anche culturali–, che hanno contraddistinto le risposte degli attori del sociale e del sanitario all'evento pandemico.

Le politiche di sostegno all'occupazione e alla crescita sono essenziali ma esulano dallo stretto ambito di competenza della nostra Associazione, preferiamo quindi concentrarci sulle materie che rappresentano il nostro impegno quotidiano e sulle quali ci sentiamo di poter offrire un contributo.

L'integrazione sociosanitaria.

Una oramai consolidata letteratura evidenzia come l'assenza di efficaci strumenti di sostegno alla dimensione sociale – che tengano conto delle situazioni di rischio e vulnerabilità, delle condizioni di età e di genere, reddituali, ambientali e di stress, di assenza, di scarsità dei legami interpersonali e sociali – determinino una tensione verso la sanitarizzazione dei bisogni e un conseguente maggiore ricorso ai servizi legati al SSN.

In questo quadro, una possibile risposta è quella legata al ruolo delle comunità e a una sempre

maggiore integrazione sociosanitaria: un sistema a carattere comunitario nel quale produrre salute/benessere diventa un compito anche della società civile e del Terzo settore, all'interno di un sistema relazionale che connette le varie dimensioni del benessere stesso: sociale, economico, ambientale, oltre che meramente sanitario. Un modello di politica sociosanitaria che, soprattutto, si muove per anticipare i bisogni sociosanitari e prevenire le patologie, abbandonando il tradizionale modello "curativo".

La persona deve quindi essere "presa in carico" complessivamente, nelle sue relazioni parentali, familiari e di comunità, facendo in modo da costruire attorno alle sue necessità – ma anche alle residue potenzialità e risorse – il miglior percorso assistenziale possibile partendo dall'abitazione di residenza.

Questo è il primo punto: la persona deve preferibilmente rimanere a casa propria, circondata da affetti e nel suo ambiente abituale. Occorrono quindi servizi domiciliari di alto livello, che tengano assieme la dimensione sociale e quella sanitaria, e che rendano l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione l'ultima risorsa, quando il quadro clinico rende improrogabile il ricovero.



A tal fine:

- Occorre pensare ad un nuovo protagonismo della **Medicina Generale** e della **Pediatria di Libera Scelta**, in modo da evolvere le attuali AFT in modelli agili e maggiormente integrati con gli altri servizi sanitari e sociali di comunità. Abbiamo visto come in questo periodo di crisi troppo spesso inciampi burocratici e amministrativi abbiano reso complicato lo svolgere di funzioni essenziali di assistenza da parte dei MMG e PLS; si pensi alla dotazione dei DPI ma non solo.
- Il rilancio delle **Case di Comunità** e degli **Ospedali di Comunità** rappresenta un punto della Proposta di Piano del tutto condivisibile, rispetto al quale tuttavia richiamiamo l'attenzione sul parametro relativo al solo numero di abitanti, il quale evidentemente non valorizza l'estrema variabilità territoriale del nostro Paese.

Occorrerebbe perciò trovare un punto di maggiore equilibrio nel rapporto tra le Case di Comunità, i presidi di cure intermedie e il numero di abitanti, tenendo conto delle caratteristiche fisiche del territorio, della viabilità e delle potenzialità di connessione al fine di non penalizzare territori meno popolosi, con particolare attenzione a quelli montani o alle c.d. "aree interne" che già soffrono di carenze di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Tali aree sono inoltre spesso abitate da anziani complicando ulteriormente i benefici derivanti dagli avanzamenti tecnologici e dalla c.d. telemedicina.

Per ridimensionare le criticità potrebbe quindi essere utile ricorrere al ruolo del volontariato e del servizio civile, sulla scorta di quelle che sono state le esperienze delle Botteghe della Salute, un servizio multifunzionale, gratuito, riconoscibile e facilmente accessibile a tutti, presente in particolare nei piccoli comuni delle zone montane o più periferiche (isole o periferie delle grandi città). All'interno della **Bottega della Salute** lavorano i giovani del Servizio Civile Regionale adeguatamente formati e personale qualificato, che forniscono informazioni, orientamento e accompagnamento ai tanti servizi presenti.

La **dotazione tecnologica e di diagnostica** costituisce un ulteriore aspetto su cui richiamiamo la necessità di qualificare efficacemente l'azione di presidio sanitario territoriale svolte dalle Case di Comunità.

- **Ammodernamento tecnologico.** Negli anni dal 2010 al 2019, l'Osservatorio GIMBE ha stimato che tra tagli e definanziamenti il Servizio Sanitario Nazionale abbia perduto circa 37 miliardi di euro, portando il rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL al 6,5%, contro una media europea del 7,8%. L'epidemia da SARS-CoV-2 ha quindi colto le nostre strutture e il personale in esso impegnato al termine (si auspica) di un ciclo regressivo di finanziamento del SSN.

Ciononostante, il sistema sanitario nel suo complesso ha tenuto, anche se con profondi squilibri tra la parte ospedaliera e quella dell'assistenza territoriale. Salutiamo quindi con favore le risorse rivolte all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale degli ospedali attraverso un piano di investimenti straordinario, su cui tuttavia occorrerà trovare in futuro le risorse per renderlo ordinario e permanente, per una sanità più efficace e pronta ad affrontare emergenze di portata analoga a quella che stiamo vivendo.

- **La sanità digitale.** L'emergenza sanitaria ha portato, tra i suoi effetti indiretti, una brusca accelerazione della sanità digitale, sia nelle forme più 'primordiali' (p.e. la ricetta del Medico di Medicina Generale inviata ai propri assistiti attraverso messaggi sul cellulare, o scaricabile dal proprio FSE) che in quelle più evolute di telemedicina specialistica.

La necessità cogente di ricorrere a tali strumenti ha probabilmente ridimensionato le resistenze nella popolazione e negli stessi professionisti sanitari a superare la modalità (certamente preferibile, ma da oggi non più unica) di contatto 'fisico' diretto tra medico e paziente.

Anche in questo caso dobbiamo sottolineare la necessità di un approccio più di sistema rispetto al tema, richiamando in particolare il legame con la Missione 1 – relativa alla digitalizzazione – con gli interventi di coesione territoriale della

Missione 5, rispetto alla strategia nazionale per le aree interne. Il superamento delle distanze fisiche consentito dalla telemedicina – di particolare valore in quelle aree montane, insulari e interne caratterizzate da rarefazione dei servizi e maggiori difficoltà di accesso agli stessi – avrà bisogno di infrastrutture di accesso ad Internet che oggi caratterizzano un Paese ancora fortemente diseguale sotto questo aspetto strategico.

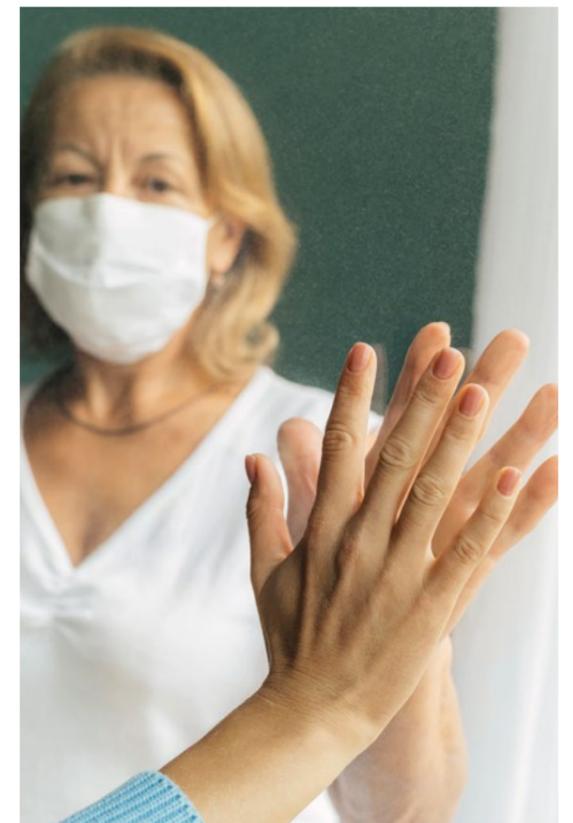
Telemedicina e dotazione informatica del territorio vanno quindi di pari passo. Per svolgere al meglio le funzioni di cure primarie anche le strutture territoriali devono essere dotate di infrastrutture informatiche efficienti e moderne in grado di attivare telemedicina, teleconsulto e inviare flussi in database regionali e nazionali in modo da poter gestire al meglio l'attività e misurarla per efficacia e appropriatezza. Il tutto, è bene ricordarlo, all'interno del nuovo scenario dei LEA che ha visto il recente ingresso proprio della Telemedicina, grazie all'accordo in Conferenza Stato-Regione del 17 dicembre 2020, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina".

- **Flussi informativi sociosanitari e Big Data.**

Il Fascicolo Sanitario Elettronico presenta ancora caratteri di diffusa disomogeneità di attuazione e, soprattutto, di utilizzo tra Regioni, Aziende sanitarie, medici e cittadini.

La Proposta di Piano individua – seppur per tratti generali – le sue potenzialità, anche in ottica predittiva del fabbisogno di salute (e di servizi) attraverso il trattamento e l'analisi di Big Data consentiti dalle applicazioni di Intelligenza Artificiale. Da questo punto di vista, occorre quindi rilanciare l'utilizzo dello strumento FSE in maniera uniforme e interoperabile sull'intero territorio nazionale, facendo leva sul fondamentale ruolo giocato dai primi punti di accesso sanitari sul territorio, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta.

Il carattere strategico del Piano e il livello degli obiettivi che esso intende raggiungere rendono opportuno anche un 'salto di livello' rispetto alla raccolta e analisi integrata delle informazioni tanto di tipo sanitario che sociale. La cartella informatizzata sociosanitaria rappresenta uno strumento fondamentale all'interno della cassetta degli attrezzi dell'integrazione. Gli operatori e le operatrici dei due ambiti dovrebbero infatti contare su informazioni complete e aggiornate sull'intera platea dei bisogni espressi dall'utente, e delle risposte organizzate ed erogate dai Servizi, all'interno di un percorso ideale dove gli scambi e i passaggi di campo tra le due realtà sono continui. In questa prospettiva, una migliore organizzazione, la standardizzazione e l'accessibilità dei dati costituiscono un prerequisito per una più efficace gestione di percorsi assistenziali integrati.



Piano Regolatore territoriale delle strutture.

Le attività sociali, socioassistenziali e socioassistenziali devono godere di una rete di strutture in grado di assolvere alla loro funzione istituzionale in modo coordinato ed efficace ma soprattutto omogeneo sul territorio nazionale. Strutture residenziali, ma in particolare semiresidenziali e centri diurni per persone con disabilità, anziani, salute mentale, centri di recupero e riabilitazione devono essere coordinati in modo da offrire un pacchetto di servizi integrato e completo a disposizione delle comunità di riferimento. A questo proposito, sulla scorta delle indicazioni fornite riguardo all'integrazione socioassistenziale, occorre definire un piano di interventi che tenga conto delle specificità degli assetti dei singoli territori.

Un ulteriore aspetto chiama in causa la **governance** di questi processi. La creazione di nuove reti tra sociale e sanitario, in una dimensione multilivello, richiede infatti l'individuazione di un riferimento istituzionale che possa coordinare e programmare interventi complessi.

Governance delle politiche della salute.

Le risorse del Piano da sole non bastano se non vengono inserite all'interno di un quadro istituzionale, professionale e comunitario di governance socioassistenziale capace di coinvolgere i diversi soggetti coinvolti: le Regioni, con le Aziende sanitarie, i Comuni, nella fornitura dei servizi sociali, la cittadinanza e il Terzo settore, valorizzando i principi di sussidiarietà e partecipazione.

Gli ambiti territoriali rappresentano la dimensione ottimale di valutazione dei bisogni e di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socioassistenziali e sociali integrate, oltre a gestire la continuità e le risposte territoriali della integrazione socioassistenziale, compresi i servizi per la salute mentale e le dipendenze e della non autosufficienza.

Rappresentano quindi l'ecosistema all'interno del quale vengono governate le politiche della salute per le comunità, occorre perciò un loro coordinamento rispetto alle dimensioni:

- Istituzionale: attraverso la Conferenza dei Sindaci;
- Programmatorio: attraverso l'integrazione del Piano Sociale di Zona, del Piano per l'integrazione socioassistenziale e quello delle Cure primarie;
- Assistenziale: attraverso la definizione di percorsi in grado di gestire la complessità dei bisogni e delle risposte socioassistenziali;
- Gestionale: rispetto ai servizi relativi alle funzioni sociali e di sanità territoriale;
- Comunitarie: inerenti il coinvolgimento delle comunità competenti alla costruzione partecipata delle politiche locali per la salute.

Quanto delineato, riferito all'azione efficace degli interventi socioassistenziali, troverà maggiore forza solo all'interno di un quadro in cui, accanto ai LEA, i sistemi di servizio potranno contare anche sulla determinazione (e relativo finanziamento nazionale) dei Livelli Essenziali delle Prestazioni di ambito sociale, prerequisito all'esigibilità dei diritti civili e sociali sull'intero territorio nazionale.

Su questo aspetto, il nostro Paese sconta ormai un ritardo non più ammissibile a 20 anni dalla Legge 328/2000.

L'ultimo aspetto chiama in causa il tema della **formazione**. Significa quindi promuovere percorsi di formazione del personale sanitario e amministrativo dal punto di vista tecnico-professionale, digitale e manageriale. Ciò al fine di preparare figure capaci di:

- interpretare nuovi dati e informazioni;
- programmare percorsi multidisciplinari, che tengano insieme aspetti sociali e sanitari;
- gestire organizzazioni complesse che non si misurano soltanto sulla base di una logica aziendale.

Proposte

- Supportare un nuovo protagonismo della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, in modo da far evolvere le attuali AFT in modelli agili e maggiormente integrati con gli altri servizi sanitari e sociali di comunità.
- Individuare un punto di maggiore equilibrio nel rapporto tra Case di Comunità, presidi di cure intermedie e numero di abitanti, tenendo conto delle caratteristiche fisiche del territorio, della viabilità e delle potenzialità di connettività.
- Attuare l'integrazione socioassistenziale dando piena attuazione alla L.328/2000, definendo i livelli essenziali delle prestazioni in ambito socioassistenziale e trovando le necessarie complementarità rispetto ai LEA.
- Dedicare un maggiore focus ai territori meno popolosi, con particolare attenzione a quelli montani o alle c.d. "aree interne", che già soffrono di carenze di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Questi territori vedono inoltre una maggiore presenza di fasce di popolazione anziana, che spesso presenta difficoltà nell'utilizzo di device tecnologici.
- Ricorrere alla leva del volontariato e del servizio civile per avvicinare i servizi – sanitari, sociali e di pubblica utilità – ai cittadini delle aree più deboli, sia attraverso la presenza di presidi fissi sia di strutture mobili. A questo proposito una buona pratica è quella delle Botteghe della Salute sperimentate in Toscana.
- Affiancare a interventi straordinari specifiche risorse strutturali per sostenere l'ammodernamento tecnologico degli ospedali e dei presidi socioassistenziali locali.
- Promuovere un approccio di sistema tra la Missione 1 relativa alla digitalizzazione con gli interventi di coesione territoriale rispetto alla strategia nazionale per le aree interne – Missione 5 -. Il superamento delle distanze fisiche consentito dalla telemedicina avrà infatti bisogno di infrastrutture di accesso oggi distribuite in maniera diseguale all'interno del Paese.
- Promuovere una migliore organizzazione, standardizzazione e accessibilità dei dati sociali e sanitari, anche attraverso la interoperabilità delle relative banche dati. Ciò rappresenta il prerequisito per una più efficace gestione di percorsi assistenziali integrati.
- Individuare criteri condivisi per la promozione di una rete di strutture territoriali – sociali, socioassistenziali e socioassistenziali – basate sulle reali esigenze dei territori e sulle possibili sfide individuate a partire da un approccio predittivo rispetto alle criticità.
- Definire un adeguato quadro istituzionale – ad esempio con consorzi o convenzioni tra aziende sanitarie ed enti locali – e basato su una governance multilivello tra Regioni, ASL e distretti e che veda la partecipazione dei Comuni e delle rappresentanze del Terzo settore.
- Promuovere adeguati piani di formazione dedicati agli aggiornamenti tecnico-professionali, digitali e manageriali. In particolare, si tratta di formare manager con una visione integrata rispetto alla programmazione socioassistenziale, capaci di interpretare nuovi dati e informazioni e di gestire organizzazioni complesse, valutabili non soltanto sulla base di logiche aziendali.



L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ E LE PRIORITÀ POST COVID-19

di Anna Maddalena Basso¹; Paola Obbia²

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è stato riconosciuto in Italia con la legge 77 del 2020. Il presente articolo si prefigge di fornire, primariamente, una disamina essenziale dei contenuti delle norme, dei principali documenti teorici e delle esperienze più significative rispetto all'IfeC, che rappresentano la "cornice" di un "quadro" tutto da costruire sulla base dei diversi contesti, delle storie dei servizi, degli assetti organizzativi e delle culture della salute che li caratterizzano. Oltre a ciò ed in ragione di questa "potenzialità" – cioè la possibilità di versatile allocazione e finalizzazione di questa figura professionale nel quadro ovviamente "unitario" di premesse già abbastanza ben delineate dalle norme, dal vivace dibattito e dalle esperienze in corso – si forniranno alcune riflessioni "libere" in relazione anche all'"apprendimento organizzativo" che l'esperienza COVID-19 e le sfide più significative per il SSN (Patologie Croniche, Multimorbilità, Fragilità) hanno generato e continuano a generare.

L'IfeC come opportunità di riqualificazione di tutta la rete assistenziale, infermieristica e non

Gli infermieri contribuiscono alla sanità territoriale con competenze avanzate nella prevenzione, nelle gestioni delle malattie croniche, delle lesioni vascolari, delle stomie, dell'educazione terapeutica, delle cure palliative. Il loro contributo è indispensabile sia a livello ambulatoriale che domiciliare. Attualmente, però, le loro prestazioni sono accessibili solo su prescrizione di altri professionisti e in casi di malattia già presente. Il retaggio culturale e organizzativo di dipendenza professionale, contrasta con il grado di autonomia progressivamente acquisito in tutti gli ambiti, territoriali ed ospedalieri. E ciò grazie ad una formazione di base ampia (clinica, assistenziale ed anche – e non di secondaria importanza- "relazionale") ma anche allo specializzarsi progressivo delle competenze e delle abilità.

La recente esperienza COVID-19 ha anche messo in luce un aspetto, che potremmo definire un ulteriore pilastro del corredo "cromosomico" che compone la professionalità infermieristica, che è quello della versatilità e della capacità di lavorare in team: il forzoso e rapido spostamento tra servizi, anche verso contesti ad alta complessità – spesso accompagnato soltanto da brevi processi formativi – è stato uno dei fattori di successo della battaglia contro la pandemia, sia in ambito ospedaliero, che territoriale

Le peculiarità dell'Infermieristica di Famiglia e di Comunità si basa su un ulteriore pilastro, oltre a quelli già menzionati, e cioè la "proattività" nella lettura dei bisogni e nell'attivazione delle capacità personali e delle reti di sostegno^[1]. Il documento Health 21 dell'OMS lo posiziona, infatti, come primo punto di contatto tra le persone e l'assistenza sanitaria per favorire l'integrazione tra i servizi disponibili e la loro accessibilità ai cittadini^[2].

Il documento emanato dalla Conferenza Stato-Regioni il 17/09/2020 in applicazione della legge 77/20 descrive un:

professionista appositamente formato, con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute, che opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi^[3].

Tale definizione è un evidente superamento della prospettiva squisitamente prestazionale e proietta verso una figura multicompetente e proattiva, che, in virtù delle sue capacità di relazione e di integrazione, può assolvere, da un lato, ad una funzione di filtro di prossimità nei confronti dei bisogni del singolo e della comunità e di indirizzamento appropriato e pertinente all'uso dei servizi, e dall'altro di poter svolgere una funzione di snodo di raccordo con le reti e con i team assistenziali.

¹Direttore DIPSASCLCNI sede di sperimentazione del progetto CoNSENSo
²IfeC ASCLCNI – Presidente AIfeC

Come ben si comprende, tali funzioni sono basilari lo ha ancora una volta dimostrato l'esperienza COVID-19, i cui risultati si debbono proprio alla contaminazione tra servizi e tra professionisti – e lo dimostrano ancora di più le nuove sfide del SSN, quali sono le patologie croniche, le multimorbilità e, più in generale, le fragilità che non riguardano solo anziani, ma sempre più giovani e bambini. Peraltro, le nuove parole d'ordine che caratterizzano tale figura comunità, pro-attività, integrazione con il sociale, risultano anche sintoniche con i nuovi orizzonti che stanno sorgendo sul tema del transito dalle "Case della Salute" verso le "Case della Comunità" secondo il principio che la salute è bene comune e costruzione sociale e non una merce da acquistare in un centro specializzato ^[4].

Funziona?

La delibera 32-5173/2017 del Piemonte ha riconosciuto la valenza strategica degli Infermieri di Famiglia e di Comunità per:

- migliorare l'accesso ai servizi sanitari, con integrazione dei servizi assistenziali, sociali ed ospedalieri;
- promuovere sani stili di vita;
- riconoscere precocemente gli stati di fragilità prima che insorgano stati irreversibili di disabilità;
- gestire in modo integrato le condizioni di cronicità in collaborazione con i medici di medicina generale e gli altri professionisti;
- sviluppare l'educazione terapeutica per l'autogestione della malattia;
- gestire appropriati strumenti di tele-assistenza.

Nelle esperienze sviluppate è stata prospettata:

- una riduzione significativa dei ricoveri urgenti e un aumento di quelli programmati (per tutte le cause);
- una diminuzione degli accessi non prioritari al pronto soccorso;
- una riduzione dei ricoveri multipli.

Rilevante, ma non quantificabile allo stato attuale, il miglioramento delle relazioni sociali e l'attivazione di esperienze di welfare generativo ^[5-6]. Tali aspetti hanno anche importanti ricadute di coesione sociale.

Nel 2018 un'indagine di Cittadinazattiva e FNOPI ha rilevato che il 78% delle persone intervistate ritiene utile poter scegliere e disporre di un infermiere di famiglia come si fa con il medico ^[7].

Questo già avviene, ad esempio, in Spagna dove a ogni IFeC sono assegnanti 1500 cittadini.

In molte Regioni sono stati pubblicati bandi di assunzione in applicazione alla legge 77/20. Attualmente sono stati censiti in Italia più di seicento professionisti, alcuni con master di livello universitario e altri con corso regionale, che lavorano come Infermieri di Famiglia e di Comunità in Lazio, Liguria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Toscana.

Le progettualità differiscono a volte negli obiettivi, alcune sono più orientate alla prevenzione primaria e secondaria, altre alla prevenzione terziaria e quaternaria. In comune si evidenzia il coinvolgimento attivo dei cittadini, la mappatura delle risorse formali e informali del territorio, le azioni a sostegno delle famiglie e dello sviluppo del capitale sociale, la presa in carico anticipata e leggera, il monitoraggio delle malattie croniche, il supporto dell'eHealth per il counselling e la diagnostica a distanza, la metodologia delle case management, il ruolo di integrazione tra i servizi, la collaborazione con i sindaci. La motivazione delle Direzioni Aziendali, partendo dai direttori DIPSA, è stata determinata per l'avvio delle sperimentazioni.



In foto da sinistra a destra: Sansone Francesca, Perrone Veronica, Ribero Martina, Chiapello Elisa e Lingua Arianna

Il Piemonte è dal 2014 Regione Reference Site a livello europeo per la formazione degli Infermieri di Famiglia e di Comunità ed è stato capofila del progetto CoSENSO che ha dato visibilità nazionale al ruolo. Sono state individuate per il progetto le zone dalla Strategia Nazionale Aree Interne SNAI, nell'ASLCNI in Piemonte e nell'ASL 3 Genovese in Liguria.

L'ASLCNI è stata scelta come sede di sperimentazione sia per la storica attenzione all'Infermieristica del territorio in integrazione con i servizi sociali e ospedalieri, sia per l'esperienza pluriennale e consolidata degli Ambulatori della Salute.

L'attività di tali ambulatori a gestione infermieristica e strettamente correlati al "Piano Cronicità", ha permesso di dimostrare con risultati concreti l'importanza degli infermieri organizzati all'interno della rete assistenziale ed in particolare per lo sviluppo di processi strutturati e sistematici di "empowerment del paziente e dei caregiver". Ha anche permesso di mettere in luce il valore del follow up infermieristico dei pazienti cronici, "proattivo" – quindi con recall dei pazienti in "drop out" dai piani di cura - e gestito in interazione con il Medico di Medicina Generale e lo Specialista – quindi con "alert" nel caso di insorgenza di rischi e complicitanze -.

In un tale scenario, nel quale con le pratiche si attenuano le resistenze e le autoreferenzialità legate al prevalere delle logiche correlate ai ruoli e alle discipline, l'inserimento degli IFeC può divenire un connettore diretto con la comunità, non un semplice "raccordo" ma un attore fondamentale per andare «oltre l'integrazione» (che è un termine che fa parte ancora una volta del "vocabolario tecnico"



e della visione di "centralismo dei servizi") verso nuove "alleanze" con i singoli e con la comunità, basate sul riconoscimento reciproco. In ragione di tutto ciò, l'IFeC non può essere concepito come un semplice tecnico che si aggiunge all'esistente, ma deve essere un "attore multicompetente della complessità", in grado di contribuire a promuovere la radicale revisione critica degli assetti organizzativi ed operativi dei servizi territoriali e comunitari, infermieristici e non.

Ma dove inserirlo?

Dalla survey effettuata da C.R.E.A. Sanità sulle priorità post COVID-19 si evidenzia, da parte dei Direttori Generali e Amministrativi, l'idea prevalente di inserirlo nel Distretto Socio Sanitario o nei Dipartimenti di Prevenzione. Altre sedi identificate dalla survey sono le Case della salute/Comunità, le USCA, nuove entità organizzative e gli studi dei Medici di Medicina Generale ^[8].

L'idea di nuove entità organizzative appare interessante per un ripensamento generale sulle cure primarie e per favorire il successo del ruolo ^[9].

Attualmente, infatti, le competenze degli infermieri non sono riconosciute a livello sociale ed organizzativo e il ruolo dell'IFeC non è facilmente compreso all'interno di servizi storicamente strutturati per la reattività anziché per la proattività. Tra gli ostacoli a ruoli avanzati di infermieristica territoriale l'OCSE rileva l'opposizione di alcune parti interessate, barriere normative quali leggi obsolete ed eccessivamente restrittive, schemi di finanziamento e di rimborso, assenza di una forte leadership e scarse strategie di gestione del cambiamento ^[10-11].

Le attività degli Infermieri del territorio, sono rilevabili dai tracciati informatici regionali, solo in termini prestazionali e incardinati quindi dentro una logica di "patologia presente" e con accesso mediato da specifica richiesta di MMG. La registrazione di parte delle attività proattive, utilizzando le voci pertinenti contenute nei Livelli Essenziali di Assistenza del 2017, può quantificare il valore economico del lavoro svolto.

È, altresì, necessario il riconoscimento contrattuale della specializzazione, ancora in fase di definizione.

Quindi...

Stiamo vivendo un momento storico in cui problemi sociali, economici e ambientali rivoluzionano il panorama socio-sanitario in modo rapido e imprevedibile. Migliorare la risposta alla complessità dei bisogni attuali e futuri contribuisce anche alla sostenibilità del nostro Sistema Sanitario Nazionale e alla tutela del diritto alla salute. È necessario uno sforzo innovativo per l'attivazione di tutte le risorse disponibili in modo snello e flessibile e per la partecipazione di tutti gli attori, aprendo "nuove porte" tra le persone e i servizi e tra i servizi stessi. In questo contesto, un nuovo ruolo degli Infermieri sul campo può contribuire, attraverso l'attenzione alla bassa soglia e la valutazione proattiva dei bisogni, a diminuire il carico personale e sociale della mancanza di salute ^[12-13-14].



Ricordiamo, in questa sede, che il lavoro degli Infermieri di Famiglia e di Comunità del progetto CoNSENSo è stato considerato tra i migliori esempi di utilizzo dei Fondi Strutturali Europei per facilitare l'accesso ai servizi sanitari [15-16]. Valutazioni da parte di economisti hanno, inoltre, confermato la sua sostenibilità ^[17].

Ma il ruolo va compreso, contestualizzato in una prospettiva e in una logica unitaria e sistemica, e messo in grado di agire compiutamente.

Riferimenti

^[1] <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position-Statement-FNOPI-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunita.pdf>

^[2] WHO 1998 HEALTH 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region

^[3] <http://www.regioni.it/newsletter/n-3909/del-17-09-2020/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-linee-di-indirizzo-21653/>

^[4] Manifesto "Salute bene comune": <https://www.disuguaglianzedisalute.it/movimento-nazionale-prima-la-comunita-insieme-per-il-benessere-di-ogni-persona/>

^[5] <https://www.triesteprima.it/partner/asuits-la-comunita-che-fa-salute-le-microaree-di-trieste-per-l-equita.html>

^[6] https://www.disuguaglianzedisalute.it/wp-content/uploads/2019/10/BOX-1_appfondimenti.pdf

^[7] <https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/11199-i-cittadini-promuovono-gli-infermieri-presentati-i-dati-dell-osservatorio-di-cittadinanzattiva-e-fnopi.html>

^[8] <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2350090.pdf>

^[9] Verso il Libro Azzurro": i 12 punti della campagna "Primary Health Care: Now Or Never <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5037404.pdf>

^[10] Delamaire, M.-L. & Lafortune, G. (2010), Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Paper, 54 DELSA/HEA/WD/HWP (2010)5.

^[11] Maier, C., L. Aiken and R. Busse (2017), "Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation", OECD Health Working Papers, No. 98, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>

^[12] Longo F., (2016) Welfare futuro. Scenari e strategie EGEA S.p.A. Milano

^[13] Cipolla C., a cura di (2010) Il contenzioso sanitario visto dai pazienti. Materiali di studio e ricerca. Franco Angeli Milano

^[14] Marcadelli S., Obbia P., Prandi C., (2018), Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica, Roma, Edizioni EDRA.

^[15] <https://www.targatocn.it/2018/12/11/leggi-notizia/argomenti/targato-curiosita/articolo/il-progetto-consenso-dellasl-cn1-arriva-a-bruxelles.html>

^[16] European Commission (2019), ESI Funds for Health. Building knowledge & capacities. Final Conference – Report, Milieu Ltd Bruxelles, January.

^[17] Ippoliti R., Allievi I., Falvigna G., Giuliano P., Montani F., Obbia P., Rizzi S., Moda G. (2018), The sustainability of a community nurses programme aimed at supporting active ageing in mountain areas, in International Journal of Health Planning and Management, Jul 33(4), 1100-1111.





LA TELEMEDICINA NELLA GESTIONE POST ACUTA DI UN CASO CLINICO COMPLESSO:

Chetoacidosi diabetica e infezione SARS COV2 (COVID-19)

di *Dott. Andrea Corino¹; Dott.ssa Roberta Mant²; CPSI Cristina Laiolo³; CPSI Rosa Mortello³.*

Lo scorso 16 gennaio veniva trasportata dal 118 presso il Pronto soccorso dell'Ospedale Santa Croce di Moncalieri (AslTO5) una giovane donna di 18 anni che da circa una settimana presentava un'astenia ingravescente con algie addominali, difficoltà ad alimentarsi ed assumere liquidi e, nelle ore precedenti la chiamata del 118, stato confusionale.

All'arrivo in DEA la ragazza presentava una situazione critica caratterizzata da:

- PA 85/60, Fc 100 r; So₂ 92%, T 36.5°; soporosa ma risvegliabile con stimoli verbali (GCS 3+3+5), pupille isocoriche isocicliche, iporeagenti, non segni meningei, non segni neurologici di lato, obiettività cardiopolmonare non significativa, addome trattabile ma diffusamente dolente, organi ipocondriaci in limiti, mucose aride.
- **Glicemia 682 mg/dl** (in assenza di storia nota di diabete mellito), **pH 6.87**, **HCO₃ 6.9 mmol/L**, **Anion GAP 24 meq/l**, Na 152 meq/l, K 3.5 meq/l, Creat 1.5 mg/dl, **glicosuria 500 mg/dl**; **Chetonuria 40 mg/dl**, AST 45 UI/l, ALT 38 UI/l, Hb 10.0 gr/dl, MCV 74, PLTS 107.000, Gb 5200 (10% Linfociti), PT INR 1.2, PTT 30 sec., Fibrinogeno 215 mg/dl, D-dimero 640 ng/ml, PCR 2.5.
- RX TORACE: nella norma; ECG: tachicardia sinusale
- **Tampone SARS COV2 Positivo.**

Iniziava pertanto immediatamente in DEA un trattamento intensivo dello scompenso chetoacidotico acuto di diabete precedentemente non noto (ossigenoterapia con CN 4L/min, bolo 1000 cc S.Fisiologica, bicarbonati ed infusione insulinica ev sec protocollo di Markowitz, posizionamento catetere venoso centrale e catetere vescicale) e la mattina successiva la paziente veniva ricoverata in Area Critica COVID della Divisione di Medicina

interna (Responsabile Dott.ssa Paola Pasquino) dove proseguiva:

- protocollo infusione insulina rapida ev (Markowitz) secondo algoritmo con controllo glicemia capillare (HGT) ogni ora fino a glicemia 250 mg% e poi ogni 2 h, con obiettivo glicemico 140-180 mg% raggiunto nell'arco di 24 ore circa e successiva aggiunta di soluzione glucosata 5% ml in associazione alla infusione insulinica continua;
- infusione liquidi regolati sec. diuresi oraria, PA, elettroliti (circa 200 ml/h);
- bicarbonati 5% 100 ml x 3 per le prime 24 h;
- monitoraggio HGT orario, PH ed elettroliti ogni 4-6 h, creatinina, emocromo, AST, ALT, Es urine quotidiano.

A 72 ore circa dall'arrivo in PS si osservava normalizzazione dei principali parametri metabolici (EGA, Chetonuria), PA 100/60, So₂ 98% AA, recupero di un normale stato di coscienza e ripresa dell'alimentazione orale; si programmava pertanto lo switch a terapia insulinica sottocute embricando la somministrazione di Insulina long acting con infusione insulinica i.v. al fine di evitare rebound iperglicemici alla sospensione dell'infusione; veniva inoltre calcolato il fabbisogno insulinico giornaliero stimato sulla base del regime infusione precedente e del peso attuale della ragazza (che riferiva un calo di peso di 10 kg nelle ultime settimane) distribuendo la dose totale calcolata in 50% di insulina long acting e 50% insulina rapida ai 3 pasti principali evitando un regime insulinico "al bisogno".

Gli esami ematochimici confermavano il sospetto clinico di diabete immunomediato di tipo 1 (ricerca anticorpi anti GAD 8.4 U/ml), insorto certamente nelle

¹Dirigente Medico I livello S.C. Medicina Interna AslTO5 (P.O. Santa Croce - Moncalieri)

²Dirigente Medico I livello S.C. Diabetologia Territoriale AslTO5 - Sede di Moncalieri

³S.C. Diabetologia Territoriale AslTO5 - Sede di Moncalieri

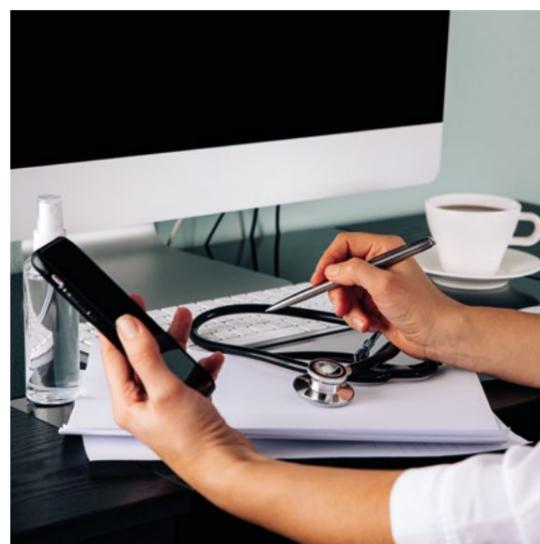
settimane precedenti (HbA1c 12.4%) e verosimilmente aggravato dalla più recente infezione da SARS COV2, seppure per il resto la ragazza si presentasse paucisintomatica (in particolare non tosse, febbre, dispnea). I restanti esami ematochimici confermavano altresì una lieve anemia multifattoriale (Hb 9.6, MCV 73, Ferritina 280, Ferro 120, Folati 1.8, Vit B12 680) ed inoltre positività Anticorpi anti TPO (48) con normale funzione tiroidea (TSH 2.2 mUI/l, fT4 1.2ng/dl).

Nell'impossibilità di inviare la paziente in presenza presso la S.C. Diabetologia Territoriale – sede di Moncalieri (Direttore Dott. Carlo Bruno Giorda), stante la perdurante contagiosità della ragazza (inoltre risultavano COVID positivi, seppure asintomatici, anche tutti i familiari a domicilio), si decideva in accordo con il Servizio di Diabetologia di Moncalieri di avvalersi di prestazioni di "Telemedicina" e si procedeva a innanzitutto a "seduta educativa" (tramite piattaforma di comunicazione virtuale) per istruire la ragazza all'utilizzo di device per FLASH GLUCOSE MONITORING (sistema di monitoraggio in continuo del glucosio interstiziale a domanda) fornito dal Servizio di Diabetologia per avviare monitoraggio della glicemia interstiziale, consentendo così sia di evitare l'utilizzo del classico glucometro e il controllo frequente della glicemia capillare da parte del personale infermieristico impegnato in area COVID sia, tramite app specifica attivata su cellulare della pz, di poter visionare in tempo reale le glicemie da remoto da parte della Diabetologia Territoriale; si eseguivano inoltre altre sedute educative alla ragazza in "Telemedicina" (tramite videochiamate con tablet della S.C. Diabetologia Territoriale), sempre alla presenza del Medico di Medicina Interna di riferimento (Dott. Andrea Corino) in collegamento con il Medico Diabetologo (Dott.ssa Roberta Manti), il personale infermieristico del Centro di Diabetologia (CPSI Cristina Laiolo e Rosa Mortello) ed i familiari della paziente, sottoposti a isolamento presso il proprio domicilio, al fine di fornire indicazioni in merito alla patologia alla ragazza in presenza (seppur da remoto) della famiglia e istruire la paziente all'autogestione della terapia insulinica, a riconoscimento e gestione di eventuali ipoglicemie, al significato del monitoraggio glicemico interstiziale ed alla possibilità di visualizzazione delle rilevazioni glicemiche tramite APP da parte della Diabetologia.

La paziente veniva pertanto presa in carico a 360 gradi dal Servizio di Diabetologia quando ancora si trovava in area COVID.

Tale approccio integrato fra ospedale e territorio permetteva di passare rapidamente dalla fase acuta a quella cronica della malattia, consentendo di rinviare la paziente in famiglia (seppure in isolamento fiduciario, stante la perdurante positività del Tampone) già in 10° giornata, in ottime condizioni generali (Peso + 3 Kg dall'ingresso), in discreto compenso glicometabolico (glicosuria e chetonuria assenti, glicemie comprese fra 90 e 250 mg%), in grado di autosomministrarsi efficacemente l'insulina s.c. con penne iniettrici, di controllare i valori glicemici tramite sensore, di saper riconoscere e gestire l'eventuale ipoglicemia (peraltro mai sperimentata durante il ricovero).

Il percorso sta proseguendo al domicilio, dopo la dimissione, con il supporto della Diabetologia Curante che, sempre tramite telefono/telemedicina, continua il monitoraggio glicemico a distanza, il supporto psicologico personale e familiare ed ha già avviato sedute di educazione alimentare per spiegare la tecnica del "carb-counting" al fine di adeguare la terapia insulinica alle abitudini alimentari e alla graduale ripresa delle normali attività quotidiane, in attesa della cessata contagiosità e della possibilità di visitare in presenza la ragazza presso l'ambulatorio di Diabetologia.



Conclusioni e considerazioni

Seppure non sia ancora del tutto escluso un ruolo "diabetogeno" del SARS COV2 nell'insorgenza del DM tipo 1, sicuramente l'infezione da SARS COV2 ne aggrava il decorso, sia ritardando l'accesso ai servizi sanitari, sia attraverso lo spiccato stato pro-infiammatorio indotto dalla risposta immunitaria che può aggravare lo scompenso glicometabolico del DM tipo 1 con più grave chetoacidosi (specie se non ancora diagnosticato come nel caso da noi segnalato) ed aumentare il fabbisogno insulinico nei pazienti già in terapia. I provvedimenti sanitari (quarantena/isolamento fiduciario) volti a contenere la diffusione virale possono d'altro canto aggravare lo stress psicologico connesso alla improvvisa diagnosi di una malattia cronica così impattante sulle proprie abitudini di vita e sulle relazioni familiari e personali. Una collaborazione stretta "multispecialistica" e "multimediale" fra Ospedale e Servizi Territoriali consente tuttavia di iniziare il percorso educativo già nei primi giorni di ricovero, transitando rapidamente dalla fase di "passiva" assunzione delle terapie della fase acuta alla gestione "attiva" e consapevole della malattia diabetica cronica.

Anche l'utilizzo del monitoraggio glicemico interstiziale tramite device in grado di comunicare (tramite app specifiche) con lo specialista diabetologo e le possibilità di relazione medico/paziente tramite telemedicina, consentono, se ragionevolmente utilizzati, un migliore esito clinico, una riduzione della durata della degenza ed una maggiore soddisfazione del paziente (e dei familiari) soprattutto in tempi di pandemia.

Bibliografia

- [1] Rubino F, et al. New-onset diabetes in COVID-19. NEJM 2020, DOI: 10.1056/NEJMc2018688.
- [2] Bornstein SR, et al. Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19. Lancet Diabetes Endocrinol 2020, 8: 546-50.
- [3] Rabbone I, et al; the Diabetes Study Group of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetes. Has COVID-19 delayed the diagnosis and worsened the presentation of type 1 diabetes in children? Diabetes Care 2020, DOI: 10.2337/dc20-1321.
- [4] Bailey TS, et al. American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) and American College of Endocrinology (ACE) 2016. Outpatient glucose monitoring consensus statement. Endocr Pract 2016, 22: 231-61.
- [5] Lind M, Polonsky W, Hirsch IB, et al. CGM vs. conventional therapy for glycemic control in adults with type 1 diabetes treated with MDI injections: the GOLD randomized clinical trial. JAMA 2017, 317: 379-87.



INFECTION CONTROL

di Massimo Andreoni¹



La pandemia da coronavirus che sta flagellando gran parte del mondo in questi ultimi mesi, si inserisce all'interno di una situazione epidemiologica particolarmente grave in Italia rappresentata dalle infezioni da batteri multi-resistenti. Infatti, le infezioni ospedaliere sono una delle maggiori cause di mortalità nel paziente ricoverato e hanno acquisito negli ultimi anni un rilevante peso nella gestione dei pazienti ospedalizzati sia in termini prognostici che economici.

Complessivamente si stima che nei paesi sviluppati il tasso di infezioni correlate alle pratiche assistenziali è pari al 5-10% di tutti i pazienti ricoverati, mentre nei paesi in via di sviluppo può raggiungere percentuali superiori al 25%. In questi ultimi anni si è assistito all'allargarsi del fenomeno dell'infezioni da germi multi-resistenti anche al di fuori dell'ospedale con il 5% di infetti tra i pazienti residenti in strutture per anziani e l'1% tra i pazienti assistiti a domicilio.

Sotto questo aspetto è importante sottolineare che, in uno studio condotto nel Policlinico di Tor Vergata di Roma, è stato dimostrato che circa un terzo di soggetti ospedalizzati con un'infezione da batteri gram negativi multiresistenti era già colonizzato all'ingresso in pronto soccorso. Questo dato conferma l'importanza di una sorveglianza microbiologica, attraverso il tampone rettale, di tutti i pazienti all'ingresso in ospedale per evitare di catalogare non correttamente infezioni acquisite durante la degenza con tutti gli importanti risvolti medico-legali e quindi economici che ne derivano.

I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità affermano che solo in Europa, ogni anno si verificano più di 670.000 infezioni da batteri resistenti agli antibiotici e ci sono 33.000 decessi come diretta conseguenza di queste infezioni. Oggi un terzo dei decessi in Europa si verificano in Italia, dove ogni anno muoiono circa 11.000 persone. Sempre in Italia è stato stimato che il 5% dei pazienti ospedalizzati contrae una infezione durante il ricovero e che il 7-9% di tutti i pazienti ricoverati risulta infetto.

Questi dati, oltre ad avere una enorme rilevanza in termini di sanità pubblica, pongono rilevanti problemi in termini di costi: infatti, la banca mondiale ha calcolato che l'antibiotico-resistenza costerà all'Italia 13 miliardi di dollari da qui al 2050 con un impatto economico che potrebbe avere ripercussioni più pesanti della crisi finanziaria del 2008-2009 (Fonte: World Bank 2017 – Drug Resistant Infection, A Threat to Our Economic Future).

L'European Center for Diseases Prevention and Control in una ispezione fatta nel nostro paese nel 2017 ha concluso che in Italia esiste una condizione iper-endemica di enterobatteri multi-resistenti e che non sono state avviate procedure efficaci da parte delle istituzioni per il contenimento di questo fenomeno, definito dagli ispettori, di "rassegnazione".

In questo scenario è indispensabile un intervento immediato con l'attuazione di politiche che prevedano l'avvio di procedure e protocolli finalizzati alla riduzione della circolazione di germi multiresistenti e all'attuazione di strategie per il corretto uso degli antibiotici prevedendo anche l'accesso più rapido di nuovi farmaci in grado di contrastare l'antibiotico-resistenza.

Purtroppo, le infezioni correlate alle pratiche assistenziali sono solo in parte prevenibili con la buona pratica clinica e con l'applicazione di accurate norme igieniche. Infatti, almeno il 70% di esse è incompressibile nella sua incidenza, in quanto non correlato a cattive pratiche cliniche ma collegato, con nesso di causalità, alle caratteristiche proprie della medicina moderna caratterizzata da pazienti sempre più fragili con interventi medici sempre più spinti anche in una fase molto avanzata di malattia.

Questo dato non deve comunque scoraggiare infatti una riduzione del 30% di tutte le infezioni correlate all'assistenza rappresenta comunque un successo deve servire da stimolo a sviluppare strategie finalizzate alla riduzione della mortalità.

¹Direttore della UOC Malattie Infettive al Policlinico Tor Vergata di Roma e Direttore scientifico della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT)

La crescente diffusione di ceppi batterici multi-resistenti in ambito ospedaliero, rappresenta quindi una delle maggiori sfide che il clinico si trova a dover affrontare oggi. Un trattamento antibiotico iniziale inappropriato che non provveda a fornire un'adeguata attività verso patogeni multi-resistenti è spesso responsabile dell'aumentata mortalità. Per contro, un eccessivo uso degli antibiotici, spesso utilizzati per contrastare delle semplici colonizzazioni batteriche che come tali non necessitano di alcun trattamento, facilita l'emergenza di antibiotico-resistenza.

In questo scenario, e per comprendere l'effetto che tutto ciò può avere all'interno di un ospedale, abbiamo condotto un'analisi nel Policlinico Tor Vergata per valutare l'impatto delle infezioni da germi multi-resistenti sui tempi di degenza. Lo studio ha analizzato nei singoli reparti per un anno l'impatto delle infezioni dimostrando un incremento globale di 10.305 giornate di ricovero ascrivibile all'emergenza di infezioni.

Diversi studi hanno dimostrato che le cause principali delle infezioni gravi occorse durante il ricovero sono tra l'altro, l'età avanzata, il grado di immunodepressione, la gravità della malattia di base, la presenza di cateteri venosi o urinari, la presenza di decubiti e l'alimentazione enterale. Infine, uno studio di filogenesi sui microrganismi isolati ci ha permesso di comprendere come questi si sono diffusi nel tempo nei diversi reparti del nostro ospedale.

Tutti questi dati ci hanno portato ad avviare un programma per una corretta gestione della terapie antibiotiche (*antimicrobial stewardship*) e per il controllo ambientale sulla presenza di germi multiresistenti (*infection control*). È stato avviato uno stretto monitoraggio delle infezioni correlate all'uso dei cateteri vascolari ed un programma per il controllo della terapia antibiotica mediante l'uso di protocolli diagnostico-terapeutici per le principali sindromi infettive. Il progetto prevede inoltre l'avvio di nuove tecniche diagnostiche microbiologiche che diano al clinico indicazioni sugli agenti infettivi il più rapidamente possibile e permettano uno stretto controllo microbiologico ambientale.

Al fine di contenere il fenomeno è indispensabile una collaborazione di tutto il personale coinvolto nell'assistenza dei malati con un progetto mirato all'educazione di comportamenti corretti.

L'esperienza COVID ci ha insegnato che le misure di prevenzione, quali l'uso della mascherina, il distanziamento tra le persone, la corretta igiene delle mani, sono in grado di fermare anche virus estremamente trasmissibili. È stato segnalato come tali misure siano state in grado di ridurre in questo ultimo anno la diffusione del virus influenzale che non è praticamente circolato. Questo insegnamento non deve essere dissipato e deve rappresentare il punto di partenza per una nuova politica di contenimento delle infezioni che abbia come caposaldo una alleanza tra il personale sanitario, i cittadini e gli organismi di governo.

Da quanto sopra esposto si comprende come un elemento chiave nella lotta alle infezioni correlate alle pratiche assistenziali è la appropriatezza prescrittiva delle terapie antibiotiche al fine di ridurre la pressione selettiva che favorisce l'emergenza di ceppi resistenti. In questo scenario, programmi per una corretta gestione della terapia antibiotica -*antimicrobial stewardship*- ed il controllo ambientale per la presenza di germi multiresistenti -*infection control* - rappresentano uno strumento imprescindibile. È auspicabile inoltre che le rigide misure di sanificazione ambientale, di utilizzo di dispositivi di protezione individuale e di lavaggio delle mani possano lasciare in eredità una maggiore attenzione per tutte le attività finalizzate al contenimento delle infezioni correlate all'assistenza.

Il programma si articola su dieci punti di intervento:

1. Tampone rettale per multi-resistenti gram-negativi (GNB MDR) all'ingresso del paziente in reparto e quindi una volta a settimana.
2. Tampone nasale per *S. aureus* per i pazienti sottoposti a interventi di chirurgia maggiore e di ortopedia eseguito all'ingresso in reparto o 48/24 ore prima dell'intervento o subito prima di esso per gli interventi di urgenza.

3. Emocolture nei pazienti con febbre >38°C o quadro di sepsi e shock settico in PS
4. Gestione informatizzata con la raccolta dei dati clinici, microbiologici e di consumo degli antibiotici per permettere la creazione di un data base al fine di avere un controllo rapido e periodico di tutti gli indicatori di efficacia dell'intervento.
5. Unità di valutazione per individuare le problematiche delle infezioni da germi MDR ed ispezione nei reparti e delle camere operatorie per individuare la corretta applicazione delle misure di contenimento delle infezioni.
6. Controllo della terapia antibiotica per la gestione delle infezioni nei reparti con una consulenza infettivologica entro 24/48 ore dalla segnalazione (solo nel 2018 sono state eseguite circa 7.500 consulenze). Le consulenze specialistiche sono eseguite:
 - A. dall'inizio della terapia antibiotica su segnalazione della Farmacia (sistema di Alert),
 - B. dalla richiesta di consulenza specialistica,
 - C. dalla segnalazione della Microbiologia dell'isolamento di un microrganismo da sangue o da catetere (sistema di Alert),
 - D. I successivi controlli della terapia sono assicurati ogni 72h.
7. Controlli microbiologici ambientali e applicazione delle procedure/protocolli previsti per il controllo delle infezioni secondo una calendarizzazione stabilita (Infection control).
8. Stesura di protocolli diagnostico/terapeutici:
 - A. Principali sindromi infettive e protocolli sulla profilassi antibiotica e antifungina.
 - B. Terapia antibiotica di "de-escalation" o di trasformazione della terapia parenterale in terapia orale.
 - C. Istituire un ambulatorio per la somministrazione di antibiotici per uso parenterale.
 - D. Introduzione rapida nel prontuario aziendale dei nuovi farmaci anti-infettivi.
 - E. Utilizzo di marcatori (procalcitonina, beta glucano, ecc) per l'introduzione o la sospensione della terapia antibiotica/antifungina.
 - F. Sistemi per la diagnosi rapida microbiologica e per l'antibiogramma.

9. Stesura di protocolli d'isolamento con l'aggiornamento delle linee guida per il corretto isolamento del paziente infetto.
10. Corsi di Formazione per tutto il personale sanitario sulle problematiche del controllo delle infezioni correlate all'assistenza, sulle modalità di trasmissione e di isolamento, sulla corretta gestione della terapia e della profilassi antibiotica.

Relativamente all'efficacia dell'intervento sono stati poi individuati degli indicatori clinici, terapeutici ed economici.

Indicatori Clinici:

1. Durata del ricovero;
2. Cura/fallimento della cura;
3. Tassi di riammissione in reparto (30 giorni) dopo la dimissione;
4. Andamento dei tassi di resistenza alle diverse classi di antibiotici;
5. Mortalità correlate ad infezione;
6. Infezioni da *Clostridium Difficile*;

Indicatori Terapeutici:

1. Durata della terapia antibiotica;
2. Appropriatezza della terapia di "de-escalation";
3. Tempo di adeguamento della terapia antibiotica da empirica a mirata;
4. Tassi di conversione da terapia endovenosa a terapia orale;
5. Terapia antibiotica parenterale a gestione ambulatoriale/domiciliare;
6. Isolamento microbiologico prima della terapia antibiotica;
7. Riduzione degli eventi avversi.

Indicatori Economici:

1. Monitoraggio dell'uso degli antibiotici/antifungini (ddd);
2. Spesa globale e per UO per antibiotici/antifungini.

Il programma è in avanzata fase di realizzazione e sta già fornendo dati importanti sulla validità di realizzare questa tipologia di interventi nella lotta alle infezioni correlate con l'assistenza.

COVID. VACCINAZIONI NELLE RSA, UN'ANALISI DELLA NUOVA NORMATIVA



di *Pasquale Giuseppe Macrì*¹

Gli atti sanitari compiuti per procedere alla vaccinazione anti COVID-19, le varie comunicazioni alle strutture sanitarie e, in casi particolari, al Giudice Tutelare non possono che essere ritenuti fatti noti e tali da far rientrare tra gli obblighi di ufficio per le Direzioni Sanitarie e dei Servizi Sociali l'istanza al Giudice Tutelare per la nomina dell'Amministratore di Sostegno ai sensi dell'articolo 406 c.c. Tale debita condotta è idonea a garantire agli esercenti le professioni sanitarie possano la facoltà di operare in piena conformità alle norme giuridiche e deontologiche.

L'inizio della campagna vaccinale anti COVID ha imposto agli esercenti le professioni sanitarie ed alle Direzioni Aziendali notevoli problemi di natura organizzativa tra i quali si configurano come rilevanti quelli inerente la corretta acquisizione del consenso informato nei soggetti fragili ed in particolare negli ospiti delle residenze sanitarie assistenziali (RSA).

La problematicità deriva dal dover fronteggiare, in tempi estremamente rapidi, situazioni che richiedono complesse e multispecialistiche valutazioni del vaccinando in ordine alla di lui capacità di autodeterminarsi allo specifico trattamento sanitario. L'urgenza e la necessità di fornire ai professionisti e alle Direzioni Aziendali indicazioni di regole di comportamento ha determinato l'intervento del Legislatore che ha portato all'emanazione del D.L. 1/2021 del 5 gennaio (Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19).

Norma speciale di riferimento (art. 5 D.L. 1 - 5 gennaio 2021)

La norma esordisce, al I comma, ricordando la vigente disciplina generale secondo la quale per i soggetti ricoverati presso strutture sanitarie

assistite (o altre analoghe strutture) che versino in situazione di incapacità giuridica il consenso o il dissenso informato saranno espressi dai rappresentanti legali (tutore, curatore o amministratore di sostegno oppure dal fiduciario indicato nelle forme previste dall'art. 4 della Legge 219/17).

Al II comma si disciplinano le fattispecie più complesse ovvero quelle che interessano soggetti ricoverati presso strutture sanitarie assistite o analoghe strutture ma che versino in stato di incapacità naturale e, pertanto, che difettano dell'assistenza di un fiduciario, del tutore, del curatore o dall'Amministratore di Sostegno. In tali casi il consenso (o il dissenso, quale espressione negativa) alla somministrazione della profilassi vaccinale anti COVID-19 sarà espresso dal Direttore Sanitario della RSA o analoga struttura (in cui soggiorna il vaccinando) che assume la funzione di amministratore di sostegno all'esclusivo fine dell'espressione del consenso.

In difetto di tale figura, il consenso sarà espresso dal Responsabile medico della residenza sanitaria. In ulteriore difetto, il consenso dovrà essere espresso dal Direttore Sanitario della ASL territorialmente competente, in relazione all'ubicazione della struttura ovvero da un suo delegato. Analoga procedura sarà adottata anche per gli ospiti in stato di incapacità giuridica qualora non si riesca a reperire - entro il termine di 48 ore - i rappresentanti legali.

Chi esprime il consenso informato per la vaccinazione anti COVID-19 dei soggetti fragili?

Possono sottoscrivere il consenso informato:

1. gli ospiti che siano capaci di autodeterminarsi e di comprendere i rischi ed i benefici dell'atto vaccinale, indipendentemente dalle loro condizioni psicofisiche e dai complessi menomanti di cui sono portatori laddove sia possibile valorizzare le capacità residue;

¹Direttore U.O.C Medicina Legale Azienda Sanitaria Toscana Sud est - Esperto Federsanità

2. come i precedenti, anche i soggetti inabilitati possono esprimere e sottoscrivere il consenso informato secondo la previsione dell'art. 3 Punto 4, legge 219/17;
3. gli Amministratori di Sostegno qualora dal decreto di nomina risulti che essi siano stati abilitati all'espressione del consenso informato;
4. tutti i rappresentanti legali dei soggetti incapaci qualora residui una sufficiente e specifica capacità decisionale (tutori, curatori, amministratori di sostegno e fiduciari);
5. i Direttori Sanitari o i Responsabili medici delle strutture residenziali assistenziali (ed in loro mancanza dai Direttori Sanitari delle ASL territorialmente competenti o loro delegato).

Prassi operativa per l'espressione indiretta del consenso ex. Art. 5 II co. (Direttore Sanitario della struttura, Responsabile della struttura, Direttore Sanitario ASL territorialmente competente o suo delegato)

I soggetti sopraindicati dovranno:

- A. accertare e dichiarare che il trattamento vaccinale sia idoneo ad assicurare la migliore tutela alla salute dell'ospite o della persona ricoverata;
- B. esprimere il consenso in forma scritta sia alla somministrazione della I dose della profilassi vaccinale che ai successivi eventuali richiami;
- C. dare comunicazione dell'espressione del consenso al Dipartimento di Prevenzione Sanitaria competente per territorio (*art. 5, III co.*). Il consenso espresso dai soggetti sopra individuati, nelle modalità prima indicate, "è immediatamente e definitivamente efficace".

Prassi operativa a fronte di un dissenso alla profilassi vaccinale espresso dai rappresentanti legali (ex artt. 3, comma V L. 219/2017 e 5 punto 4 D.L. 1/2021)

Qualora i soggetti di cui al I comma ovvero i rappresentanti legali, nominati per gli incapaci giuridicamente accertati, oppongono diniego ovvero esprimono dissenso ed i sanitari ritengano, invece, che l'atto vaccinale sia necessario alla

tutela della salute e della vita del paziente incapace, il Direttore Sanitario o il Responsabile medico della struttura ovvero il Direttore Sanitario della Asl avanzeranno ricorso al Giudice Tutelare come previsto dal V comma dell'art. 3 della legge 219/17.

Il Giudice Tutelare dovrà provvedere nel termine perentorio di 48 ore. Ove tale termine decorresse senza esiti, il consenso espresso dai cennati sanitari "si considera ad ogni effetto convalidato ed acquista definitiva efficacia ai fini della somministrazione del vaccino" (*IX co. Art. 5*).

SCENARI ESEMPLIFICATIVI

Primo scenario

Soggetto in stato di incapacità naturale (o inabilitato) ma con capacità residue bastevoli a valutare il rapporto rischi-benefici dell'atto vaccinale. Il consenso viene sottoscritto direttamente dal vaccinando.

Secondo scenario

Soggetto in stato di incapacità naturale del tutto privo di facoltà valutative e di apprezzamento, con parenti fino al III grado -noti alla struttura- che assentano alla vaccinazione.

Il consenso viene sottoscritto dai Direttori Sanitari o dai Responsabili medici delle strutture residenziali assistenziali (ed in loro mancanza dai Direttori Sanitari delle ASL territorialmente competenti o loro delegato) che assumono per il tempo necessario all'espletamento di ogni fase della procedura vaccinale ed ai successivi richiami, il ruolo e la funzione di Amministratore di Sostegno. N.B.: Se il parente sentito che presta assenso è rappresentato dal coniuge o dal convivente non occorre sentire altri familiari non rilevando i loro eventuali dissensi.

Terzo scenario

Soggetto in stato di incapacità naturale, del tutto privo di facoltà valutative e di apprezzamento, in assenza di parenti e familiari noti o raggiungibili. Il consenso viene sottoscritto dai Direttori Sanitari o dai Responsabili medici delle strutture residenziali assistenziali (ed in loro mancanza dai Direttori Sanitari delle ASL territorialmente competenti o loro delegato) che assumono per il

tempo necessario all'espletamento di ogni fase della procedura vaccinale il ruolo e la funzione di Amministratore di Sostegno.

N.B.: in tali casi i sottoscrittori il consenso dovranno attestare lo stato di incapacità naturale mediante certificato medico, in cui si riferisca dell'assenza di familiari o della loro irraggiungibilità.

Adempimenti ulteriori

1. dare immediata comunicazione al Giudice Tutelare, attraverso pec, con istanza di richiesta di convalida del consenso ed allegando le anzidette certificazioni;
2. non appena pervenuta la convalida ovvero trascorse 48 ore dall'inoltro della pec, il consenso sottoscritto dai predetti sanitari, in funzioni di amministratore di sostegno pro tempore ed ad acta, diviene efficace e si potrà procedere all'atto vaccinale;
3. di quanto sopra si dovrà immediatamente relazionare al Dipartimento di Prevenzione della Azienda Sanitaria territorialmente competente ed al Direttore dei Servizi Sociali per gli ulteriori adempimenti (istanza di nomina di Amministratore di Sostegno o comunque di rappresentante legale).

Quarto scenario

Soggetto in stato di incapacità giuridica (beneficiari di Amministratore di Sostegno, inabilitati ed interdetti).

Il consenso viene sottoscritto:

- A. dal tutore dell'interdetto;
- B. dallo stesso inabilitato (ove persista sufficiente e specifica capacità decisionale) ovvero dal di lui curatore;
- C. dall'Amministratore di Sostegno laddove lo stesso sia titolare di rappresentanza in campo sanitario.

Quinto scenario

Soggetto con nominato Amministratore di sostegno privo di delega in ambito sanitario.

Il consenso viene sottoscritto direttamente dal vaccinando.

Sesto scenario

Soggetto in stato di incapacità naturale o giuridica per il quale i parenti entro il III grado noti ovvero i rappresentanti legali abbiano espresso e sottoscritto

il dissenso alla profilassi vaccinale, laddove invece i sanitari ritengano l'atto sanitario necessario alla tutela della salute dell'ospite, si dovrà procedere - a mente di quanto disposto dall'art. 3 comma 5 della legge 219/17 - a presentare, senza ritardo ricorso al Giudice Tutelare per ottenere l'autorizzazione a procedere alla vaccinazione ovvero alla conferma del dissenso.

N.B.: in tal caso il Giudice Tutelare dovrà esprimersi e la sua decisione sarà vincolante per i sanitari (non è previsto il silenzio-assenso).

Il consenso viene autorizzato dal Giudice Tutelare del Tribunale territorialmente competente in relazione all'ubicazione della struttura sanitaria o socio-sanitaria.

Adempimento conclusivo

Si ricorda, infine, che -ai sensi dell'art. 406 c.c.- "I responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso di cui all'articolo 407 o a fornirne comunque notizia al pubblico ministero".

È di tutta evidenza come gli atti sanitari compiuti per procedere alla vaccinazione anti COVID-19, le varie comunicazioni alle strutture sanitarie e, in casi particolari, al Giudice Tutelare non possono che essere ritenuti fatti noti e tali da far rientrare tra gli obblighi di ufficio per le Direzioni Sanitarie e dei Servizi Sociali l'istanza al Giudice Tutelare per la nomina dell'Amministratore di Sostegno ai sensi dell'articolo 406 c.c.

Tale debita condotta è idonea a garantire agli esercenti le professioni sanitarie possano la facoltà di operare in piena conformità alle norme giuridiche e deontologiche.



RSA E RISK MANAGEMENT: prospettive future dopo il COVID-19

di Redazione Sanità 4.0



La pandemia da COVID-19 ha amplificato significativamente problematiche del mondo delle RSA in parte note agli operatori di settore, e purtroppo fino ad ora rimaste non adeguatamente gestite. La mancanza di omogeneità rispetto all'organizzazione nazionale è stata fortunatamente bilanciata dalla grande dedizione del personale sanitario. In futuro sarà necessario affidarsi alle nuove tecnologie per migliorare la sicurezza e la qualità delle cure delle categorie particolarmente a rischio presenti nelle strutture.

Le Residenze Sanitarie Assistenziali hanno dovuto affrontare l'emergenza di una pandemia che ha colpito soprattutto la fascia di età dei pazienti in esse residenti. Come? Ne abbiamo parlato con la Dott.ssa Francesca Rubboli, Direttore Risk Management e con Anna Guerrieri, Risk Manager di Sham Italia.

Come si sta muovendo il comparto del controllo delle infezioni e della cura delle persone? La prassi eseguita nelle strutture procede secondo un paradigma condiviso?

La situazione delle RSA non ha subito cambiamenti strutturali rispetto alla prima ondata della pandemia. La maggior parte delle strutture attualmente è impostata sulla valorizzazione del profilo **alberghiero più che di quello sanitario**. In molte di esse, infatti, l'impianto sanitario è presente solo su carta, per questo è necessario un ripensamento della governance del sistema sanitario. Purtroppo ogni Regione adotta criteri di accreditamento propri ed in questo modo è molto complicato generare pratiche condivise da seguire.

È possibile identificare, in uno scenario così variegato, delle "buone pratiche" funzionali, che possano essere efficaci?

Le buone pratiche ci sono, ma dipendono, spesso, dalla sensibilità e dalla formazione dei Direttori generali e del personale sanitario delle RSA. Talvolta, ad esempio, le funzioni di direzione generale vengono ricoperte da professionisti che non fanno parte del mondo sanitario e, di conseguenza, non hanno una visione di insieme di tipo medico: conoscono poco le loro strutture e dal punto di vista dell'health management sono poco presenti. Diversamente ci sono realtà in cui i direttori sanitari sono più accorti e attenti, e possiedono un'interpretazione del rischio avanzata.

In questi mesi si è molto parlato dell'importanza della comunicazione in tempi di pandemia. Ad esempio, si è molto parlato delle pareti in plexiglass che hanno permesso un'interazione tra pazienti e ospiti delle RSA. È possibile continuare a percorrere questa strada? Se sì, come?

La ridefinizione di percorsi di accesso e di flussi per ospiti e pazienti, la rimodulazione di spazi dedicati all'incontro, il potenziamento delle misure di igiene e la disinfezione nei reparti, insieme all'adozione di dispositivi di protezione individuale, hanno notevolmente **arginato i danni del COVID**. Le pareti di plexiglass sono state preziose nello specifico momento dell'inizio della pandemia, ma nel momento di crisi maggiore le RSA hanno totalmente chiuso i contatti con gli ospiti provenienti dall'esterno. Le strutture che hanno adottato tale modalità sono risultate essere quelle più sicure, sia per i pazienti che per gli operatori sanitari. In contesti del genere, però, non

dobbiamo dimenticare il benessere sociale e umano delle persone, che è importate tanto quanto quello fisico. Il personale sanitario ha supplito in modo eccellente alla mancanza di contatti tra i pazienti e le proprie famiglie, mettendo a disposizione i propri device personali al fine di poter mantenere un rapporto con l'esterno e in casi gravi ed infelici poter dare l'ultimo saluto ai propri cari. Non dobbiamo dimenticarci che l'aspetto umano è, ed è stato, fondamentale e va al di là di qualsiasi protocollo o procedura.

In una situazione così mutevole, il modello delle RSA è destinato a cambiare?

Assolutamente sì. Il 5 marzo sarà organizzata da Italian Network for Safety in Healthcare (INSH) in collaborazione con Sant'Anna Scuola Universitaria Superiore di Pisa, una giornata di webinar dal titolo "COVID-19 nelle RSA" in cui si discuterà della sicurezza e della qualità delle cure nelle RSA dopo l'arrivo della pandemia. L'ipotesi principale è quella dell'utilizzo delle nuove tecnologie nel campo medico, come ad esempio i braccialetti con microchip che potrebbero divenire uno strumento necessario nel momento in cui ci si interfaccia con pazienti che non sono più in grado di relazionarsi con il personale sanitario (ma anche con pazienti vigili). Mettere a disposizione dei propri pazienti tecnologie di base che possono garantirne la sicurezza è un passaggio fondamentale.

La possibilità dell'accesso diretto ai dati del singolo paziente è fonte di sicurezza e garanzia ulteriore di riuscita delle cure somministrate. Molto importante è anche la telemedicina: spesso i pazienti delle RSA seguono delle profilassi mediche gestite dai medici di base, per questo è doveroso rafforzare la comunicazione tra questi ultimi e gli operatori delle RSA. Inoltre, sarà necessario agire sulla campagna delle vaccinazioni. Maggiore sarà il numero dei vaccinati nelle strutture RSA, minore sarà il rischio della diffusione della malattia. Dobbiamo lavorare con l'obiettivo comune di un sistema sanitario più sicuro così da favorire la ripresa dei contatti umani nelle strutture.

Quali saranno, quindi, i principi del cambiamento?

Mi auguro che le RSA siano sempre più percepite e gestite come strutture sanitarie. Auspico inoltre un rafforzamento della "profilassi" nei confronti delle infezioni – sia virali che di batteri farmaco-resistenti – e nel contempo un'apertura ed intersezione significativa con: la medicina territoriale, i parenti degli ospiti e l'aggiornamento sulle buone pratiche di Risk Management. È un'evoluzione in corso e non sappiamo ancora che strada prenderà. Ma la direzione è quella giusta e quel che è certo, è che si dovrà basare anche sull'adozione delle tecnologie digitali.



*In foto da sinistra a destra:
Anna Guerrieri - Risk Manager
e Francesca Rubboli - Risk Management Director.*



 **LOGGIA**

UMANA
per le sue proprietà
fotocatalitiche disinfettanti
è un prodotto consigliato da



LEGAMBIENTE

ETICA D'IMPRESA PER LA TUTELA DELLA SALUTE

Arriva dalla provincia di Latina una soluzione che purifica aria e superfici

di *Redazione Sanità 4.0*

Dalla provincia di Latina arriva il primo progetto di ricerca su una vernice in grado di agire contro il SARS-COV-2 l'agente patogeno responsabile della pandemia covid-19. Si chiama "Umana" ed è il frutto di una sinergia tra ricerca e innovazione tra i Laboratori Loggia di Sabaudia, il dipartimento di Chimica dell'Università di Roma La Sapienza e il Centro di Ricerca Pa.L.mer. L'approccio attuato è stato quello di trattare le superfici inoculando una quantità nota di virus ($7,5 \times 10^5$ copie genomiche), lasciate incubare per differenti tempi (0, 1, 3 e 6 ore), quindi il virus residuo è stato recuperato mediante swab (in tampone contenente PBS e 70% etanolo). I campioni sono stati dunque processati per prelevare l'RNA virale e dosarlo mediante Real-Time PCR, applicando un kit commerciale distribuito da Generon, specifico per il gene RdRp di SARS-CoV-2 (COVID 19 (Gene RdRp) detection + Process control, PMB00C_M2). Per ogni punto sperimentale, l'attività è stata eseguita in triplicato. Come controllo, in parallelo alla superficie con "catalizzatore", è stata testata una superficie analoga per consistenza e morfologia, ma senza additivo. Dai risultati ottenuti dalla ricerca sulle capacità virucida di UMANA si evince che l'efficacia del principio attivo sulla degradazione del virus SARS-COV-2 è presente già a tempi di contatto nell'ordine dei minuti e rimane costante nel tempo. "Alla base del nostro lavoro c'è la profonda convinzione che l'etica e la produzione sostenibile debbano essere le coordinate intorno a cui costruire azioni, progetti e prodotti. Umana - ha spiegato Raffaele Loggia, amministratore unico di Loggia Industria Vernici - nasce da un'esigenza semplice quella di migliorare la qualità della vita negli ambienti in cui viviamo. Come? Semplicemente depurando l'aria che respiriamo, non permettendo a muffe e batteri di proliferare e ai virus, smog e sostanze nocive di depositarsi sulle pareti e contaminare l'aria all'interno dei luoghi abitati o di lavoro". In Europa la popolazione trascorre al chiuso il 90% del suo tempo e l'aria interna contiene più di 900 sostanze chimiche potenzialmente dannose. Se consideriamo che ogni persona inala ogni giorno dai 10mila ai 20mila litri d'aria si comprende bene quale peso abbia l'inquinamento indoor sulla salute. "La soluzione - ha spiegato Loggia - è la fotocatalisi ovvero un insieme di reazioni fotochimiche rese possibili da una sostanza, detta catalizzatore, sensibile alla luce.

Negli ultimi anni si stanno cercando nuovi metodi di disinfezione, per fornire ulteriori mezzi di protezione in quelle aree, in cui i pericoli di infezione potrebbero causare malattie infettive gravi. Ad esempio, il rischio di contaminazione derivante dal contatto con superfici e dispositivi medici, ha recentemente ricevuto molta attenzione a causa dell'aumento dell'incidenza delle infezioni acquisite in ambito sanitario. È possibile che la riduzione del carico biologico in questi siti possa integrare i protocolli di disinfezione attualmente in vigore e contribuire a ridurre il rischio di infezione. Le superfici fotocatalitiche offrono proprio una proposta dell'ingegneria biocida innovativa ed economica. In questo ambito sono stati sviluppati diversi metodi analitici per valutare l'efficienza di disinfezione delle superfici fotocatalitiche. Di sicuro interesse nel settore è stata la pubblicazione su *Journal of Photochemistry and Photobiology Chemistry* 216 (2010) 303-310 doi:10.1016/j.jphotochem.2010.07.004, a cura di P.S.M. Dunlop, C.P. Sheerana, J.A. Byrnea, M.A.S. McMahanb, M.A. Boylec, K.G. McGuigan dal titolo: Inactivation of clinically relevant pathogens by photocatalytic coatings. Si tratta di uno studio strutturato in determinazione della vitalità del patogeno in funzione del tempo di trattamento; valutazione della superficie per organismi vitali legati alla superficie dopo la disinfezione; misurazione del potenziale di ricrescita di organismi inattivati. "Questo metodo - ha spiegato Loggia - è stato utilizzato per dimostrare l'inattivazione di un esteso spettro beta-lattamasi *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina, *Pseudomonas aeruginosa* e spore di *Clostridium difficile* utilizzando film di Biossido di Titanio Fotocatalitico strutturato in nanoparticelle (principio di azione che viene utilizzato dalla pittura brevettata Umana). È stata osservata una riduzione della vitalità del 99,9% (eliminazione di 3 log) per tutte le cellule batteriche dopo max 80 minuti di trattamento fotocatalitico. È stata dimostrata l'inattivazione superficiale completa e non vi è stata la ricrescita dopo il trattamento fotocatalitico. Una Inattivazione superiore al 99% (riduzione di 2.6 log) è stata osservata quando le superfici fotocatalitiche sono state contaminate con spore di *Clostridium difficile*". I risultati di questo lavoro, e altri, dimostrano che la fotocatalisi potrebbe svolgere un ruolo importante nell'inattivazione di agenti patogeni sulle superfici.





IL COORDINAMENTO DEI DIRETTORI DELLE FEDERSANITÀ ANCI REGIONALI

di *Silvio Ranieri*

Il lavoro svolto da Federsanità è, indubbiamente, tra i più rilevanti, perché sappiamo bene, ancor più in questa fase pandemica, quanto la sanità sia centrale ed essenziale per il nostro sistema società. E avere una struttura che fa da collante tra i Sindaci e le Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere risulta determinante, anche per assicurare quei percorsi di integrazione sociosanitaria e socioassistenziale prioritari per ogni comunità.

In questi mesi di emergenza sanitaria le diverse esperienze raccolte dalle Federsanità regionali sono state molteplici e hanno rappresentato un punto di riferimento e una bussola per le nostre azioni. Dal confronto fra le diverse realtà abbiamo tratto spunti di miglioramento, di crescita, di scambio, di ideazione di nuovi modelli, progetti e proposte. Tra le priorità è stata individuata la necessità di intercettare sempre più risorse comunitarie, di intervenire sulla programmazione dei fondi strutturali di pensare a nuove modalità di rapportarsi con i vari soggetti che si occupano di Sanità, in primis con le Regioni.

La questione delle Residenze sanitarie assistenziali dovrà diventare centrale nel nostro operato.

Tuttavia, appare evidente come sia opportuno creare una rete forte tra Federsanità regionali, intervenendo in quei vuoti in cui Federsanità non è stata ancora istituita, trasferendo le nostre esperienze e il nostro know how. L'obiettivo è dar vita a una rete territoriale dinamica, attiva, forte e ben radicata. Il secondo passaggio dovrà essere quello di agganciare e rafforzare le Federsanità con le Anci regionali, così da rendere più efficace e produttiva l'integrazione sociosanitaria. Come pure la capacità di strutturare nuove relazioni tra Federsanità e altre associazioni: penso, solo per citarne qualcuna, alle reti delle Città della salute delle Città Sane che possono rappresentare un nostro interlocutore.

L'incontro puntuale tra Federsanità e tra la nostra Confederazione e altre realtà analoghe deve essere occasione di scambio di buone pratiche, ma anche di stimolo per migliorare e rafforzare la nostra struttura sul territorio, garantendo servizi agli associati più calibrati sulle nuove esigenze. Dobbiamo mettere in campo una rinnovata capacità di stare al passo con i tempi, di definire di volta in volta nuovi strumenti per affrontare anche le emergenze che, come abbiamo visto, diventano strutturali; dobbiamo essere in grado di produrre progetti e modelli organizzativi flessibili e aperti, ma efficaci e risolutivi. E questo si potrà avere solo grazie a una larga platea di soggetti i quali, ciascuno per la propria parte e in piena autonomia, si confrontano, interagiscono, uniscono forze, risorse e idee.

Dobbiamo sfondare il muro dell'autoreferenzialità per aprirci all'esterno, anche sotto il profilo della comunicazione: in questo senso, Sanità 4.0 e Quotidiano Sanità possono e devono diventare centro di informazione per addetti ai lavori e per i cittadini.

La comunicazione periodica tra Federsanità regionali in raccordo con il nazionale va proprio in questa direzione: è un primo passo verso una rinnovata volontà ad affrontare la sanità e l'assistenza sociosanitaria sui territori. Occorre recuperare e rafforzare la sanità territoriale.

La pandemia, fra i tanti danni che ha prodotto, ha evidenziato quanto il nostro sistema sanitario sia fragile e vulnerabile, nonostante sia dotato delle migliori professionalità e strumentazioni al mondo. Spetta anche a noi il ruolo di consolidamento di questo straordinario patrimonio, di avanzare proposte e progetti al governo e alle Regioni che portino a un reale e concreto efficientamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie.



ASP RAGUSA E PROGETTO ANGELS INITIATIVE, UN'ALLEANZA CONTRO L'ICTUS

di Antonello Giordano¹; Stefania Fiorillo²

Razionale

La regione Sicilia risulta la seconda sul panorama nazionale per incidenza di ictus. Ogni ora 4 pazienti sono colpiti da ictus acuto, con un enorme impatto in primis sulla vita del paziente, il quale rischia di riportare, nel migliore dei casi, degli esiti invalidanti. Ma non sono trascurabili le ripercussioni che incidono sul nucleo familiare e sulla società. Presso l'ASP Ragusa si è deciso di implementare la rete dell'ictus partendo da questo presupposto: garantire a tutti i pazienti uguali opportunità di cura e trattamento.

Al fine di raggiungere questo obiettivo, la direzione strategica ha deciso di avvalersi della collaborazione del progetto Angels Initiative, un network internazionale di più di 5000 ospedali che mira ad ottimizzare la cura dell'ictus standardizzando i percorsi di gestione del paziente, in accordo con le linee guida nazionali e internazionali. Angels si avvale di consulenti attivi sul territorio che affiancano le direzioni strategiche nella pianificazione delle azioni per implementare la rete ictus. Il processo di consulenza Angels prevede i seguenti step:

1. Adesione dell'azienda al progetto;
2. Fase di osservazione e identificazione dei gap;
3. Condivisione con il team ictus multidisciplinare delle criticità e definizione degli obiettivi;
4. Definizione di un piano strategico operativo a breve e lungo termine;
5. Follow up periodico dei risultati.

La sinergia tra la direzione strategica ASP Ragusa, le UO coinvolte nel percorso ictus ed Angels ha permesso di facilitare la realizzazione della rete ictus, identificando i seguenti obiettivi:

1. Redigere il PDTA ictus aziendale;
2. Ottimizzare i tempi del percorso ictus intraospedaliero del PO di Vittoria, sede di stroke unit già operativa;
3. Ridurre gli esiti per ictus estendendo la terapia endovenosa anche ai PO di Modica e Ragusa;
4. Attivare una convenzione con il centro HUB di riferimento per i pazienti eleggibili ad un trattamento di riperfusione meccanico.

Operativamente sono stati organizzate diverse riunioni multidisciplinari per motivare il team e condividere i passaggi chiave del PDTA. Nel PDTA sono stati inclusi indicatori di processo e di esito, con un'attenzione particolare alle tempistiche di gestione del paziente a livello intra-ospedaliero. Alle riunioni multidisciplinari organizzative sono seguiti dei momenti di formazione ad hoc, dove gli operatori sanitari sono stati formati e allineati sul PDTA. Il percorso ictus codificato è stato testato "praticamente" con delle simulazioni di percorso, in cui il personale si è cimentato nella gestione di un finto paziente dall'ingresso in pronto soccorso fino ad un eventuale trattamento. L'attività di simulazione ha permesso di formare ulteriormente il personale, approfondendo il momento critico della decisione clinica, e portare alla luce eventuali colli di bottiglia organizzativi, che sono stati conseguentemente riportati alla direzione strategica, affrontati e risolti.

I risultati ottenuti sono stati i seguenti:

- Incremento delle procedure di ricanalizzazione;
- Riduzione delle tempistiche di trattamento;
- Riduzione della mortalità ad un mese dalla dimissione.

¹Neurologo Asp Ragusa responsabile del progetto Angels
²Referente di Angels



SANITÀ 4.0^{1/021}

LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO

www.sanitas40.it

