



fficina delle Idee

IL CAMBIAMENTO NASCE DAI PROFESSIONISTI

LA CASA DELLA COMUNITÀ

*Opportunità per la presa in carico dei
bisogni sanitari e sociali dei cittadini*

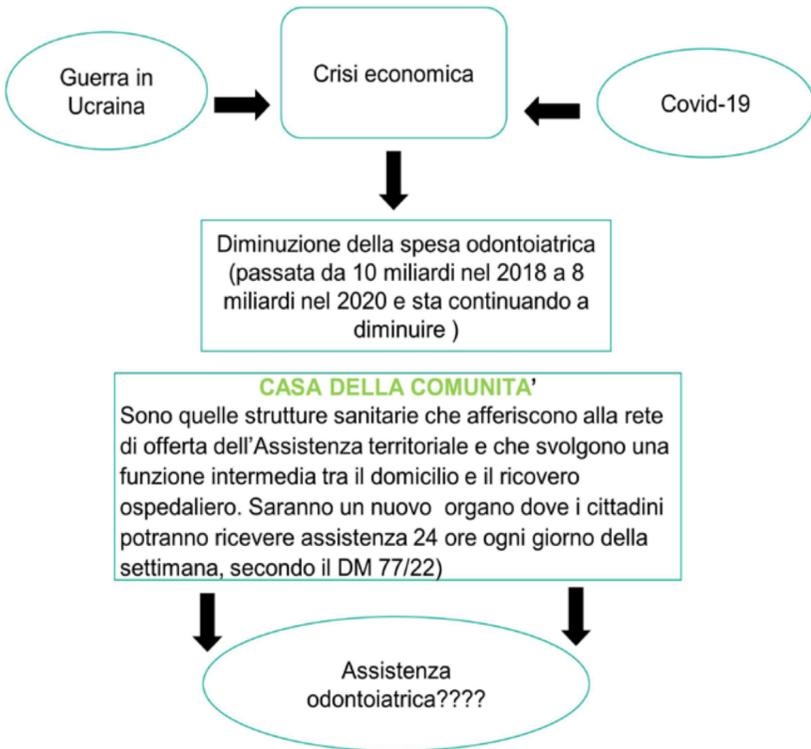


Odontoiatria e Case di Comunità: quale razionale nel D.M. 77?

F. De Caro*, F. D'Ambrosio*, E. A. Vozzella*, A. De Chiara*, F. Di Spirito*, D. Fornino*, C. Giordano*, S. Martina*, G. Moccia*, M. Perillo*, M. Amato*
*Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria "Scuola Medica Salernitana"-Università degli Studi di Salerno
*A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno



Introduzione



Risultati attesi

Costruire insieme un progetto che miri a integrare le attività delle Case della Comunità con i servizi odontoiatrici, risolverebbe molti problemi socio-sanitari e permetterebbe una migliore e più equa distribuzione delle visite e delle prestazioni odontoiatriche, permettendo una precoce diagnosi di malattie come il cancro orale. I risultati attesi sono che le fasce deboli della popolazione possano facilmente usufruire di visite e di prestazioni odontoiatriche in modo da poter notevolmente migliorare la qualità della vita.



Obiettivi del progetto

Lo scopo di questo progetto è quello di proporre alle Istituzioni l'importanza di integrare i servizi odontoiatrici sotto forma di prevenzione di tipo primario, secondario e terziario all'interno di quelli offerti dalle Case della Comunità, con il fine di alleviare molti disagi a gran parte della popolazione.

Metodologia



Bibliografia

- Decreto del Ministro della Salute n. 77/2022, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.144 del 22 giugno 2022
- Birch S, Bridgman C, Brocklehurst P, Ellwood R, Gomez J, Helgeson M, Ismail A, Macey R, Mariotti A, Twetman S, Preshaw PM, Pretty IA, Whelton H. Prevention in practice--a summary.BMC Oral Health. 2015;15 Suppl 1(Suppl 1):S12. doi: 10.1186/1472-6831-15-S1-S12. Epub 2015 Sep 15.
- Schafer TE, Adair SM. Prevention of dental disease. The role of the pediatrician.Pediatr Clin North Am. 2000 Oct;47(5):1021-42, v-vi. doi: 10.1016/s0031-3955(05)70256-x.



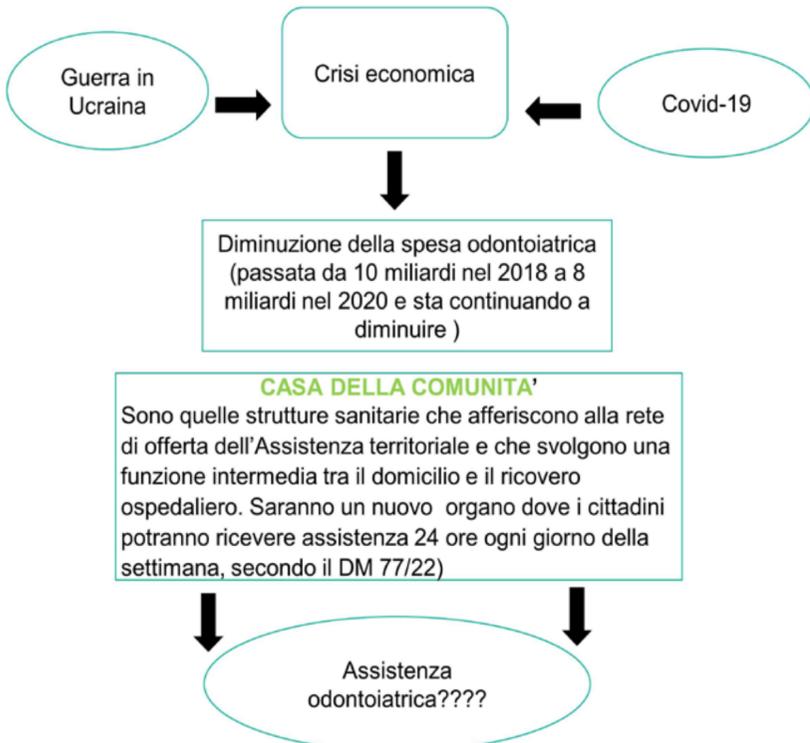


Odontoiatria e Case di Comunità: quale razionale nel D.M. 77?

F. De Caro*, F. D'Ambrosio*, E. A. Vozzella*, A. De Chiara*, F. Di Spirito*, D. Fornino*, C. Giordano*, S. Martina*, G. Moccia*, M. Perillo*, M. Amato*
*Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria "Scuola Medica Salernitana"-Università degli Studi di Salerno
*A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" di Salerno



Introduzione



Risultati attesi

Costruire insieme un progetto che miri a integrare le attività delle Case della Comunità con i servizi odontoiatrici, risolverebbe molti problemi socio-sanitari e permetterebbe una migliore e più equa distribuzione delle visite e delle prestazioni odontoiatriche, permettendo una precoce diagnosi di malattie come il cancro orale. I risultati attesi sono che le fasce deboli della popolazione possano facilmente usufruire di visite e di prestazioni odontoiatriche in modo da poter notevolmente migliorare la qualità della vita.



Obiettivi del progetto

Lo scopo di questo progetto è quello di proporre alle Istituzioni l'importanza di integrare i servizi odontoiatrici sotto forma di prevenzione di tipo primario, secondario e terziario all'interno di quelli offerti dalle Case della Comunità, con il fine di alleviare molti disagi a gran parte della popolazione.

Metodologia



Bibliografia

- Decreto del Ministro della Salute n. 77/2022, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.144 del 22 giugno 2022
- Birch S, Bridgman C, Brocklehurst P, Ellwood R, Gomez J, Helgeson M, Ismail A, Macey R, Mariotti A, Twetman S, Preshaw PM, Pretty IA, Whelton H. Prevention in practice--a summary.BMC Oral Health. 2015;15 Suppl 1(Suppl 1):S12. doi: 10.1186/1472-6831-15-S1-S12. Epub 2015 Sep 15.
- Schafer TE, Adair SM. Prevention of dental disease. The role of the pediatrician.Pediatr Clin North Am. 2000 Oct;47(5):1021-42, v-vi. doi: 10.1016/s0031-3955(05)70256-x.



PNRR M6 C1: Reti di Prossimità
La strategia territoriale

S. Marino¹, A. Bellissimo², L. Cannavacciuolo², F. Arrichiello², A. Pacifico¹, V. Cosentino³, P. Sergianni⁴, G. Sosto⁵

1 U.O.S.D. Analisi e monitoraggio PDTA, Governo LEA e Appropriatazza delle cure – 2 U.O.C. Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico – 3 U.O.C. Segreteria della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi dell'Azienda- Comunicazione
4 Direttore Sanitario ASL Salerno – 5 Direttore Generale ASL Salerno

INTRODUZIONE

La Sanità è una delle sei missioni nelle quali il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) prevede massicci investimenti.

I fondi assegnati all'Italia nell'ambito del programma *Next Generation EU* saranno impiegati per ridisegnare la **medicina di prossimità** e riorganizzare la **rete di assistenza territoriale**, attraverso due componenti principali:

- M6C1** – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- M6C2** – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Alla linea di indirizzo M6C1 sono destinati **7 miliardi di euro**, di cui, come da nota acquisita al protocollo dell'ASL Salerno n. PG/2021/242455, oltre 70 milioni distribuiti per la realizzazione di **33 Case della Comunità (CdC)**, **8 Ospedali di Comunità (OdC)** e **13 Centrali Operative Territoriali (COT)**.

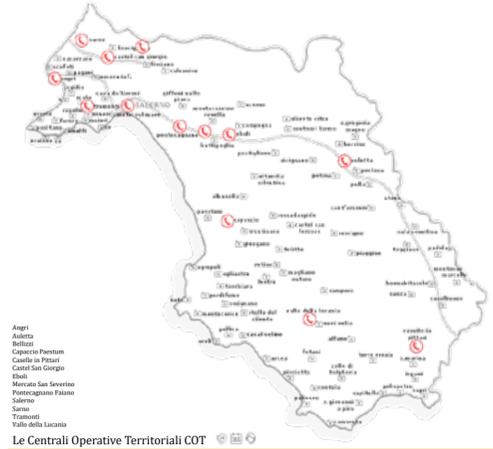
ASL SALERNO: TERRITORIO



Nelle 33 CdC opereranno team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di comunità, altri professionisti della salute; ospiterà anche assistenti sociali, la cui presenza rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. In queste strutture i cittadini potranno effettuare **esami diagnostici, Ecg, spirometrie, screening diabetologici e oncologici, ricevere vaccini e fare prelievi.**



Gli OdC sono rivolti ai pazienti che necessitano di **cure a media/bassa intensità clinica** e per **degenze di breve durata**. Dotati di norma di **20 posti letto** (fino ad un massimo di 40) e alla gestione di carattere prevalentemente **infermieristico**, gli OdC serviranno anche a facilitare la **transizione dei pazienti** dalle strutture ospedaliere per acuti al domicilio. In questi ospedali **medici, infermieri e Oss** lavoreranno alla cura di pazienti cronici utilizzando una strumentazione diagnostica di base per **esami cardiologici ed ematologici, ecografie e spirometrie.**



All'interno delle COT si svolgeranno **funzioni di coordinamento** della presa in carico della persona e il **racordo tra servizi e professionisti** coinvolti nei diversi setting assistenziali: **attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo** con la rete dell'emergenza-urgenza. Le COT, attive **7 giorni su 7** (anche di notte), assicureranno il **monitoraggio** e saranno sede di attività di **telemedicina, teleassistenza e teleconsulto.**

STRATEGIA

La rete di assistenza nell'ASL Salerno si svilupperà secondo un **nuovo modello organizzativo**, che individua **standard strutturali e tecnologici uniformi** su tutto il territorio provinciale.

L'ASL Salerno sta investendo sull'**ammodernamento tecnologico** degli ospedali e la loro messa in **sicurezza**, sulla **formazione**, la **ricerca** e la **telemedicina** per la realizzazione di un **Servizio Sanitario Regionale di prossimità**.



L'ASL Salerno ha coinvolto le seguenti unità operative, coordinate da un referente Aziendale:

LE UNITÀ OPERATIVE COINVOLTE

Referente Aziendale
PNRR M6C1:
Dot.ssa Sara Marino

- U.O.C. Servizio delle Attività Tecniche e Patrimoniali
interventi strutturali, DD.II.PP (Documenti di Indirizzo alla Progettazione);
- U.O.C. Gestione delle Risorse Umane
procedure per il reclutamento del personale;
- U.O.C. Gestione Acquisizione beni e servizi ed Economato, unitamente all'U.O.C. Servizio Informativo Aziendale e all' U.O.S.D. Valutazione tecnologie sanitarie
procedure finalizzate all'acquisizione di attrezzature, arredi e forniture;
- U.O.C. Gestione degli Affari Generali
rapporti con le Amministrazioni Comunali;
- U.O.C. Gestione degli Affari Legali e Contenzioso
verifica dell'inesistenza di ricorsi giudiziari o altre pendenze su tutti i siti/immobili oggetto degli interventi;
- U.O.C. Gestione dei flussi finanziari ed economico-gestionale
istruttoria delle pratiche relative alla materiale acquisizione delle risorse e le relative rendicontazioni;
- U.O.C. SPP (Servizio di Prevenzione e Protezione)
aspetti della sicurezza per i lavoratori;
- U.O.C. Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico
aspetti relativi alla sicurezza dei pazienti
- U.O.C. Assistenza Primaria
coordinamento delle attività dei MAP, PLS e specialisti ambulatoriali;
- U.O.C. Segreteria della Direzione Strategica e degli altri Organi e Organismi dell'Azienda - Comunicazione
rapporti con Enti Pubblici e comunicazione con i cittadini
- U.O.S.D. Analisi e monitoraggio PDTA, Governo LEA e Appropriatazza delle cure
appropriatazza dei percorsi assistenziali e monitoraggio indicatori LEA

L'ASL Salerno sta intervenendo su tutto il territorio provinciale occupandosi di:

- **ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale** con **professionisti e prestazioni** disponibili in modo capillare su tutto il territorio aziendale, per una sanità che sia vicina e prossima alle persone;
- **innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare** il Servizio Sanitario Regionale, **investire in ricerca e formazione** degli operatori sanitari per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

OBIETTIVI

La strategia sanitaria dell'ASL Salerno, in attuazione di quanto contenuto nella missione M6 c1 del PNRR, è finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- La **casa del paziente** come **luogo di cura** sfruttando l'**innovazione tecnologica**
- **Assistenza integrata, multidisciplinare e multiprofessionale**
- Offerta dei **servizi** diversificata in grado di rispondere al cambiamento dei bisogni di **salute** della popolazione attraverso la **telemedicina**
- **Assistenza personalizzata** della **prevenzione al trattamento**, tramite l'utilizzo dei **big data** e sistemi di **intelligenza artificiale di supporto**
- Promozione dei **servizi sanitari** vicini al cittadino e facilmente accessibili
- **Empowerment** del cittadino dentro e fuori i luoghi di cura

RISULTATI

Con delibera ASL Salerno DG n. 1089 del 25/05/2022 si è preso atto della **programmazione** degli interventi per l'attuazione del PNRR M6 C1 sul territorio di competenza. È stata intrapresa un'attività di **ricognizione**, finalizzata all'**identificazione** degli interventi sugli edifici esistenti di proprietà, ritenuti idonei a svolgere la funzione di **CdC, OdC e COT** e, successivamente, nelle zone sprovviste di terreni e/o strutture in titolarità dell'azienda. La Direzione Generale ha avviato un'attività di **interlocazione** con le Amministrazioni locali per l'**identificazione** degli edifici e/o terreni di proprietà degli Enti Locali ritenuti **idonei** e di cui potersi servire mediante **concessione** con le Amministrazioni pubbliche.



PNRR e Chronic Care Center: una nuova visione dell'Assistenza Sanitaria Territoriale

Annalisa Napoli ¹, Francesco Bencivenga ², Pierluigi Donia ³, Gaetano Tumbarello ³

¹ Sezione di Igiene, Medicina del Lavoro e Medicina Legale. Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

² Direzione Strategica ASL Caserta

³ Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma



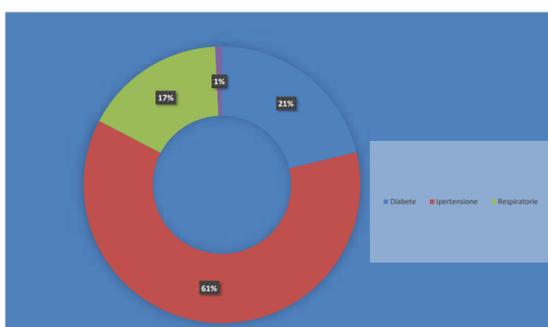
Introduzione

Le patologie croniche sono in progressiva crescita e richiedono continuità nell'assistenza, una stretta integrazione con i servizi sociali e un notevole impiego di risorse per il SSN. La transizione epidemiologica e demografica in atto ha segnato un sovvertimento della domanda di salute, conducendo al **Chronic Care Model (CCM)**, modello assistenziale che porta il sistema Salute verso il cittadino attraverso la maggiore erogazione di prestazioni da parte dei distretti sanitari, il ruolo cruciale dei medici di medicina generale, l'introduzione di figure quali infermiere di famiglia e case manager e l'utilizzo dei sistemi informatizzati.

Metodi

È stata effettuata un'analisi dei bisogni di salute del territorio aziendale e una valutazione delle strutture adatte ad ospitare il progetto pilota "**Chronic Care Center**". È stato individuato un distretto di riferimento per ospitare la prima sperimentazione, ovvero un Aggregato Funzionale Territoriale, abitato da una popolazione prevalentemente anziana, con pluripatologie croniche. Secondo lo studio di Epicentro 2016, l'**indice Di Fragilità** in Campania è pari al 6.4% degli anziani > 65 anni, con almeno una patologia cronica, corrispondente, nel territorio aziendale considerato, a circa 8500 pazienti fragili, dei quali 600 nel distretto in esame. Il progetto pilota iniziato nel 2020 prevede l'applicazione del CCM attraverso un team multiprofessionale che garantisce una presa in carico olistica del paziente cronico ed il raggiungimento dei migliori outcome di salute prefissati.

DISTRETTO DI RIFERIMENTO	0-14 (anni)	15-64 (anni)	>65 (anni)	Indice di vecchiaia
	8.314	38.177	11.517	138,52%



Risultati

Indicatori di Processo:

- Numero di pazienti presi in carico/totale pazienti con almeno 2 patologie croniche: 12% dei pazienti presi in carico nei primi 6 mesi di attività.

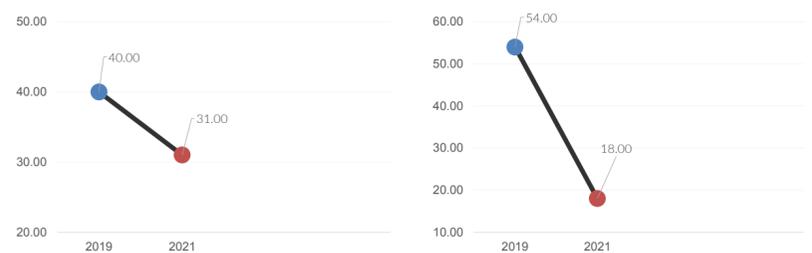
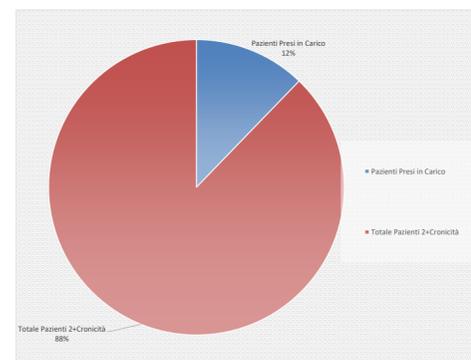
Indicatori di Esito:

- Riduzione tasso di ospedalizzazione per complicanze di patologie croniche: 40 Ricoveri nel 2019 vs 31 Ricoveri nel 2021 = Riduzione del 22%;

- Riduzione accessi in Pronto Soccorso: 54 Accessi nel 2019 vs 18 Accessi nel 2021 = riduzione del 67%;

- Riduzione Spesa Farmaceutica/Spesa Specialistica Ambulatoriale: in corso;

- Migliore percezione del servizio socio-sanitario erogato.



01 Riduzione numero di ospedalizzazioni

02 Riduzione accessi in Pronto Soccorso

Conclusioni

Il CCM garantisce una sanità "proattiva", in linea con la Missione 6 del PNRR da realizzare entro il 2026. Le criticità da risolvere sono: la scarsa aderenza ai nuovi sistemi informatizzati da parte del personale; la cultura della condivisione da parte di figure finora abituate a lavorare per "compartimenti stagni"; il passaggio da una medicina di attesa a una medicina proattiva.

Bibliografia

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021 – Ministero dello Sviluppo Economico



Malattie rare e case di comunità: un'occasione da non sprecare

Filippo Manelli, U.O.C. Medicina d'Emergenza Urgenza - ASST Bergamo Est.

Graziella Bonetti, U.O.C. Laboratorio Analisi – ASST Valcamonica.

Maria Sofia Cotelli, S.S.V.D. Neurologia - ASST Valcamonica.

Fondazione Aiuti per la Ricerca sulle Malattie Rare (ARMR) – Sezione di Brescia.

INTRODUZIONE E SCOPO DEL LAVORO

Le case di comunità (CdC) rappresentano strutture polivalenti in grado di erogare in uno stesso spazio fisico prestazioni socio-sanitarie integrate ai cittadini, favorendo, attraverso la contiguità degli spazi, dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie. Essa dovrà rappresentare una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. In base ai dati coordinati dal Registro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in Italia si stimano 20 casi di malattie rare ogni 10.000 abitanti e ogni anno sono circa 19.000 i nuovi casi segnalati dalle oltre 200 strutture sanitarie diffuse in tutta la penisola. Il 20% delle patologie coinvolge persone in età pediatrica (di età inferiore ai 14 anni) [Fonte: ISS 2015].

Scopo del lavoro è disegnare un progetto di pianificazione della presa in carico da parte delle case di comunità di pazienti affetti da malattie rare.

MATERIALI E METODI

Fondamentale sarebbe definire al meglio gli obiettivi primari dell'approccio metodologico delle CdC nei confronti del paziente con malattia rara come segue:

- Costante contatto con il centro di riferimento.
- Presa in carico multi-specialistica del paziente con creazione di percorsi "speciali" dedicati, garantendo tempi brevi per la prima visita e controlli regolari. In particolare, occorre un accesso prioritario al PUA (punto unico di accesso) che effettui in tempi rapidi un'analisi dei bisogni ed una programmazione degli interventi conseguenti.
- Attivazione dei nuclei avanzati in relazione ai bisogni della persona e composto da specialisti attinenti alla tipologia del bisogno da valutare (fisiatra e/o fisioterapista e/o logopedista, psicologo, ostetrica, educatore, dietista, fisioterapista).
- Monitoraggio infermieristico della corretta assunzione delle terapie domiciliari e degli eventuali effetti avversi correlati.
- Attivazione della telemedicina, soprattutto nei pazienti difficilmente trasportabili.

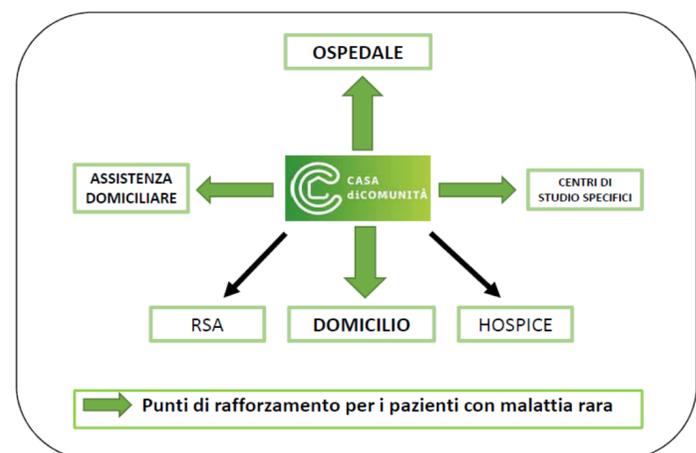


RISULTATI ATTESI

- Riduzione dei tempi di attesa per le visite e possibilità di effettuare controlli a cadenza regolare.
- Accesso garantito e prioritario a servizi quali logopedia, fisioterapia, presa in carico psicologica.
- Regolari controlli medici, anche mediante telemedicina, da parte del medico del distretto e del medico di medicina generale dell'assistito.
- Comunicazione più rapida ed efficace con i centri di riferimento soprattutto in caso di urgenze, rinnovo di piani terapeutici, richieste di chiarimenti/informazioni.
- Maggiore e migliore collaborazione tra specialisti.

CONCLUSIONI

L'attivazione delle CdC potenzialmente consentirà una seria e migliore progettazione della presa in carico del paziente affetto da malattia rara, attraverso un'integrazione più agevole e delle varie fasi del suo percorso di diagnosi, terapia e follow-up. Non da meno ciò porterebbe a un netto miglioramento della qualità percepita.



BIBLIOGRAFIA

- <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
- <https://www.iss.it/malattie-rare>



La gestione dei pazienti con malattia di Parkinson e Parkinsonismi nelle case di comunità dell'ASST Garda

Vincenzo Palomba UO Neurologia ASST GARDA (BRESCIA, ITALIA)
Maria Sofia Cotelli UO Neurologia ASST VALCAMONICA (BRESCIA, ITALIA)

Introduction

Le case di comunità rappresentano una struttura in grado di organizzare e coordinare i servizi destinati ai pazienti, in particolare coloro che sono affetti da patologie croniche e degenerative. Tali istituzioni prevedono punto unico di accesso (PUA) alle prestazioni sanitarie. Opererà all'interno un team multidisciplinare (costituito da medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità e altri professionisti della salute, assistenti sociali). Tra i servizi erogati è previsto, in particolare, il PUA per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi idonei per la comunità.

Obiettivi

Creare un sistema di presa in carico del paziente affetto da Malattia di Parkinson, e parkinsonismi (patologie neurodegenerative caratterizzate da progressiva compromissione del movimento) con carico alto di disabilità, in condivisione multidisciplinare, mediante l'utilizzo di sistemi informativi avanzati con collaborazione tra medici ospedalieri, MMG e neurologi Specialisti ambulatoriali interni (SAI) presenti nel distretto nella azienda socio sanitaria (ASST) del Garda i cui risultati saranno valutati dopo 365 giorni dell'introduzione.

Results

- Incremento dell'attività ambulatoriale, (stimata in 352 visite di follow-up e 88 teleconsulti annuali).
- Implementazione della telemedicina con miglioramento di monitoraggio dei pazienti (che potrà essere verificato attraverso la periodica valutazione delle scale di disabilità motoria sopra indicate)
- Misura dei risultati tramite "Satisfaction –check list"
- Miglioramento della qualità di vita dei pazienti e della gestione della malattia di Parkinson e dei parkinsonismi correlati.

Indicatori	Tipo di calcolo	Obiettivi
Teleconsulti annuale	Percentuale di tele-referti completati su totale teleconsulti offerti %	90%
Percentuale pazienti presi in carico con tele-visita, che presentano stabilità o miglioramento clinico	% su totale presi in carico con tele-visita	80%
Numero di pazienti con telecontrolli presi in carico al termine del primo anno	in % sul totale popolazione cronica MP	15%
Pazienti cronici complessivi in un anno presi in carico	Percentuali fragili individuati totale cronici MP %	10%
Soddisfazione utenti	Check-list	Positiva in 95 %

Methodology

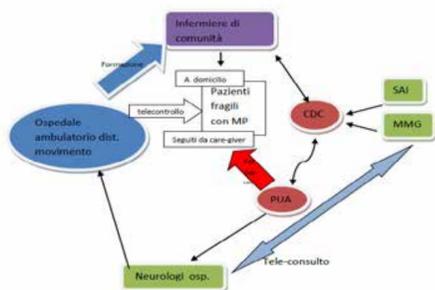
Il nuovo sistema per gestione digitale del territorio vedrà l'integrazione informatica tra servizi ospedalieri, territoriali e Fascicolo sanitario elettronico in Lombardia. Aria Spa coordinerà le attività di progettazione e sviluppo di una nuova soluzione applicativa, unica e centralizzata, messa a disposizione da Regione Lombardia su una piattaforma regionale di telemedicina per l'attuazione delle diverse tipologie di processi e servizi in ambito informatico. Il sistema dovrebbe essere validato in pochi mesi e potrebbe essere utilizzato per l'organizzazione della presa in carico dei cronici affetti da Malattia di Parkinson

Percorso di follow-up annuale dei pazienti reclutati tramite PUA, infermiere di famiglia, MMG, SAI

Inclusione nell'ambito di percorso di controllo telematico con classe di priorità assegnata in base alla disabilità motoria (basata su somministrazione preliminare di scale valutative quali BARTHEL, RANKIN, BADL, IADL, UPDRS III, HOEN & YAHR, PDQ 39 per la qualità della vita).

Gestione delle prenotazioni a carico dei punti unici di accesso delle CDC

Creazione di team multidisciplinare che includa anche la UO Neurologia dell'ASST Garda per monitoraggio periodico delle fasi del progetto



Conclusion

l'introduzione delle case di comunità potrà rappresentare l'elemento chiave che potrà garantire, tramite un percorso informatizzato, una migliore gestione dei pazienti affetti da malattia di Parkinson e parkinsonismi all'interno dell'ASST Garda

References

- BURL n. 50, suppl. del 15 Dicembre 2021) 2009 urn:nir:regione.lombardia: legge:2021-12-14;22
- <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>



L'infermiere di famiglia e di comunità nella presa in carico della persona con demenza e delle relative famiglie

Giacomina Macri¹, Laffranchini Patrizia²; Marinella Turla³, Elisa Tosana³, Giovanna Masnada³, Maria Sofia Cotelli³

1) IFeC Valcamonica, 2) CI Integrazione Reti Territoriali 3) UO.Neurologia ASST Valcamonica

Introduzione

Per demenza si intende genericamente una condizione di disfunzione cronica e progressiva delle funzioni cerebrali che porta a un declino delle facoltà cognitive della persona. Esistono molteplici forme di demenza, la più nota tra le quali è la malattia Alzheimer. Altre forme meno note sono la demenza vascolare, la malattia frontotemporale, la Demenza a corpi di Lewy. Solo in Italia si stima che siano oltre 700.000 i pazienti affetti da Demenza di Alzheimer (18.000.000 di persone nel mondo).

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) rappresenta il professionista sanitario che fornisce ai cittadini gli strumenti assistenziali utili per sostenere il peso di una malattia o di una disabilità cronica direttamente sul territorio e nello specifico all'interno dell'ambiente familiare.

Il servizio viene attivato dal medico di medicina generale o dagli operatori dei reparti di degenza ospedaliera e degli ambulatori specialistici. Ma casi particolari possono essere segnalati anche dai Servizi Sociali.

Materiali e metodi

Abbiamo preso in considerazione i pazienti seguiti presso il CDCD dell'ASST Valcamonica- Esine che abbiano ricevuto diagnosi di disturbo neurocognitivo di qualsiasi tipologia aggiornati a Settembre 2022:

1277 pazienti totali (maschi: 452, femmine: 825)

Malattia di Alzheimer: 491

Disturbo neurocognitivo minore (MCI-tutte le forme): 370

Malattia frontotemporale: 94

In trattamento farmacologico (memantina, inibitori di acetilcolinesterasi): 376

Esclusi: 321

Drop-out: 135

Sospesi: 445

Abbiamo individuato alcune criticità nella gestione dei pazienti e dei loro familiari (Caregiver) sul territorio dell'ASST Valcamonica e stiamo valutando come la figura IFeC possa divenire una figura chiave nella presa in carico di Pazienti e Caregiver

Risultati

Sono stati effettuati colloqui pazienti e caregiver durante le visite effettuate presso il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) dell'ASST Valcamonica. Sono emerse alcune criticità:

- Pazienti con difficoltà nella gestione domiciliare (soli, che rifiutano aiuto, che risiedono in zone isolate/difficilmente raggiungibili del territorio della Valcamonica); caregiver assenti e/o inadeguati
- Difficoltà da parte del comune /assistenza sociale di fornire una adeguata rete di supporto e/o dei Medici di Medicina Generale di fornire assistenza adeguata ad un numero elevato di pazienti fragili/ affetti da patologie croniche
- Difficoltà da parte del territorio di erogare servizi di supporto ai Pazienti ed ai caregiver
- Pazienti non in grado di assumere correttamente la terapia farmacologica (ed assenza di persone in grado di somministrarla); pazienti / caregiver non in grado di effettuare spostamenti in autonomia, ad esempio per mancanza della patente di guida, limitazione dei trasporti pubblici

Conclusioni

- Allo stato attuale si stima che circa 100 pazienti potrebbero essere seguiti da ogni IFeC, secondo una distribuzione territoriale.
- Non tutti i pazienti seguiti ambulatorialmente possono essere considerati ugualmente «fragili». Si stima che molti di essi lo diverranno nei prossimi anni a causa dell'evoluzione della patologia e della comparsa di eventuali comorbidità.
- E' importante la cooperazione tra Neurologi operativi nel CDCD, del Medico di Medicina Generale, dei Servizi Sociali e dell'IFeC nella presa in carico e gestione di situazioni di particolare fragilità e criticità assistenziale.
- E' fondamentale la formazione continuativa degli IFeC attuali ed un percorso formativo «ad hoc» se possibile sin dall'Università
- Fondamentale il coinvolgimento della rete di patologia

Bibliografia

- Kulmala J, Nykänen I, Mänty M, Hartikainen S. Association between frailty and dementia: a population-based study. Gerontology. 2014;60(1):16-21.



**GESTIRE I BISOGNI SOCIOSANITARI COMPLESSI A LIVELLO TERRITORIALE:
CASE MANAGEMENT DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ
NELLE CASE DI COMUNITÀ DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO**

Casati Monica¹, Cesa Simonetta² Marchetti Daniele³, Caldara Cristina⁴, Stasi Maria Beatrice⁵

¹Dirigente Responsabile UOS Valorizzazione delle competenze professionali – UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII

²Direttore UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII

³Infermiere UOS Valorizzazione delle competenze professionali – UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII

⁴Dirigente Processi Socio Assistenziali Territoriali, UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII

⁵Direttore Generale, ASST Papa Giovanni XXIII

INTRODUZIONE

Alla luce delle normative e indicazioni nazionali e regionali, il 21/02/2022 l'ASST Papa Giovanni XXIII ha inaugurato la sua prima Casa di Comunità (CdC) presso via Borgo Palazzo. Parte integrante della CdC è rappresentata dal Servizio Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC), introdotto per la prima volta, sempre presso la medesima sede, il 05/11/2020. Attualmente l'ASST consta di 7 sedi del Servizio IFeC dislocate lungo tutto il territorio di afferenza. Inoltre, il 22/07/2022, si è inaugurata anche la CdC di Sant'Omobono Terme a cui ne seguiranno, nel prossimo futuro, altre 4. Come evidenziato dalla normativa, nonché dai principali riferimenti in tema IFeC, il case management rappresenta la modalità d'elezione per la presa in carico dei bisogni sociosanitari a livello territoriale al fine di garantire all'utenza coordinamento, integrazione e facilitazione dei servizi. L'ASST ha promosso, sin da subito, questa modalità di presa in carico per gli IFeC, anche nel contesto delle CdC, stante lo sviluppo progettuale del case management già presente dal 2011. Obiettivo del presente lavoro è analizzare l'attività di case management promossa all'interno delle CdC attualmente presenti in azienda.

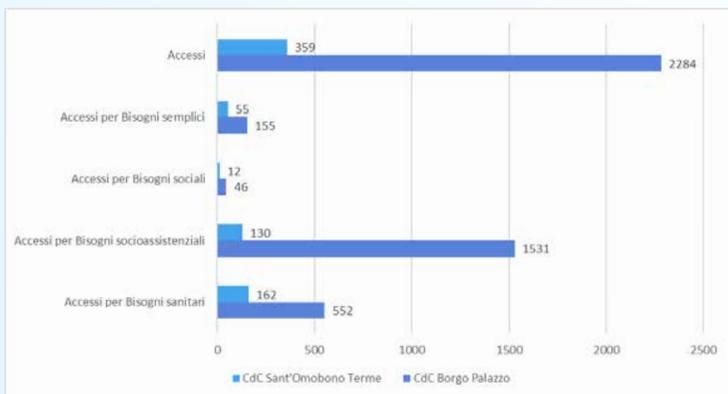
MATERIALE E METODI

Si è analizzata l'attività di case management degli IFeC, presso la CdC di Borgo Palazzo nei primi 7 mesi e la CdC di Sant'Omobono Terme nei primi 2 mesi, fino a fine settembre, facendo riferimento al database di rendicontazione dedicato.

RISULTATI

Nel periodo analizzato gli accessi nel contesto delle CdC sono stati 2643, distribuiti per i motivi illustrati dalla Figura 1.

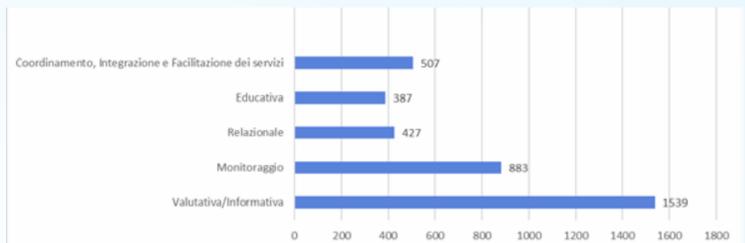
Figura 1 – Motivi degli accessi distribuiti per CdC



Nelle due CdC, nel periodo considerato, le persone che hanno beneficiato del case management sono 433 su 643 (67,34%).

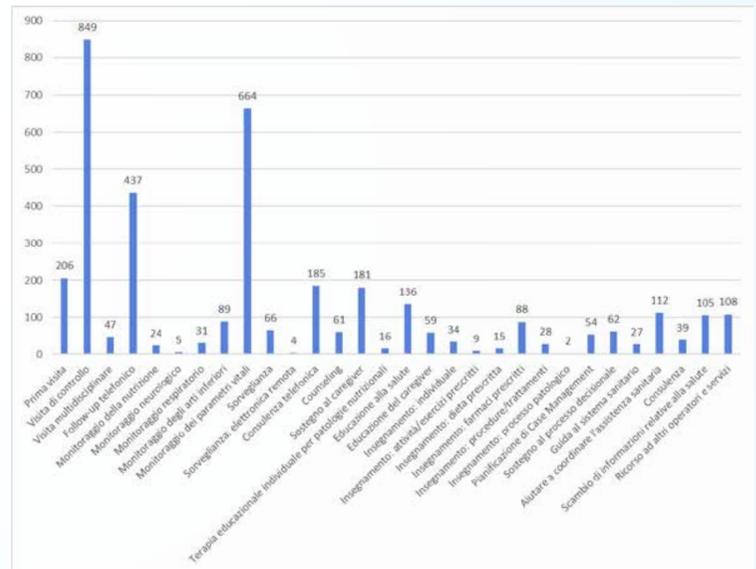
Le categorie di attività di case management erogate sono rappresentate dalla Figura 2.

Figura 2 – Categorie di attività di case management erogate complessivamente nelle CdC



Il totale delle attività garantite nella presa in carico di case management, complessivamente tra le due CdC, sono 3743 e le loro caratteristiche sono riportate nella Figura 3.

Figura 3 - Attività di case management erogate complessivamente nelle CdC



CONCLUSIONI

I risultati mostrano come il 92,05% degli accessi presso il PUA delle CdC siano motivati da bisogni sanitari, sociosanitari o sociali. Questi accessi sono riconducibili a 433 persone (67,34% del totale) che hanno beneficiato di case management. All'interno della presa in carico le principali attività sono di natura valutativa/informativa (41,12%) e, in ordine decrescente, di monitoraggio clinico (23,58%), di coordinamento, integrazione e facilitazione dei servizi (13,55%), relazionali (11,41%) e educative (10,34%). Le CdC, stante gli sviluppi previsti dalle normative e dagli investimenti sulla teleassistenza, vedranno gli IFeC consolidare sempre maggiormente il case management quale nella risposta bisogni complessi dell'individuo e della famiglia.

RIFERIMENTI

- 1) Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità (AIFeC) (2019), Position Paper Infermiere di Famiglia e di Comunità.
- 2) Federazione Nazionale Ordine Professioni Infermieristiche (FNOPI) (2020), Position Statement L'infermiere di Famiglia e di Comunità.





Gestione delle lesioni cutanee dolorose e potenzialmente infette: attività trasversali dell'infermieristica di famiglia e comunità

P. D'Incecco¹, M.G. Zagaglia², P. Graciotti², D. Giovannini², N. Storti³
1_IFeC Av2, 2_Direzione Infermieristica Av2, 3_Direttore Generale ASUR MARCHE

Introduction

L'Infermiere di Famiglia e Comunità svolge attività trasversali nella presa in carico dei cittadini che hanno bisogni di salute, con l'obiettivo di accrescere l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e l'attivazione di risorse comunitarie presenti sul territorio e fa parte integrante e connettivale della comunità, ne conosce i bisogni, le risorse e le potenzialità sommerse.

Nell'ambito dell'approccio assistenziale e di cura a persone affette da lesioni cutanee, seguite sia a domicilio che in ambulatorio infermieristico, il sintomo del dolore riferito, procedurale e sistemico associato o meno a colonizzazione critica, richiede l'utilizzo in fase di debridement, o cambio di medicazione, di Lidocaina Cloridrato al 5% crema al fine di gestirlo a livello topico, riducendo le conseguenze fisiologiche e psicologiche dannose del dolore non trattato, quindi favorendo l'aderenza terapeutica del paziente stesso.

Methodology

I pazienti presi in esame sono quattro: tre donne e un uomo, la cui età media è di 76 anni (da 56 a 89 anni).

Tutti i pazienti presentano lesioni cutanee localizzate agli arti inferiori a causa di insufficienza venosa cronica (3 pazienti) e malattia diabetica (1 paziente). Le lesioni cutanee, variabilmente presenti a livello perimalleolare mediale o laterale, in regione achillea o al terzo medio inferiore, con modalità "a gambaletto", sono molto dolorose per i pazienti, i quali presentano diverse comorbidità e fattori di rischio.

È stata effettuata la ricognizione farmacologica per ogni paziente ed è stata condivisa con MMG, al fine di favorire l'aderenza terapeutica e individuare criticità nell'assunzione di farmaci che possano interferire con la guarigione delle LCC. In alcune delle situazioni valutate, è stato richiesto l'intervento dell'Assistente Sociale del Territorio, al fine di valutare le opzioni di intervento, tra cui l'attivazione della partecipazione al bando per "l'Assegno di cura per le persone non autosufficienti" (2 pazienti). Con il MMG si è collaborato per la valutazione complessiva dei pazienti, indicando di volta in volta gli interventi da attuare.

Sono stati effettuate medicazioni bisettimanali, sia a domicilio che in ambulatorio, previa detersione dell'arto sede di lesione con soluzione detergente, applicazione di una crema a base di lidocaina cloridrato 5% per 15'. Successivamente, se necessario, debridement meccanico del fondo di lesione con cucchiaino di Volkmann o garze e gestione della cute perilesionale con crema idratante o barriera se necessita.

Results

Un paziente, con una condizione clinica più complessa, a causa di sopravvenuta crisi di insufficienza respiratoria, è stato ricoverato alla quarta settimana di osservazione.

La cute perilesionale si mostra priva di alterazioni e maggiormente elastica, mentre l'essudato appare più gestibile da moderato a scarso, di tipo sieroso (3 pazienti), con diminuzione di eritema perilesionale; il sintomo dolore è risultato ben gestito (NRS 3-4) soprattutto in fase di cambio medicazione con l'utilizzo di lidocaina cloridrato 5% crema unitamente a terapia sistemica antalgica (1 paziente).

In accordo con la famiglia, il caregiver e il paziente, si sono attuate strategie educative al fine di aiutare gli stessi a comprendere la malattia ed il trattamento.



Figura 1 - S. G. 30/04/21



Figura 2 - S. G. 09/06/21



Figura 3 - M. R. 14/04/21



Figura 4 - M. R. 25/05/21



Figura 6 - N. A. 23/04/21



Figura 7 - N.A. 01/06/21



Figura 5 - C. I. 22/04/21

Conclusion

Un obiettivo auspicabile è la riduzione del dolore al di sotto della soglia di interferenza (cioè della soglia di intensità del dolore al di sopra della quale il dolore interferisce significativamente con le attività della vita quotidiana), parallelamente alla riduzione della disabilità, che normalmente si associa alla presenza di lesioni.

Nel modello biopsicosociale la dimensione biologica, la malattia, non è più il solo aspetto da considerare, ma ampio spazio viene dato alla persona portatrice della malattia, alla sua agenda, ovvero ai suoi pensieri, preoccupazioni, desideri, motivazioni, al suo stile di vita, alla sua vita familiare, sociale e lavorativa. Si vive una fase in cui "diventiamo di casa" condividendo i momenti decisivi di una famiglia che fino a poco prima non conoscevamo, per cui eravamo dei perfetti sconosciuti. Si visita, si cura, si parla, si prende il caffè, si condividono paure, sorrisi e scoperte. Si fa un pezzo di strada insieme.

Acknowledgements



L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ: REALTÀ A CONFRONTO

Nemtoi Renata ¹, Carla Lucertini ², Lucia Dignani ³, Domenico Lombardi Fortino ⁴

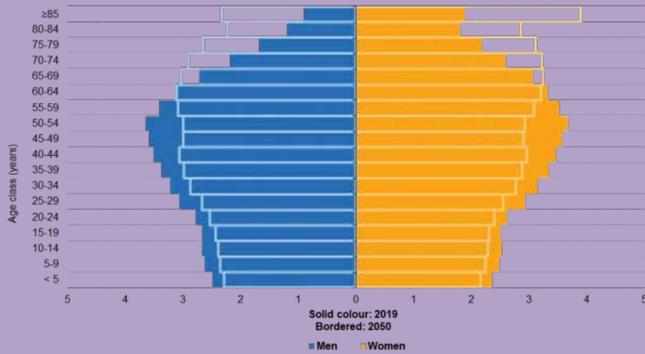
¹Nurse Student, ²RN-PhD - Posizione Organizzativa Clinical Risk Management – Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche; ³RN-PhD - Incarico di Organizzazione Dipartimento di Emergenza - Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche; ⁴RN PhD Student Università Tor Vergata Incarico di Organizzazione Dipartimento di Chirurgia Generale - Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche.

Introduction

La centralità dell'Ospedale che ha caratterizzato la Sanità negli ultimi decenni si sta orientando verso una "Medicina d'Iniziativa", in cui il territorio ed il domicilio rappresentano i setting preferenziali dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IfcC). Tale professionista rappresenta la connessione tra l'ospedale ed il territorio, nonché il protagonista nella gestione delle cronicità e della promozione della salute.

Nei 2019 l'Italia viene dichiarata uno dei paesi più longevi tra i paesi industrializzati, con un'aspettativa di vita in assoluto di 83.4 anni, superata solo dalla Spagna che arriva a 83.5 anni (Age Platform Europe, 2019)

Population pyramids, EU-27, 2019 and 2050 (% share of total population)



Note: all data as of 1 January. 2019: estimates and provisional. 2050: population according to the 2019 projections, baseline variant (EUROPOP2019). Source: Eurostat (online data codes: demo_pjangroup and proj_19np)



Results

Sono stati selezionati 18 articoli, di cui 10 da PubMed, 7 da Google Scholar e 1 da Google. Sono state valutate le best practices internazionali provenienti da 5 paesi europei: Regno Unito; Spagna; Svizzera, Olanda e Norvegia, e quindi si è proceduto ad effettuare il confronto con le esperienze italiane. Gli studi selezionati comprendevano: 1 RCT, 3 studi fenomenologici, 7 case study, 2 review, 1 working paper, 1 good practice brief, 1 report, 1 case series e 1 uno studio osservazionale. I risultati sono raccolti e suddivisi in 3 macro aree: target di cura, setting assistenziale, modello organizzativo/approccio assistenziale.

Tabella n.2 Prevalenza Disegno di studio

Disegni di studio	Quantità	Fonte
RCT	1	(Barnes et al., 2017)
Studio fenomenologico	3	(Gysin et al, 2019) (Schönenberger et al, 2020) (Lalani et al, 2019)
Case-study	7	(Hämel et al., 2020) (Clancy et al., 2013) (Drennan VM, et al, 2018) (Monsen and deBlok, 2013) (Maiocchi, 2021) (Righetti, 2021) (Fabbri, 2019)
Review	2	(Freund et al., 2015) (Hegedüs et al., 2022)
Working paper	1	(Crescentini et al., 2018)
Good practice brief	1	(Dedeu & Marti, 2018)
Report	1	(FNOPI, 2021)
Case series	1	(Ferrari, 2017)
Studio di prevalenza	1	(Bezze et al., 2021)

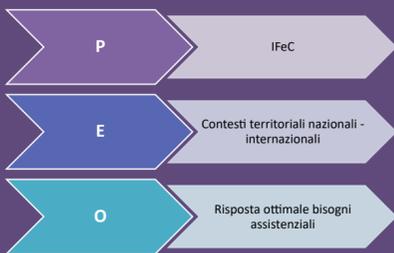
Methodology

Obiettivi: Capire come l'IfcC sia attualmente inserito nel sistema di cure primarie, in termini di caratteristiche e funzioni, confrontando alcuni progetti pilota sperimentati in Italia negli ultimi 10 anni rispetto alle realtà di altri Paesi Europei.

Materiali e Metodi: Revisione narrativa.

Sono stati selezionati complessivamente 18 articoli, di cui 10 da PubMed, 7 da Google Scholar e 1 da Google.

Quesito di ricerca utilizzato: "Come l'Infermiere di Famiglia e di Comunità si inserisce nei contesti territoriali delle Cure Primarie internazionali e nazionali per migliorare la risposta ai bisogni assistenziali?".



Sono state valutate le buone pratiche internazionali di 5 paesi europei, e confrontate con le esperienze italiane.

Tabella n.1 Paesi Europei Analizzati

Regno Unito	(Barnes et al., 2017), (Freund et al., 2015), (Lalani et al, 2019), (Drennan VM, et al, 2018), (Hegedüs et al., 2022)
Spagna	(Hämel et al., 2020), (Dedeu & Marti, 2018)
Svizzera	(Gysin et al, 2019), (Schönenberger et al, 2020), (Hegedüs et al., 2022)
Olanda	(Freund et al., 2015), (Monsen and deBlok, 2013)
Norvegia	(Clancy et al., 2013)
Italia	(Crescentini et al., 2018), (Ferrari, 2017), (Maiocchi, 2021), (Righetti, 2021), (Fabbri, 2019), (Bezze et al., 2021), (FNOPI, 2021)

Conclusion

La discussione critica dei contenuti è stata suddivisa in 3 aree tematiche:
- Target di cura - Setting assistenziale - Modello organizzativo assistenziale

Tabella n.3 Target di cura in Italia



Tabella n.4 Setting Assistenziale

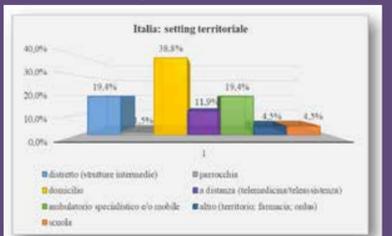


Tabella n.5 Modello Organizzativo



In ambito di Cure Primarie l'Italia sta attraversando un processo di transizione particolarmente delicato. Nonostante sia avvenuto nel 2020 il riconoscimento legislativo dell'IfcC, tale figura risulta ancora poco presente sul territorio.

Dalla revisione si può affermare che:

- l'autonomia professionale dell'Infermiere che lavora in ambito territoriale è ampiamente consolidata in alcuni Paesi Europei e ne rappresenta il punto di forza a differenza dell'organizzazione in Italia.
- la presenza di percorsi dedicati e distinti per la presa in carico di pazienti pediatrici e Adulti con sviluppo di competenze specifiche per l'operatore coinvolto.
- Presenza di team multidisciplinari in stretta collaborazione e di professionalità altamente specializzate nei due ambiti
- Presenza di modelli organizzativi estremamente avanzati.

Acknowledgements

Aceti, T., Del Bufalo, P., & Nardi, S. (2021). Il Piano Nazionale della Cronicità per l'equità. Salutequità. - Andreoni, B. (2000). Assistenza Domiciliare Integrata. Milano: Masson. - Barnes et al. (2017). Randomized controlled trial and economic evaluation of nurse-led group support for young mothers during pregnancy and the first year postpartum versus usual care. *Trials*, 18:508. - Barr et al. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *HOSPITAL QUARTERLY*, p. 73-82. - Bezze et al. (2021). Nurses in Family Pediatric Practices: A Survey of the Health Protection Agency of the Metropolitan City of Milan. *Journal of Pediatric Nursing*, p. 1-6. - Caballero et al. (2021). Study of the Strengths and Weaknesses of Nursing Work Environments in Primary Care in Spain. *Int. J. Environ. Res. Public Health*.



Gestione delle lesioni cutanee dolorose e potenzialmente infette: attività trasversali dell'infermieristica di famiglia e comunità

P. D'Incecco¹, M.G. Zagaglia², P. Graciotti², D. Giovannini², N. Storti³
1_IFeC Av2, 2_Direzione Infermieristica Av2, 3_Direttore Generale ASUR MARCHE

Introduction

L'Infermiere di Famiglia e Comunità svolge attività trasversali nella presa in carico dei cittadini che hanno bisogni di salute, con l'obiettivo di accrescere l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e l'attivazione di risorse comunitarie presenti sul territorio e fa parte integrante e connettivale della comunità, ne conosce i bisogni, le risorse e le potenzialità sommerse.

Nell'ambito dell'approccio assistenziale e di cura a persone affette da lesioni cutanee, seguite sia a domicilio che in ambulatorio infermieristico, il sintomo del dolore riferito, procedurale e sistemico associato o meno a colonizzazione critica, richiede l'utilizzo in fase di debridement, o cambio di medicazione, di Lidocaina Cloridrato al 5% crema al fine di gestirlo a livello topico, riducendo le conseguenze fisiologiche e psicologiche dannose del dolore non trattato, quindi favorendo l'aderenza terapeutica del paziente stesso.

Methodology

I pazienti presi in esame sono quattro: tre donne e un uomo, la cui età media è di 76 anni (da 56 a 89 anni).

Tutti i pazienti presentano lesioni cutanee localizzate agli arti inferiori a causa di insufficienza venosa cronica (3 pazienti) e malattia diabetica (1 paziente). Le lesioni cutanee, variabilmente presenti a livello perimalleolare mediale o laterale, in regione achillea o al terzo medio inferiore, con modalità "a gambaletto", sono molto dolorose per i pazienti, i quali presentano diverse comorbidità e fattori di rischio.

È stata effettuata la ricognizione farmacologica per ogni paziente ed è stata condivisa con MMG, al fine di favorire l'aderenza terapeutica e individuare criticità nell'assunzione di farmaci che possano interferire con la guarigione delle LCC. In alcune delle situazioni valutate, è stato richiesto l'intervento dell'Assistente Sociale del Territorio, al fine di valutare le opzioni di intervento, tra cui l'attivazione della partecipazione al bando per "l'Assegno di cura per le persone non autosufficienti" (2 pazienti). Con il MMG si è collaborato per la valutazione complessiva dei pazienti, indicando di volta in volta gli interventi da attuare.

Sono stati effettuate medicazioni bisettimanali, sia a domicilio che in ambulatorio, previa detersione dell'arto sede di lesione con soluzione detergente, applicazione di una crema a base di lidocaina cloridrato 5% per 15'. Successivamente, se necessario, debridement meccanico del fondo di lesione con cucchiaino di Volkmann o garze e gestione della cute perilesionale con crema idratante o barriera se necessita.

Results

Un paziente, con una condizione clinica più complessa, a causa di sopravvenuta crisi di insufficienza respiratoria, è stato ricoverato alla quarta settimana di osservazione.

La cute perilesionale si mostra priva di alterazioni e maggiormente elastica, mentre l'essudato appare più gestibile da moderato a scarso, di tipo sieroso (3 pazienti), con diminuzione di eritema perilesionale; il sintomo dolore è risultato ben gestito (NRS 3-4) soprattutto in fase di cambio medicazione con l'utilizzo di lidocaina cloridrato 5% crema unitamente a terapia sistemica antalgica (1 paziente).

In accordo con la famiglia, il caregiver e il paziente, si sono attuate strategie educative al fine di aiutare gli stessi a comprendere la malattia ed il trattamento.



Figura 1 - S. G. 30/04/21



Figura 2 - S. G. 09/06/21



Figura 3 - M. R. 14/04/21



Figura 4 - M. R. 25/05/21



Figura 6 - N. A. 23/04/21



Figura 7 - N.A. 01/06/21



Figura 5 - C. I. 22/04/21

Conclusion

Un obiettivo auspicabile è la riduzione del dolore al di sotto della soglia di interferenza (cioè della soglia di intensità del dolore al di sopra della quale il dolore interferisce significativamente con le attività della vita quotidiana), parallelamente alla riduzione della disabilità, che normalmente si associa alla presenza di lesioni.

Nel modello biopsicosociale la dimensione biologica, la malattia, non è più il solo aspetto da considerare, ma ampio spazio viene dato alla persona portatrice della malattia, alla sua agenda, ovvero ai suoi pensieri, preoccupazioni, desideri, motivazioni, al suo stile di vita, alla sua vita familiare, sociale e lavorativa. Si vive una fase in cui "diventiamo di casa" condividendo i momenti decisivi di una famiglia che fino a poco prima non conoscevamo, per cui eravamo dei perfetti sconosciuti. Si visita, si cura, si parla, si prende il caffè, si condividono paure, sorrisi e scoperte. Si fa un pezzo di strada insieme.

Acknowledgements



CASA DI COMUNITA': OPPORTUNITA' SANITARIA E SOCIALE

Roma Carmela
Isabella Altavilla
ASL Brindisi

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

23 maggio 2022
giugno 2002
settembre 2022

Il tempo delle mele
(Reality)

ACCESSIBILITA':

- efficienza allocativa
- riconversione di strutture preesistenti
- facile comunicazione (autobus, posizione strategica)
- unico comprensorio

INTEGRAZIONE:

- psicologo -psichiatra
- fisiatra -MMG
- pediatra -ginecologo
- ostetrica -medici specialisti

PARTECIPAZIONE:

- ASL
- comune
- caregiver
- terzo settore

VALORIZZAZIONE:

- co-progettazione (equipe multidisciplinare-utenti)

PERSONALIZZAZIONE:

- obiettivi
- fabbisogni
- assistenza antropocentrica

COOPERAZIONE:

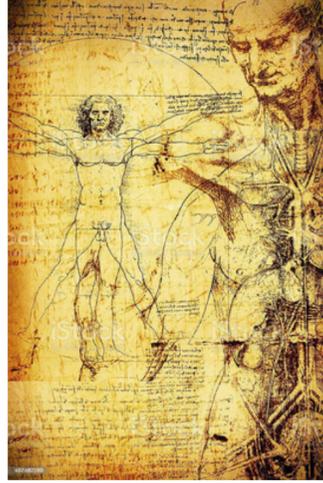
- studi epidemiologici
- monitoraggio

INFORMATIZZAZIONE:

- inserimento dati
- Fascicolo Sanitario
- individuazione gruppi a rischio

COMUNICAZIONE:

- efficace -efficiente
- sicura -chiara
- immediata -adatta



I progetti sono essenziali ma molto più importanti sono gli uomini.

Questo è il punto: le cose non si fanno da sole, per farle occorrono le persone giuste e preparate. Noi ce l'abbiamo queste persone?

Piero Angela



ECONOMIA SANITARIA:

Il programma è conveniente? come più è conveniente raggiungere un dato risultato? quanto conviene impegnarsi nel dato programma

PREVENZIONE:

vaccinazione
educazione sanitaria
educazione rapporti scuola sanità

ASSISTENZA BASE:

valutazione gruppi a rischio per età ,comorbilità, anomalie della risposta immunitaria e altri fattori concomitanti (alcool,fumo)

HTA:

(valutazione delle tecnologie sanitarie)

processo multidisciplinare che sintetizza le informazioni sulle questioni cliniche, economiche, sociali ed etiche connesse all'uso di una tecnologia sanitaria, in modo sistematico, trasparente, imparziale e solido.

PROGRAMMA SANITARIO:

misurazione dei costi:
diretti
indiretti
intangibili

MISURAZIONE DELLE CONSEGUENZE:

effetti :stato di salute(morti evitate, tasso di infezioni)
utilità: allungamento degli anni di vita per qualità
benefici: economici (diretti,indiretti,intangibili)

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE:

si sono raggiunti gli obiettivi prefissati?
è stato predisposto un modello efficiente?





PROGETTAZIONE PIATTAFORMA AMBULATORIALE AZIENDALE (PAASL) CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLE PATOLOGIE CRONICHE



ASL NUORO

ANTONIO CRUCCU, GIANLUCA DOA, PIERO MASCIA, MARILENA MUGGIANU, LUCIA MARIA PIRA, NICOLINO RITZU, MARIA SEBASTIANA USAI, PAOLO CANNAS

CANTIERE SANITÀ

INTRODUZIONE

L'ASL di Nuoro ha avviato il processo di riposizionamento strategico dell'azienda con l'obiettivo di proporsi quale punto di riferimento unitario nella rete di offerta regionale, in modo da fornire e gestire risposte integrate ai bisogni di salute alla popolazione di riferimento.

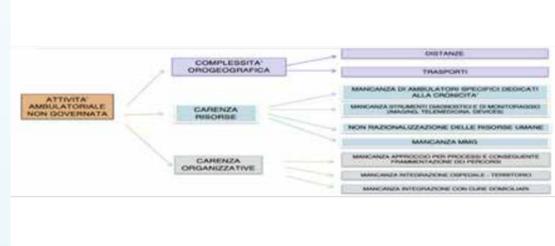
Il nostro progetto si inserisce nelle aree strategiche dell'acuzie medica, cronicità e fragilità in una organizzazione per processi e piattaforme erogative. Infatti, il conflitto organizzativo e il basso grado di coordinamento tra strutture ospedaliere e territoriali genera una frammentazione dell'offerta aziendale che comporta fra l'altro un inevitabile allungamento dei tempi di attesa per le visite ambulatoriali. Il difficile e disomogeneo accesso del paziente ai percorsi diagnostici e di follow up comporta un aumento del numero di riacutizzazioni delle patologie croniche, degli accessi evitabili in Pronto Soccorso e il sovraffollamento dei reparti ospedalieri. La gestione del percorso clinico è spesso demandata al malato o un suo familiare. Vi è scarsa integrazione tra specialisti ospedalieri, territoriali e MMG.

La realizzazione della Piattaforma Ambulatoriale Unica Aziendale permetterà l'integrazione Ospedale-Territorio, il miglioramento dell'assistenza effettiva percepita dal paziente cronico, con ottimizzazione delle risorse e riduzione dei tempi d'attesa nell'erogazione delle prestazioni.

METODOLOGIA

Abbiamo mappato la situazione attuale col Lean Thinking e individuato le principali criticità della presa in carico del paziente cronico, in particolare con Scopenso cardiaco. Il Controllo di gestione ha quantificato il n° di riacutizzazioni nel 2021 e l'allungamento dei tempi d'attesa. Abbiamo analizzato con la Spaghetti Chart i flussi dei pazienti che necessitano di visite ambulatoriali e con la Root Cause Analysis le cause di tali problematiche.

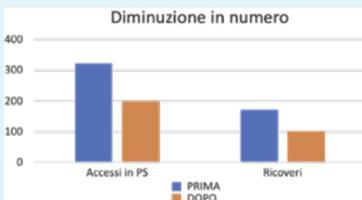
TOTALE PZ OVER 65 ASL 3	MMG
TEMPI DI ATTESA PRIMA VISITA CARDIOLOGICA CLASSE Differita e Programmata*	0 201 giorni
	7 264 giorni
*(Indicazione ministeriale 0-60 giorni e la P 130 giorni)	
NUMERO DI ACCESSI IN PS con diagnosi di scompenso cardiaco	322
NUMERO DI ACCESSI IN PS RIPETUTI	56
RICOVERI OSPEDALIERI DNG 127	171
RICOVERI OSPEDALIERI RIPETUTI	42



RISULTATI

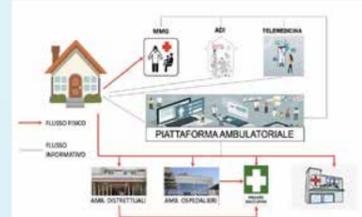
I risulti attesi a livello progettuale nel breve, medio e lungo termine sono:

- Riduzione del numero degli accessi in PS dei pazienti cronici riacutizzati
- Riduzione del numero dei ricoveri evitabili
- Ottimizzazione delle risorse
- Riduzione dei tempi d'attesa nell'erogazione delle prestazioni



PRIMA

DOPO



CONCLUSIONI

Tutti gli obiettivi individuati verranno monitorati con cadenza mensile e verifica intermedia a 3 e 6 mesi.

La realizzazione della Piattaforma Ambulatoriale renderà il percorso dei pazienti lineare e semplice, ed il flusso informativo uniforme e accessibile.

PIANO DI IMPLEMENTAZIONE			
COSA	CHI	STRUMENTI	QUANDO
Mappatura e riorganizzazione della rete ambulatoriale	Responsabili dei Distretti e RUGLA	-Riconoscimento ambulatori esistenti -Riconoscimento ed eventuale implementazione ore assegnate -Riconoscimento del personale specialistico ambulatoriale -Riconoscimento tempi di attesa	Entro Ottobre 2022
Diversificazione dei percorsi in base alla stratificazione del PDTA	Gruppo PDTA	- Identificazione indici di stratificazione (PDTA, TELEMEDICINA...) - Identificazione slot nei vari distretti per intensità di stratificazione	Entro Ott/Nov 2022
Potenziamento delle tecnologie e introduzione della telemedicina	Ditte esterne fornitrici, ingegneria clinica, ufficio acquisti (in service?)	-Acquisizione tecnologie e devices -Distribuzione uniforme tecnologie e devices -Manutenzione periodica e aggiornamento	Entro Ottobre 2022
Formazione e valorizzazione del personale	Ingegneria clinica e segreteria CUP Ditte esterne fornitrici, e servizio informatico Operatori (infermieri) e ditte esterne e Ingegneria clinica Referenti PDTA	-Formazione CUP WEB (come si utilizza la piattaforma prenotazioni) -Formazione utilizzo tecnologie -Formazione telemedicina (formazione care giver e pazienti) -Diffusione utilizzo PDTA	Entro Ott/Nov 2022 Entro Ott/Nov 2022 Entro Ott/Nov 2022
Costruzione piattaforma unica aziendale	Direttore Strategica Aziendale	- Individuazione centrale operativa piattaforma ambulatoriale (sede, responsabile e operatori coinvolti)	Entro Novembre 2022
	Centrale Operativa Ambulatoriale	-Creazione agenda ambulatori secondo PDTA	Entro Dicembre 2022

BIBLIOGRAFIA

- PNGLA (triennio 2019-2021)
- PNRR
- JAMANetwOpen.2021Jun1;4(6):e2111568 Hospital-at-Home Interventions vs In-Hospital Stay for Patients With Chronic Disease Who Present to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis G Arsenaull-Lapierre, M Henein, D Gaid, M Le Berre, G Gore, I Vedel



La Promozione della Salute per l'adozione di corretti stili di vita attraverso un approccio motivazionale breve nel corso dell'erogazione di servizi all'interno delle Case della Comunità.

Anna Beltrano*, Manuela Giotti**, Lucia La Rosa***, Lucia Testini****, Renzo Paradisi*****.

*Direttore Dipartimento del Territorio, della fragilità e delle dipendenze Azienda USL Toscana Sudest; **Direttore Zona Distretto Valdichiana Aretina Azienda USL Toscana Sudest; ***Animatore di Formazione Aziendale Facilitatore GRC Azienda USL Toscana Sud est; ****Responsabile U.F. Cure Primarie Zona Distretto Valdichiana Aretina Azienda USL Toscana Sudest.; *****Direttore Educazione alla Salute Area Provinciale Aretina, Azienda USL Toscana Sudest

Introduzione

Al fine di perseguire la capacità del Sistema Sanitario di operare vicino alla comunità, l'orientamento delle recenti disposizioni normative favorisce lo sviluppo di strutture di prossimità come le Case della Salute. Queste sono punti di riferimento per rispondere ai bisogni di natura sanitaria e socio-sanitaria. All'interno delle Case della Salute, l'Assistenza Primaria eroga prestazioni attraverso équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, ma anche attraverso la valorizzazione delle co-progettazioni con gli utenti e attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità quali i Comuni, i professionisti e le associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc. Tra le attività trasversali, richieste a tutti gli operatori della Casa della Salute, vi è la Promozione della Salute per la diffusione di corretti stili di vita. Per questo la struttura competente di Educazione alla Salute dell'area Aretina dell'Azienda UsI Toscana Sudest, si è resa disponibile a sostenere una serie di progettualità volte a favorire l'integrazione e la collaborazione tra tutte le professionalità operanti nella Casa della Salute e a guidare la formazione per un corretto approccio alla relazione di cura.

Metodologia

Il lavoro presentato descrive 3 azioni che hanno contribuito a definire la centralità della Casa della Salute quale setting favorevole alla Promozione della Salute per la diffusione dei corretti stili di vita per la riduzione della cronicità. La prima azione riguarda la costituzione di un gruppo di lavoro permanente multiprofessionale per la promozione della salute. La seconda azione, si è rivolta al coinvolgimento nella coprogettazione di interventi di Promozione della Salute nel territorio, dell'Azienda Sanitaria, delle Associazioni e degli Enti della zona dove incide la Casa della Salute. La terza azione si è rivolta alla formazione degli Operatori della Casa della Salute sul "counseling motivazionale breve" per una migliore "relazione di cura".

Risultati

L'aver favorito la centralità della Casa della Salute come setting ideale per attività di Promozione della salute con una forte attenzione alla "relazione di cura" e con l'utilizzo di tecniche di counselling breve, ha consentito di osservare i seguenti risultati:
miglioramento del clima relazionale all'interno dei gruppi multidisciplinari operanti all'interno della Casa della Salute;
tra gli operatori condivisione dell'importanza di acquisire la "flessibilità relazionale" (adattarsi e utilizzare strategie adeguate in funzione del contesto e dell'interlocutore);
presa in carico degli utenti della Casa della Salute con maggiori attenzioni ad iniziare già dai primi contatti con servizi quali il CUP;
attivazione di interventi di counseling motivazionale breve in contesti opportunistici

Conclusioni

I sistemi di prevenzione e di cura sono sempre più centrati sul cittadino quale portatore di risorse di cura e quindi capace di produrre salute. In questo quadro la "relazione di cura" implica un "aver cura" della persona sia nella condizione di salute che di malattia e fine vita; osservazione, ascolto, fiducia, empowerment, entrano in gioco nella relazione di cura. Tutti i professionisti operanti nelle Case della Salute, hanno un ruolo centrale nel creare il *clima* che consente al parente e all'assistito di sentirsi a proprio agio. Il counselling è pertanto un processo in cui il dialogo fra curanti e rapporto con parenti e assistiti diventa un insieme di consigli, raccomandazioni ed istruzioni, viene inserito nel trattamento terapeutico-assistenziale attraverso l'integrazione di figure multiprofessionali che collaborano fra loro nei contesti sanitari, sia in quelli che operano per assistere e curare le persone sulla base dei bisogni.

Ringraziamenti

Si ringraziano gli operatori della Casa della Salute di Castiglion Fiorentino





**Motivare verso scelte consapevoli:
Il professionista Assistente Sanitario nella casa di comunità!**

Assistente sanitario AUSL Toscana Centro: dott.ssa Elisa Bonchi
Dirigente SOSD Attività assistenza sanitaria Area Fiorentina Ausl Toscana Centro: dott.ssa Giovanna Mereu
Direttore SDS area Fiorentina sud-est AUSL Toscana Centro: dott. Simone Naldoni
I.F Dipartimento del decentramento Anagrafe sanitaria AUSL Toscana Centro: dott.ssa Claudia Corsini
AUSL TC DPTS- SOSD Attività Assistenza Sanitaria Area Fiorentina: Dirigente Dott.ssa Giovanna Mereu

INTRODUZIONE

Nell'ottica del **Planetary Health** il più alto livello di salute si ottiene attraverso una equilibrata governance dei sistemi politici, umani, economici e sociali. Quanto enunciato nel 1986 nella carta di Ottawa diventa adesso l'obiettivo del DM 77: "costruire un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale con un approccio orientato alla SALUTE GLOBALE". L'obiettivo del progetto è evidenziare i principali servizi in grado di soddisfare il bisogno di salute di I e II Livello previsto dal DM 77(1), stratificato in base alla classificazione del rischio, risaltando il ruolo del professionista Assistente Sanitario all'interno della Casa di Comunità.

Il progetto parte da un'analisi della comunità del territorio Fiorentino sud-est, rilevando le coperture vaccinali dell'obbligo previste dalla Legge n.119 31/07/17(2), le coperture per HPV e la prevalenza di patologie correlate a stili di vita non corretti.



RISULTATI

Le coperture dimostrano un trend in crescita, **nonostante la pandemia**, ma non raggiungono i livelli previsti dal calendario Regionale(4). Nel target 14-18 aa nel 2021 solo il 58% ha ricevuto la dose booster DTP-IPV. Nella coorte 2008-2009 relativa alla chiamata attiva per HPV la copertura si aggira intorno al 51% per le femmine e al 33% per i maschi.

Obiettivi di copertura Regione Toscana

VACCINO	1 ANNO DI VITA	2 ANNO DI VITA	5-6 ANNI	11-18 ANNI
DTPa	95%		95%	90% dTpa
HIB	95%			
EP. B	95%			
Poliomelite	95%		95%	90%
MPR		1 dose 95%	2 dose 95%	
Varicella		1 dose 95%	2 dose 95%	
HPV				95%

Tab 4 obiettivi copertura regione Toscana

I dati estrapolati dall'anagrafe sanitaria rilevano una **sottostima della prevalenza**: nel totale delle esenzioni non sono inclusi i **soggetti a rischio**, in trattamento farmacologico, **che potrebbero sviluppare patologia grave**. Ciò viene evidenziato con il confronto dei risultati dello studio passi Regione Toscana(5).

Tab 5 Indicatori PASSI 2017-2020

Diabete riferito	Misurato pressione negli ultimi 2 anni	Iperensione riferita	Misurato colesterolemia almeno 1 volta nella vita	Ipercolesterolemia riferita
3.8%	84.7%	16.4%	82%	21.9%

METODOLOGIA

Studio descrittivo pilota di prevalenza
Rilevazione residenti 0-16 aa; Calcolo coperture ciclo completo per: DTP-IPV, HIB, EP.B, MPR-V (tab1). Verifica somministrazioni target 14-18 richiamo DTP-IPV. Periodo di analisi: 2019-2021(3)

VACCINO	1 ANNO DI VITA	2 ANNO DI VITA	5-6 ANNI	11-18 ANNI
DTPa		2019: 74% 2020: 91% 2021: 91%	2019: 89% 2020: 87% 2021: 85%	2019: 60% 2020: 56% 2021: 58%
HIB	2019: 83% 2020: 91% 2021: 92%			
EP. B	2019: 83% 2020: 91% 2021: 91%			
Poliomelite		2019: 74% 2020: 91% 2021: 91%	2019: 85% 2020: 87% 2021: 85%	2019: 34% 2020: 41% 2021: 53%
MPR		2019: 74% 2020: 90% 2021: 90%	2019: 86% 2020: 90% 2021: 89%	
Varicella		2019: 73% 2020: 89% 2021: 89%	2019: 79% 2020: 83% 2021: 82%	

Tab 1 Coperture vaccinali 0-18 anni



DTP-IPV 14-18 ANNI

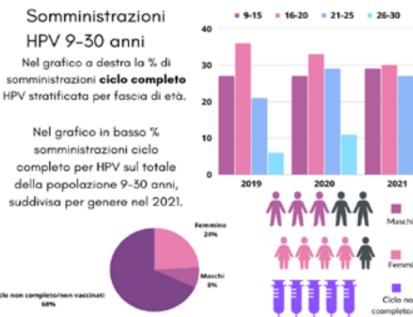
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Copertura DTP	60%	58%	58%
Copertura IPV	34%	41%	53%

In tabella % delle coperture 5 dose DTP-IPV a 14-18 anni

Rilevazione residenti 9-30 aa. Calcolo coperture ciclo completo HPV 9-30 aa. Stratificazione per fascia d'età nel target 9-30. Calcolo coperture chiamata attiva (tab2). Periodo di analisi: 2019-2021(3)

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
HPV Femmine	48%	48%	51%
HPV Maschi	20%	28%	33%

Tab 2 Copertura HPV coorte chiamata attiva



Rilevazione residenti 40-60 e >60 aa. Rilevazione anagrafe sanitaria del totale esenzioni per ipercolesterolemia, ipertensione, diabete. Anno di analisi: 2021

Popolazione residente	Anno 2021
40-60	54448
>60	63292
Totale >40	117740

Comuni di analisi:
-Bagno a Ripoli;
-Barberino Tavarnelle;
-Figline e incisa Valdarno;
-Greve in chianti;
-Impruneta;
-Pelago;
-Pontassieve;
-Reggello;
-Rignano sull'Arno;
-Rufina;
-San Casciano Val di Pesa

	Ipercolesterolemia	Iperensione	Diabete
Popolazione generale (>40 anni)	1.1%	8.7%	6.7%
40-60 anni	0.6%	3.3%	2.3%
>60 anni	1.5%	13%	10.7%

Tab 3 soggetti con esenzione per patologia

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti evidenziano la necessità di nuovi servizi governati da **professionisti competenti** quale il professionista **assistente sanitario**, che in **equipe multiprofessionale** concorre ad aiutare la popolazione a fare scelte consapevoli di salute.

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni <u>proattive</u> di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita

Tab 6 Classificazione bisogno di salute DM 77

Il professionista Assistente Sanitario nella casa di comunità



RIFERIMENTI

- 1) Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN
- 2) DL 7/6/17 n. 73: disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. Art.1 e Art 1Bis
- 3) Piattaforma SISPC
- 4) Calendario vaccinale della Regione Toscana 2019, all.1
- 5) <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/cardiovascolare?tab-container-1=tab1>.



Il fisioterapista di comunità Esperienza nella Azienda USL Toscana Centro

Matteo Paci, Elisa Buonandi, Laura Rosiello, Sandra Moretti

SOC Attività di Riabilitazione Funzionale, Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, Azienda USL Toscana Centro

Introduzione

Il progressivo cambiamento dei profili epidemiologici della popolazione induce un incremento delle malattie croniche e della comorbilità. Sollecitazioni internazionali suggeriscono che il livello preferenziale per intercettare i bisogni riabilitativi ai fini di una riduzione della disabilità e dell'ottimizzazione della funzione siano le cure primarie (Cieza, 2019). Il razionale e lo sviluppo del progetto sono descritti nel dettaglio in un recente articolo (Da Ros, 2022). Scopo di questo studio retrospettivo è descrivere la popolazione *target* e gli esiti dell'applicazione del progetto sperimentale «fisioterapista di comunità» nella Azienda USL Toscana Centro (AUTC).

Risultati

Sono state incluse 363 persone (maschi = 145; 40%; età mediana: 84 anni; RIQ: 78-89) afferenti ai territori inclusi nella sperimentazione.

Il tempo di risposta mediano dall'attivazione è stato di 7 giorni (RIQ: 5-13) e la maggior parte degli interventi è stata effettuata a domicilio (94%, n = 342). È stato effettuato un numero di interventi limitato (mediana: 3 RIQ: 2-3) con una distribuzione equivalente fra interventi in presenza e a distanza; gli interventi hanno avuto esito positivo («obiettivo funzionale raggiunto») nell'80% dei casi (n = 289) e solo nel 3% (n = 10) è stato attivato un percorso presso le strutture riabilitative.

Non sono stati segnalati eventi avversi.

Metodi

Sulla base di una delibera del Direttore Generale dell'AUTC, è stato implementato il progetto sperimentale su 4 strutture territoriali.

Il fisioterapista può essere attivato dal medico di medicina generale o da uno specialista per le seguenti condizioni:

- Riduzione significativa delle autonomie funzionali
- Aumento del carico assistenziale o necessità di addestramento per il caregiver
- Disturbi muscolo scheletrici di nuova insorgenza o riacutizzazione di sintomatologie dolorose pregresse
- Consulenza per eventuale percorso aziendale
- Rischio o storia di cadute con o senza esiti
- Valutazione per ausili/ortesi per la mobilità, trasferimenti, igiene o valutazione ambiente domestico

Sono stati registrate informazioni su caratteristiche demografiche e cliniche e agli esiti degli interventi.

Conclusioni

I risultati confermano quanto emerso in uno studio pilota (Da Ros, 2022) condotto sullo stesso *target* di popolazione: i dati supportano l'ipotesi che il modello del «fisioterapista di comunità» possa offrire interventi appropriati, sicuri e con ragionevole potenzialità di ottimizzazione del rapporto costi/benefici.

Il modello, adattabile e flessibile in contesti e condizioni ambientali diverse, coniuga modelli descritti e raccomandati in letteratura (McColl, 2009).

La numerosità campionaria è compatibile con i criteri di segnalazione condivisi con i medici invianti e con le strutture coinvolte nella fase sperimentale.

Bibliografia

1. Cieza A, et al. Lancet. 2020;396(10267):2006–17.
2. Da Ros A, et al. Bull World Health Organ, 2022. in press
3. McColl MA, et al. Arch Phys Med Rehabil. 2009;90:1523–31.



PNRR Missione M6.C1 - 1.2.2 - Casa come primo luogo di cura - COT - Device
La casa della comunità - opportunità per la presa in carico dei bisogni sanitari e sociali dei cittadini



Regione Toscana

Dott.ssa D. Matarrese - Regione Toscana
Ing. M. Niccolai, Ing. P. Barberini, Ing. D. Bonari, Ing. I. Cappelloni, Ing. P. Sprovieri



ESTAR - Dipartimento Tecnologie Sanitarie



Introduzione e Obiettivo - La casa della Comunità

MISSIONE M6.C1 - Rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le **Casa della Comunità** e gli **Ospedali di Comunità**), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari

OBIETTIVO M6.C1 - 1.2.2



L'obiettivo è acquisire 1660 device di 15 categorie merceologiche diverse per rendere maggiormente efficace l'intervento del personale medico ed infermieristico, affinché possano rilevare i parametri vitali del paziente direttamente presso il domicilio e da qui trasmetterli attraverso rete di telemedicina o altra infrastruttura di rete alla cartella clinica elettronica e al fascicolo sanitario elettronico del paziente (FSE), riducendo gli accessi ospedalieri e potenziando l'interazione tra sanità territoriale e popolazione

M6 C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	
1.1	Casa della Comunità e presa in carico della persona
1.2	Casa come primo luogo di cura e telemedicina
1.2.1	Assistenza domiciliare
1.2.2	Centri operativi territoriali (COT)
	di cui: implementazione COT
	di cui: interconnessione aziendale
	di cui: device
	di cui: intelligenza artificiale
	di cui: portale trasparenza
1.2.3	Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici

CdC - Struttura fisica in cui opera un'équipe multiprofessionale di MMG, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e assistenti sociali e **punto di riferimento continuativo per la popolazione** che permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento



Rete di assistenza territoriale secondo il modello hub & spoke
Standard - 1 CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti

Organizzazione e gestione delle attività

CABINA di REGIA della REGIONE TOSCANA
Dott.ssa DANIELA MATARRESE

Definizione del quadro economico per gli anni 2022-2023 e 2024
Identificazione delle Case della Comunità di tipo Hub e Spoke e dei professionisti all'interno delle Aziende Sanitarie
Individuazione delle tecnologie necessarie e dei device da destinare ai servizi territoriali in conformità alle linee guida del PNRR

COLLEGIO TECNICO PERMANENTE ESTAR
Dipartimento Tecnologie Sanitarie
RUP Ing. PIETRO BARBERINI

Definizione delle procedure di acquisto delle apparecchiature EM
Realizzazione dei progetti di gara dedicati
Analisi delle migliori soluzioni tecnologiche per la specifica destinazione d'uso dei device individuati



UTILIZZATORI FINALI DELLE AZIENDE SANITARIE TOSCANE

Professionisti sanitari, MMG/PLS, figure professionali di riferimento sul territorio afferenti alle AA.SS. (ASL Toscana Centro, Nord Ovest e Sud Est)

SINTESI DELLE ATTIVITA'

- Analisi della rete di Case di comunità, delle COT e del relativo fabbisogno sul territorio regionale e per area vasta Centro, Nord Ovest e Sud Est
- Verifica delle tecnologie già presenti, disponibili e funzionanti nelle strutture individuate (strutture di tipo distrettuale o poliambulatoriale)
- Supporto nella fase di esecuzione contrattuale - installazione, collaudo tecnico-amministrativo finale e messa in esercizio con formazione del personale relativamente ai device acquisiti secondo programmazione PNRR fino alla rendicontazione
- Supporto al RUP nella pianificazione dei costi e relative voci di spesa, predisposizione atti conseguenti e necessari al soggetto attuatore per la corretta alimentazione del sistema ReGis

QUADRO ECONOMICO DEVICE TOSCANA

Dati forniti da Regione Toscana

Finanziamento complessivo Missione M6.C1 - 1.2.2 - € 3.578.498,97

Annualità 2022 - € 357.850

Annualità 2023 - € 1.720.648,97

Annualità 2024 - € 1.500.000



Acquisto n. 45 ECOTOMOGRAFI PORTATILI da destinare alle CdC Hub e Spoke
Adesione gara regionale - AQ multifornitore Estar

Emissione ordinativo di fornitura - **deadline 30/09/2022**
Consegna, collaudo formazione e rendicontazione - **deadline 31/12/2022**

Pianificazione delle acquisizioni 2023-2024

N. 100 Valigette tecnologiche domiciliari

kit di apparecchiature trasportabili a disposizione del personale sanitario per attività domiciliare

COMPOSIZIONE

- Elettrocardiografo portatile
- Pulsossimetro
- Misuratore automatico non invasivo della pressione
- Spirometro portatile
- Bilancia digitale
- Dermatoscopio digitale

Verifica requisiti PNRR
conformità DNSH
trasmissione del dato verso FSE

N. 65 Ecotomografi portatili

Ulteriori rispetto a quelli acquisiti con obiettivo 31/12/2022, da destinare ad utilizzo domiciliare

N. 100 Dispositivi wearable per motion tracking e smartwatches

Device per monitoraggio a lungo termine del paziente ubicati ed utilizzati presso il domicilio

Ulteriori apparecchiature EM previste:

- Termometri digitali
- Otoscopi
- Oftalmoscopi
- Aspiratori portatili a batteria
- Defibrillatori DAE
- Monitor multiparametrici
- Registratore digitale Holter cardiaco ECC
- Registratore digitale Holter pressorio

Gruppo di lavoro ICT - TS
per verifica dei requisiti specifici



Conclusioni

Composizione e definizione della fornitura

Acquisizione delle apparecchiature tramite adesione a procedure AQ - convenzioni già in essere o tramite procedure dedicate

Emissione degli ordinativi di fornitura

Ordinativi di fornitura emessi da ESTAR e consegna delle attrezzature alle AA.SS. attraverso la sottoscrizione di contratti di comodato d'uso

Gestione delle consegne ed organizzazione delle forniture

Identificazione di punti di consegna centralizzati su ciascuna AA.SS. (ASL Toscana Centro, Nord Ovest e Sud Est) per la consegna delle apparecchiature elettromedicali acquisite in relazione alla destinazione finale della fornitura

Pianificazione dei collaudi di accettazione

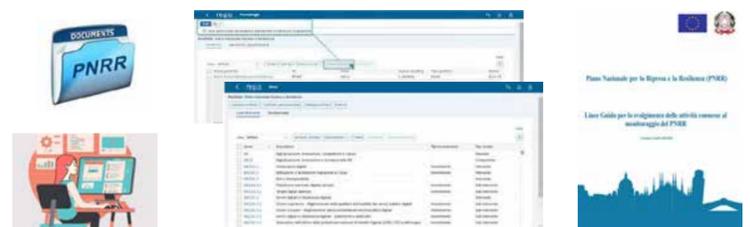
Controllo documentazione tecnica, conformità della fornitura all'ordine, dichiarazioni/certificazioni di conformità CE in ottemperanza al nuovo MDR 745/2017, verifiche strumentali e di funzionamento, inventariazione come cespite patrimoniale ESTAR e come apparecchiatura non di proprietà della specifica azienda sanitaria di destinazione

Consegna e formazione presso le sedi di destinazione finale

Programmazione della consegna con i referenti locali, definizione delle modalità, esecuzione del training formativo con gli utilizzatori "in loco", rilascio dei tutoriali video e cartacei di supporto al corretto utilizzo

Rendicontazione

Il DEC con gli ADEC verificano la corretta esecuzione della fornitura attestandone la regolarità al RUP per la successiva rendicontazione, supporto al RUP nella fase di inserimento dei dati sul portale ReGis



Bibliografia e fonti di riferimento

Linee guida PNRR AGENAS <https://www.agenas.gov.it/pnrr>

Misure PNRR Regione Toscana <https://www.regione.toscana.it/-/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza-attuazione-delle-misure>

DM 71/2022 sulla G.U. 144/2022 - Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

Ministero della Salute <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute>

