

IL CAMBIAMENTO NASCE DAI PROFESSIONISTI

# LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

e la condivisione dei dati.





e la condivisione dei dati.

# GOVERNARE LA COMPLESSITA' DELLE PATOLOGIE RARE AD ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE: INTEGRAZIONE MULTI-PROFESSIONALE, COT E TECNOLOGIE.

dott. Carmine Scorzelli, ASL Salerno dott. Angelo RossiMori, IRPPS - CNR Roma carminescorzelli@tiscali.it

#### Introduzione

La pandemia ha costretto le aziende sanitarie ad una rimodulazione degli assetti organizzativi e tecnologici, soprattutto nei servizi territoriali, dove la carenza di risorse ha rappresentato le maggiori criticità. La situazione emergenziale ha colpito duramente la popolazione generale, e in particolare quella con maggiori bisogni, privandola di forme di assistenza adeguata.

Nel caso degli utenti in età pediatrica con grave disabilità da patologie rare ed elevata intensità di cura e di assistenza, il PNRR e il DM77, con l'istituzione delle COT -Centrali Operative Territoriali e la realizzazione delle relative infrastrutture, offrono l'opportunità di migliorare significativamente la continuità delle cure e dell'assistenza.

## Keywords

COT, PNRR, Malattie Rare, Pediatria, Integrated Care, DM77, Progetto Individuale di Salute multi-professionale.

## Obiettivi

Promuovere un percorso per la presa in carico dell'utente e del caregiver a garanzia della continuità assistenziale e dell'integrazione tra ospedale e territorio.

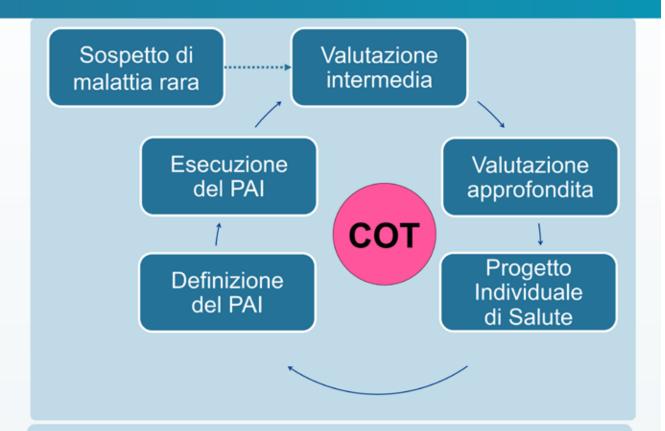
Le finalità sociosanitarie comprendono la realizzazione di un sistema di servizi per soddisfare aspetti strategici quali:

- rete di cure e assistenza integrate ospedale-territorio, con prestazioni erogabili in presenza e da remoto da un team multidisciplinare di professionisti della salute;
- governo clinico-assistenziale che assolva la funzione di orientamento e governo attraverso una migliore efficienza organizzativa dei processi aziendali, orientati ad un'offerta di servizi della salute sicuri, efficaci, appropriati e sostenibili;
- · middle management per garantire il coordinamento, la gestione e il monitoraggio dei flussi delle attività potenziate da dispositivi innovativi, come parte del processo di trasformazione digitale.

# Conclusioni

Per garantire l'efficacia dell'assistenza e la continuità assistenziale occorre ripensare l'organizzazione dei servizi sfruttando le opportunità offerte dalle tecnologie per facilitare i processi decisionali e di comunicazione.

Nel futuro ecosistema della salute la conoscenza e l'apprendimento degli stakeholder si pongono come le risorse chiave, condivise a tutti i livelli, ed i processi di cura operano in sinergia grazie a COT, sistemi informativi, dispositivi medici e tecnologie domotiche.



## Professioni e competenze del team di cure integrate

Process Manager. Professionista della Centrale Operativa Territoriale che, con il supporto delle tecnologie, agevola la presa in carico, monitora l'integrazione delle attività, garantisce la continuità assistenziale, promuove il miglioramento continuo della qualità (appropriatezza, partecipazione, efficacia, efficienza, accessibilità, accoglienza); discute criticità organizzative e pianifica proposte migliorative; assicura la trasmissione dei flussi informativi.

Pediatra di Libera Scelta. Ha la responsabilità primaria e complessiva del paziente. Nel sospetto di malattia rara, indirizza il caso clinico al Centro Specialistico Malattie Rare (Hub2º livello), partecipa alla formulazione del Piano Assistenziale Individuale -PAI e ne segue l'attuazione partecipando a momenti di verifica e di aggiornamento; richiede consulenze specialistiche, aggiorna la Cartella Digitale Integrata e la scheda degli accessi.

Medico Specialista Hub 2º livello. Ha la responsabilità della diagnosi approfondita della malattia rara e della definizione del Progetto di Individuale Salute (PrIS); fornisce le prestazioni (visita, consulenza e monitoraggio, in presenza o da remoto) richieste dal Pediatra o dal Case Manager.

Medico Specialista Hub 1° livello. Monitora lo stato di salute del paziente e interviene per prevenire complicanze; fornisce le prestazioni (visita, consulenza e monitoraggio, in presenza o da remoto) richieste dal Pediatra o dal Case Manager.

Case Manager (infermiere, fisioterapista, psicologo, assistente sociale). Partecipa alla definizione del PrIS e del PAI, segue il percorso di cura nelle varie fasi, garantisce la soddisfazione dei bisogni di salute della triade familiare, si relaziona con il Pediatra per programmare interventi di follow up.

Professioni Sanitarie della Prevenzione, Assistenziali, Tecniche e della Riabilitazione. Praticano attività educative, tecniche e relazionali a domicilio del paziente, e da remoto con l'ausilio dei supporti tecnologici in dotazione.

**Psicologo**. Effettua interventi di counseling e di promozione della salute al paziente e alla famiglia, a domicilio, fornisce supporto psicologico all'équipe di cure integrate.

Assistente Sociale, distrettuale e comunale. Cooperano confrontano sui casi clinici arruolati, seguono i processi e le procedure per eventuali passaggi di setting di cura, mediante una comunicazione efficace, anche con opportuni canali tecnologici sicuri.

Operatore Socio-Sanitario. Svolge attività tecnico assistenziali di supporto all'assistenza generale infermieristica.

PNRR#NEXTGENERATIONITALIA – MISSIONE 6 SALUTE, 25 Maggio 2021.

Programma Nazionale Esiti edizione 2021. Decreto 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (G.U. Serie Generale n. 144 del 22-06-2022)

e la condivisione dei dati.



# ASL Salerno e C.O.T.: progetto per una healthcare del futuro

P. Sergianni<sup>1</sup>, A. Bellissimo<sup>2</sup>, L. Cannavacciuolo<sup>2</sup>, F. Arrichiello<sup>2</sup>, S. Marino<sup>3</sup>, A. Pacifico<sup>3</sup>, D. Violante<sup>4</sup>, G. Perito<sup>5</sup>, G. Sosto<sup>6</sup>

1 Direttore Sanitario ASL Salerno – 2 U.O.C. Gestione dei Pazienti e Rischio Clinico – 3 U.O.S.D. Analisi e monitoraggio PDTA, Governo LEA – 4 U.O.C. Emergenza Urgenza – 5 Direttore Amministrativo ASL Salerno – 6 Direttore Generale ASL Salerno

#### DAL P.N.R.R. ALLA C.O.T.

Il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** (P.N.R.R.) M6C1-1 definisce un nuovo modello organizzativo della **rete di assistenza sanitaria territoriale** volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale.

Nel giugno 2022 è stato pubblicato in G.U. n.144 il Decreto n.77 *«Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale»* che regolamenta la definizione di **modelli** e di **standard** per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, che deve tutelare la **salute** dell'intera popolazione e non soltanto di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria.

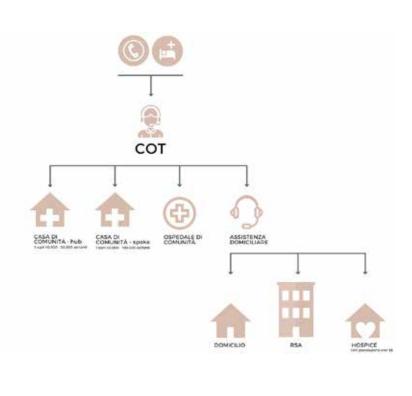
Nasce il concetto di "Filiera dell'assistenza", quale modello organizzativo in grado di garantire un sistema di cure graduali e costituito da "nodi" strettamente correlati.

Al fine di potenziare l'integrazione Ospedale e Territorio è stato previsto un elemento del tutto innovativo: la **Centrale Operativa Territoriale** (C.O.T.), una ogni 100mila abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

#### C.O.T.

La C.O.T. svolge una funzione di **coordinamento** della presa in carico della persona "protetta" e di **raccordo** tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere; dialoga con la **rete dell'emergenza-urgenza**.

Per **persona "protetta"** si intende l'assistito in: fase di dimissione protetta da unità operativa ospedaliera; struttura residenziale, intermedia o lungo assistenziale; struttura semiresidenziale; profilo di assistenza ADI e/o con 8 o più accessi mensili da parte di diversi professionisti sanitari; con ricoveri ripetuti. L'attività della COT è rivolta a tutti gli attori del sistema sociosanitario, **personale distrettuale e ospedaliero**, che possono richiederne l'intervento: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni e altri **professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali**, nonché **personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali** e **semiresidenziali** e dei **servizi sociali**.

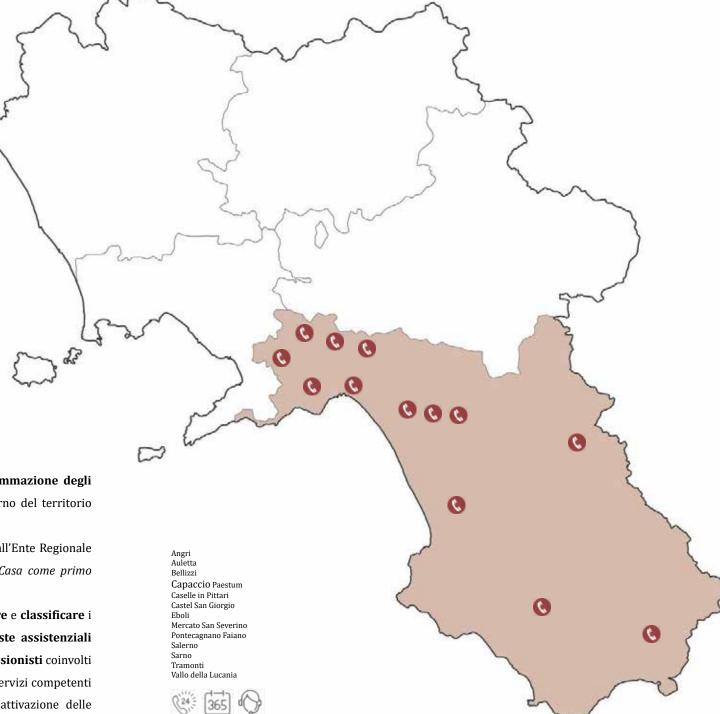


# ASL SALERNO: OBIETTIVI

L'ASL Salerno con delibera DG n.1089 del 25/08/2022 ha preso atto della **programmazione degli interventi per l'attuazione del P.N.R.R**. M6-C1, individuando **n. 13 C.O.T**. all'interno del territorio provinciale e stanziando un importo complessivo di € **4.431.214,32**.

Successivamente l'ASL Salerno ha preso atto delle **schede di intervento** (validate dall'Ente Regionale Age.Na.S.), caricandole sulla piattaforma "Servizi Agenas" per l'investimento 1.2. "Casa come primo luogo di cura e telemedicina (C.O.T.)".

Le attività prioritarie previste per la C.O.T. nell'ASL Salerno sono rivolte ad accogliere e classificare i bisogni dell'utenza "protetta" o in condizioni di fragilità, a valutare le richieste assistenziali presentate e decodificare il problema e/o il bisogno, ad attivare direttamente i professionisti coinvolti per prestazioni non programmate e/o non differibili, ad inviare telematicamente ai servizi competenti per area territoriale la comunicazione dell'avvenuta segnalazione, richiesta o attivazione delle risorse territoriali, a informare e orientare i cittadini, a monitorare e verificare i PDTA, a gestire il sistema informativo con produzione e aggiornamento dei dati necessari.



Le Centrali Operative

Territoriali C.O.T.

In conformità con quanto previsto dal Decreto n.77 *«Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale»* l'ASL Salerno prevede la costituzione di vari **teamwork** interni ad ogni C.O.T., costituito da:

**RISORSE UMANE** 

n. totale C.O.T	n. totale Coordinatori infermieristici	n. totale Infermieri	n. max totale personale di supporto	n. max totale personale amministrativo
13	13	78	13	13

L'ASL Salerno, al fine di conseguire i migliori risultati sia in termini di **conoscenze-competenze-capacità** degli operatori, che in termini di *outcome*, istituirà un **percorso formativo** finalizzato a guidarli verso lo sviluppo di capacità di contestualizzazione e verso l'utilizzo di fonti informative: realizzazione di un "*nuovo modo di pensare*" e di approccio alla nuova rete di assistenza territoriale. La formazione così intesa sarà strettamente connessa al mondo della formazione continua in medicina (**ECM**), così da proporre **specifici obiettivi legati** a questa importante sfida per il futuro.

# REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

L'ASL Salerno ha individuato 13 C.O.T. all'interno del proprio territorio provinciale, 7 delle quali da realizzarsi all'interno di strutture già esistenti, 6 da realizzarsi, invece, all'interno di strutture da costruire ex novo

•	costi un e ex nove	<b>.</b>					
	n.totale C.O.T all'interno di immobili esistenti	n. C.O.T. + C.D.C + O.D.C	n. C.O.T. + C.D.C-	n.totale C.O.T da realizzarsi in nuovi immobili	n. C.O.T. + C.D.C + O.D.C	n. C.O.T. + C.D.C-	n. C.O.T.
	7	3	4	6	1	4	1

L'Azienda prevede 13 postazioni di lavoro, ciascuna delle quali sarà costituita da una workstation dotata di:

- L'Azienda prevede 13 postazioni di lavoro

  computer con tastiera, mouse;
- n. 1 monitor (22" /24");
- n. 1 **telefono digitale** (a più linee);
- **cuffie** con microfono.

Ad ogni C.O.T. sarà garantito l'accesso alla piattaforma mediante un **software di controllo**.



e la condivisione dei dati.

# Centrale Operativa Aziendale della ASL Roma 1: un'esperienza di gestione centralizzata del flusso dei pazienti nella Regione Lazio

ASL ROMA 1

Rita Lucchetti<sup>1</sup>, Sergio Ribaldi<sup>2</sup>, Rita De Giuli<sup>3</sup>, Serenella Ballini<sup>4</sup>, Maria Lucia Luzzi<sup>4</sup>, Anna Maria Calvara<sup>4</sup>, Sonia Cattaneo<sup>5</sup>, Isabella Vanzolini<sup>5</sup>, Valentina Ceccarelli<sup>6</sup>, Erika Alessandra Strangi<sup>6</sup>



<sup>1</sup>Direttore Area Governo della Rete ASL Roma, <sup>2</sup>Bed manager dell'Unità di crisi regionale emergenza sanitaria, <sup>3</sup>Responsabile UOS Centrale Operativa Aziendale ASL Roma 1, <sup>4</sup>Assistente Sociale UOS Centrale Operativa Aziendale ASL Roma 1, <sup>5</sup>CPSI-Infermiera UOS Centrale Operativa Aziendale ASL Roma 1, <sup>6</sup>Assistente Sanitaria UOS Centrale Operativa Aziendale ASL Roma 1

#### **INTRODUZIONE**

Per contenerne gli effetti della pandemia da COVID-19 sulla salute collettiva e ottimizzare le risorse della rete assistenziale, la Regione Lazio nell'ambito delle strategie di prevenzione, assistenza e controllo del contagio ha adottato un modello organizzativo basato sulla gestione centralizzata del flusso dei pazienti dell'intera Regione positivi al Covid-19, autosufficienti e non, asintomatici/paucisintomatici/in via di guarigione impossibilitati ad effettuare l'isolamento domiciliare per cause logistiche o mancanza di caregiver/supporto familiare. Tale modello di centralizzazione ha consentito anche la gestione delle dimissioni complesse riferite a persone particolarmente fragili (c.d. «dimissioni difficili») in strutture transitorie organizzate ad hoc, favorendo così il turnover negli Ospedali e consentendo ai Servizi Territoriali tempi maggiormente adeguati nella ricerca di soluzioni assistenziali appropriate al bisogno espresso, in sinergia con le altre Istituzioni coinvolte.

#### MATERIALE E METODI

Nel 2020, la Regione Lazio ha organizzato strutture dedicate per l'accoglienza di soggetti Covid+ pauci o asintomatici

- non necessitanti di ricovero ospedaliero impossibilitati ad effettuare in sicurezza l'isolamento domiciliare:

  1. i Covid Hotel, per autosufficienti privi o con abitazione non idonea; in edifici separati delle medesime strutture, è stata, inoltre, organizzata l'accoglienza di soggetti sottoposti a quarantena vigilata, come da disposizioni nazionali
- o a quarantena propedeutica all'ospitalità presso strutture del sistema sociale;

  2. le Residenze Sanitarie Assistenziali Covid, per non autosufficienti privi di caregiver o, se istituzionalizzati, impossibilitati a permanere presso la medesima struttura ospitante, a tutela degli altri ospiti.

Dal Gennaio 2022, la Regione Lazio ha organizzato le RSA Estensive Temporanee dedicate all'accoglienza, con carattere di transitorietà, di persone non autosufficienti No Covid o negativizzate, clinicamente dimissibili dalle strutture ospedaliere ma impossibilitate al rientro a domicilio per l'estrema condizione di fragilità sociale.

Per il governo tempestivo delle differenti richieste, la Regione ha affidato la gestione dei flussi dei pazienti alla Centrale Operativa Aziendale della ASL Roma 1 (COA ASL Roma1), già strutturata come strumento organizzativo centralizzato di integrazione tra l'Ospedale ed il Territorio e, pertanto, rapidamente attivabile quale supporto operativo all'Unità di crisi regionale per l'emergenza sanitaria.

Gli eleggibili all'ingresso nel percorso sono segnalati alla COA, attraverso piattaforma dedicata, dalle Strutture di ricovero e dai curanti territoriali, questi ultimi per il tramite dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) delle ASL del

La COA, previa verifica e disponibilità di posto letto nel setting appropriato, dà seguito alle richieste in tempo pressoché reale, gestendo centralmente la disponibilità dei posti nelle strutture di accoglienza coinvolte, che comunicano quotidianamente l'ingresso/l'eventuale trasferimento in acuto/la dimissione degli ospiti.

Nell'intero periodo in esame, l'offerta regionale per le persone positive ha seguito l'andamento della curva epidemiologica, con chiusure e riaperture, mentre l'offerta per NO Covid, attiva dal gennaio 2022, è costituita da un numero definito di posti dedicati.

#### RISULTATI E DISCUSSIONE

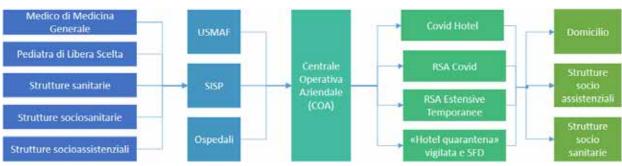


Grafico 1. Il modello organizzativo per la messa in rete delle risorse

# COVID HOTEL, marzo 2020 – giugno 2022

I Covid Hotel sono stati attivi dal Marzo 2020 al Giugno 2022, con ultime dimissioni nel mese di Luglio. L'andamento delle richieste per l'accoglienza di soggetti Covid-19 positivi è stato variabile, in linea con l'andamento della curva epidemiologica. È evidente la prevalenza nell'anno 2021 determinata anche dalla presa in carico di soggetti sottoposti a quarantena vigilata, in ottemperanza alle disposizioni nazionali.

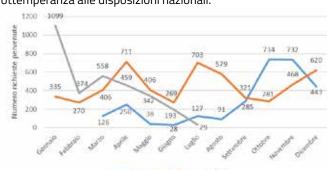


Grafico 3. Covid Hotel - Distribuzione delle richieste per mese

La maggior parte delle richieste pervenute nel periodo di attività dei Covid Hotel ha ricevuto risposta con l'assegnazione tempestiva dei pazienti alle diverse strutture (86,9%). Una quota delle richieste è stata annullata dagli invianti per intervenute individuazioni di soluzioni alternative per l'espletamento dell'isolamento fiduciario o modifiche delle condizioni logistiche pregresse (9,5%). Modifiche del quadro clinico durante l'ospitalità hanno determinato il ricorso al ricovero ospedaliero nel 3,6% dei casi.



Grafico 2. Gestione del flusso pazienti Covid-19 e declinazione delle responsabilità

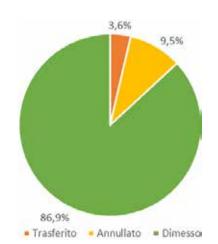


Grafico 4. Covid Hotel - Stato dei pazienti

#### RSA COVID, anni 2020-2022

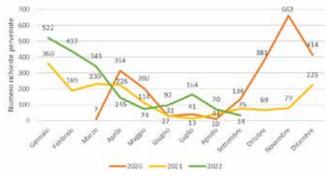


Grafico 5. RSA Covid - Distribuzione delle richieste per mes

Ad oggi, il 44,6% dei pazienti covid+ non autosufficienti ha trovato risposta nelle strutture dedicate, tuttavia una rilevante percentuale (55,5%) è stata annullata dai richiedenti prima dell'ingresso in RSA per intervenute significative modifiche del quadro clinico dei pazienti, deponendo per richieste avanzate in tempi troppo precoci; questo fenomeno è avvalorato anche dalla percentuale di ricorso al ricovero ospedaliero successivamente all'ingresso nella RSA Covd (7,7%).

L'offerta delle RSA Covid, attive dal Marzo 2020, ha subito chiusure e aperture in linea con la curva epidemica e, ad oggi, sono ancora attivi 38 posti residenza. Anche il numero delle richieste è stato direttamente proporzionale alle positività rilevate nella popolazione target, con picco significativo nell'ultimo trimestre 2020.

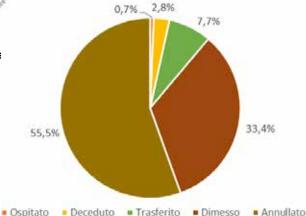


Grafico 6. RSA Covid – Stato dei pazienti

#### RSA ESTENSIVA TEMPORANEA, gennaio/settembre 2022

Dal Gennaio 2022 sono attivi 73 posti residenza dedicati ad accogliere persone non autosufficienti No Covid impossibilitate, alla risoluzione dell'evento acuto trattato in Ospedale, al rientro a domicilio per fragilità di carattere sociale: è il fenomeno comunemente conosciuto come "dimissioni difficili", significativamente aumentato a seguito della crisi economica e sociale determinata dalla pandemia.

Le richieste avanzate da gennaio a settembre ammontano a 585, il 37% delle quali concentrate nei mesi estivi.

Il trasferimento di tale popolazione nelle strutture "transitorie" consente agli Ospedali della Regione di ridurre i tempi di degenza e aumentare il turnover e ai Servizi del territorio di definire percorsi assistenziali appropriati al

48,0%

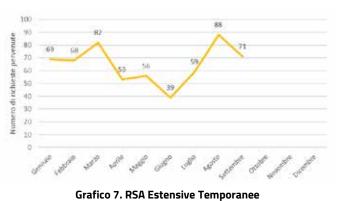


Grafico 7. RSA Estensive Temporanee
Distribuzione delle richieste per mese

Nel periodo in esame è stata data risposta al 48,4% delle richieste pervenute alla COA, con una lista di attesa ad oggi pari al 3,9%. Tuttavia, si rileva un alto numero di annullamenti (48%) successivamente alla richiesta di accesso per riferita intervenuta modifica del quadro clinico.



■ In lista ■ Ospitato ■ Dimesso ■ Annullato Grafico 8. RSA Estensive Temporanee – Stato dei pazienti

37,8%

# CONCLUSIONI

L'analisi dei dati mostra come il coordinamento domanda-offerta a livello centrale abbia consentito di rispondere tempestivamente alle esigenze di supporto provenienti da Ospedali e Territori, con ricadute positive in termini di riduzione dei tempi di degenza e maggior turnover nei reparti per acuti, di tutela delle persone fragili e, più in generale, del contenimento del rischio di contagio, cui si aggiunge il rafforzamento delle interconnessioni nell'ambito della rete assistenziale.

Il modello organizzativo adottato ha ampiamente confermato che i percorsi di cura, di assistenza e di solidarietà necessitano sempre più di essere agiti in una rete di sistema orientata al problem solving rapido e flessibile, rete caratterizzata dal rafforzamento delle funzioni di coordinamento e governo strategico delle interfacce (networking intelligente) secondo un approccio transdisciplinare.

# CONTATTI

E-mail: coa@aslroma1.it

# PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

- 1. Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione Sanitaria, Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19, 25 Marzo 2020
- Ministero della Salute, Ordinanza del 28 aprile 2021, Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, integrata dalle Ordinanze del 6.05.21; 14.05.21; 30.05.2; 18.05.21; 29.07.21
- 3. Ministero della Salute, Decreto 23 Maggio 2022 n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (G.U. n.144 del 22 giugno 2022)
- 4. Delibera del Presidente della Giunta Regionale del Lazio n. T00055 del 5 marzo 2020 Istituzione della Unità di Crisi della Regione Lazio per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID19, Istituzione Unità di Crisi regionale
- 5. Ordinanze del Presidente della Regione Lazio n. Z00002 del 26 Febbraio 2020 e n. Z00006 del 10 Marzo 2020, Misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica
- 6. Delibera della Giunta Regionale del Lazio n. 643 del 26 Luglio 2022, Linee guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

e la condivisione dei dati.



# Strutture residenziali e pandemia: Studio osservazionale longitudinale

M.G.Zagaglia<sup>1</sup>, P. Graciotti<sup>1</sup>, M. Mari<sup>2</sup>, A.M. Frascati<sup>3</sup>, D.Giovannini<sup>1</sup>, N. Storti<sup>4</sup> 1 Direzione Infermieristica AV 2, 2- Dip.Salute Mentale AV2, 3 H di Comunità Loreto AV2, 4 Direzione Generale ASUR MARCHE

#### Introduction

La pandemia da Covid-19 ha determinato un cambiamento nella quotidianità dei cittadini e non ha risparmiato il settore delle Strutture Residenziali che sono state colpite duramente dal contagio e dagli effetti della malattia sulle condizioni cliniche di utenti e professionisti.

I percorsi che portano alle prestazioni residenziali si basano sui principi generali di universalità, equità ed appropriatezza e possono prevedere la provenienza dell'utente dall'ospedale per acuti o dal domicilio.

Nel periodo pandemico molte sono state le normative che hanno influenzato questo percorso con l'obiettivo di tutelare gli utenti e gli operatori afferenti alle strutture.

## Methodology

L'obiettivo dello studio è la valutazione delle richieste di ricovero nelle Strutture Residenziali del Distretto Sud di Ancona pervenute nel periodo pandemico (anno 2020-2021) rispetto al periodo precedente (anno 2019).

Endpoint primario:

Analisi delle richieste in relazione alla provenienza: ospedale o domicilio

Endpoint secondario:

Analisi delle richieste in relazione Setting assistenziale valutato dall' Unità Valutativa Integrata

Lo studio è di tipo osservazionale descrittivo longitudinale.

Criteri di inclusione: popolazione residente nei comuni di Osimo, Loreto, Camerano, Numana, Marcelli, Sirolo e Castelfidardo (bacino di utenza di circa 85000 persone).

I dati relativi alla finestra temporale 1/1/2019 - 31/12/2021 sono stati raccolti ed elaborati con il programma Microsoft Excel.

# Results

Sulla base dei dati analizzati, relativamente all' endpoint primario, si evidenzia (Tabella n.1) che il numero complessivo delle richieste di ricovero nelle Strutture Residenziali è diminuito nel 2020 rispetto al 2019, ricominciando ad aumentare nel 2021, al contempo la provenienza delle richieste in percentuale non si differenzia nel range temporale analizzato. Dall'analisi dei dati relativamente all' endpoint secondario nel periodo preso in esame (Tabella n.2), emerge che, a fronte di una sostanziale uniformità nella percentuale di valutazioni dell'Unità Valutativa Integrata con assegnazione dei Setting assistenziali di Cure Intermedie , Residenza Sanitaria Assistenziale non Autonomi , Residenza Sanitaria Assistenziale per Dementi , Residenza Protetta e Residenza Protetta per Dementi, vi è una notevole diminuzione della percentuale di utenti valutati per altri setting assistenziali (Unità Gravi Insufficienze Respiratorie, Hospice). Significativo l'aumento (+74,5%) rispetto all'anno 2019 di utenti valutati idonei al setting domiciliare.

# Bibliografia essenziale

- D.G.R. n. 685 del 08/06/2020
- DGR regione marche n.1237 del 18/10/2021
- Savino, Alessandra, Giuliano Marolla, and Angelo Rosa. "Co-production: Strategic Lever for Dehospitalization and Redefinition of Organizational Structures in Healthcare." International Business Research 15.3 (2022): 1-46.

Tabella n.1 Richieste in relazione alla provenienza

morneste in relazione and provenienza					
		Anno	Anno	Anno	
		2019	2020	2021	
Richieste da domicilio	ñ.	329	252	262	
	%	(43,52)	(43,60)	(43,23)	
Richieste da ospedale	ŋ°	427	326	344	
	%	(56,48)	(56,40)	(56,77)	
Totale richieste di	Ω°	756	578	606	
ricovero	%	(100)	(100)	(100)	

Tabella n.2 Richieste in relazione Setting assistenziale valutato dall'UVI

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Cure Intermedie	220	163	190	29,10%	28,20%	31,35%
Residenza Sanitaria Assistenziale non Autonomi	157	99	117	20,77%	17,13%	19,31%
Residenza Sanitaria Assistenziale Dementi	29	14	16	3,84%	2,42%	2,64%
Residenza Protetta non autonomi	194	184	181	25,66%	31,83%	29,87%
Residenza Protetta Dementi	27	11	14	3,57%	1,90%	2,31%
Altro (Unità Gravi Insufficienze Respiratorie, Hospice)	70	4	7	9,26%	0,69%	1,16%
Domicilio	59	103	81	7,80%	17,82%	13,37%
Totale	756	578	606			

# Conclusion

Durante la pandemia, si è avuta una diminuzione del numero totale delle richieste di ricovero nelle strutture residenziali, invariata è rimasta la distribuzione percentuale del setting di provenienza delle stesse. Si può ipotizzare che il timore di contrarre il Covid in Struttura abbia influenzato il bisogno assistenziale.

Meritevoli di un ulteriore approfondimento sono la rilevante riduzione delle autorizzazioni

per specifici setting assistenziali (Unità Gravi Insufficienze Respiratorie, Hospice) imputabile alla diminuzione, causa decesso per Covid 19 nella prima fase della pandemia ,dei soggetti più fragili afferenti a queste Strutture. Il significativo aumento (+74,5%) degli utenti valutati idonei al setting domiciliare è verosimilmente da correlarsi con l'impatto emotivo dei caregivers che a causa delle restrizioni normative introdotte per ridurre il rischio di contagio si vedevano impossibilitati ad assistere i propri cari nei setting residenziali, inoltre le forme di lavoro agili introdotte sono sicuramente risultate facilitanti la presa in carico del paziente da parte degli stessi famigliari.

e la condivisione dei dati.

# La Centrale Operativa Territoriale: ruolo strategico dell'Infermiere

D. Rossolini Infermiera Cure Territoriali ASUR Marche AV2 D. Giovannini Direzione Prof. Inf. ed Ostetriche ASUR Marche AV2

N. Storti Direttore Generale ASUR Marche

#### Abstract

Le Centrali Operative Territoriali (COT) sono punti di accesso territoriali, fisici e digitali che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Gli attori di questa nuova organizzazione saranno in primo luogo gli infermieri che attualmente operano nei diversi setting territoriali:

Cure Domiciliari e Ambulatori Infermieristici Distrettuali. Con questo lavoro si sono volute approfondire le aree delle percezioni dei professionisti infermieri delle Cure Territoriali della sede di Jesi - AV2 ASUR Marche riguardo i cambiamenti socioassistenziali e l'eventuale necessità dell'introduzione dell'Infermiere di Famiglia nella complessa riorganizzazione assistenziale territoriale, attraverso la somministrazione di un questionario qualitativo semi strutturato con domande aperte

Le tematiche emerse dall'analisi hanno fornito molteplici spunti di discussione e hanno permesso di individuare alcuni aspetti che orientano alla formulazione di ipotesi riguardanti l'attuale ricollocazione dell'Infermiere Territoriale nei servizi sanitari, la natura della pratica infermieristica e del suo sapere, le trasformazioni del ruolo professionale, nonché alcuni tra i principali elementi che compongono l'identità dell'infermiere oggi all'interno di un sistema fluido come quello territoriale.

#### Materials

E' stata effettuata una ricerca qualitativa: oltre ad ampliare le conoscenze questo metodo può aiutare gli infermieri ad incrementare la loro comprensione sulle esperienze di salute e malattia ed è in grado di migliorare le attività infermieristiche e le future azioni personali.

La metodologia utilizzata è stata quella della ricerca sul campo: I dati sono stati raccolti tramite interviste semi-strutturate. Lo strumento per rispondere ai quesiti di fondo è composto da sette domande base: per permettere una maggiore accuratezza nella risposta, sono state impostate delle sotto-domande.

Per assicurare l'accuratezza dei dati raccolti le interviste sono state audio-registrate; sono state poi sbobinate integralmente e trascritte, fatte rileggere all'intervistato, per permettere poi eventuali modifiche. La direzione infermieristica ha assunto il ruolo di supervisore esterno, al fine di poter confermare la credibilità e l'appropriatezza dei dati. Come modello di analisi dei dati per l'intervista è stato utilizzato il Colaizzi.

Il Campione è stato piccolo e propositivo; i partecipanti sono stati reclutati fino alla ridondanza dei dati. Si è scelto di utilizzare un metodo di campionamento non probabilistico (campionamento di convenienza)

RISULTATI: la relazione con il care-giver

#### Methodology

UNITA' DESCRITTIVE

a. Setting: Distretto Sanitario di Jesi - AV2 ASUR Marche b.Partecipanti: Il campione dei partecipanti è rappresentato dal personale infermieristico delle Cure Territoriali della sede di Iesi -AV2 ASUR Marche. Sono stati inclusi gli infermieri in servizio sia con un contratto a tempo determinato che indeterminato, che prestano la loro attività assistenziale nelle sedi di Jesi, San Marcello, Moie, Cupramontana, Cingoli e Filottrano. sono stati reclutati infermieri in

maniera volontaria senza fare distinzioni di età o anni di lavoro: gli unici criteri inderogabili di inclusione nel progetto sono stati quelli di aver lavorato, negli ultimi sei mesi nei setting individuati e di aver preso in carico almeno quattro pazienti con bisogni assistenziali complessi. c.Trattamento dati: Le interviste sono state somministrate in

ambiente controllato (stanza a porte chiuse della sede distrettuale),

compilate mediante registrazione e trattate con supporti

informatici, in rispetto dei principi del regolamento (UE) 2016/679, utilizzate al solo scopo dichiarato nello studio. È stato chiesto un consenso informato. È stata chiesta l'autorizzazione a condurre lo studio alla Direzione Infermieristica - Area delle Professioni Infermieristiche ed ostetriche di AV2. d.Strumento: Questionario qualitativo semi strutturato con

domande aperte. e.Raccolta e analisi dati: Si è passati all'individuazione di temi

dominanti e unità descrittive. È stato creato un database contenente tutte le opzioni di risposta al questionario. DISCUSSIONE: II sistema organizzativo

#### Results

Durante le interviste si è constatata la difficoltà di molti infermieri nell'esprimere il proprio vissuto emotivo. È stato necessario ripetere frequentemente le domande riguardo le emozioni, cercando di cambiarne la formulazione

STADIAZIONE DEL CAMPIONE Età media = 39 anni.

Anni di servizio = 18 anni e 10 mesi.

Anni di servizio nel setting di ricerca = 12 anni e 5 mesi. Le diverse tipologie del titolo di studio non hanno rappresentato

alcuna differenza sostanziale nella qualità delle risposte. Il lavoro di analisi ha consentito di individuare 296 significati, che hanno dato luogo all'identificazione di 16 gruppi di temi, di cui 5 emergenti: i bisogni e le attese dei pazienti e dei care-giver; la relazione con il care-giver; i saperi dell'infermieristica; discrezionalità, autonomia e responsabilità; il sistema organizzativo. Temi dominanti e unità descrittive: 296 significati, che hanno dato

luogo all'identificazione di 16 gruppi di temi, di cui 5 emergenti: 1. i bisogni e le attese dei pazienti e dei care-giver;

la relazione con il care-giver;

3. i saperi dell'infermieristica; 4. discrezionalità, autonomia e responsabilità:



#### Conclusion

Nell'attuale scenario socio-sanitario, la figura dell'infermiere sembra emergere come un professionista modellato da un'organizzazione vissuta come entità a sé stante e come macchina burocratica che impone dall'alto priorità, obiettivi e compiti; gli infermieri soffrono perché "non hanno tempo", cioè non riescono a rispondere a un bisogno espresso ma si offrono per garantire, in forme tra loro molteplici, il funzionamento dell'organizzazione in cui si trovano. Emerge dunque un elemento di transizione degno di nota: nei meandri di un modello organizzativo rigido si intravede un movimento evolutivo del ruolo dell'infermiere, che pare spostarsi da funzioni assistenziali dirette a funzioni di interconnessione dei processi di cura.

Rispetto a queste funzioni il professionista stesso sembra assumere un atteggiamento ambivalente nella considerazione morale, da un lato, della consapevolezza che un "sistema curante" sembra affrontare in forma più efficace e giusta il bisogno di salute del malato e, dall'altro, che le strategie di coloro che detengono il potere nelle organizzazioni sanitarie sembrano più orientate al funzionamento efficiente della "macchina", piuttosto che al bene della persona assistita.

L'infermiere si presenta pertanto come il garante che sfrutta, per quanto possibile, gli interstizi della macchina burocratica per inserirsi in una logica processuale di attenzione ai bisogni del malato e con una tensione morale che vede nell'advocacy la sua principale espressione fattuale.

#### Introduction

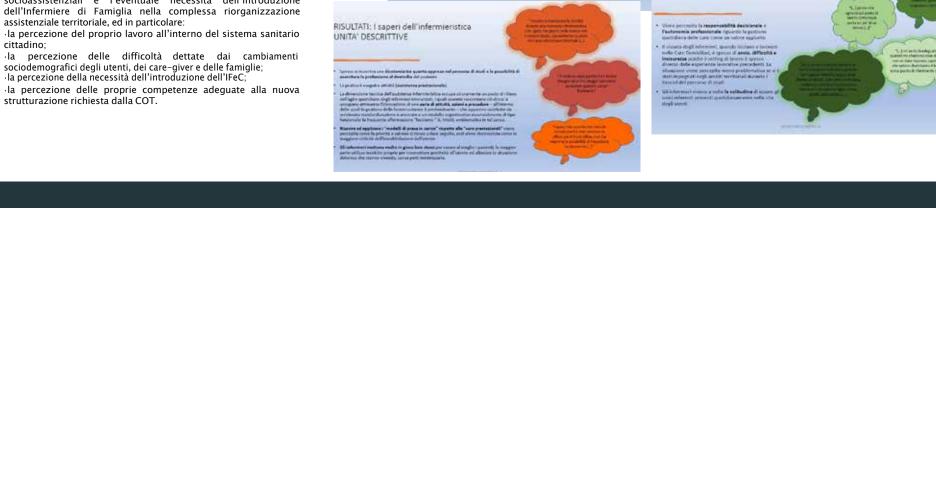
Le Centrali Operative Territoriali (COT) sono punti di accesso territoriali, fisici e digitali che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere. Dialogano con la rete dell'emergenza-urgenza. Hanno la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socioassistenziali con lo scopo di raggiungere la completa gestione della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Ciò sarà possibile anche grazie all'introduzione di strumenti di telemedicina e telemonitoraggio.

Gli attori di questa nuova organizzazione saranno in primo luogo gli infermieri che attualmente operano nei diversi setting territoriali: Cure Domiciliari e Ambulatori Infermieristici Distrettuali

Con questo lavoro si sono volute approfondire le aree delle percezioni dei professionisti infermieri delle Cure Territoriali della sede di Jesi - AV2 ASUR Marche riguardo i cambiamenti socioassistenziali e l'eventuale necessità dell'introduzione dell'Infermiere di Famiglia nella complessa riorganizzazione assistenziale territoriale, ed in particolare:

·la percezione delle difficoltà dettate dai cambiamenti

strutturazione richiesta dalla COT.







# fficina LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE delle Idee



# L'organizzazione dipartimentale garante dei servizi riabilitativi: Report di sintesi di AV1 nel triennio 2019-2021 ai tempi del Covid-19

Romeo Magnoni - Direttore AV1 ASUR Marche

Giacomo Maurizi, Cinzia Boccolacci, Tiziana Pistarelli, Giovanna Diotallevi, Anna Maria Nicolini, Francesca Ceccarelli, Annarita Borghesi **DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE AV1 - ASUR Marche** 

#### Introduzione

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione di AV1 costituisce il presupposto organizzativo che garantisce efficacia ed efficienza nel momento della transizione del paziente dalla fase acuta a quella di recupero funzionale ed è costituito da sezioni dedicate alle degenze, sezioni dedicate alle attività del domicilio e ai servizi ambulatoriali.

La gestione dei PL (posti letto) riabilitativi extra-ospedalieri dal 2018 è mediata attraverso una piattaforma informatizzata riabilitativa dove convergono le richieste di degenza provenienti dall'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord, dalle strutture ospedaliere di AV1, da altre Aree Vaste dell'Asur Marche e da fuori regione. La piattaforma rappresenta uno strumento sovradistrettuale che si interfaccia e lavora in simbiosi con le tre unità valutative integrate (UVI) presenti sul territorio di AV1 (Fano – Pesaro – Urbino) e funge da supporto anche per le strutture ospedaliere, in particolare con la Riabilitazione di Pergola.

Lo strumento della piattaforma nasce dall'esigenza di creare un riferimento unico, a supporto delle UVI di Area Vasta, per la gestione delle dimissioni protette che prevedono la richiesta di riabilitazione in regime di degenza extra-ospedaliera al fine di agevolare le procedure di ricovero, ottimizzare l'occupazione dei posti letto, garantire trasparenza e rapidità di risposta.

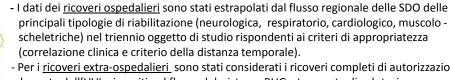
## **OBIETTIVI**

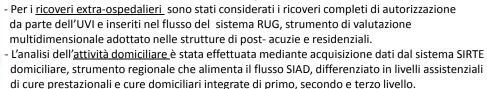
- 1. Supportare le UVI di AV1, garantendo la continuità assistenziale ospedaleterritorio con un percorso chiaro, condiviso, trasparente e rapido.
- 2. Ottimizzare l'occupazione dei PL nelle strutture riabilitative extra ospedaliere che insistono sul territorio dell'AV1.
- 3. Controllo mobilità passiva extra-regionale.
- 4. Garantire l'appropriatezza di setting di degenza riabilitativa con la disponibilità di

Nel seguente elaborato si illustrano mediante il supporto di dati numerici, le attività del Dipartimento di Riabilitazione di AV1 negli anni 2020 e 2021, confrontandoli con l'anno 2019, quale anno di riferimento esente dall'impatto del Covid-19.

#### Metodologia

#### **CRITERI DI INCLUSIONE**



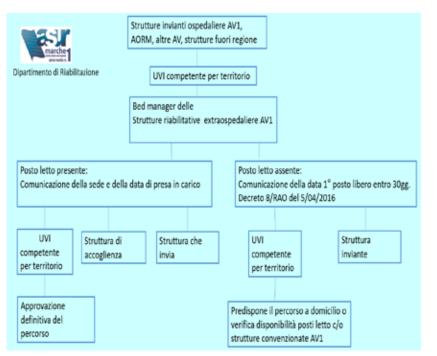


#### **CRITERI DI ESCLUSIONE**

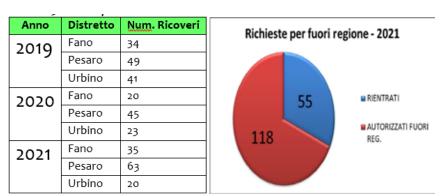
Non si prendono in considerazione le disabilità post-critiche di basso livello che possono essere gestite presso le strutture ambulatoriali territoriali.

#### Risultati

#### PERCORSO PIATTAFORMA INFORMATIZZATA RIABILITATIVA AV1



## ATTIVITA' MOBILITA' PASSIVA



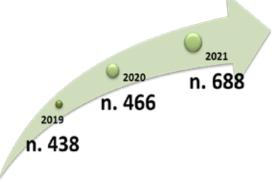
I dati sono relativi ai ricoveri riabilitativi fuori regione negli nel triennio oggetto di studio, distinti per aree distrettuali.

Nei grafici è rappresentata la totalità delle richieste per degenza riabilitativa fuori regione dell'anno 2021, n.173 totali, pervenute per residenti di AV1 filtrate dalle UVI distrettuali. Di queste, n.55 richieste sono state recuperate dalle strutture del Dipartimento di Riabilitazione AV1.

Non è stato possibile risalire al numero dei ricoveri recuperati dal Dipartimento negli anni 2019 e 2020.



ATTIVITA' DELLA PIATTAFORMA RIABILITATIVA AV1



n. 438. I dati riportati si riferiscono alle strutture di Fossombrone e Galantara (non ancora operativo l'accordo con le strutture del privato accreditato).

#### ₩ Anno 2020:

- n. 466, così suddivisi:
- Galantara Covid-19 POS. con un 44% dei pazienti covid-19 positivi e 56% covid-19 negativi (struttura oggetto di riconversione
- Fossombrone Covid NEG. si riportano i ricoveri in numero totale di 102, mediati dalla piattaforma.
- Pergola con il 22% dei ricoveri (rispetto al dato totale) mediati dalla piattaforma riabilitativa. La restante parte è avvenuta tramite
- strutture convenzionate del S. Stefano di Macerata Feltria con il 21,4% dei pazienti covid-19 positivi e 78,6% covid-19 negativi
- (struttura oggetto di riconversione nell'arco dell'anno) - struttura di Villa Fastiggi i numeri totali dei ricoveri riabilitativi,

#### pari a n.70. Anno 2021:

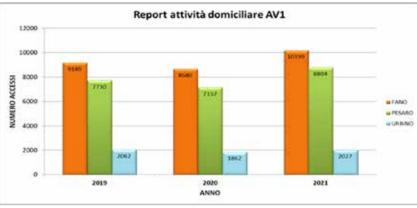
- n. 688, così suddivisi:
- Galantara Covid-19 POS. con un 40% dei pazienti covid-19 positivi e 60% covid-19 negativi (struttura oggetto di riconversione
- Fossombrone Covid NEG. si riportano i ricoveri in numero totale di 90, mediati dalla piattaforma.
- Pergola con circa il 30% dei ricoveri (rispetto al dato totale) mediati dalla piattaforma riabilitativa. La restante parte è avvenuta tramite accesso diretto.
- strutture convenzionate del S. Stefano di Macerata Feltria con un numero complessivo di 144 ricoveri.
- struttura del S.Stefano di Villa Fastiggi i numeri totali dei ricoveri riabilitativi, pari a n.227.

#### ATTIVITA' DI RICOVERO NELLE DEGENZE DEL DIPARTIMENTO



## \* Riabilitazione Intensiva (Pergola):

- Anno 2019: n.300 ricoveri (presenza media giornaliera di 19,07) con 20 PL disponibili.
- Anno 2020: n.213 ricoveri (presenza media giornaliera di 14,37) con una disponibilità media/annua di 14 PL.
- Anno 2021: n.210 ricoveri (presenza media giornaliera di 12,38) con 12 PL disponibili.
- ❖ Riabilitazione Estensiva Extra-Ospedaliera (Fossombrone): i 10 PL sono stati trasferiti in altra struttura Covid free, quando la struttura di Fossombrone è stata riconvertita in Covid-19 positivo.
- \* Riabilitazione Intensiva Extra-Ospedaliera del Galantara (Pesaro): la variazione del numero dei ricoveri negli anni 2020 e 2021 rispetto al 2019 è correlata all'utilizzo dei posti letto di Riabilitazione in PL di Riabilitazione Covid-19 positivo.
- ❖ Riabilitazione Estensiva Extra-Ospedaliera del Galantara (Pesaro): è risultata la più penalizzata dalla riconversione per dare massima disponibilità ai pazienti Covid-19 positivo di medio/alta complessità assistenziale.



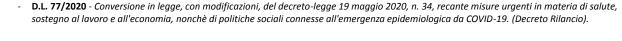
L'attività domiciliare che vede la sua mission nella continuità assistenziale dei pazienti con particolare fragilità, è stata preziosa negli anni della pandemia in cui la riconversione delle strutture riabilitative di degenza ha fortemente contratto le disponibilità di accoglienza.

# Conclusioni

- ✓ L'organizzazione dipartimentale descritta ha garantito l'erogazione dei servizi specialmente in tempo di pandemia: la contemporanea disponibilità di degenze di riabilitazione con PL sia Covid-19 negativi che Covid-19 positivi ha favorito notevolmente le attività del Dipartimento permettendo una ottimale continuità terapeutica sotto il profilo riabilitativo con percorsi di recupero paragonabili in tempi e in efficacia ai periodi ante-covid, mantenendo ben definito il concetto di appropriatezza.
- √ La presenza della piattaforma riabilitativa per le degenze, negli anni 2020-2021, ha permesso di garantire celermente il trasferimento dei pazienti fra strutture riabilitative covid positive a quelle covid negative. In caso di non disponibilità di PL si sono attivati setting alternativi quando possibile quali la riabilitazione domiciliare e la
- ✓ La modalità organizzativa trasversale di cui il Dipartimento si avvale, ha quindi: sostenuto la presa in carico del paziente; ha dato un riscontro economico vantaggioso in termini di mobilità passiva; ha permesso di erogare ai cittadini i servizi riabilitativi necessari nella propria area di residenza.

# Normativa di riferimento

- Decreto 6/RAO del 20/02/2020 Nuovi piani di controlli delle prestazioni sanitarie in attuazione a quanto previsto dalla DGR n.1489/2019.
- Revoca del Decreto n.9/RAO/2017. <u>Decreto Ministeriale 5 agosto 2021</u> - Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri.
- DGR 8 giugno 2020, n. 685 REGIONE MARCHE Linee di indirizzo regionali per la gestione delle strutture residenziali sanitarie, sociosanitarie e sociali nell'area extra ospedaliera nel graduale superamento dell'emergenza COVID-19.
- DGR 791 del 30/06/2014 REGIONE MARCHE Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari.
- DGR 937 del 20/07/2020 REGIONE MARCHE Manuale Autorizzazione Strutture sanitarie extra-ospedaliere intensive ed estensive, strutture socio-sanitarie di lungo-assistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale.
- D.L. 34/2020 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonchè di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.



e la condivisione dei dati.

# Le Centrali Operative nel nuovo assetto territoriale definito dal PNRR: Centrali Operative N.E.A. 116117 e C.O.T.



Marchese I.\*\*, Casonato C.\*, Cazzulo E.\*, Ferrarotti L.\*, Francheo E.\*, Ghio D.\*,

Ignat D.\*, Verrua A. \*, Zaccone D.\*

\* Referenti di turno C.U.A. 116117 AL ASL AL



#### **Introduzione**

A seguito delle criticità emerse e rese manifeste dalla pandemia Sars-Cov-2, è diventata evidente la necessità di un Territorio maggiormente attivo e flessibile nei processi di diagnosi, terapia e cura, capace di un filtro adeguato nei confronti delle strutture ospedaliere e di una aumentata flessibilità verso le variazioni del bisogno di salute dei cittadini.

Un fattore abilitante del nuovo modello di sanità territoriale è rappresentato dai nuovi punti di accesso e di erogazione previsti per il Territorio: il N.E.A. 116117 e le C.O.T., che devono svilupparsi con il preciso scopo di messa in rete dei cittadini, dei professionisti e delle risorse.

#### Materiali e metodi

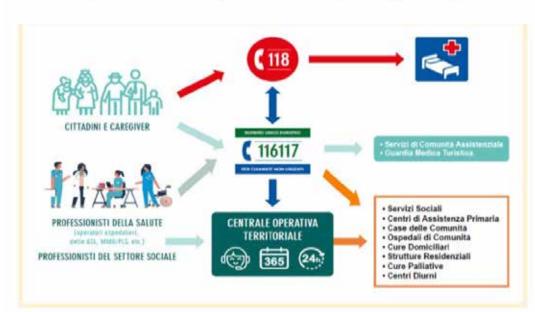
- Il N.E.A. 116117, unico canale di accesso dei cittadini, articola il proprio servizio su 3
- 1) Informativo: primo contatto con l'utente, in grado di effettuare un filtro, in base alla richiesta, e fornire una risposta diretta risolutrice del quesito o che fornisca i dati necessari per indirizzare l'utente verso il servizio competente in materia
- 2) Cure mediche non urgenti H24: intervista strutturata ed accesso a oggettivi algoritmi decisionali, che individuano la tipologia di fabbisogno, attivando il servizio di cure primarie competente, o indirizzando l'utente verso le Strutture presenti sul territorio per la risoluzione della specifica problematica (Ambulatori MMG/ PLS, OdC, CdC, PCA, COT)
- 3) Telesorveglianza e tele monitoraggio da remoto, attraverso chiamate in uscita, effettuate dal personale verso i pazienti inseriti in appositi elenchi (Es. pazienti cronici, vulnerabili, con fragilità socio assistenziale, pazienti covid o dimessi da strutture ospedaliere, ecc)

Attraverso l'integrazione N.E.A. – C.O.T., verranno implementati codesti ulteriori livelli:

- 4) gestione dell'assistenza territoriale (definizione, erogazione e monitoraggio di un
- 5) gestione diretta dell'erogazione del servizio specifico (coordinamento dei setting assistenziali).

# Il punto di arrivo

Unico punto di contatto da parte del cittadino per i bisogni non urgenti



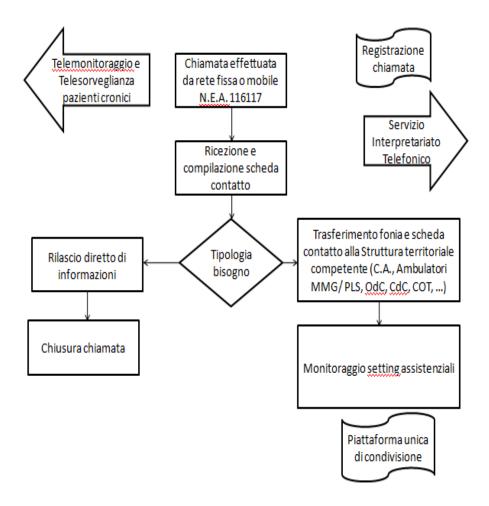


#### Risultati

Le Centrali Operative 116117, dove esistenti, hanno consentito un coordinamento migliorativo nell'erogazione delle prestazioni, funzioni di filtro e monitoraggio o tele monitoraggio su vasta scala.

II N.E.A. 116117 si inserisce in una architettura organizzativa con diversi livelli funzionali a crescente specializzazione, con il fine di essere l'unico punto di contatto da parte del cittadino per i bisogni non urgenti, integrato con tutte le strutture di assistenza territoriale, in particolare con le C.O.T.

Il sistema va concepito come un dispatch integrato, preposto all'orchestrazione delle richieste degli interventi, con approccio multidimensionale C.U.A. 116117 (punto di accesso) e C.O.T (effettori dei servizi territoriali).



# Conclusioni

Le Centrali N.E.A. 116117 e C.O.T., al fine di offrire risposte ai bisogni specifici diversificati degli utenti, saranno i collettori di un network di operatori e strutture, dotate di un'infrastruttura tecnologica capace di diffondere, integrare e condividere le informazioni dell'assistito e del suo percorso di salute.

# Bibliografia

- -Decisione Commissione Europea n. 116 del 15 febbraio 2007, che riserva l'arco di numerazione nazionale che inizia con «116» a numeri armonizzati destinati a servizi armonizzati a valenza sociale - Pubblicata in GU CE L 49/30 del 17 /02/2007;
- Decisione Commissione Europea n. 884 del 30 novembre 2009, recante modifica della decisione 2007/116/CE per quanto riguarda l'introduzione di altri numeri riservati che iniziano con «116» - Pubblicata in GU CE L 317/46 del 3 /12/2009;
- Intesa Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014. Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014 – 2016;
- Delibera dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni n. 8 del 13 gennaio 2015 (comma 4 e 5 dell'articolo 14 allegato A) . Adozione del nuovo piano di numerazione nel settore delle telecomunicazioni e disciplina attuativa, che modifica ed integra il piano di numerazione di cui alla delibera n. 52/12/cir.;
- Accordo Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano del 24 novembre 2016. Accordo, ai sensi dell'articolo 5 comma 12 dell'Intesa del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 82/CSR) "Patto per la salute 2014-2016" tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e la mobilità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117";
- I Quaderni di Monitor 2022, AGENAS, "Le Centrali Operative. Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali"
- DM n. 77 del 23 maggio 2022, recante la "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN".





e la condivisione dei dati.

# ASL Lecce. La Centrale Operativa Territoriale nel contesto della Malattia Renale Cronica in fase dialitica: soddisfare il bisogno ovunque si manifesti

**Puglia**Salute

Anna Zito (1), Marcello Napoli (1), Daniele Prete (2) (1) Dipartimento Nefrodialitico, ASL Lecce (2) Area Gestione Tecnica, ASL Lecce

## Introduzione

Attualmente, la presa in carico del paziente affetto da Malattia Renale Cronica (MRC) è eterogenea, in particolare nella transizione ospedaleterritorio. La creazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) permette di integrare tutti i percorsi assistenziali, con particolare riferimento al servizio di dialisi periodica (fig.1).

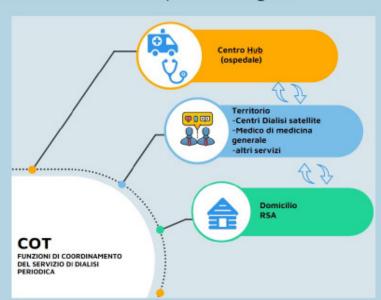


Fig.1

### Materiali e metodi

La Regione Puglia, con Deliberazione di Giunta n. 688/2022, ha previsto per la ASL Lecce, Puglia n.7 COT:

- -Galatina -Nardò
- -Gagliano del Capo
- -Maglie -Lecce -Casarano
- -Campi Salentina

La descrizione analitica delle COT in via di attivazione è fornita in tab.1.

Dimensione di analisi	
Target	Popolazione affetta da MRC V stadio
	pre-dialisi o in dialisi periodica
Flusso step up/step down	70% step up, 30% step down
Filiera di riferimento	Ospedale, centri dialisi satellite, cure
	intermedie (distretto), assistenza
	domiciliare, RSA, domicilio
Relazione con utente/care giver	Sì
Punto di accesso diretto	Back office e parzialmente front
	office
Identificazione del setting	Sì
799	-Centri dialisi satellite:
	PP.00. Campi Salentina, Calimera,
	Gagliano del Capo, Nardò,
	Poggiardo, Ugento;
	-domicilio;
	-RSA
Prenotazione del servizio	Sì
(committenza)	
Raccolta delle informazioni e	Sì, via telefono o attraverso
monitoraggio della situazione del	strumenti di teledialisi e
paziente post-transizione	telemonitoraggio
Monitoraggio del processo	Sì, mediante dati forniti dal
	personale e report dei sistemi di
	teledialisi e telemonitoraggio
Collocazione fisica	Centro Hub (Ospedale Vito Fazzi)
Dipendenza organizzativa	Centro Hub (Ospedale Vito Fazzi)
Personale	Team di Dialisi domiciliare:
	-2 medici nefrologi del Centro Hub
	-team infermieristico esterno
Sistemi informativi	Software integrati (cartella clinica
	Gepadial®, sistema Regionale
	Edotto, Fascicolo sanitario
	Elettronico (in futuro)
Finanziamento	PNRR
Tab. 1	

Risultati



FUNZIONI DELLA COT IN AMBITO MRC

-identificazione del bisogno (follow up

ambulatoriale/domiciliare/trattamento sostitutivo) e del grado di teleassistenza richiesto (grado di autonomia, caregiver);

- -identificazione del setting coerente con il bisogno (ospedale/Centro Dialisi/RSA/domicilio);
- -verifica della disponibilità del servizio e committenza (attivazione equipe per emodialisi o peritoneodialisi presso il Centro Dialisi, il domicilio o in RSA; attivazione teledialisi);
- -monitoraggio delle condizioni di salute;
- -reporting dei processi di transizione.



#### CONDIZIONI ORGANIZZATIVE DELLA COT IN AMBITO MRC

- -collocazione fisica (ospedale/struttura dipartimentale)
- -personale coinvolto (medici, infermieri, OSS, amministrativo, coordinatore adeguatamente formati) e collaborazione con MMG
- -sistemi informativi a supporto (scale e sistemi informatizzati di valutazione del bisogno)
- -meccanismi di finanziamento (fondi PNRR)



#### OBIETTIVI DELLA COT IN AMBITO MRC

- -stratificare la popolazione affetta da MRC sulla base delle criticità effettive (case-mix);
- -decodificare i bisogni e valutare la domanda di servizi;
- -definire i livelli di complessità assistenziale (età, comorbidità, supporto familiare e sociale);
- -identificare i modelli organizzativi e setting assistenziali (dialisi in Centro/in RSA/al domicilio; teledialisi/telemonitoraggio);
- -prevenire e risolvere i problemi di transito fra setting di cura mediante soluzioni flessibili e personalizzate;
- -organizzare nei luoghi di cura la risposta adeguata tramite procedure e strumenti codificati (fig.2):



Fig.2

- -applicare una logica unitaria di processo assistenziale:
- favorire la domiciliarità sanitaria.

# Conclusioni

Il modello organizzativo delle COT in ASL Lecce, in fase di realizzazione, si prefigge la presa in carico globale del bisogno di salute del paziente affetto da MRC. Per raggiungere i bisogni ovunque si manifestino, si ricorrerà agli strumenti innovativi della telemedicina, (telecontrollo, televisita, teledialisi), per la semplificazione e razionalizzazione dei processi clinico assistenziali.

# Bibliografia essenziale

D.M. n. 71 del 23/2/2020, "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

e la condivisione dei dati.

# ATTUAZIONE PNRR: INDAGINE SUL GRADO DI ALFABETIZZAZIONE DIGITALE DI ANZIANI E DISABILI IN PROVINCIA DI FOGGIA

Forte Giacomo Francesco\*, Crisetti Marco\*\*, Serena Filoni\*\*, Russo Emanuele Francesco\*\*, de Nittis Raffaele Pio\*\*\*

- \* Azienda Pubblica di Servizi alla Persona ASP "S.M.A.R", Manfredonia, Foggia
- \*\* Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus, San Giovanni Rotondo, Foggia
  - \*\*\* Cooperativa Sociale per Azioni "San Giovanni di Dio", Foggia

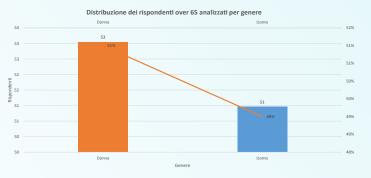
## **INTRODUCTION**

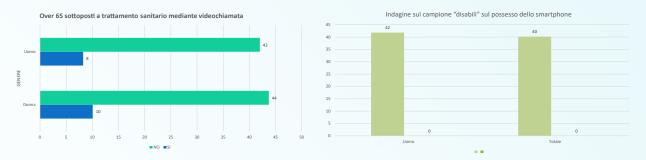
Il PNRR consta di sei missioni. La prima, la quinta e soprattutto la sesta, richiedono ai cittadini sufficienti competenze digitali. In particolare, la missione 6 "Salute" prevede tra gli obiettivi principali, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare con lo sviluppo della Telemedicina per la quale è necessaria una buona e diffusa alfabetizzazione digitale. Questo studio ha indagato sul grado di alfabetizzazione di anziani e disabili in provincia di Foggia.

#### **METHODOLOGY**

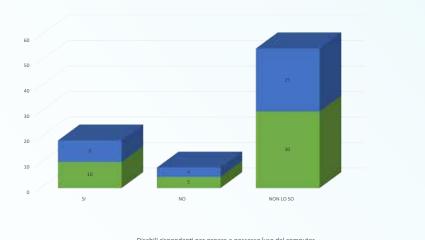
Interviste a 40 persone di cui 20 anziani e 20 disabili. N. 4 focus group della durata di 90 minuti.

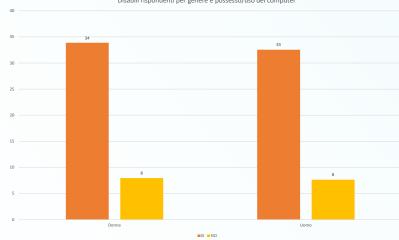
Somministrazione di un questionario validato a 186 persone, di cui 104 anziani over 65 e 82 disabili eleggibili. Il questionario è stato validato mediante test pilota e somministrazione de visu ad un campione di 20 anziani over 65 anni e ad uno di 20 disabili maggiorenni.





Utilità percepita tra i disabili della tecnologia per motivi di salut

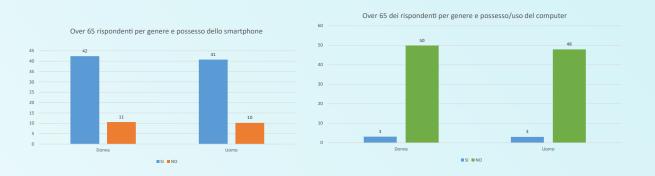




## **RESULTS**

L'indagine sul campione "anziani" ha evidenziato una scarsa alfabetizzazione digitale, sempre più alta con l'avanzare dell'età. Il 94% non ha mai posseduto un PC e non intende utilizzarlo. L'80% possiede e/o ha utilizzato uno smartphone/tablet, ma quasi mai per la salute. Il 55% è iscritto ai social network (whatsapp e/o facebook). Il 94% ha timore ad effettuare pagamenti con i device ed è certo della violazione sistematica della propria privacy. Il 90% non ritiene la Telemedicina una valida sostituta di quella in presenza ma da considerare solo in caso di: reali rischi infettivi; territori impervi; assenza in loco del servizio di assistenza domiciliare.

L'indagine sul campione "disabili", invece, ha evidenziato una buona alfabetizzazione digitale. L'81% possiede o utilizza un PC; il 100% uno smartphone/tablet. Il 98% è iscritto ad un social network anche se il 62% dichiara di possedere basse competenze nell'utilizzo della tecnologia. Il 23% ha già usufruito di telemedicina, ma il 67% è ancora scettico.



# **CONCLUSION**

In tutti gli studi sulla telemedicina, le criticità più importanti emerse sono: scarsa alfabetizzazione digitale dei destinatari e mediocre degli operatori sanitari, ritardi infrastrutturali come per la copertura della rete e assenza di "contatto" operatore-paziente. Riguardo alla prima criticità, ampiamente confermata da questo studio, anche nell'ottica dell'attuazione del PNRR, è necessario che vengano finanziati progetti per favorire lo sviluppo delle competenze digitali e un pieno accesso alla società dell'informazione al fine di recuperare il gap qui considerato. Nello specifico, c'è urgente bisogno di alfabetizzazione digitale sanitaria. Il concetto chiave è quello di "cittadino fragile digitale", ovvero di un cittadino che, anche se in età avanzata e/o disabile, usa le tecnologie per accedere alle informazioni, per fruire di servizi online e per cogliere le opportunità digitali accessibili nel suo territorio.

# BIBLIOGRAPHY

- 1. Forte G.F., de Nittis R.P. "Riabilitazione Tecnologica Domiciliare (RTD)Ibrida", Ed. Rirea, 2021
- 2. E.CA.R.E., "Toolkit", ASP Umberto I, 2017
- 3. Progetto "Pane e Internet", Bologna, 2017

e la condivisione dei dati.

# Centrale operativa territoriale e condivisione dei dati. «Raggiungere chi non raggiunge»

Autore Dott.ssa Scarcelli Maria dipendente Policlinico Bari.

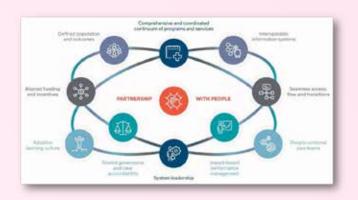
#### Introduzione

Secondo 1'OMS bisogna riconoscere attraverso strumenti innovativi la fragilità, non solo sanitaria, per prevenirla; cercando di raggiungere anche i più soli, coloro che non frequentano i servizi sanitari e sociali e, quindi, non sono facilmente intercettabili.. Due sono gli interventi:

- 1. intervento di prossimità: i malati devono essere curati se possibile senza essere allontanati dal loro ambiente di vita.
- 2. prevenzione: si deve passare da un modello passivo, dove l'erogazione dell'assistenza viene nel momento in cui il paziente percepisce i sintomi a uno attivo capace di intervenire prima dell'evento acuto, la riorganizzazione ha l'obiettivo di ricondurre ai servizi territoriali l'assistenza primaria lasciando le patologie acute alle strutture ospedaliere

#### Risultati

I risultati ottenuti mostrano un beneficio costo efficacia e la riduzione delle disparità e delle disuguaglianze, tutela della dignità umana e diritto alla salute



Dieci principi di progettazione per i sistemi sanitari integrati incentrati sulle persone (HSO 2021 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8815438/#)

### Metodo

- -Algoritmo RISKER sviluppato dall'Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna con la Jefferson University di Philadelfia (Usa): una procedura statistica che, combinando oltre 500 variabili demografiche e di salute, permette di intervenire in modo precoce per predire, quindi ridurre, il rischio di ammalarsi e di essere ricoverati in ospedale, cercando di intercettare le persone più sole, quindi al di fuori dei percorsi sociosanitari offerti dai servizi, e più vulnerabili dal punto di vista socio-economico.
- -Associazioni di volontariato, centri per gli anziani e parrocchie.
- -Banche dati fornite grazie alla collaborazione dei sindaci.
- -Scirocco standard europeo di misurazione della solidità delle pratiche assistenziali più innovative
- PDTA devono includere una chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basata sulle evidenze scientifiche; facilitare le comunicazioni tra i membri del team, i caregiver e i pazienti; coordinare il processo di assistenza tramite il coordinamento dei ruoli e l'attuazione delle attività dei team multidisciplinari d'assistenza; includere la documentazione, il monitoraggio e la valutazione degli outcomes; identificare le risorse necessarie all'attuazione del percorso.
- -Stakeholder

#### Conclusione

L'attuazione di strategie di integrazione richiede la creazione e il mantenimento di una cultura del miglioramento continuo e dell'apprendimento. Le chiavi del processo di sviluppo si sono concentrate sull'importanza della co-progettazione, incorporando pratiche incentrate sulle persone in tutta la metodologia standard, formale ma interattiva che includa un'ampia consultazione, una chiara responsabilità sia per i responsabili politici che per i partner di sistema, strumenti che supportano l'azione e possano essere adattati al contesto locale e al livello di maturità del sistema integrato.

# bibliografia

https://www.academycasemanagement.org/lo-strumento-risker/ https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/servizi

https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/servizi#indicatori

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8815438/#:~:text=Assistenza%2 Ointegrata%20incentrata,e%20licenza%20Disclaim

# fficina LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE delle Idee

# B-Mo: Human Factor and Design for remote monitoring of COPD patients

Stefano Bellucci, Dipartimento Tecnologie Sanitarie, ESTAR

Brando Romano, Dipartimento di Architettura DIDA, Università degli Studi di Firenze

Mattia Pistolesi, Laboratorio di Ergonomia e Design LED, Dipartimento di Architettura DIDA, Università degli Studi di Firenze

Guido vagheggini, Dipartimento Medico, Azienda USL Toscana Nord Ovest







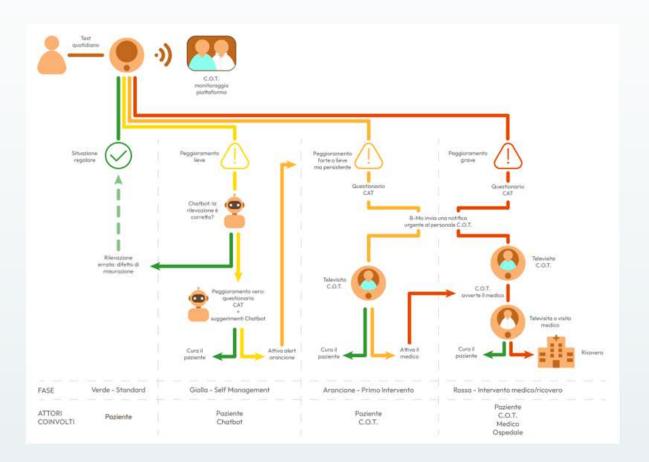
#### Introduction

The management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is still skewed towards intra-hospital acute care. Guidelines indicate early identification and rapid treatment of exacerbations, minimizing the impact of ongoing flare-ups and preventing the development of future exacerbations by reducing hospitalization as priorities. B-MO is the design of a product-service for the gradual remote monitoring of COPD patients, capable of managing exacerbations on a 3 level escalation: mild, moderate and severe. The purpose of the device is in fact to identify any negative trend in patients' health conditions from daily respiratory tests carried out at home.

#### Results

B-MO is designed for the remote monitoring of COPD patients. Its purpose is to give the medical staff the opportunity to regularly monitor their patients' health. This is possible thanks to the daily respiratory tests that patients can do at home: results are immediately sent to the dedicated server, constantly checked by the medical staff in the COT. Thanks to its Al-driven camera and thermoscammer, B-MO is able to detect unusual physical signs (such as the patient's temperature and cyanosis).

- B-MO can manage exacerbations on a 3 level escalation: - Mild: a chat bot will start and will ask some questions to find the trend's cause;
- Moderate: the medical staff will meet the patient with a televisit;
- Severe: the patient is asked to come for a visit to his doctor's clinic.



The GUI is designed to allow patients, with no medical knowledge, to easily use it. This is crucial because B-MO will be used in patients' homes, even without the supervision of the medical staff. The GUI provides a step-bystep guide to ensure that the user performs the daily test correctly.



# **Conclusion**

B-MO was presented as the final work of the Bachelor Degree of Design. The aim of this project was to create the concept of a medical device following the Human Factor studies. Including these factors during the design process can lead to more efficient and safer devices, minimising errors and increasing the patients' life quality.

# Methodology

For the development of B-MO, some methods of the ergonomic and Human-Centred Design approach were applied, such as: benchmarking analysis, interview and heuristic analysis. The first method aimed to study medical devices already on the market, particularly in the field of devices for home monitoring of respiratory parameters, to observe their morphological and GUI characteristics. The interview, conducted with medical staff, allowed us to understand the needs and expectations of this user group when interfacing with medical devices. Finally, the heuristic analysis was conducted by the working group directly on a device for measuring respiratory parameters currently in use at the Azienda Sanitaria Toscana Nord Ovest. Aspects relating to usability, errors during use and duration of activities were studied, in particular, data were collected on: the arrangement and location of components, versatility and spatial flexibility of the device, and quality and taxonomy of information.

# References

Alwakeel A.J., et al., 2022, The Accessibility, Feasibility, and Safety of a Standardized Community-based Tele-Pulmonary Rehab Program for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A 3-Year Real-World Prospective Study. In Ann Am Thorac Soc., 19(1), pp. 39-47. DOI: 10.1513/AnnalsATS.2020066380C.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2021, GOLD pocket guide 2021, strategia globale per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della BPCO, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Inc. Dispobinile a: https://goldcopd.it/wp-content/uploads/materiali/2021/GOLD\_Pocket\_2021.pdf

Merone M., et al., 2016, On the remote detection of COPD- related worrisome events. In IEEE-EMBS International Conferences on Biomedical and Health Informatics (BHI), pp. 33-36. DOI: 10.1109/BHI.2016.7455828.

North M., et al., 2020, A randomised controlled feasibility trial of E-health application supported care vs usual care after exacerbation of COPD: the RESCUE trial. In NPJ Digit. Med. 3, 145. DOI.org/10.1038/ s41746-020-

Pistolesi M., Bellucci S., 2020, Ergonomia e design nel processo di sviluppo di un dispositivo medico. In Tecnica Ospedaliera, 3, aprile 2020, pp.20-25. Quaderi S.A., Hurst J.R., 2018, The unmet global burden of COPD. In Glob Health Epidemiol Genom. 2018; 3: e 4. DOI:10.1017/gheg.2018.1.

Rondelli R., et al., 2010, Percorso assistenziale per la gestione della broncopneumopatia cronica ostruttiva, Azienda Usl 9 Grosseto, Servizio Sanitario della Toscana. Disponibile a: https://www.epicentro.iss.it/igea/raccolta/Allegati/toscana/percorso\_bpco\_ultima\_versione\_%20corretta.pdf Walker P.P., et al., 2018, Telemonitoring in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (CHROMED). A Randomized Clinical Trial. In Am J Respir Crit Care Med., 198(5), pp. 620-628. DOI: 10.1164/rccm.201712-24040C.





e la condivisione dei dati.

Il coinvolgimento precoce della Centrale Operativa Territoriale (COT) in Pronto Soccorso-Osservazione Breve Intensiva nel paziente anziano pluripatologico nel facilitare l'inserimento presso le strutture intermedie e nel ridurre le complicanze causa di riospedalizzazioni.

Roberta Volpin<sup>1</sup>, Silena Piasentini<sup>1</sup>, Annalisa Donà<sup>1</sup>, Umberto Sartori<sup>1</sup>, Barisa Marlena<sup>1</sup>, Lucio Conforto<sup>2</sup>, Renato Fabrello<sup>3</sup>, Paolo Ciorli<sup>4</sup>, Stefania De Frenza<sup>4</sup>, Paola Albertin<sup>4</sup>, Chiara Bovo<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Pronto Soccorso Ospedali Riuniti Padova Sud, <sup>2</sup>UOC Geriatria Ospedali Riuniti Padova Sud, <sup>3</sup>Cure Primarie, <sup>4</sup> Centrale Operativa Territoriale, <sup>5</sup> Direzione Medica

Azienda ULSS 6 Euganea

#### Abstract

Aiming to improve

To realize a structured path to entrust early the pluripathological patient not autonomous from the Emergency Department - Short Intensive Observation to the Territorial Operative Center.

Territorial Operative Center.

Facilitate the safe return of the patient with the provision of aids or with the activation of Integrated Home Care.

Description
The pluripathological patient who presents in Emergency Department for an acute event or for a progression of their chronic pathologies that involve a loss of autonomy is reported to the Territorial Operations Centre through the Operating Computer System, with which the provision of home return aids, the activation of the Integrated Home Care or the insertion in an Intermediate Structure is required. In the latter case, geriatric specialist advice is required to obtain eligibility.

Methods used for evaluating results

Were considered the patients evaluated in the Emergency Department - Intensive Short Observation from January 1 to September 10, 2022 for which a request had been made to the Territorial Operations Center through hospital computer system. In the same period, the percentage of re-enters in emergency department and re-hospitalization in patients discharged with aids or Integrated Home Care from Emergency Department - Short Intensive Observation was compared with data on access to Emergency Relief related to the population of age to that of patients reported to Territorial Operations Centre (over 71 years of age). In this case, there was a reduced need for re-hospitalization in patients discharged into Integrated Home Care or with aids.

In some cases on particularly fragile patients who are not self-sufficient, it was possible to obtain eligibility and directly transfer the patient from the Short Intensive Observation to an intermediate facility.

#### Introduzione

Negli ultimi anni si sta assistendo ad un progressivo invecchiamento della popolazione italiana con conseguente aumento delle patologie cronico-degenerative e della non autosufficienza. Quando le condizioni di salute peggiorano fino a compromettere l'autonomia nelle attività quotidiane del paziente, la famiglia non riesce a farsene carico, per cui ricorre spesso al Pronto Soccorso con l'aspettativa di un ricovero, che risulta invece inappropriato in un polo ospedaliero per acuti.

Nel Pronto Soccorso degli Ospedali Riuniti Padova Sud il paziente anziano che normalmente vive in famiglia o da solo e che si presenta al servizio per perdita dell'autonomia dovuta alla progressione delle proprie patologie viene segnalato precocemente alla Centrale Operativa Territoriale (COT) per richiedere ausili, assistenza domiciliare integrata (ADI) o inserimento presso una struttura intermedia.

Outcome: In alcuni casi su pazienti particolarmente fragili non autosufficienti è stato possibile ottenere l'eleggibilità e trasferire direttamente il paziente dall'OBI (Osservazione Breve Intensiva) ad una struttura intermedia.

Tutti i pazienti segnalati come non autosufficienti sono stati dimessi a domicilio con ADI (assistenza Domiciliare Integrata) e/o ausili, contribuendo in questo modo a ridurre le complicanze dovute all'inevitabile allettamento conseguente ad un ricovero ospedaliero che sarebbe peraltro risultato inappropriato e riducendo così le complicanze sul paziente conseguenti alla perdita di autonomia, come traumi e fratture da cadute, disidratazione, malnutrizione, infezioni.

Indicatori: Percentuale di rientri in PS e di ricovero entro 30 giorni dalla segnalazione COT

Parole chiave: non autosufficienza, patologie cronico-degenerative, transizione delle cure, COT, strutture intermedie

#### Materiali

Dal 1 gennaio a 10 settembre 2022 sono state effettuate 60 segnalazioni alla Centrale Operativa territoriale tramite sistema informatico ospedaliero, di cui 32 per inserimento presso una struttura intermedia, 2 per fornitura di ausili a domicilio, 26 per attivazione dell'assistenza domiciliare integrata. Le cause più frequenti di accesso al PS - OBI in questi pazienti erano: disidratazione, disionie, decadimento cognitivo in peggioramento, anemia, trauma cranico, complicanze infettive specie dell'apparato urinario e delle vie respiratorie. L'età di questi pazienti era compresa tra i 71 e i 101 anni e i meno anziani particolarmente fragili e pluripatologici.

#### Metodologia

Il paziente pluripatologico che si presenta in urgenza per un evento acuto o per una progressione delle proprie patologie croniche che comportano una perdita dell'autonomia viene trattato in pronto soccorso (PS) o trasferito presso l'Osservazione Breve Intensiva da cui viene segnalato precocemente alla Centrale Operativa Territoriale tramite il Sistema Informatico Operativo. Il sistema permette di richiedere la fornitura di ausili per il rientro a domicilio, l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata o l'inserimento presso una Struttura Intermedia. In questo ultimo caso viene richiesta una consulenza specialistica geriatrica per ottenere l'eleggibilità. Il dirigente medico dell'OBI

genera la scheda SVAMA. Tutti i pazienti segnalati per accoglimento presso struttura intermedia sono stati valutati eleggibili dallo specialista geriatra.

#### Risultati

Quattro di 32 pazienti sono stati dimessi a domicilio in attesa di trasferimento con accoglienza presso struttura intermedia in media.

Quattro pazienti sono stati trasferiti direttamente presso una struttura intermedia con tempi medi di 7 giorni.

Nove pazienti sono stati trasferiti presso una casa di cura convenzionata per i ricoveri a bassa intensità di cura.

Quindici pazienti sono stati ricoverati presso reparto medico/internistico del polo ospedaliero per acuti.

Dei 60 pazienti segnalati alla COT, 12 sono rientrati presso il PS entro 30 giorni (20%) e di questi in 2 casi è stato necessario il ricovero entro 30 giorni (16,6% dei rientri). Dei 28 pazienti segnalati per attivazione dell'assistenza domiciliare integrata o con fornitura di presidi 2 sono stati ricoverati (7%), 7 sono rientrati presso il PS entro 30 giorni (25%) e di questi in un solo caso è stato necessario il ricovero entro 30 giorni (14% dei rientri).

Questi dati sono stati confrontati con la percentuale di ricoveri da PS, ritorni in PS e di ricovero entro 30 giorni dal primo accesso nello stesso periodo considerato e per pazienti omogenei per età (> 71 anni) con risultati pari rispettivamente al 25% (totale ricoveri), 20% (totale rientri entro 30 giorni) e al 17% (totale ricoveri sui rientri entro 30 giorni).

#### Conclusioni

NEI PAZIENTI ANZIANI FRAGILI CON COMORBIDITÀ L'ATTIVAZIONE PRECOCE DELLA COT DA PS - OBI CONSENTE IN ALCUNI CASI SELEZIONATI DI EFFETTUARE DIRETTAMENTE IL TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE PRESSO STRUTTURE INTERMEDIE.

NEI PAZIENTI SEGNALATI ALLA COT SI OSSERVA LA TENDENZA AD UNA RIDUZIONE DELLA NECESSITÀ DI RICOVERO SUI RIENTRI A 30 GIORNI RISPETTO ALLA POPOLAZIONE GENERALE DI PARI ETÀ (16,6 % VS 17.%), FATTO PIÙ EVIDENTE PER I PAZIENTI DIMESSI IN ADI E/O AUSILI (14% VS 17%). INOLTRE NEI PAZIENTI CHE NECESSITANO DI ADI E/O AUSILI SE SEGNALATI PRECOCEMENTE ALLA COT SI OSSERVA UNA RIDUZIONE DEI RICOVERI (7%) RISPETTO ALLA POPOLAZIONE DI PARI ETÀ (25%)

E' PREVEDIBILE CHE L'ATTIVAZIONE PRECOCE DELL'ADI E DELLA FORNITURA DI AUSILI DAL PS -OBI RIDUCA I RICOVERI RIPETUTI E DI CONSEGUENZA LE COMPLICANZE LEGATE ALL'ALLETTAMENTO E ALLA PROGRESSIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE.

#### Raccomandazioni

Adottare un percorso sistematico di segnalazione e affidamento alla COT per il paziente cronico prulipatologico che accede al Pronto Soccorso e OBI è raccomandato per:

 Favorire l'ingresso alle strutture intermedie per i pazienti cronici ottenendone precocemente l'eleggibilità e l'inserimento;

 Prevenire le complicanze conseguenti alla perdita di autonomia, come allettamento, traumi e fratture da cadute, disidratazione, malnutrizione, infezioni;

 Ridurre i ricoveri impropri nell'ospedale per acuti e le riospedalizzazioni nei pazienti cronici.

