

INDAGINE CONOSCITIVA BUONE PRATICHE DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PNRR

Primo rilevamento da inviare entro il 10 novembre 2022 a:
comitatoscientifico@forumriskmanagement.it

Data: 04.11.2022

Azienda Sanitaria: ASST PAPA GIOVANNI XXIII

Indirizzo: PIAZZA OMS 1 BERGAMO

Telefono: 035.2671111 email: protocollo@asst-pg23.it

Direttore Generale

Nome: MARIA BEATRICE STASI

Indirizzo: PIAZZA OMS 1 BERGAMO

Telefono: 035.2674027 email: direzionegenerale@asst-pg23.it

Quante case di Comunità sono previste sul territorio della ASL, sono una per distretto?

Nel territorio dell'ASST Papa Giovanni XXIII sono previste 6 Case di Comunità (3 nel Distretto di Bergamo e 3 nel Distretto Valle Brembana - Valle Imagna e Villa D'Almè)

Quante sono le riconversioni di strutture precedentemente esistenti es. Case della Salute e/o altro:

Quattro sono riconversione e potenziamento dei Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST) e due sono strutture integralmente di nuova attuazione

Quali sono le attività più rilevanti che si intendono organizzare e potenziare all'interno delle Case della Comunità o anche nella sua Azienda, comunque riconducibili al PNRR:

Le attività più rilevanti sono rappresentate dal Punto Unico di Accoglienza (PUA), dalla costituzione e operatività delle équipe multiprofessionali, dalla implementazione degli ambulatori specialistici e dei servizi diagnostici di base per la cronicità, dal potenziamento del servizio Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC) e degli ambulatori Infermieristici territoriali e dell'Assistenza domiciliare Integrata, della telemedicina e digitalizzazione del territorio

Ogni Azienda ASL o Azienda Ospedaliera compila le parti di sua competenza

Descrivere il rapporto con gli MMG, I PLS e la continuità assistenziale all'interno delle Case di Comunità della Salute già esistenti:

Presso le Cdc già attive è presente il Servizio di Continuità Assistenziale, gli MMG hanno a disposizione agende riservate per l'invio dei loro assistiti agli ambulatori specialistici, vengono coinvolti nell'equipe per la discussione di casistiche di loro pertinenza, hanno a disposizione spazi ambulatoriali, uffici per i coordinatori delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) afferenti alla CdC, collaborano strettamente con il Punto Unico di Accesso (PUA) al quale possono segnalare cittadini fragili e/o con patologia cronica, al fine di delineare il percorso di presa in carico, attraverso l'integrazione dei servizi sociosanitari, sanitari e sociali. possono segnalare pazienti al Servizio Infermieri di Famiglia e di Comunità

Quanti Distretti sono presenti nella ASL e quanta popolazione per ogni distretto?

Sono presenti due Distretti : Distretto di Bergamo :152684 abitanti

Distretto Valle Brembana e Valle Imagna-Villa D'Almè 92910 abitanti

Quante COT saranno realizzate? Descrivere la localizzazione e le interconnessioni previste per le COT (assistenza domiciliare, MMG, caregivers, strutture ospedaliere, Hospices)?

Saranno realizzate tre COT una nel Distretto Bergamo e due nel Distretto Valle Brembana e Valle Imagna Villa d'Almè.

Il sistema informatizzato digitale previsto da Regione Lombardia permetterà l'interconnessione con le strutture ospedaliere, le strutture delle CdC, gli MMG e le altre Unità d'Offerta territoriali

Ci sono già COT presenti? Se si descriverne le connessioni:

Nessuna

Quanti Ospedali di Comunità sono previsti dal PNRR?

Il PNRR prevede a livello nazionale la realizzazione di 381 ospedali di comunità

Regione Lombardia 71

Questa ASST 1

Quanti Ospedali di Comunità sono già esistenti? Descrivere le attività:

Nessuno, è prevista l'inaugurazione dell'Ospedale di Comunità presso il Presidio Ospedaliero di San Giovanni Bianco a fine novembre 2022

Quali sono i PDTA attivi e già informatizzati? Quanti pazienti sono seguiti con i PDTA?

Sono attivi circa 400 PDTA informatizzati per i pazienti cronici seguiti dal Centro Servizi

Descrivere le esperienze di telemedicina in essere nella sua Azienda:

Sistema di telemedicina attivo dal 2020 per effettuare sia le televisite fra pazienti e professionisti sanitari, sia i teleconsulti fra specialisti. Esistenza di Piattaforma software e strumenti informatici aziendali Software a 'marchio CE' installato nei datacenter di ASST-PG23 Predisposizione postazioni multimediali dedicate ai sanitari. Potenziamento della banda di comunicazione internet.

Aspetti 'qualificanti' del percorso/strumento di telemedicina attivato da ASST:

- Il personale clinico-sanitario definisce le agende per 'incontrare' il paziente
- Contatto telefonico per scambio di informazioni e raccolta dei dati necessari
- Invio 'e-mail' al paziente con link di collegamento e documenti/informazioni
- Avvio televisita solo a paziente 'pronto' su specifico consenso del cittadino
- Restituzione immediata al paziente degli esiti e caricamento dei referti prodotti dal sanitario (tramite la piattaforma con semplice funzione di 'upload')

Sintesi dell'esperienza:

- Circa 1700 televisite erogate
- IFeC ≈ 60, Oncologia ≈ 200, PMA ≈ 900, Nefrologia ≈ 450
- Piattaforma attivata per specialità mediche e socio-sanitarie
- Postazioni attive nelle Case di Comunità
- Monitoraggio remoto dei dispositivi impiantabili nel cuore (pacemaker, defibrillatori, dispositivi per la resincronizzazione cardiaca, loop recorder) che permette il controllo clinico a distanza dei pazienti con scompenso cardiaco e l'identificazione precoce di eventuali aritmie o variazioni dello stato clinico (Elettrofisiologia ed elettrostimolazione cardiaca)
- Riabilitazione dei pazienti con sordità grave dopo l'intervento di installazione di un impianto cocleare per ripristinare l'udito

La telemedicina è supportata da un “centro servizi” che ne garantisce la disponibilità infrastrutturale a/o organizzativa?

SI

Quanti pazienti sono seguiti a domicilio con la telemedicina: per quali patologie e con che devices?

Pazienti n.:980

Patologie n.: anomalie del ritmo cardiaco e scompenso cardiaco

Devices n.:173 Pace Maker, 169 Loop Recorder, 683 defibrillatore ICD

L'Azienda conosce il numero dei pazienti cronici polipatologici del proprio territorio?

Si dati forniti da ATS Bergamo

Descrivere il collegamento informatico in essere con MMG e PLS:

Attualmente effettuato da ATS

Descrivere se nel periodo pandemico sono state effettuate televisite e teleconsulenze nell'ambito della neuropsichiatria infantile e della salute mentale:

Psichiatria: Garantita la continuità terapeutica anche attraverso contatti in remoto videochiamate/video conferenze per effettuazione di prestazioni non urgenti e programmabili

Neuropsichiatria infantile: Tutte le attività ambulatoriali non urgenti e per le quali non fosse assolutamente indispensabile l'effettuazione in presenza sono state attuate in modalità telematica con le famiglie dei pazienti in carico. Allo scopo sono state date indicazioni educativo-abilitative, con materiale adeguato personalizzato, oltre ad indicazioni generali sulla gestione della quotidianità ed il mantenimento di routine.

In alcuni casi sono stati effettuati incontri interattivi in videochiamata con bambini in grado di usufruire, attraverso queste modalità, di una riabilitazione con compiti ed esercizi mirati.

Descrivere se in epoca pandemica sono state attivate televisite e teleconsulti per i pazienti oncologici e se sono stati territorializzati i follow-up e/o i trattamenti:

Si in particolare sono state effettuate 200 televisite

Descrivere se per la vostra Azienda Ospedaliera o per i vostri ospedali, nell'acquisire le nuove tecnologie previste dal PNRR, avete pensato di acquisire attrezzature innovative sulla base di criteri di HTA e/o funzionali a nuove linee di attività, finora non svolte all'interno dell'Azienda, specificando se e come le tecnologie e le grandi attrezzature sono collegate informaticamente:

Nessuna

Esiste già l'interconnessione informatica tra le varie Unità Operative ospedaliere?
Le richieste di esami, le risposte e le consulenze sono già informatizzate?
Il Pronto Soccorso è collegato informaticamente con le Varie UU.OO. ospedaliere che al ricovero hanno già tutti gli accertamenti effettuati in urgenza?

SI

Gli Ospedali sono collegati informaticamente con le COT e con le Case della Comunità e/o Ospedali di Comunità, ove già esistenti?

SI con le Case di Comunità per alcuni dei servizi presenti

A che struttura si rivolge il MMG per attivare l'assistenza domiciliare?

Servizio ADI presso CdC o PreSST

L'assistenza domiciliare è esternalizzata?

SI

Esiste un Data Center di riferimento nella sua regione per i dati sanitari?

SI ☒ NO ☐

Se sì, quale?

Esiste un data center di regione Lombardia nel quale sono presenti i dati e le applicazioni di alcune Aziende Sanitarie che hanno scelto la migrazione dai data center locali di proprietà aziendale verso quello regionale. Il data center è di proprietà di ARIA S.p.A:

Viene sistematicamente eseguito il backup e con che politiche? I vostri dati e i vostri programmi risiedono in una infrastruttura certificata AGID? Come viene tutelata la Privacy?

Il salvataggio di dati e applicazioni è effettuato quotidianamente, con copie multiple alcune delle quali depositate nel datacenter regionale.

È stata effettuata una rilevazione AGID nel 2019 nella quale i datacenter dell'ASST Papa Giovanni XXIII sono risultati di "Gruppo B" cioè utilizzabili dall'Ente ma non come erogatore di servizi a livello nazionale.

La Privacy viene tutelata con strumenti di gestione e tracciabilità dell'accesso ai dati aziendali.

Descrivere i rapporti con i Comuni/Municipi inerenti le disabilità e la non autosufficienza:

La progettualità messa in campo per la persona con Disabilità/ non autosufficienza riflette la necessità di realizzare una processualità di interventi clinici e assistenziali che vadano dall'infanzia al "Dopo di Noi". A seguito della legge regionale 23/2015 la nostra ASST ha costruito una modalità di presa in carico volta a:

- realizzare politiche che valorizzino la centralità della persona, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita orientate allo sviluppo dell'autonomia, incrementando con modalità differenti la partecipazione alla vita della comunità;
- riorganizzare i servizi esistenti afferenti all'area della Disabilità dell'età adulta (Disturbi del neurosviluppo) in grado di assicurare i processi erogativi attraverso la presa in carico della persona con disabilità e della sua famiglia, definendo percorsi di trattamento e di continuità assistenziale individualizzati;
- costruire reti integrate tra gli ambiti sanitari, socio-sanitari e sociali, definendo le funzioni di coordinamento, valorizzando modelli di gestione multi professionali;
- promuovere una fattiva collaborazione tra le diverse aree di governo interessate, una corretta integrazione ospedale-territorio ed un'attenta interfaccia tra pubblico - privato accreditato - associazionismo;
- verificare l'appropriatezza della presa in carico e la migliore efficienza delle risorse umane ed economiche, attraverso procedure concordate: "Gestione del percorso condiviso di presa in carico integrata della persona con Disabilità intellettiva o Autismo dell'età adulta" in condivisione con il Servizio in favore dei Disabili del Comune di Bergamo e gli Ambiti Valle Brembana e Valle Imagna - Villa d'Almè
- migliorare l'accessibilità ai servizi ed assicurare la gestione integrata dell'intero percorso del soggetto in cura

Descrivere la modalità socio-sanitaria di presa in carico della disabilità e della non autosufficienza:

Vedi sopra

Descrivere altre buone pratiche non inserite in questo questionario:

Quali modelli di presa in carico e/o di gestione integrata dei pazienti della tipologia Ospedale/territorio sono già disponibili o previsti nel tuo eco-sistema territoriale?:

Continuità Ospedale –Territorio

Nel 2019 è stata redatta una Istruzione Operativa allo scopo della creazione e l'adozione di uno standard comportamentale che, coinvolgendo i professionisti sanitari e sociali, permetta di identificare tempestivamente i problemi sanitari e socio-assistenziali della persona presa in carico presso il Centro Servizi e la Centrale Dimissioni Protette e Servizio Assistenza Sociale, afferenti alla ASST Papa Giovanni XXIII, e di identificare un percorso più appropriato in collaborazione con l'STVM PreSST Servizi sanitari e di Continuità.

Infatti per ridurre la frammentazione delle cure si sono resi necessari la promozione di percorsi di continuità ospedale-territorio e l'implementazione della rete di servizi, a realizzazione di un'offerta sociosanitaria che tenga conto della sempre crescente domanda. Uno di questi percorsi è rappresentato dalla "Centrale Dimissioni Protette", nata presso l'allora Ospedali Riuniti di Bergamo dal 2009. Da qui la necessità di formalizzare i percorsi di integrazione e di coordinamento tra le strutture della ASST Papa Giovanni XXIII, in particolare tra Ospedale, Centro Servizi (presa in carico del paziente cronico e fragile) e il STVM dei PreSST.

Continuità delle cure

1. Centrale dimissioni protette (CDP) – Nata dall'esigenza di migliorare la continuità assistenziale a favore dei pazienti anziani e/o fragili, in particolare nei passaggi tra ospedale e territorio, al fine di evitare difficoltà ed interruzioni dei processi di cura ed assistenza nei confronti di utenti multiproblematici e non autosufficienti sotto il profilo socio-sanitario. La dimissione pianificata con garanzia di continuità assistenziale, rappresenta infatti la corretta modalità di gestione del paziente, un irrinunciabile elemento di qualità del servizio fornito, riducono i disagi di paziente e familiari, possono limitare i ricoveri ospedalieri ripetuti ed in particolare facilitano l'individuazione precoce e condivisa della tipologia di servizio da attivare alle dimissioni. Dal 2009 la CDP ha consentito di migliorare i collegamenti tra ospedale e territorio, anche se permangono situazioni in cui la dimissione della persona fragile

che necessita di continuità assistenziale avviene con tempi molto lunghi.

Presso la ASST Papa Giovanni XXIII la dimissione ospedaliera è stata suddivisa in vari livelli:

Dimissione ordinaria

Dimissione protetta di primo livello, dimissione di persone assistite con problemi socio-sanitari non complessi, gestita dalle singole strutture utilizzando i percorsi strutturati già da molti anni presso l'Ospedale (ADI, Ricoveri presso strutture di Riabilitazione cardiologica e/o motoria, percorsi di Cure Palliative)

Dimissione protetta di secondo livello, di cui la Centrale Dimissioni Protette (CDP) ne è un modello. La CDP dal 2009, in collaborazione con il Servizio Assistenti Sociali (SAS), prende in carico persone assistite la cui complessità della situazione richiede un percorso specifico, personalizzato, "protetto", che va costruito nella rete dei servizi sanitari, socio sanitari e del sociale, elemento questo di qualità aggiunta.

2. Servizio Assistenza Sociale (SAS) si occupa da circa 20 anni di problematiche di fragilità sociale specifiche richiedenti una presa in carico professionale. Tali attività professionali specifiche sono caratterizzate da bisogni delle persone non riferibili unicamente alla dimissione, bensì a stati di necessità per i quali è richiesta una consulenza, o presa in carico, lungo tutto il percorso di cura del paziente (in particolare segnalano i reparti di oncologia pediatrica, trapianti pediatrici, pediatria, malattie infettive e area internistica), o ancora prima, in fase di primo accesso (in particolare segnalano Ostetricia e Pronto Soccorso). Gli ambiti professionali a cui sono riconducibili i bisogni evidenziati nelle richieste di consulenza sono afferibili all'area materno infantile (sanitario, sociale e giuridico), all'area del disagio sociale adulto, all'area della messa in rete dei/nei servizi. Si segnala che nel corso del 2020 il servizio si è attivato per offrire consulenza e supporto nella gestione del percorso di dimissione dei pazienti Covid positivi in presenza di situazioni di fragilità sociale o familiare (ad es. senza fissa dimora, stranieri irregolari, pazienti privi di caregiver o con caregiver in difficoltà). Nei mesi più critici della pandemia il servizio sociale ospedaliero è stato attivato anche dalla rete dei servizi sociali del territorio per il monitoraggio e l'accompagnamento di degenze in carico ai servizi con situazioni di importante fragilità.

Sono stati individuati o sono in via di definizione strumenti/sistemi digitali di segnalazione ed integrazione tra il territorio ed i PUA delle CdS rivolti ai bisogni del cittadino (moduli organizzativi integrati sanitari, sociosanitari, sociali)?

SI

Quali sono gli attori con cui si sta programmando e dimensionando i servizi nelle CdC?
Con che strumenti e basi informative?

Saranno strumenti utilizzati per la programmazione e l'analisi periodica?

REGIONE,ATS,
STRUMENTO REGIONALE
SI

Sono in atto interlocuzioni con i portatori di interesse sul territorio (Comuni, terzo settore, Ordini professionali, ...)?

SI ☒ NO ☐

Se sì, quali?

Sono in atto progettualità con i Comuni nell'ambito dei Piani di Zona, in particolare per disabilità e non autosufficienza e in quello delle componenti Missione 6 e Missione 5 del PNRR.

L'ASST ha sottoscritto lettera di intenti con ATS, Comuni, Ordini Professionali e Terzo Settore/Associazioni di volontariato per co-progettazione presso le Case di Comunità