

23-25 MAGGIO 2019 Palazzo Dei Congressi
Via Giacomo Matteotti, 1 - Pisa

ATTI DEL XVII CONGRESSO NAZIONALE CARD

*V Conferenza Nazionale
sulle Cure Domiciliari nei Distretti*



Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto

*Società Scientifica delle attività
Sociosanitarie Territoriali*



**Il distretto e i modelli innovativi di rete
per la cronicità e fragilità: esperienze a confronto**



XVII CONGRESSO NAZIONALE CARD

**“Il distretto e i modelli innovativi di rete per la cronicità
e fragilità: esperienze a confronto.”**

V Conferenza Nazionale sulle Cure Domiciliari nei Distretti

Pisa 23 – 25 maggio 2019
Palazzo dei Congressi
Via Giacomo Matteotti, 1

Prefazione	7
-------------------------	---

SESSIONE PLENARIA

I – Workshop. La formazione per le professioni del distretto.

Verso un core curriculum delle medicina generale	
E. Rubatto	10

II – Le cure domiciliari: competenze, abilità professionali ed organizzazione.

PDTA e Infermiere di famiglia: per la presa in cura del cronico.	
F. Duò	12
ADI ed integrazione Socio - sanitaria	
T. Spinosa	13
Il domicilio del malato: colonna portante dell'attività del medico di cure primarie del XXI secolo	
G. Sessa	14
Innovazione digitale nelle Cure Territoriali	
C. Masella	15

III – Quando i PDTA funzionano: i modelli e le soluzioni per la leadership, il coordinamento e l'interdipendenza dei servizi e degli operatori coinvolti.

Il Distretto e il Commissioning Cycle (Analisi bisogni, Acquisizione servizi, Monitoraggio): quale ruolo nella gestione delle cronicità?	
E. Porazzi	18
PDTA e Mieloma Multiplo	
R. Stura	19

IV - Il Piano Nazionale Cronicità e le nuove frontiere per l'assistenza

La continuità ospedale territorio: l'esperienza dell'ospedale di continuità di Fossombrone	
G. Guidi	22
La gestione integrata del paziente cronico con comorbidità	
P. Camboa	23
L'aderenza terapeutica per la sostenibilità del Sistema Sanitario	
L. Gallelli	24

V - Modelli innovativi di Cure Primarie

Lo studio delle Case della Salute e dei modelli innovativi di Cure primarie nella Campagna 2018 "Primary Health Care: Now or Never".	
C. Leone	26
Progetto di informazione e guida dedicato ai pazienti con Encefalopatia Epatica e ai loro caregivers	
M. Bartoli	27
L'esempio delle piccole isole	
G. Donigaglia	28

A CASA FINCHÈ POSSIBILE: il ruolo del Distretto Sanitario nell’inserimento delle persone nelle strutture residenziali per anziani. L’esperienza del Friuli Venezia Giulia.	
M. Marin	29
L’integrazione dell’Assistente Sociale nell’Unità Territoriale Professionale della Medicina Generale – esperienza della regione Marche	
C. Moretti – M. Magi	30

VI - Il distretto come sede di governo dei percorsi integrati e complessi

Il distretto e i modelli innovativi di rete per la cronicità e fragilità: esperienze a confronto. Aspetti farmaco-economici nella gestione del paziente cronico.	
G. L. Colombo	32
Innovations in Primary Care: CASAP experience	
A. Peris	33
Modello assistenziale per il paziente dislipidemico: il ruolo delle statine	
G. Rosiello	34

SIMPOSI

I – Gestione delle malattie rare

Malattie rare in Puglia - Buone prassi, socializzazione delle competenze, HTA	
G. Annicchiarico	36
Centro territoriale Malattie Rare (CTMR) – Un’esperienza innovativa attiva nell’Azienda ULSS 3 Serenissima – Veneto	
E. Boscaro	37

II Le reti delle cure palliative

Un modello di integrazione a rete tra cure palliative e medicina generale	
B. Mazzocchi	40
Realizzazione della Rete locale di Cure Palliative in Area Vasta 2 ASUR Marche	
G. Beccaceci	41
Poster e Comunicazioni	43
Post-fazione	86



Il Congresso Nazionale CARD torna in Toscana dopo alcuni anni e fa tappa a Pisa.

È con orgoglio che possiamo affermare che il XVII Congresso Nazionale CARD “Il distretto e i modelli innovativi di rete per la cronicità e fragilità: esperienze a confronto”, che ha svolto anche l’attività della V Conferenza di Cure Domiciliari, è già un successo, non solo per la partecipazione, ma anche per l’elevato contenuto tecnico-scientifico e per i molti spunti di riflessione e di lavoro che permetteranno ai professionisti di confrontarsi tra loro, alla ricerca di best practices applicabili nei propri contesti.

L’attenzione si rivolge in primo luogo sull’importanza del distretto e dei sistemi sociosanitari territoriali nella identificazione, presa in carico, gestione e cura appropriata, sia a domicilio che nelle reti multidisciplinari, dei soggetti fragili o affetti da una o più patologie croniche, da malattie rare.

Da una parte, si pone l’accento sull’importanza dei PDTA come superamento di logiche di frammentazione dei percorsi, pur evidenziando il rischio della standardizzazione a silos non comunicanti e, dall’altra sulla rilevanza dei PAI (programmi di cura personalizzati), la cui evoluzione si presenta come garanzia di appropriatezza ed efficienza, di personalizzazione e contestualizzazione sui reali bisogni del paziente, anche attraverso una pianificazione delle cure in cui si inseriscono azioni di prevenzione (vaccinazioni, stili di vita, comportamenti, ecc.) e l’attivazione delle molte risorse presenti nella comunità, attraverso canali partecipativi e condivisi.

CARD sostiene da anni come non possa esserci un futuro solido e radioso per il SSN e per i vari SSR senza realizzare od implementare le reti di assistenza e di presa in carico sul territorio, promuovendo quanto più possibile il percorso di cura a domicilio ed intermedio, nell’ottica di favorire l’integrazione socio-sanitaria, che con l’invecchiamento progressivo della popolazione, la modifica delle condizioni sociali e familiari, porta ad un rischio di dilatazione delle diseguaglianze e alla difficoltà di garantire le cure appropriate ai soggetti più fragili.

La Sanità territoriale e il Distretto in particolare si pongono pertanto come fulcro della risposta ai bisogni di salute complessi dei cittadini, esplicando nel lavoro di rete e multiprofessionale la reale crescita del welfare di comunità, attraverso azioni di empowerment, di sviluppo delle cure domiciliari ed intermedie, di diffusione delle conoscenze, dell’innovazione tecnologica e dei percorsi.

Il Congresso CARD 2019 di Pisa è tutto questo. E il ringraziamento va a tutti coloro che hanno dato il proprio contributo per la piena e riuscita realizzazione dell’evento.

Luigi Rossi
Presidente Card Toscana



Sessione Plenaria

I Workshop. La formazione per le professioni del distretto.

VERSO UN CORE CURRICULUM DELLE MEDICINA GENERALE

Elena Rubatto, Medico di Medicina Generale, Movimento Giotto.

Co-autori: 8 Coordinatori (Stefano Celotto, Jacopo Demurtas, Giuseppe Febbo, Davide Luppi, Alessandro Mereu, Nicola Pecora, Alice Serafini, Giorgio Sessa) e 52 Collaboratori della "Task Force MMG Core Curriculum" costituita dal Movimento Giotto.

Premesse - Background

Numerose evidenze scientifiche dimostrano come la Medicina Generale/Medicina di Famiglia (MG/MdF), riconosciuta a livello internazionale come disciplina accademica e scientifica, se praticata nel pieno delle sue competenze costitutive ed integrata in un sistema di cure primarie di qualità, abbia un impatto significativo sulla salute della collettività e sul corretto impiego delle risorse pubbliche. Nonostante questo, in Italia, la normativa nazionale di riferimento per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) non definisce quali siano i programmi didattici da seguire, le competenze da acquisire, le metodologie di insegnamento e apprendimento della disciplina né i criteri di valutazione per il conseguimento del titolo di Medico di Medicina Generale.

Obiettivi

A Dicembre 2018 diverse società scientifiche e culturali della MG italiana e internazionale hanno chiesto ai decisori politici la creazione di un Settore Scientifico Disciplinare dedicato e l'istituzione di una Scuola di Specializzazione Medica (SSM) in MG attraverso la diffusione di un Position Paper che ha portato il Ministero della Salute a indire nel Febbraio 2019 un incontro con i rappresentanti del Movimento Giotto. In seguito a quest'ultimo, sono stati promossi dal Movimento Giotto stesso il progetto di scrittura di un Core Curriculum del MMG italiano e il gruppo di lavoro dedicato "Task Force MMG Core Curriculum" costituito da 9 Coordinatori e 52 Collaboratori.

Materiali e Metodi

Elaborazione di un Core Curriculum che stabilisca: COSA APPRENDERE: le competenze specialistiche proprie della figura professionale del Medico di Medicina Generale; DOVE APPRENDERE: i luoghi e i contesti dove queste possano essere apprese efficacemente; COME APPRENDERE: le metodologie di formazione efficaci a garantirne l'effettiva acquisizione; COME VALUTARE: le metodologie di valutazione e i criteri di standardizzazione delle stesse (valutazione certificativa); Individuare indicatori strutturali, processuali e di esito attraverso cui monitorare e garantire la qualità della formazione; Favorire l'inter-professionalità della formazione post-laurea in MG; Avviare una collaborazione con l'Università orientata alla definizione e organizzazione di un Settore Scientifico Disciplinare (SSD) dedicato, ed alla costituzione di una Scuola di Specializzazione in Medicina Generale.

Risultati e Commento

Il Movimento Giotto ha promosso un processo trasparente di scrittura collettiva e partecipata del documento "Verso il Core Curriculum della Medicina Generale" attraverso: Una Call interna al Movimento Giotto per il reclutamento dei Coordinatori della Task Force; A uto-formazione dei coordinatori e stesura condivisa dell'indice del documento; Una Call pubblica per reclutare i collaboratori per la stesura collettiva dei capitoli; Una revisione alla pari dei contenuti prodotti; Stesura e diffusione del documento finale a tutte le parti interessate.



Sessione Plenaria

II Le cure domiciliari: competenze, abilità professionali ed organizzazione.

PDTA E INFEMRIERE DI FAMIGLIA PER LA PRESA IN CURA DEL CRONICO

Federica Duò, Resp. Personale Infermieristico, Ostetrico ed Assistenti Sanitari Direzione Area Territoriale ASL Valle D'Aosta - Presidente CARD Valle D'Aosta.

Premesse - Background

Da anni a livello nazionale si parla di Infermiere di Famiglia e di Comunità (figura introdotta dal Documento Salute XXI-OMS), ma ad oggi le esperienze sono ancora frammentarie e in molte realtà, come la Valle d'Aosta, legate a progetti sperimentali. L'aspetto rilevante al termine delle sperimentazioni risulta essere la sostenibilità nella rete dei servizi territoriali già presenti servizi che sono ad oggi orientati ad un modello prestazionale mentre l'infermieristica di famiglia è proiettata alla sanità di iniziativa e di presa in carico di bisogni inespressi o latenti al fine di prevenire e ridurre i costi della cronicità che investono la maggior parte delle risorse del SSN.

Obiettivi

La sanità di iniziativa in un contesto di montagna caratterizzato da dispersioni territoriali, accentrato dei servizi nella dorsale orografica, deprivazione sociale e isolamento deve essere orientata come macro obiettivo a contrastare lo spopolamento e a permettere alla persona anziana e cronica di vivere al proprio domicilio. In quest'ottica la sanità deve essere orientata all'equità dei servizi potenziando il supporto alle persone che vivono nei contesti più isolati. La presa in carico proattiva, inoltre, nell'accezione propria del termine infermiere di famiglia e di comunità prevede la presa in cura anticipata non soltanto del malato cronico, ma dei bisogni del caregiver ed individua le risorse di rete presenti nel contesto in cui vive. Nella presa in carico della comunità rivestono un'importanza fondamentale la prevenzione e la promozione dei corretti stili di vita.

Materiali e Metodi

In Valle d'Aosta attualmente sono attivi 4 progetti di sanità di iniziativa e sono orientati alla presa in carico anticipata di quattro patologie croniche: BPCO, scompenso cardiaco, ipertensione e diabete mellito e prevedono una stretta collaborazione tra MMG e infermiere di famiglia. I progetti sono organizzati in 4 grandi step: la stratificazione della popolazione da contattare individuando i soggetti da arruolare con il MMG, la chiamata attiva da parte dell'infermiere che invia l'utente ad un incontro ambulatoriale o, qualora presenti le caratteristiche per la domiciliarità, a casa dell'utente. Dai dati è emerso che l'adesione al primo contatto raggiunge oltre il 90% quando l'utente viene direttamente contattato dal MMG. Durante l'incontro con l'infermiere viene data rilevanza all'aderenza terapeutica, alla prevenzione delle complicanze e vengono programmati incontri di monitoraggio continuo concordando obiettivi con il paziente.

Risultati e Commento

La sanità di iniziativa e la presa in carico proattiva impongono un cambiamento culturale sia per i professionisti della salute che, molto spesso, sono ancora orientati alla presa in carico prestazionale, sia negli utenti che vengono responsabilizzati del loro percorso di cura, orientati alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie cronico degenerative e delle loro complicanze.

ADI ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Tiziana Spinosa, Direttore Responsabile Distretto Sanitario 25 - ASL Napoli 1 Centro.

Francesco Bencivenga, Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"; **Alessia D'Alessandro**, Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"; **Annalisa de Palma**, Specialista Ambulatoriale Geriatria presso A.S.L. Napoli 1 Centro; **Roberto Nappi**, Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli".

Premesse - Background

È ormai noto come lo sviluppo di nuovi stili di vita abbia aumentato nel tempo il benessere generale della comunità. La conseguenza di tale benessere si è riversata nel quadro demografico della popolazione, sempre più anziana e con un'aspettativa di vita sempre più alta. Dai dati Istat degli ultimi anni è stato registrato un incremento del numero delle persone anziane in Italia e tale fenomeno è stato rafforzato dalla diminuzione del numero di nascite annuali. Al 1° gennaio 2019, infatti, gli over 65enni sono 13,8 milioni e rappresentano il 22,8% della popolazione totale. La Sanità Pubblica si trova quindi ad affrontare una nuova sfida ed ad adottare nuove strategie.

Obiettivi

I nuovi obiettivi della Sanità Pubblica sono quindi: il rilancio della prevenzione e degli stili di vita e la gestione delle cronicità atta a minimizzare il rischio di complicanze, il tasso di ospedalizzazione per patologia cronica e la mortalità.

Materiali e Metodi

Per conseguire tali obiettivi è necessario adottare il Modello Integrato Ospedale-Territorio. Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria. L'ospedale va quindi concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità. Sono necessarie dunque nuove forme organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e "dimissioni assistite", tramite valutazione multidimensionale (VMD), nel territorio finalizzate alla riduzione della ri-ospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) gioca un ruolo fondamentale nella riduzione dell'impatto Socio-Sanitario delle patologie croniche. L'ADI è un setting assistenziale ben preciso e si organizza sulla base Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) calcolato come numero di giornate effettive di assistenza sul numero di giornate passate dalla presa in carico del paziente quanto più è vicino all'1 tanto più l'intensità delle cure che il paziente necessita è alta. Sulla base di questo strumento è possibile dividere l'ADI in 5 livelli: Livello Base: CIA <0,14; Livello 1: CIA 0,14<0,30; Livello 2: CIA 0,30<0,50; Livello 3: CIA>0,50; Livello 4: cure palliative di base CIA≤0,50 e Specialistiche CIA>0,50

Risultati e Commento

Ci aspettiamo quindi un aumento del numero di anziani trattati in AD ed una riduzione di ospedalizzazioni e di degenze ospedaliere e l'ulteriore miglioramento di un processo che in Campania già ha visto raddoppiare i suoi numeri negli ultimi anni, passando da 16.918 Anziani Trattati in AD nel 2008 fino a più 37.550 nel 2015 ed è un processo ancora in crescita. Il processo di "Territorializzazione" delle cure prevede quindi la presa in carico del paziente a 360 gradi in tutte le fasi della patologia, dalla prevenzione attraverso erogazione di screening passando per la presa in carico del paziente da parte degli specialisti sul territorio fino alla assistenza domiciliare per i pazienti più anziani o fragili.

IL DOMICILIO DEL MALATO: COLONNA PORTANTE DELL'ATTIVITÀ DEL MEDICO DI CURE PRIMARIE DEL XXI SECOLO

Giorgio Sessa, MMG, Guardia medica di Ustica, ASP Palermo

Premesse - Background

Partendo dalle competenze che un medico di cure primarie dovrebbe avere in tema di domiciliarietà sulla scorta di quanto presente nella letteratura internazionale, sono stati affrontati gli elementi che caratterizzano l'assistenza domiciliare e il ruolo che ha la visita domiciliare in una migliore comprensione del contesto, delle dimensioni psico-sociali e degli ambienti di vita delle persone assistite.

Obiettivi

L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di focalizzarsi sull'importanza dell'assistenza domiciliare e delle visite domiciliari per il medico di Medico di Cure Primarie (Medico di Medicina Generale).

Materiali e Metodi

È stato poi esposto come attualmente il percorso formativo post-lauream istituzionale per divenire medici di medicina Generale (i corsi di formazione specifica in medicina generale) non possedendo alcun core curriculum non garantisce un'adeguata formazione sul tema. È stato illustrato, tuttavia, come la proposta del core curriculum sostenuta dal Movimento Giotto dà il giusto risalto a queste esigenze formative.

Entrando negli aspetti della professione sono stati riportati, dunque, gli aspetti normativi e contrattuali che definiscono ciò che un medico di cure primarie dovrebbe svolgere.

Tuttavia nonostante quanto previsto, emerge dai dati tratti dal Rapporto PIT(Progetto integrato di Tutela), del 2018 redatto da CittadinanzAttiva, che i cittadini lamentano una riduzione di questo tipo di assistenza e una sempre minore disponibilità da parte del mmg a svolgere questo tipo di assistenza.

Risultati e Commento

Concludendo si auspica, nell'attesa che vengano prodotti dati più consistenti sul tema, che il tema delle visite domiciliari e dell'assistenza domiciliare vengano implementato nei versanti formativo, professionale e contrattuale del medico di cure primarie anche attraverso la creazione di nuovi modelli di cura.

INNOVAZIONE DIGITALE NELLE CURE TERRITORIALI

Cristina Masella, Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, DIG Politecnico di Milano.

Premesse - Background

Il lavoro presenta i risultati della Ricerca 2019 dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità relativi al tema cure territoriali e ha affrontato in particolare il tema della dei servizi digitali al cittadino in ambito di continuità di cura. Sono stati indagati le seguenti ambiti: gli strumenti utilizzati per lo scambio di informazioni tra operatori sanitari, la diffusione della telemedicina e la comunicazione tra medico e paziente. Sul versante degli operatori sanitari, solo il 7% dei medici specialisti e il 12% dei dirigenti infermieristici dichiarano di utilizzare frequentemente (almeno 1 volta alla settimana) dei tool che supportano un monitoraggio proattivo dei piani di assistenza individuali e rispettivamente il 13% e il 21% utilizzano strumenti che consentono di visualizzare e integrare i PAI dei pazienti in cura. Allo stesso modo, sul versante dei MMG, il 12% dichiara di utilizzare frequentemente il supporto informatizzato per redigere, gestire e aggiornare i piani di assistenza individuale, mentre il 10% condivide dati clinici con Medici Specialisti e infermieri.

Obiettivi

Lo scambio di informazioni è attivo all'interno delle reti di patologia, con una concentrazione su 3 aree terapeutiche (cardiologia, oncologia e diabete) mentre è debole se non assente l'interazione con strutture che erogano servizi sociali, con strutture che erogano servizi socio-sanitari residenziali e/o domiciliari e/o cure intermedie. Con riferimento alla telemedicina, nel 2018 si registra una sostanziale stabilità in termini di diffusione rispetto a quanto rilevato in passato, con i servizi che coinvolgono il paziente come la Tele-salute e Tele-assistenza presenti pressoché solo con progetti pilota (rispettivamente nel 27% e 22% delle aziende).

Materiali e Metodi

La scarsa diffusione si rispecchia nell'utilizzo di tali servizi da parte degli operatori sanitari che operano nelle strutture sanitarie, che dichiarano di utilizzare principalmente soluzioni in fase di sperimentazione: da sottolineare, tuttavia, un elevato livello di interesse all'utilizzo, con oltre la metà che vorrebbe usufruirne.

Risultati e Commento

Allo stesso modo, anche tra i MMG la Telemedicina fatica a diffondersi, con solo il 4% del campione che utilizza soluzioni di Tele-assistenza e il 3% di Tele-visita e Tele-salute. Più alta, invece, la diffusione di servizi di Tele-refertazione, in particolare in alcune attività diagnostiche di primo livello quali ad esempio la spirometria (21%) e l'elettrocardiografia (19%). L'interazione medico-paziente è spesso intermedia dal digitale: il 57% dei medici specialisti e il 64% dei MMG utilizza WhatsApp e lo fa per condividere documenti e informazioni di natura clinica con i propri pazienti.



Sessione Plenaria

III

Quando i PDTA funzionano: i modelli e le soluzioni per la leadership, il coordinamento e l'interdipendenza dei servizi e degli operatori coinvolti.

IL DISTRETTO E IL COMMISSIONING CYCLE (ANALISI BISOGNI, ACQUISIZIONE SERVIZI, MONITORAGGIO): QUALE RUOLO NELLA GESTIONE DELLE CRONICITÀ?

Emanuele Porazzi, Centro sull'Economia e il Management nella Sanità e nel Sociale, LIUC Business School.

Fabrizio Schettini, Centro sull'Economia e il Management nella Sanità e nel Sociale, LIUC Business School.

Premesse - Background

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si trova oggi a fronteggiare uno scenario complesso, segnato da un progressivo incremento dell'età media della popolazione e da una contestuale transizione epidemiologica dettata da una maggiore incidenza delle patologie croniche sulla domanda di cure. Contestualmente si ha un aumento delle aspettative di salute da parte dei cittadini che ha portato ad una evoluzione dei bisogni e ad una continua richiesta di prestazioni sanitarie.

Obiettivi

La risposta a questi cambiamenti deve passare da una revisione dello schema d'offerta ad oggi disponibile, adeguando la rete assistenziale ai bisogni di salute emergenti e spostando l'asse di cura dall'ospedale al territorio. In questo contesto, il distretto viene identificato come il luogo dove si valuta il fabbisogno e la domanda di salute, viene elaborata un'adeguata e condivisa pianificazione strategica e monitorato l'utilizzo delle risorse. Queste caratteristiche permettono l'applicazione del commissioning cycle per raggiungere gli obiettivi sopra descritti.

Materiali e Metodi

Il commissioning cycle applicato all'ambito del distretto, può essere visto come un processo ciclico costituito da tre fasi: 1) attività di analisi dei bisogni di salute che si articola nel coinvolgimento e inclusione degli stakeholder, comportamento proattivo con le istituzioni, raccolta e analisi di dati relativi allo stato di salute e identificazione condivisa delle priorità d'azione tra distretto e stakeholder. Si necessita quindi di capacità di lettura e utilizzo dei dati provenienti da diverse fonti (epidemiologiche, amministrative, economiche), al fine di trasformarli in informazioni utili ad identificare i bisogni di una popolazione; 2) acquisizione dei servizi che possono essere prodotti internamente, acquistati da un attore del servizio sanitario o al di fuori dello stesso con l'obiettivo di lavorare e saper utilizzare le reti. La fase di acquisizione dei servizi è caratterizzata dall'identificazione delle opportunità di miglioramento per offrire un insieme di servizi mirati ai bisogni di salute identificati, dalla definizione dei sistemi di fornitura con sottoscrizione di contratti con i fornitori e da una gestione appropriata della domanda monitorando l'adeguatezza dei servizi in funzione del volume di attività atteso, degli standard di sicurezza e della qualità delle cure per assicurare che non vengano sovra o sotto utilizzati. Inoltre si devono supportare e incentivare i pazienti a utilizzare i servizi in maniera ottimale; 3) monitoraggio e valutazione dei risultati accorpando dati ed informazioni di natura differente, compreso il feedback restituito dai pazienti, valorizzando il confronto interno ed esterno in modo da favorire la diffusione della conoscenza.

Risultati e Commento

In sintesi il distretto oggi è un luogo dove vengono sperimentati nuovi modelli organizzativi e deve essere favorito il coinvolgimento e l'integrazione dei professionisti sanitari supportati da metodologie innovative con l'obiettivo di raggiungere migliori standard di efficacia, sicurezza e appropriatezza delle attività sanitarie e socio sanitarie perseguendo la centralità del paziente nel suo contesto di riferimento.

PDTA E MIELOMA MULTIPLO

Roberto Stura, Direttore Distretto ASL AL, poliambulatorio Patria via Pacinotti 38 Alessandria.

Premesse - Background

Il Mieloma Multiplo è un tumore che colpisce le plasmacellule, originate nel midollo osseo dai linfociti B, necessarie alla produzione di anticorpi. Le cellule alterate del Mieloma Multiplo producono in grande quantità una proteina nota come componente monoclonale (componente M), ma anche una sostanza che stimola la produzione di osteoclasti, responsabili della demolizione del tessuto osseo. Per questo motivo i pazienti colpiti da mieloma sono spesso soggetti a fratture ossee. La crescita anomala delle plasmacellule può anche ostacolare quella normale di altre cellule come leucociti, eritrociti, piastrine causando anemia, difetti della coagulazione, deficit immunitari. In sintesi il paziente con Mieloma Multiplo manifesta dolore osseo e sciatalgia, fragilità ossea, anemia, sanguinamento, insufficienza renale, alti livelli di calcio con danno alla funzione di conduzione dei nervi.

Obiettivi

Scopo del presente articolo è individuare le criticità di un percorso del Mieloma Multiplo, tenendo conto che molte patologie oncologiche sono diventate rilevanti per l'attività territoriale, si tratta di malattie che tendono a cronicizzare con terapie che prolungano la sopravvivenza dei pazienti.

Materiali e Metodi

Quali sono le criticità della presa in carico territoriale del Mieloma Multiplo? - Gli effetti collaterali delle terapie devono essere conosciuti dai medici operanti nel territorio; - I crolli vertebrali e i danni ossei richiedono interventi assistenziali e la necessità di organizzare e programmare trasporti per visite e accertamenti; - La trasfusione presenta grosse difficoltà per essere praticata a domicilio; il protocollo dovrebbe prevedere la presenza del medico solo all'inizio della trasfusione; - Le ASL dovrebbero dotarsi di equipe in grado di posizionare gli accessi venosi centrali; - Occorre organizzare un servizio di terapia nutrizionale a domicilio; - E' necessario definire un protocollo per l'utilizzo di antibiotici classificati come ospedalieri in cure domiciliari; - Occorre dotarsi di un servizio di cure palliative.

Risultati e Commento

Il Mieloma Multiplo, come tutte quelle malattie che tendono a cronicizzare, richiedono che il distretto sviluppi professionalità, competenze cliniche, sappia governare le innovazioni tecnologiche, elabori protocolli e linee guida, mantenga capacità di integrare sanitario e assistenziale.



Sessione Plenaria

IV

Il Piano Nazionale Cronicità e le nuove frontiere per l'assistenza.

LA CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI FOSSOMBRONE

Giovanni Guidi, Direttore DSB Fano AV1 ASUR Marche.

Castellini Stefania, DSB Fano AV1 ASUR Marche; Gallo Francesco, DSB Fano AV1 ASUR Marche; Magnoni Romeo, Direzione Area Vasta 1 ASUR Marche; Monteverde Laura, DSB Fano AV1 ASUR Marche; Peccerillo Gabriella, DSB Fano AV1 ASUR Marche; Vichi Enrichetta, DSB Fano AV1 ASUR Marche.

Premesse - Background

Il territorio svolge un ruolo centrale come filtro per contenere i ricoveri ospedalieri inappropriati e l'ospedale ha una funzione determinante nel favorire la continuità assistenziale; tale continuità si viene ad esplicitare nel meccanismo delle dimissioni protette e nella presa in carico post-ricovero ed è garantita dalla disponibilità di strutture e livelli intermedi. La struttura intermedia che costituisce la diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera può essere rappresentata dall'Ospedale di Comunità (OdC). Nella nostra realtà questa funzione è svolta dall'OdC di Fossombrone, appartenente al Distretto Sanitario di Fano, a sua volta collocato nell'Area Vasta 1 dell'ASUR Marche; al suo interno sono autorizzati 30 posti letto di Cure Intermedie (CI), 10 posti letto di Riabilitazione estensiva e 10 posti letto di Hospice.

Obiettivi

Con il presente lavoro si è voluta analizzare l'appropriatezza dell'invio al setting assistenziale delle CI.

Materiali e Metodi

Sono stati presi in considerazione i dati relativi ai ricoveri in CI dell'OdC di Fossombrone negli anni 2017-2018.

Risultati e Commento

Nel 2017 sono stati ricoverati in CI 348 pazienti: di questi, il 75% proveniva da un reparto ospedaliero per acuti, il 16,09% dal Pronto Soccorso, mentre solo il 4,88% dal domicilio; il 64,36% dei pazienti ricoverati è stato dimesso, il 14,65% è deceduto, l'11,50% è stato trasferito in strutture residenziali protette e solo il 9,49% è stato trasferito in ospedale. Nel 2018 sono stati ricoverati in CI 362 pazienti. La percentuale di pazienti provenienti da un reparto ospedaliero è all'incirca pari al valore riscontrato nel 2017, mentre si è evidenziata una lieve diminuzione della percentuale di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso e un aumento dei pazienti dal domicilio. La distribuzione di frequenza degli esiti dei pazienti ricoverati risulta quasi sovrapponibile a quella riscontrata nel 2017; si nota solo un lieve aumento dei trasferimenti in ospedale. Relativamente all'Hospice, la percentuale di pazienti provenienti dal domicilio nel 2017 è stata pari a quella dei pazienti provenienti da un reparto per acuti. Nei restanti casi i pazienti provenivano da strutture territoriali e dalla degenza post-acuzie. Anche nel 2018 i due setting di partenza dei pazienti ricoverati in Hospice sono stati l'ospedale e il domicilio. Essendo l'Hospice una struttura che accoglie pazienti con patologie a prognosi infausta, è naturale osservare che la maggioranza degli ospiti è deceduta. I dati analizzati dimostrano che è ancora scarso l'utilizzo del setting CI da parte dei MMG come nodo strategico della rete residenziale territoriale, essendo l'ospedale la principale sede di invio dei pazienti. Ciò dimostra la necessità di effettuare un appropriato coinvolgimento dei MMG affinché riconoscano nell'OdC un'opportunità a vantaggio di quegli assistiti la cui gestione non può più essere garantita dalle cure domiciliari integrate. Si può notare inoltre che sia nel 2017 che nel 2018 la maggior parte dei pazienti ricoverati in CI è stata dimessa al proprio domicilio; tale dato può far intendere che la selezione di pazienti inviati a questo setting sia avvenuta in maniera appropriata attraverso una corretta individuazione dei criteri di inclusione, confermando la natura temporanea di questo regime di ricovero per definizione caratterizzato dalla presenza di ospiti aventi condizioni cliniche destinate ad un miglioramento nel periodo massimo consentito per la degenza.

LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CRONICO CON COMORBILITÀ

Pierluigi Camba, Past President CARD Puglia.

Premesse - Background

La collaborazione fra i medici di assistenza primaria e fra questi e i medici specialisti territoriali è il principio fondamentale in grado di creare un sistema idoneo a gestire la sfida della sostenibilità del sistema sanitario; attraverso lo sviluppo di questa forte collaborazione, che ovviamente deve essere condivisa dai policy maker della sanità, anche i SSR delle regioni meno avanzate potranno essere in grado di affrontare con successo i principali elementi di criticità, che sono: a) la gestione della cronicità e delle fragilità, comprese le liste d'attesa; b) la gestione olistica del paziente; c) la gestione delle piccole urgenze (i cosiddetti codici bianchi e verdi) e delle micro e macro-emergenze sanitarie (un evento catastrofico, una tossinfezione alimentare collettiva, un'epidemia influenzale, ecc.); d) la lotta alle disparità anche a livello locale, come accade nel caso dell'impossibilità di attivare forme associative avanzate dei medici di assistenza primaria nei piccoli centri abitati.

Obiettivi

Quali sono, a nostro avviso, le azioni da intraprendere per ottenere il cambio di paradigma? Il potenziamento del ruolo del MMG/PLS nella gestione delle NCD: il MMG è il responsabile unico della salute del paziente nel primo livello assistenziale. La riqualificazione e il potenziamento della funzione dei dismessi presidi ospedalieri: i vari piani di riordino ospedaliero che, sin dall'inizio del III millennio, hanno causato, soprattutto nelle regioni meridionali (ma non solo in quelle) vere e proprie guerre di campanile, che il cambio di paradigma da noi proposto può essere in grado di risolvere; Il trasferimento condiviso nella gestione del paziente nel secondo livello assistenziale: la profonda novità di tale trasferimento di presa in carico è legata non già a un mero trasferimento di delega di responsabilità (dal MMG al medico specialista), ma a un processo di passaggio condiviso, senza interruzione di tempo, di modalità e di governo clinico, che trova la sua concretizzazione con la stesura di un PAI effettuata previa valutazione (multidimensionale e multi professionale) di tutte le problematiche del paziente, comprese quelle legate alle malattie concorrenti e a quelle coesistenti (comorbilità).

Materiali e Metodi

Gli strumenti metodologici finora utilizzati per la gestione specialistica delle malattie croniche (e delle conseguenti liste d'attesa) sono le linee guida, i PDTA, i RAO, i DSA. Nella realtà, però, un'uniforme adesione a tali strumenti può essere favorire quel processo di innovazione e di cambio di paradigma, che allo stato attuale appare ineluttabile, in particolare nelle regioni meno avanzate; ne consegue la necessità di promuovere una campagna di sensibilizzazione di politici, tecnici (in particolare, medici), con il fine di ottenere la suddetta convinta adesione al progetto di cambiamento.

Risultati e Commento

In sede di conclusioni, formulo una proposta di revisione organizzativa dei servizi di assistenza territoriale, partendo dallo stato dell'arte nella mia Regione (la Puglia), in cui ogni distretto è stato dotato di un PTA (Presidio Territoriale di Assistenza), che ha la possibilità di inserire il servizio in H24 di UDTT (Unità di Degenza Territoriale Temporanea), quando il PTA è nato nei locali derivati dalla riconversione dei piccoli ospedali dismessi. A mio parere, invece, occorre diversificare sul piano organizzativo e funzionale i presidi territoriali sul seguente modello: PTA (Presidio Territoriale di Assistenza): in locali di proprietà della ASL, non derivanti dalla riconversione di un PO. È dotato di Guardia Medica in H24 per gestire i codici bianchi e verdi. Casa della Salute: in locali di proprietà della ASL, derivanti dalla riconversione di un piccolo PO. Al PTA si aggiunge anche il servizio di UDTT. PTE (Presidio Territoriale d'Eccellenza): alla Casa della Salute, si aggiungono i servizi Day Hospital e Day Surgery e di diagnostica di terzo livello.

L'ADERENZA TERAPEUTICA PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SANITARIO

Luca Gallelli, Presidente Regionale Calabria della Società Italiana di Pneumologia

Premesse - Background

Dalle prime definizioni di Haynes del 1979 con il termine aderenza si voleva esprimere l'ottimale coincidenza tra consiglio del medico e comportamento del paziente. Nel 1991 Rudd e collaboratori hanno indicato con il termine di aderenti i pazienti che hanno accettato il consiglio del loro medico di iniziare la terapia farmacologica e che assumono almeno l'80% delle dosi prescritte. L'aderenza alla terapia rappresenta uno dei punti focali importanti nella gestione clinica del paziente dal momento che da essa dipende l'efficacia del trattamento ed il contenimento della spesa sanitaria (aumento dei costi, acquisto di unità non consumate) e la qualità di vita dei pazienti.

Obiettivi

Purtroppo dall'analisi dei dati disponibili risulta evidente che le malattie croniche si associano ad una bassa aderenza e tra queste l'aderenza dei pazienti con BPCO alle terapie inalatoria è di circa il 23%. Tra i fattori alla base della scarsa aderenza bisogna ricordare fattori legati al paziente (es. età avanzata, deficit cognitivi, comorbidità, paura dello sviluppo di reazioni avverse), fattori legati al sistema socio economico (es. scolarità stato civile e reddito), fattori legati alla terapia (es. politerapia, schema terapeutico).

Materiali e Metodi

Al fine di migliorare l'aderenza dei pazienti al trattamento farmacologico sono state avanzate alcune strategie che comprendono dedicare più tempo alla discussione dei benefici della terapia, fornire maggiori informazioni sui motivi dell'importanza della terapia continuativa, Spiegare i rischi della sospensione della terapia, assicurare in relazione alla possibile comparsa di effetti collaterali. Tra le iniziative messe in atto da varie società scientifiche per aumentare l'aderenza.

Risultati e Commento

In Italia i "non aderenti" superano il 70% fra gli anziani, bisogna ricordare il progetto "io aderisco tu che fai?" promosso dal Comitato Italiano per l'Aderenza alla Terapia (CIAT), che riunisce società scientifiche, medici (FNOMCeO, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), farmacisti (Federfarma), infermieri (FNOPI, Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche), Istituzioni e associazioni di pazienti e finalizzato a sensibilizzare tutti i cittadini, in particolare gli over 65, sull'importanza dell'aderenza terapeutica coinvolgendo i nipoti.



Sessione Plenaria



Modelli innovativi di cure primarie.

LO STUDIO DELLE CASE DELLA SALUTE E DEI MODELLI INNOVATIVI DI CURE PRIMARIE NELLA CAMPAGNA “2018 PRIMARY HEALTH CARE: NOW OR NEVER”

Carlo Leone, Medico in Formazione in Medicina Generale, CFSMG Emilia-Romagna, AUSL di Ferrara

Premesse - Background

L'aumentata vita media implica una maggiore prevalenza di malattie cronic-degenerative con crescente complessità di bisogni di salute e necessità di razionalizzare le risorse: occorrono nuove forme e luoghi di assistenza e un nuovo modello di cura. In Emilia-Romagna sono nate strutture socio-sanitarie per soddisfare i bisogni di salute/assistenza, con presenza infermieristica e del medico di medicina generale (MMG) nell'intera giornata per risolvere problemi ambulatoriali urgenti.

Obiettivi

La Campagna “2018 Primary Health Care (PHC): now or never” raccoglie un gruppo indipendente di MMG, continuità assistenziale, medici in formazione in MMG, studenti di medicina, specialisti, infermieri, antropologi appassionati a tematiche di PHC, studiate con formazione sul campo ed esplorazione di modelli innovativi e virtuosi.

Materiali e Metodi

La Casa della Salute (CdS) è sede di accesso ed erogazione di servizi socio-sanitari del Distretto. Con diversi gradi di complessità, la CdS è un sistema integrato con percorsi assistenziali condivisi, rafforza l'integrazione con l'ospedale, garantisce continuità assistenziale, sviluppa programmi di prevenzione implementando la medicina proattiva d'iniziativa, offre formazione permanente, valorizza la partecipazione di cittadini e comunità locale. Le aree integrate d'intervento sono: prevenzione/promozione della salute; benessere riproduttivo, infanzia e giovani generazioni; popolazione con bisogni occasionali/episodici; prevenzione/presa in carico della cronicità; non autosufficienza; cure palliative.

Risultati e Commento

La CdS può essere Piccola, Media o Grande. La CdS Piccola contiene: CUP, sala riunioni, medicina di gruppo, assistente sociale, ambulatori infermieristico, osservazione/terapie, continuità assistenziale, ADI. La CdS Media contiene anche: punto prelievi, poliambulatorio, igiene pubblica, vaccinazioni. La CdS Grande ha inoltre: sala polivalente, distribuzione ausili protesici, pediatria di comunità, consultorio, diagnostica per immagini, palestra polivalente e riabilitazione, salute mentale, neuropsichiatria infantile, UVM anziani/disabili, screening, centri diurni psichiatrici, per anziani/disabili, medicina legale, RSA, OsCo, Hospice, servizio sociale. La CdS è il risultato più innovativo della riorganizzazione sanitaria: valorizza l'assistenza territoriale, offre in un unico luogo i servizi sanitari di base, crea percorsi per pazienti cronici secondo il paradigma della medicina d'iniziativa. La comunità è cruciale nella vita delle CdS: agevola l'accesso ai servizi, rileva i bisogni e le priorità d'intervento, promuove l'empowerment di paziente/caregiver, previene situazioni di emarginazione e disagio. La CdS deve avere come obiettivo mettere al centro il paziente ed il suo sistema di valori, perché la Salute non è solo Sanità.

PROGETTO DI INFORMAZIONE E GUIDA DEDICATO AI PAZIENTI CON ENCEFALOPATIA EPATICA E AI LORO CAREGIVERS

Marco Bartoli, Responsabile Osservatorio Accesso al farmaco, Associazione EpaC onlus.

Premesse - Background

La cirrosi epatica è una causa importante di morbilità e mortalità. L'impatto sul paziente è stato approfondito numerose volte, meno quello di alcune complicanze come l'encefalopatia epatica (EE), altamente debilitante per il paziente e per chi lo assiste. L'encefalopatia epatica è una sindrome neurologica caratterizzata da alterazioni della coscienza, della personalità e della funzione neuro-muscolare conseguenti all'immissione in circolo di sostanze "tossiche" di natura azotata che provengono dall'intestino e che a causa della ridotta funzione epatica non vengono metabolizzate ed eliminate dal fegato. Queste sostanze raggiungono l'encefalo determinando i quadri di encefalopatia con un ampio spettro di alterazioni mentali e motorie che possono essere inizialmente molto lievi ma che possono arrivare fino al coma. L'encefalopatia epatica si presenta in circa il 20% dei pazienti con cirrosi, con un grosso impatto sulla qualità e sull'aspettativa di vita dei pazienti. Il paziente con EE perde spesso la sua autonomia e di conseguenza il familiare o caregiver assume un ruolo determinante nell'assistenza, per cui è essenziali che sia istruito sulle nozioni utili ad una assistenza domiciliare appropriata. La problematica principale è la difficoltà nel reperire informazioni utili e corrette, consigli e indicazioni che possano essere di supporto alla gestione dell'EE.

Obiettivi

L'Associazione EpaC ha avviato una serie di attività informative e divulgative finalizzate ad una migliore conoscenza dell'encefalopatia epatica, per colmare quel bisogno di informazioni e di guida nell'assistenza per il paziente affetto da EE e per i caregivers, che più spesso sono coloro i quali avvertono nei fatti il peso reale della problematica.

Materiali e Metodi

Abbiamo realizzato una serie di materiali informativi destinati ai pazienti affetti da EE e ai loro caregivers, consistenti in: "Guida pratica" realizzata secondo uno schema domande/risposte ed arricchita da immagini, figure e tabelle per rendere più semplice ed immediata la consultazione; "diario" per l'aderenza terapeutica per il paziente/familiare, con l'obiettivo di tenere sotto controllo l'assunzione della terapia e le condizioni di salute del paziente assistito; poster, per diffondere informazione e invitare tutti coloro che ne fossero interessati ad approfondire l'argomento Encefalopatia Epatica. I materiali sono stati pubblicati sul sito web dell'Associazione EpaC in una apposita sezione dedicata all'EE; sono stati inoltre inviati in una prima fase (dicembre 2018) a circa 100 centri specialistici e, successivamente (marzo 2019), ad oltre 300 centri su tutto il territorio italiano.

Risultati e Commento

I contatti di pazienti e caregivers si sono moltiplicati già a partire dalla fine del 2018, ma soprattutto i flussi di consultazione delle nuove sezioni del sito web dell'Associazione in pochi mesi hanno registrato un +150%, con circa 850 mila consultazioni, contro le circa 300mila di analogo periodo precedente. L'incremento è proseguito per tutto il 2019, con picchi di incremento pari al 1.500%

Il Nostro progetto ha registrato un enorme successo, che conferma la necessità di informazioni, indicazioni e consigli che pazienti e caregivers ricercano e cui difficilmente hanno accesso.

La semplicità dei contenuti, l'immediatezza di consultazione, la correttezza delle informazioni contenute (revisionate ed elaborate da clinici esperti), ha fatto di questo materiale informativo un utilissimo supporto ed aiuto sia per i pazienti che per i caregivers nella conoscenza della EE e nella gestione delle problematiche quotidiane che ci si ritrova ad affrontare.

IL DISTRETTO E I MODELLI INNOVATIVI DI RETE PER LA CRONICITÀ E FRAGILITÀ: ESPERIENZE A CONFRONTO. V CONFERENZA NAZIONALE SULLE CURE DOMICILIARI NEI DISTRETTI

Gianni Donigaglia, Direttore di Zona Distretto Isola d'Elba – ATNO, Presidente nazionale ANSPI

Premesse - Background

Nelle aree remote in generale e nelle Isole Minori in articolare, l'ordinaria organizzazione dei servizi molto spesso non è in grado di garantire l'equità nella fruizione del diritto alla salute da parte dei Cittadini che insistono in questi territori, anche per quanto riguarda i LEA.

La risposta ai bisogni di salute, che si configurano sempre più complessi, richiede l'attivazione di percorsi assistenziali la cui efficacia non sempre riesce ad esprimersi nei piccoli territori insulari che, in generale, presentano un'articolazione di servizi carente a causa delle criticità complessive legate all'insularità che ostacolano l'acquisizione di Operatori e servizi.

Obiettivi

Per consentire in questi territori l'erogazione di servizi in grado di garantire l'equità dell'accesso all'assistenza e alle cure, sono stati individuati e si stanno mettendo progressivamente in atto modelli innovativi di servizi, in cui l'innovazione sta sia nella articolazione organizzativa che nell'impiego sistematico delle nuove tecnologie e dell'applicazione a sistema delle tecnologie informatiche della comunicazione (ICT, e-Health, Medicina telematica ecc...).

Materiali e Metodi

La strategia individuata è stata quella di sviluppare modelli e percorsi di reti cliniche integrate che pongono il Cittadino con i relativi bisogni al centro di un sistema di risposta multidisciplinare e multi professionale attraverso collegamenti e connessioni sia fra le strutture insulari che con strutture extra insulari in grado di garantire la presa in carico del bisogno all'interno di un percorso di rete che ne garantisca l'appropriatezza secondo le best practices. È stato implementato un sistema tecnologico innovativo di informazione, comunicazione e monitoraggio che ha consentito la realizzazione di un modello organizzativo evoluto (ICT enabled) basato su una rete tra professionisti multi professionale ed è stato sperimentato nell'Arcipelago Toscano, partendo dal concetto che il modello di rete si configura come una delle componenti di una strategia complessiva che comprende e collega, in modo flessibile e funzionale ai bisogni, organizzazioni pubbliche e private di servizi in maniera di assicurare la continuità della "presa in carico".

Risultati e Commento

Per ognuna di queste reti sono stati definiti outcome su precisi indicatori di processo e di percorso. La loro complessiva messa in atto è prevista entro marzo 2020 i risultati saranno oggetto di valutazione sia da parte della Regione Toscana che del Ministero della salute che sono i soggetti istituzionali che hanno sviluppato, formalizzato, finanziato e strutturato le progettualità in cui lo sviluppo di questi modelli è ricompreso.

A CASA FINCHE' POSSIBILE: IL RUOLO DEL DISTRETTO SANITARIO NELL'INSERIMENTO DELLE PERSONE NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI. L'ESPERIENZA DEL FRIULI VENEZIA GIULIA.

Meri Marin, Udine, Dirigente Infermieristico, staff Direzione Socio Sanitaria Azienda n. 2 Bassa Friulana Isontina.

Premesse - Background

La popolazione Friuli Venezia Giulia è di 1.216.853 residenti. Il 26 % è composto da persone con più di 65 anni. La Regione F.V.G. è orientata a dare risposta ai bisogni della propria popolazione anziana attraverso l'attuazione contestuale di diverse strategie: il potenziamento della DOMICILIARITÀ per contrastare l'ISTITUZIONALIZZAZIONE delle persone anziane; lo sviluppo delle CURE INTERMEDIE; la riqualificazione dell'attuale RETE delle STRUTTURE RESIDENZIALI per anziani.

Le azioni specifiche sono: Promuovere l'invecchiamento attivo e valorizzare il volontariato; Implementare esperienze di screening fragilità per anticipare la presa in carico. Riqualificare e ri-orientare i servizi per anziani Per rispondere ai problemi della popolazione anziana è necessario uno strumento di valutazione multidimensionale. Questo deve essere in grado di rilevare il bisogno delle persone e accompagnare gli operatori alla pianificazione di interventi che consentano il raggiungimento degli obiettivi specifici.

Obiettivi

L'uso dello strumento di valutazione multidimensionale Val.Graf. FVG assicura la corretta rilevazione dei bisogni delle persone anziane, ne definisce il profilo di bisogno e contribuisce al corretto inserimento nelle strutture residenziali in base alle caratteristiche delle stesse.

Materiali e Metodi

Lo strumento Val.Graf. FVG, nella sua ultima versione del 2019, rileva il bisogno delle persone attraverso 10 sezioni: le prime tre indagano il profilo funzionale della persona, le abilità di vita quotidiana. Le sezioni dalla 4 alla 6 indagano gli aspetti cognitivi, psicologici e comportamentali. Le sezioni dalla 7 alla 9 indagano gli aspetti sanitari, segni, sintomi e patologie. La sezione 10 indaga la presenza di un caregiver adeguato ed eventualmente la presenza di stress nello stesso. Un tavolo di lavoro con i rappresentanti di tutti i Distretti del Friuli Venezia Giulia ha consentito il rilascio di questa nuova versione dello strumento, riducendone le criticità relative alla corretta compilazione e contribuendo ad una miglior applicazione dello stesso nei diversi contesti.

Risultati e Commento

La rilevazione corretta del bisogno delle persone consente una presa in carico rispettosa e qualificante. La personalizzazione degli interventi agevola la costruzione di un progetto assistenziale individualizzato e definisce dei percorsi di presa in carico multidimensionali e multi professionali. Promuovendo la cultura della valutazione multidimensionale si assicura una risposta puntuale e precisa ai problemi della popolazione anziana. L'uso di uno strumento di valutazione multidimensionale consente, anche nell'inserimento in una struttura residenziale o semiresidenziale, una risposta che rispetti l'individualità delle persone, che sia coerente ai bisogni rilevati e garantisca un percorso che assicuri la miglior qualità di vita possibile.

L'INTEGRAZIONE DELL'ASSISTENTE SOCIALE NELL'UNITÀ TERRITORIALE PROFESSIONALE DELLA MEDICINA GENERALE

Carla Moretti, Ricercatrice in Sociologia Economica, Centro di Ricerca e Servizio sull'Integrazione Socio-Sanitaria, Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali, Università Politecnica delle Marche.

Massimo Magi, Medico di Medicina Generale, Segretario Regionale FIMMG Marche, Presidente Fondazione Nu.Sa. – Nuvola Sanitaria per la digitalizzazione della Medicina Generale e l'Empowerment.

Premesse - Background

Il cambiamento dello stato generale di salute, caratterizzato dall'incremento delle patologie croniche e delle situazioni di vulnerabilità, fa emergere l'esigenza di nuovi percorsi assistenziali, in cui maggiore attenzione è posta alla dimensione sociale. L'esigenza di pensare a un'altra idea di salute rappresenta una opportunità e forse anche una necessità, per poter dare risposte più adeguate alle domande e ai bisogni emergenti dal quadro epidemiologico e demografico. Una idea di salute che dovrebbe essere più orientata a modalità di "salute possibile" in grado di confrontarsi con i concetti di adattabilità, equilibrio e resilienza. In tale contesto, la Medicina Generale sembra trovarsi in una posizione strategica, per una serie di processi "rifondativi" che a partire dal 2007 l'hanno coinvolta, sottoponendola ad un cammino di trasformazione dentro il sistema delle cure in Italia. Il processo di riorganizzazione della Medicina Generale, sancito anche dal DL 158/2012, ha sviluppato una serie di forme associative, favorendo l'integrazione dei medici con altri professionisti. Questo cambiamento non solo incide su modelli organizzativi e gestionali dei processi di cura, ma anche su ruolo e funzioni delle figure della cura.

Obiettivi

In tale scenario si inserisce la realizzazione, in un comune della Regione Marche, del "Progetto sperimentale di Modello organizzativo per l'integrazione dell'Assistente Sociale nell'Unità Territoriale Professionale della Medicina Generale". Il progetto, promosso dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale e dal Sindacato Unitario Nazionale Assistenti Sociali, con l'adesione del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali, è realizzato, a partire dal mese di ottobre 2018, con la partnership di più soggetti: Centro di Ricerca e Servizio sull'Integrazione Socio-Sanitaria - Università Politecnica delle Marche (Responsabile Scientifico), FIMMG, SUNAS e Consiglio Regionale Ordine Assistenti Sociali.

Materiali e Metodi

La sperimentazione prevede la presenza dell'assistente sociale, per due anni, presso uno studio associato di medici di Medicina Generale. L'inserimento dell'assistente sociale in questo contesto risponde alla necessità di garantire risposte adeguate ai nuovi bisogni di salute dei cittadini e rende possibile la trasformazione delle forme aggregative in vere e proprie Unità Territoriali Professionali della Medicina Generale (microteam) incrementando flessibilità assistenziale e diffusione nel territorio. L'intervento dell'assistente sociale si colloca in una concezione di multidisciplinarietà delle risposte, sia promuovendo l'integrazione e il coordinamento degli interventi, sia favorendo l'accesso ai servizi del territorio. In particolare, nelle situazioni di vulnerabilità, l'intervento dell'assistente sociale, accanto a quello del medico di Medicina Generale, è volto a prevenire o attenuare situazioni di crisi o di ulteriore fragilità.

Risultati e Commento

La sperimentazione evidenzia la necessità di rilevare la dimensione sociale delle problematiche sanitarie delle persone che si rivolgono al medico di Medicina Generale e di favorire azioni integrate, che facilitino, mediante l'attuazione di percorsi di accompagnamento con la persona/famiglia, la collaborazione sia con i professionisti degli studi medici, sia con gli operatori dei servizi socio-sanitari del territorio. La presenza dell'assistente sociale nella Medicina Generale consente di accogliere i bisogni socio-assistenziali delle persone e favorire un approccio proattivo alla salute. L'introduzione dell'assistente sociale nella Medicina Generale, pertanto, si pone come possibile risposta innovativa alle nuove concezioni di salute.



Sessione Plenaria

VI

Il distretto come sede di governo dei percorsi integrati e complessi.

“IL DISTRETTO E I MODELLI INNOVATIVI DI RETE PER LA CRONICITÀ E FRAGILITÀ: ESPERIENZE A CONFRONTO” ASPETTI FARMACO-ECONOMICI NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO

Giorgio Lorenzo Colombo, Docente di Organizzazione Aziendale, Facoltà di Farmacia, Università degli Studi di Pavia e Direttore Scientifico S.A.V.E. - Studi Analisi Valutazioni Economiche, Milano.

Premesse - Background

La sostenibilità futura dei Sistemi Sanitari rappresenta un evidente e attuale problema in un contesto in cui dal punto di vista epidemiologico si registra una popolazione in costante invecchiamento, con progressiva prevalenza delle patologie cronicodegenerative, condizione a cui si accompagna la domanda crescente di salute da parte dei pazienti e il continuo processo di innovazione tecnologica. Ne consegue l'importanza di individuare e sviluppare nuove strategie di gestione e modalità per servizi e prestazioni che siano al contempo sostenibili ed equi.

Obiettivi

L'obiettivo della relazione è stato quello di fornire un focus sullo stato di salute attuale e sulle prospettive di spesa in Italia, concentrandosi sul tema della cronicità e sul ruolo dei farmaci equivalenti e biosimilari come strumento di contenimento della spesa.

Materiali e Metodi

Per la definizione dei potenziali benefici dei farmaci generici e biosimilari in Italia sono stati presentati i risultati relativi all'aderenza farmacologica alle diverse terapie. Dall'analisi effettuata si è visto come la compartecipazione alla spesa sia una delle principali voci legate alla mancata aderenza. Questo stretto legame suggerirebbe ancora di più ad un incremento nell'utilizzo di generici e biosimilari per evitare al paziente il pagamento della compartecipazione alla spesa evitando possibili riduzioni di aderenza. La non aderenza è un fenomeno complesso e rappresenta un'area centrale di intersezione che deriva da alterazioni del comportamento del paziente, del comportamento del clinico e del rapporto medico-paziente e, alcune volte, del sistema farmaceutico.

Risultati e Commento

In merito al tema della cronicità, l'analisi di dati provenienti dalla regione Lombardia ha consentito di evidenziare la correlazione fra progressivo invecchiamento della popolazione, ampliamento dell'area della cronicità e incremento dell'impiego di risorse sanitarie, risultato in linea con quanto definito nel piano nazionale delle cronicità. Per quanto riguarda l'impiego del farmaco equivalente e del biosimilare, i dati di real world evidence hanno confermato come anche in Italia questo rappresenti un'opportunità terapeutica di elezione in funzione degli esiti clinici e delle ricadute economiche sia per il Servizio Sanitario Nazionale sia per il cittadino. Sempre legato all'ambito delle cronicità sarà importante il concetto di riconciliazione terapeutica; si tratta di un processo suddiviso in due fasi: la prima è la ricognizione, in cui l'operatore raccoglie le informazioni, più accurate e complete possibili, sulle terapie e sulle patologie del paziente la seconda è la riconciliazione vera e propria in cui il medico, dopo aver valutato il rischio farmacologico e i farmaci più appropriati, reimposta la terapia modificandola o aggiungendo nuovi farmaci. L'ingresso dei farmaci equivalenti e biosimilari nel mercato farmaceutico mondiale è un fenomeno di notevole interesse in termini economico-sociali, che ha modificato significativamente sia le strategie aziendali, sia i comportamenti di tutti gli attori coinvolti nella spesa sanitaria e nella prescrizione dei farmaci. L'impiego dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari in luogo dei corrispettivi farmaci branded si è dimostrato internazionalmente come un meccanismo di controllo della spesa farmaceutica in grado di aumentare l'efficienza del sistema economico agendo sulla concorrenzialità e stimolando la "price competition" dei produttori, consentendo il raggiungimento della medesima efficacia terapeutica ma con un miglior l'impatto sui payers.

INNOVATIONS IN PRIMARY CARE: CASAP EXPERIENCE

Antoni Peris-Grao, MD, specialist in family and community medicine. CASAP manager. EHMA Board member. EFPC advisory board member.

Premesse - Background

Spain has a National Health System. Primary Care (PC) is provided through teams (PCT), consisting of family doctors, pediatricians, nurses, social workers, odontologists, nurse aids and health clerks. Care includes both diagnose, treatment, health promotion and prevention, both in health center, patients' home and community. Teams are mainly public, financed according to assigned population and professionals are salaried. Coverage is free and universal. There is co-payment for prescribed drugs. Primary care acts as gate keeper.

Obiettivi

CASAP is a public consortium running Can Bou PCT (covering 32.000 citizens) and a PC Emergency Unit (CUAP Castelldefels) covering around 150.000 inhabitants area. CASAP was created to introduce innovation in PC services, being as resolute as possible.

Materiali e Metodi

Main strategy has been increased training to develop professional skill mix and increase every professional group empowerment.

Risultati e Commento

Team comprehensiveness has increased and hospital referral rate is lower than in most PCT of the territory. Doctors may ask for diagnose tests previously limited to hospital specialists (endoscopy, MNR, Holter, treadmill test...) and practice ultrasonography, prick test, dermatoscopy, pararticular treatment or minor surgery Blood pressure Holter and anticoagulation are controlled by nurses. Nurses develop group activities and community interventions. Spontaneous demand is triaged by clerks and attended by nurses in nearly 50% of cases, solving autonomously more than 80%, based on guidelines agreed by the team. Such guidelines and pathway have been designed according to literature, mutual agreement on what was feasible for nurses to solve and training, inside and outside the team. Autonomous nurse demand and guidelines is currently adapted by many other organizations in Catalonia. Children follow-up is assumed by nurses, pediatricians acting as consultants, and some scheduled individual consultations have turned to group activities, allowing not only a reduction of office visits but also facilitating parents to share doubts or proposals. An App (CASAPediatrics) has been created both for Android and Apple allowing parents to get information on basic needs of their children. As for patients with chronic complex needs, we created a nurse team inside the team to evaluate situation and establish treatment when peers, either doctor or nurses, ask for it. Social worker evaluates patient, family and home situation to decide needs beyond health system. Thus we increase comprehensiveness and maintain longitudinality, avoiding such patients to be referred to other level of care. Clerks have been informed about situation and needs of these patients and are now referent for them, trying to solve needs before patient is to attend nurse or doctor's offices. A strong, comprehensive, primary care is useful to secure integrality and longitudinality of care, avoiding referrals. Training is basic to develop competences. Working in teams allows professional empowerment beyond doctors. Chronic complexity needs differentiated care, being nurses most relevant in it. Such issues are to be considered in Italy as primary care is developing in different regions.

MODELLO ASSISTENZIALE PER IL PAZIENTE DISLIPIDEMICO: IL RUOLO DELLE STATINE

Giovanni Rosiello, Responsabile UOSD P.D.T.A. / Patologia Cardiovascolare – Dipartimento Assistenza Primaria – ASL Napoli 1 Centro

Pasquale Arrichiello, Andrea Cardone, Anna Giasi, Annamaria de Majo, Gianluigi Gentile, Francesco Spinuso, Giuseppe Nebbioso, Medici Specialisti UOSD P.D.T.A. / Patologia Cardiovascolare – ASL Napoli 1 Centro; **Carmela Orefice, Anna Botta, Francesca Bonat, Emilia Viola**, Infermieri Professionali Esperti e Professionali UOSD P.D.T.A. / Patologia Cardiovascolare – ASL Napoli 1 Centro; **Gennaro Volpe**, Direttore Dipartimento Assistenza Primaria - ASL Napoli 1 Centro.

Premesse - Background

Le dislipidemie rappresentano un importante fattore di rischio per le malattie cardiovascolari ed è ben dimostrata una relazione diretta tra livelli circolanti di colesterolo LDL ed aterosclerosi. Le principali Linee-Guida sottolineano la necessità di prevenire il danno cardiaco e vascolare ad esso correlato individuando, nella terapia farmacologica con Statine, il trattamento di prima linea per raggiungere e mantenere nel tempo i valori target di Colesterolemia LDL, definiti in relazione al rischio cardiovascolare totale. Tuttavia, l'aderenza al trattamento resta insoddisfacente, per una ridotta percentuale di pazienti che raggiungono e mantengono nel tempo i livelli plasmatici ottimali di Colesterolo LDL.

Obiettivi

Migliorare l'aderenza al trattamento ed il numero di pazienti che raggiungono e mantengono il "target" terapeutico.

Materiali e Metodi

Impiego di una cartella clinica elettronica, condivisa tra tutti Medici della nostra Unità Operativa, e trasmissione informatizzata dei dati da parte dei pazienti, con particolare riferimento al peso corporeo, agli esami di laboratorio per valutare l'efficacia (profilo lipidico), la sicurezza d'impiego del trattamento (enzimi muscolari ed epatici) ed eventuale presenza di effetti indesiderati soggettivi. In tal modo è possibile effettuare la titolazione della terapia sulla base di criteri consolidati di efficacia e tollerabilità, allo scopo di consentire, soprattutto per i pazienti con profilo di rischio più elevato, un follow-up intensivo senza rendere indispensabile l'accesso alla Struttura.

Risultati e Commento

Un modello assistenziale così organizzato ha già realizzato, in pazienti affetti da Ipertensione Arteriosa ed in trattamento farmacologico, un buon controllo della malattia. Infatti, negli ultimi 4 anni, nei pazienti afferenti alla nostra Struttura, è stata osservata la normalizzazione dei valori pressori (P.A.S./P.A.D: <140/90 mmHg) di poco superiore al 57%, rispetto a quanto osservato in tutti i Paesi europei, nei quali, con un follow-up tradizionale, il pieno successo terapeutico, così come riportato nelle Linee-Guida ESC/ESH 2018, è stato raggiunto solo in meno del 50% degli ipertesi trattati farmacologicamente. Anche in pazienti ipercolesterolemici, in trattamento con Statine, sia in prevenzione primaria che, soprattutto, secondaria, sono stati osservati, presso la nostra Struttura, risultati analoghi (circa 60% dei pazienti "a target"). I favorevoli risultati già ottenuti in pazienti affetti da Ipertensione Arteriosa e/o Ipercolesterolemia fanno ritenere opportuno estendere il modello assistenziale descritto, su scala più ampia. In tal modo si potrebbe ottenere un miglior controllo anche degli altri fattori di rischio cardiovascolare e, di conseguenza, maggiore efficacia delle strategie d'intervento, sia in termini di prevenzione primaria che secondaria, con un'ulteriore riduzione, peraltro a bassissimo costo, degli eventi cardiovascolari maggiori.



Simposi

I Gestione delle malattie rare.

MALATTIE RARE IN PUGLIA - BUONE PRASSI, SOCIALIZZAZIONE DELLE COMPETENZE, HTA

G. Annicchiarico, Pediatra - Coordinatrice Coordinamento Regionale Malattie Rare - Co.Re.Ma.R. Puglia, AReSS Puglia; **S. Storelli**, Pediatra - Co.Re.Ma.R. Puglia, AReSS Puglia

Premesse - Background

La Rete Malattie Rare Pugliese è costituita da circa 180 nodi con 6 ospedali accreditati a Presidi della Rete Nazionale (PRN) ed altri 18 ospedali della Rete Regionale Pugliese (RERP) per un totale di 126 Unità Operative coinvolte (dato in corso in aggiornamento con la nuova revisione della rete). La DGR 2485/2009 istituisce il Coordinamento Regionale Malattie Rare - CoReMaR Puglia, che afferisce all'Area Innovazione Sociale, Sanitaria, di Sistema e Qualità – CRSS dell'AReSS Puglia, con la funzione di gestire lo scambio di dati, informazioni e documentazione sulle malattie rare con gli altri Centri interregionali e con gli organismi internazionali competenti; di fornire, altresì, consulenza e supporto ai medici del Servizio Sanitario Regionale, ai cittadini ed alle associazioni dei malati e dei loro familiari ed assicurare il collegamento funzionale con i singoli Presidi della rete per le malattie rare.

Obiettivi

Con DGR 1695/2012, il CoReMaR ha avviato il Sistema Informativo delle Malattie Rare della Regione Puglia (SIMARRP) che collega le Aziende ASL, i Distretti Socio-Sanitari e i Presidi Ospedalieri individuati. Infrastruttura logica a supporto della rete di assistenza pubblica regionale, il SIMARRP, consente la comunicazione dei nodi, la rilevazione puntuale dei bisogni di oltre 20.000 pazienti (il 12% degli assistiti pugliesi con almeno una cronicità).

Materiali e Metodi

La rete pugliese si è sviluppata con una logica di integrazione ospedale territorio; il SIMARRP viene alimentato dalle diagnosi effettuate nei Presidi della Rete Nazionale (PRN) Malattie Rare pugliesi e, attraverso i Distretti Socio Sanitari, nei PRN italiani e con esso, la Puglia, è entrata nell'Area Vasta MR di regioni che dialogano attraverso lo stesso sistema operativo e condividono medesimo know how.

Risultati e Commento

Il valore dei dati in linea, provenienti in maniera omogenea da tutto il territorio regionale, ha permesso lo sviluppo di una Medicina d'Iniziativa. Oggi sappiamo quanti sono gli ammalati, di cosa soffrono e dove sono esattamente, chi sono i Pediatri di Famiglia e Medici di Medicina Generale che hanno in cura i pazienti e possiamo facilitare la comunicazione tra coloro che hanno malati affetti dalle stesse patologie, formare i professionisti che intercettano il paziente nello stesso territorio (guardia medica, 118, PS, UO di pediatria dell'ospedale, DSS...) su quella specifica malattia. Con l'implementazione del secondo modulo SIMARRP, avvenuta il 1 settembre 2019, a breve sarà possibile anche individuare le tipologie di piani terapeutici prescritti per queste patologie clusterizzando gli andamenti prescrittivi e permettendo: il monitoraggio della presa in carico in Puglia (chi fa che cosa per quei determinati pazienti di MR), il monitoraggio dei percorsi fuori Regione, il valore e ruolo della competenza pugliese nello scenario italiano. Pertanto, e alla luce della DGR 226 del 23 febbraio 2017 in tema di percorso di definizione dei Piani Diagnostico Terapeutici (PDT) e dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le Malattie Rare, AReSS, per mano del CoReMaR. e sotto la committenza alta del Governo Regionale, faciliterà la costruzione di PDTA dedicati in concerto con gli stakeholders coinvolti.

CENTRO TERRITORIALE MALATTIE RARE (CTMR) – UN’ESPERIENZA INNOVATIVA ATTIVA NELL’AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA – VENETO

Elisa Boscaro, Università degli Studi di Padova, Dipartimento della salute della donna e del bambino;
Michela Calmasini, Responsabile del “Centro territoriale delle Malattie Rare” AULSS 3 Serenissima, Regione Veneto.

Premesse - Background

Con il DM 279 del 2001, poi modificato dal DPCM 12.01.2017, è stato definito l’elenco delle malattie rare (MR) ed istituita la Rete Nazionale Malattie Rare. In Regione Veneto sono stati definiti i centri accreditati (CA), suddivisi per gruppi di MR e strutturati come centri funzionali (composti da più unità operative che collaborano tra loro), incaricati di definire per i malati rari il piano assistenziale individualizzato, unico e dinamico nel tempo, poiché si adatta all’evolversi della MR e delle condizioni di vita del paziente. All’interno della cornice definita dai CA, viene favorita la permanenza del paziente nel territorio di residenza, rafforzando legami ed interazioni fra CA e la rete dei servizi socio-sanitari locali, fatta di Ospedali locali, UO Cure Primarie, farmacie ospedaliere e territoriali, UO Cure palliative, UO disabilità, Comuni, cui compete rispondere ai bisogni assistenziali dei pazienti. L’assistenza delle persone con MR, dunque, avviene all’interno di un sistema complesso, in cui si rende necessario informare i pazienti sui propri diritti e come ottenerli, ma anche integrare la dimensione ultraspecialistica dei CA (centrata sulla MR) con la dimensione assistenziale dei servizi del territorio (centrata sui bisogni). Con queste finalità è stato istituito il CTMR, incardinato nell’ambito delle Cure Primarie del Distretto Sociosanitario, con una specifica Articolazione Funzionale, individuata dall’Atto Aziendale.

Obiettivi

Gli obiettivi del CTMR sono: facilitare la presa in carico globale della persona con MR e dei suoi familiari, orientandoli nella rete dei servizi sociosanitari per il riconoscimento dei propri diritti; attuare i piani assistenziali predisposti dai CA ; Avvicinare i CA al territorio di residenza e ai luoghi di vita dei pazienti, sia con partecipazione diretta che con consulenza a distanza.

Materiali e Metodi

Per l’epidemiologia delle MR nell’AULSS 3 sono stati estratti i dati di competenza dal sistema informativo di Regione Veneto denominato “Registro Malattie Rare”. Per l’attività del CTMR è stato utilizzato un data base dedicato. I dati sono stati elaborati con SAS e con Access per condurre un’analisi descrittiva della casistica.

Risultati e Commento

Nell’AULSS 3 sono residenti 4.168 persone affette da MR (M=2014, F=2154), con una prevalenza globale di 7 ogni 1.000 abitanti. I gruppi di MR più frequenti sono le Malattie dell’apparato visivo e le Malattie del sistema nervoso centrale e periferico. Il 19% dei malati rari è minorenni e 225 ragazzi sono attualmente nell’età di transizione tra servizi pediatrici e adulti. Il CTMR nel corso dell’anno 2018 ha preso in carico 681 richieste per 260 utenti: il 13% sono stati contatti avvenuti ad accesso diretto, i rimanenti sono stati contatti telefonici o via e-mail. Circa il 30% è rappresentato da richieste complesse (con un tempo di contatto superiore ai 30 minuti). Nel 90% la tipologia di richiesta riguarda informazioni su patologie, sui CA, sull’ottenimento dell’essenzi, sul percorso regionale MR, sui farmaci; nel 10% vengono richieste informazioni su protesi e ausili, contributi regionali, assistenza sociale e socio-sanitaria domiciliare. Le MR rappresentano un problema rilevante per la rete dei servizi socio-sanitari che sono chiamati a rispondere ai bisogni di malati e famiglie; è soprattutto in questo settore, così complesso, che il modo in cui esso viene organizzato può cambiare gli esiti di salute della popolazione.



Simposi

II Le reti delle cure palliative.

UN MODELLO DI INTEGRAZIONE A RETE TRA CURE PALLIATIVE E MEDICINA GENERALE

Bruno Mazzocchi, responsabile UF Cure Palliative zona di Grosseto, ASL SudEst Toscana;
Andrea Salvetti, MMG, Grosseto; Anna Canaccini, Direttore Dipartimento del territorio Asl SudEst Toscana.

Premesse - Background

L'ASL SudEst Toscana: superficie = 52% dell'intera Toscana; popolazione = 25% del totale. Ha una parte montana e una costiera-insulare. Inoltre si deve confrontare con i nuovi bisogni di cure palliative "incrementano" del 70% le persone potenzialmente assistibili e ci impongono di superare il modello delle cure palliative oncologiche. La Rete clinico-assistenziale è il modello organizzativo adatto per le cure palliative poiché assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi di tipologia e livelli diversi, nel rispetto della continuità.

Obiettivi

Creare una rete di Cure Palliative efficace ed efficiente nella convinzione che le Cure Palliative rappresentino un modello da estendere a tutte le patologie croniche "late/end stage", e possano quindi essere erogate utilizzando strumenti e know how del Chronic Care Model.

Materiali e Metodi

Si è costruito un tavolo permanente di coordinamento con i responsabili delle UFCP e il Direttore del Dipartimento del Territorio, per allineare i comportamenti, elaborare procedure, garantire la presa in carico di pazienti secondo gli stessi standard su tutto l'ambito aziendale, affrontare le criticità evidenziate insieme alla Medicina Generale, le UO di Ass. infermieristica territoriale, il 118, la Continuità Assistenziale, le U.O. Ospedaliere, le Ass. di Volontariato. In particolare, fare rete con medicina e pediatria di famiglia, ha significato definire insieme i concetti di approccio palliativo (attraverso-lasurprisingquestion) per favorire l'individuazione precoce di bisogni di cure palliative; di c. p. di base (con responsabilità clinica del MMG o del pediatra di famiglia) e di c. p. specialistiche, riservate a casi altamente complessi, erogate da équipe specialistiche sempre con partecipazione del MMG (2-3% del totale). È stato ribadito il ruolo del MMG "particularly interested" a cure palliative, presente in tutte le AFT con ruolo di facilitatore all'interno della sua aggregazione, disponibile a effettuare briefing e formazione con gli altri professionisti. Il modello proposto ha i suoi punti di forza nell'essere capillare (raggiungere tutti in ogni luogo, attraverso il MMG), nell'essere precoce (con possibilità e tempo di proporre/attuare DAT/PAC e di programmare l'assistenza) e nell'essere realmente in rete (attraverso modalità rapide di attivazione di altri professionisti).

Risultati e Commento

Il primo risultato ottenuto è stato quello di "lavorare insieme" alla medicina di famiglia. Insieme abbiamo rivisto regolamenti e procedure per l'assistenza domiciliare e l'hospice. Insieme abbiamo partecipato alla stesura di alcuni PDTA particolari, come quello per la SLA. Inoltre, con l'AOU "Meyer", abbiamo definito i percorsi per le cure palliative pediatriche. Infine, insieme abbiamo definito un programma di formazione efficace. Ma il risultato migliore è stato quello di instaurare nuove sinergie e motivazioni fra "mondi professionali" che sempre di più debbono cooperare. Il viaggio e non la meta, per ora, è stato il nostro vero obiettivo.

REALIZZAZIONE DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE IN AREA VASTA 2, AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE MARCHE

Dott.ssa **Gabriella Beccaceci**, Direttore UOC Cure Primarie Adulti ASUR Area Vasta 2, ente di appartenenza: Distretto socio-sanitario di Ancona ASUR Area Vasta 2.

Dott.ssa **Iliana Sciarra**, Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche; Dott.ssa **Lucia Mannello**, Distretto socio-sanitario di Ancona ASUR Area Vasta 2; Dott. **Matteo Ciotti**, Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche; Dott. **Franco Dolcini**, Distretto socio-sanitario di Ancona ASUR Area Vasta 2.

Premesse - Background

Nel rispetto della legge 38/2010 e nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, la Regione Marche promuove una buona vita fino alla sua fine e garantisce l'accesso alle Cure Palliative (CP), ritenendolo obiettivo prioritario nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale (legge regionale 7/2019). Le CP vengono erogate all'interno di una Rete Locale organizzata su base di Area Vasta così come previsto dalla delibera della Regione Marche n.864/2014. La Determina del Direttore Generale ASUR 471/2018 ha avviato il primo step di implementazione delle Reti di CP, con l'obiettivo di standardizzare le principali fasi del percorso all'interno di esse.

Obiettivi

Obiettivo del nostro studio è stato quello di evidenziare gli sforzi compiuti ed i risultati raggiunti nella prima fase di implementazione della Rete Locale di AV2 di CP, che ha avuto inizio a settembre 2018 e si è conclusa ad aprile 2019.

Materiali e Metodi

Per l'Area Vasta 2 (AV2) sono stati individuati due referenti con il compito di guidare il processo di realizzazione della Rete Locale di CP. Successivamente è stato istituito un gruppo di lavoro costituito dai referenti degli Hospice e delle Unità di Cure palliative Domiciliari (UCPD) presenti in AV2, e sono stati programmati degli incontri che si sono svolti mensilmente da settembre 2018 ad aprile 2019.

Risultati e Commento

In AV2 sono presenti 3 Hospice per adulti ognuno con una propria organizzazione e autonomia e quattro UCPD, una per ogni distretto dell'AV2, con presa in carico dei pazienti e copertura giornaliera eterogenee. Durante gli incontri sono stati ridefiniti i criteri di eleggibilità al ricovero in Hospice, stilando un nuovo modulo di proposta di ricovero condiviso. È stata standardizzata la procedura di ricovero prevedendo delle soluzioni alternative in caso di indisponibilità temporanea di posti letto nell'Hospice prescelto dal paziente o in caso di non idoneità del paziente al ricovero, tramite il diretto coinvolgimento del Distretto. Sono stati inoltre condivisi e revisionati i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali. Al fine di implementare e standardizzare la presa in carico del paziente a domicilio, si è rivista la convenzione vigente tra l'ASUR e le associazioni di volontariato e si è cercato di coinvolgere maggiormente i medici di medicina generale. In aggiunta, sono state attivate a Jesi delle consulenze palliative al pronto soccorso in modo da ridurre i ricoveri inappropriati di pazienti già in carico presso le UCPD. In pochi mesi si è portato a termine un primo importante step per la realizzazione della Rete locale di CP in AV2, nel quale i referenti dei vari nodi della Rete si sono conosciuti per la prima volta, e hanno iniziato a collaborare alla ridefinizione e alla standardizzazione della presa in carico e della la gestione del paziente all'interno della Rete stessa.





Poster e Comunicazioni

LA CARTELLA DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE INFORMATIZZATA DELL'ASL AVELLINO

Anna Marro, Direttore U.O.C. Assistenza Anziani e Cure Domiciliari ASL Avellino

Emilia Anna Vozzella, Direttore Sanitario ASL Avellino

Maria Morgante, Direttore Generale ASL Avellino

Premesse - Background

La popolazione complessiva residente dell'ASL Avellino al 01/01/2018 risulta essere costituita, secondo gli ultimi dati demografici ISTAT, da 421.523 abitanti. La popolazione anziana totale è costituita da 91.128 abitanti e rappresenta il 21% rispetto alla popolazione totale. La popolazione anziana negli ultimi anni ha mostrato una costante crescita rispetto alla popolazione totale, di conseguenza un aumento delle malattie croniche e della non autosufficienza: queste caratteristiche, territoriali e demografiche, impongono una particolare attenzione ed un attento lavoro nella organizzazione dei servizi sanitari e tra questi importante è stata la informatizzazione di tutto il percorso delle cure domiciliari.

Obiettivi

Gli obiettivi prioritari della informatizzazione di tutto il percorso delle cure domiciliari sono stati: 1. Il raggiungimento di una piena integrazione tra i nodi della rete assistenziale; 2. La capillare diffusione delle informazioni relative ai pazienti presi in carico e del loro percorso nelle diverse strutture; 3. la minimizzazione delle sovrapposizioni, dei ritardi e delle omissioni con conseguente riduzione degli errori e miglioramento della qualità dell'assistenza; 4. l'ottimizzazione delle risorse umane e materiali con la gestione organizzata e programmata che consente la disponibilità dei presidi e dei materiali, della qualità necessaria, nelle quantità occorrenti; 5. la rilevazione elettronica delle presenze a domicilio; 6. l'esportazione dei dati per alimentare il sistema di monitoraggio regionale SANIARP.

Materiali e Metodi

La cartella clinica informatica delle cure domiciliari integrate è basata su tecnologie web, ad essa tramite una password possono collegarsi i MMG, le assistenti sociali del piano di zona, i presidi ospedalieri dell'ASL, le UU.OO. distrettuali competenti per le cure domiciliari nelle apposite sezioni. Infatti la cartella informatizzata delle cure domiciliare comprende: la scheda di segnalazione alla PUA, gli strumenti di valutazione multidimensionali attualmente in uso in Regione Campania, la scheda SVAMA e SVAMD, il PAI, la dimissione. La rilevazione elettronica delle presenze e della tipologia di prestazione erogata viene effettuata con uno smartphone, mediante una apposita "app", attraverso un tag NFC, posizionato sulla cartella domiciliare cartacea.

Risultati e Commento

L'opportunità di ricostruire i percorsi assistenziali dei soggetti attraverso le diverse modalità di assistenza, rende indispensabile la rilevazione dei dati individuali di ciascun soggetto estraibili sostanzialmente da due fonti: la cartella clinica per l'assistenza domiciliare comprensiva dei dati informatizzati della dimissione ospedaliera protetta e il sistema informativo aziendale. La informatizzazione delle attività delle cure domiciliari ha permesso all'UOC Assistenza Anziani Aziendale, che coordina il servizio, di poter governare al meglio le cure domiciliari sia per quanto riguarda la gestione delle risorse umane e finanziarie, sia sulla qualità delle cure. Ha consentito ai singoli Distretti di poter gestire perifericamente al meglio il servizio, soprattutto per quanto riguarda le dimissioni protette, l'integrazione sociosanitaria con il piano di zona e il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta. La nostra ASL con la messa a regime della cartella domiciliare informatizzata è riuscita, ad essere puntuale e rigorosa nella trasmissione dei flussi informativi nel rispetto della mission ministeriale, regionale e aziendale.

LA CASA DELLA SALUTE COME CASA DELLA COMUNITÀ: PERCORSO PARTECIPATIVO “OPENLAB - COMUNITÀ IN ASCOLTO” PER IL NUOVO MODELLO DI WELFARE DELL’UNIONE COLLINE MATILDICHE (RE)

Roberta Barbolini - Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Federica Cirlini - Area Sociale Unione Colline Matildiche (RE)

Sandra Consolini - Dipartimento di Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

Elisabetta Negri - Direzione del Distretto di Reggio di Emilia AUSL-IRCCS di Reggio Emilia Fabio Pignatti- Dipartimento di Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

Mirco Pinotti - Dipartimento di Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

Marina Greci - Dipartimento di Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

Premesse - Background

Gli attuali orientamenti in tema di assistenza territoriale individuano nella valorizzazione delle risorse della comunità un elemento chiave del processo di tutela della salute della popolazione. In quanto parte integrante dei luoghi di vita dei cittadini, le Case della Salute (CdS) rappresentano un setting privilegiato per l’attuazione di politiche di condivisione e partecipazione con la comunità. Il percorso OpenLab è stato avviato a fine 2015 sotto la spinta motrice dell’Unione Colline Matildiche coadiuvata dall’AUSL di Reggio Emilia, in concomitanza con due importanti eventi: l’apertura della CdS di Puianello e la riorganizzazione dei Servizi Sociali dei Comuni dell’Unione.

Obiettivi

Il percorso ha visto il coinvolgimento dei vari attori che concorrono al benessere della comunità (servizi sociali e sanitari, associazionismo, terzo settore, imprese, parrocchie, scuole, farmacie, singoli cittadini) con l’obiettivo di favorire la creazione di nuove reti e relazioni in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni del territorio, anche attraverso la sperimentazione di nuove forme di aggancio di soggetti vulnerabili.

Materiali e Metodi

Il percorso, strutturato in due fasi e tuttora in corso, ha privilegiato modalità di confronto interattive. La prima fase è stata dedicata alla condivisione del percorso attraverso le interviste di stakeholders rappresentativi del territorio e l’organizzazione di un incontro informativo per i residenti. Parallelamente sono stati avviati gruppi di lavoro rivolti a genitori con figli di 0-3 anni e donne straniere, con funzione di facilitazione e restituzione di proposte per il miglior funzionamento della CdS e il potenziamento delle reti. Nella seconda fase sono stati organizzati momenti pubblici durante i quali sono state affrontate ponendo al centro punto di vista, bisogni e risorse della comunità, tematiche socio-sanitarie rilevanti giungendo all’individuazione di priorità e alla definizione di matrici progettuali.

Risultati e Commento

Tra le idee progettuali ad oggi sviluppate è stato particolarmente rilevante lo svolgimento di un intervento formativo dedicato agli operatori della CdS sui temi dell’integrazione socio-sanitaria e dell’accoglienza a sostegno del cambiamento culturale avviato. Tra i risultati di maggior valore vi è inoltre la sperimentazione di strategie di attivazione della comunità per l’intercettazione e l’aggancio ai servizi delle varie forme di vulnerabilità: dal percorso sono nati infatti i talenti sociali, figure informali fisiologicamente presenti in ogni comunità che per la loro capacità di avventurarsi in zone grigie del disagio sociale, con adeguate attenzioni e nuove sensibilità possono intercettare soggetti e famiglie in difficoltà. OpenLab è stata un’innovativa esperienza di apertura dei saperi professionali al punto di vista dei cittadini; la sfida per il futuro consiste nell’individuazione di efficaci strategie che mantengano vivo il senso di coinvolgimento e partecipazione della comunità e che diano nuova linfa alle reti e alle relazioni create.

IL PDTA DELLA MALATTIA DI PARKINSON: UN APPROCCIO INTEGRATO PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA

Marcella Biagi, Dirigente Professioni Sanitarie della Riabilitazione, Dipartimento Professioni Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione, della Prevenzione, ASL Toscana sud est;

Gruppo di lavoro:

Angiolino Guerrini – Presidente Associazione Parkinson Siena (A.P.S.); Dr.ssa Alba Nocentini - Associazione Parkinson Arezzo; Dr.ssa Cinzia Viti- Associazione Parkinson Arezzo; Dr. Simone Gallerini- U.O.C Neurologia H Misericordia Grosseto, ASL sud est; Dr Piero Coleschi– U.O.C Neurologia H S; Donato ArezzoASL sud est; Dr. Nicola Lorenzetti -U.O.C. Recupero e Rieducazione Funzionale – Area Senese ASL sud est, Dr.ssa Francesca Leoncini – UF Cure Primarie, Area Senese ASL sud est; Dr. Marco Conti- Medico Medicina Generale Casa della Salute Castiglion Fiorentino AR ASL sud est Prof. Simone Rossi – UOC Neurologia e Neurofisiopatologia, AOU Senese; Dr.ssa Carla Campolmi – Infermiere P.O. Di.P.I.O, ASL sud est.

Premesse - Background

La MP rappresenta una sfida per il nostro fragile sistema socio-sanitario. Appare infatti urgente trovare un punto di equilibrio tra il perseguire l'appropriatezza diagnostica e terapeutica in tutte le fasi di malattia e l'ottimizzazione di un percorso diagnostico terapeutico volto a migliorare la qualità dell'assistenza per tutti i pazienti affetti dalla MP. È necessario che il PDTA per la MP si trasformi in un percorso di cura e assistenza personalizzato, per arrivare a stabilire un'alleanza tra persona e servizio sanitario. Le parole chiave sono: sistema di cure centrato sulla persona, approccio integrato, valorizzazione della rete assistenziale e flessibilità dei modelli organizzativi, empowerment.

Obiettivi

Il modello assistenziale si pone i seguenti obiettivi: migliorare l'appropriatezza degli interventi, intesa non solo come migliore efficacia e efficienza clinica, ma anche come maggior aderenza ai bisogni del paziente; monitorare attivamente l'andamento della patologia, cercando di prevenire l'insorgenza o ritardare l'evoluzione delle possibili complicanze; promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura; migliorare la qualità di vita e il reinserimento sociale; valutare e definire un appropriato e efficace percorso riabilitativo, quando necessario; migliorare la soddisfazione per l'assistenza. Il piano assistenziale assume le seguenti finalità: verifica l'aderenza del paziente allo stile di vita e alla prescrizione terapeutica; educazione del paziente all'autogestione della malattia e all'autocontrollo valutazione e educazione nutrizionale per l'identificazione del rischio nutrizionale; controllo efficacia, tollerabilità e effetti collaterali del programma terapeutico; valutazione e controllo delle comorbidità e delle complicanze già esistenti.

Materiali e Metodi

Sono previsti 3 livelli di intervento: 1.L'Equipe base (MMG, Infermiere, Collaboratore di studio/OSS); 2.Il Team multiprofessionale allargato, composto dallo Specialista di branca (Neurologo, Internista, Geriatra, Nutrizionista, Fisiatra), Medico di Comunità e altre figure professionali come Fisioterapista, Logopedista, Dietista ecc.

Risultati e Commento

Trasversali alle fasi sopra descritte, sono poi tutte le attività effettuate ai fini del monitoraggio del processo e alla valutazione degli esiti, finalizzate alla successiva attuazione di eventuali azioni correttive e migliorative del percorso, in ottica "ciclo di Deming" o "ciclo di PDCA".

UVMDi: MODELLO DI RETE INNOVATIVO: il ruolo della riabilitazione nel PROGETTO DI VITA

Bich Cristina - Logopedista Distretto 3 Azienda AUSL valle d'Aosta

Lacroix Antonella - Responsabile della Riabilitazione. Direzione di Area Territoriale Azienda USL Valle d'Aosta

Premesse - Background

Chi è l'UVMDi: Educatore Professionale, Riabilitatori (Logopedista e Fisioterapista), Psicologi, Esperto di Valutazione su base ICF, Assistente Sociale.

Obiettivi

Dare voce alla persona con disabilità e alla sua famiglia attraverso un loro coinvolgimento più attivo- la partenza del progetto deve tenere principalmente conto della persona, delle sue motivazioni, dei suoi interessi e del suo contesto di vita; Individuare risorse corrispondenti e rispondenti ai profili di funzionamento e agli interessi della persona - è stata effettuata una mappatura di tutti i servizi/strutture/attività/opportunità, presenti sul territorio valdostano, rivolte alle persone con disabilità sia dell'ente pubblico che del terzo settore. Garanzia di un monitoraggio del tempo dei progetti di vita delle persone istituzione della figura del case manager.

Materiali e Metodi

Compiti dell'UVMDi: VALUTARE il funzionamento della persona adulta con disabilità mediante l'applicazione di un modello condiviso e su base ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento della disabilità e della Salute); Elaborare un «PROGETTO DI VITA» per la persona disabile; CONDIVIDERE il progetto di vita con la persona disabile e i suoi famigliari; Individuare un CASE MANAGER per l'attuazione e monitoraggio del progetto individualizzato; RIVALUTARE i progetti di vita nel tempo per verificare la qualità dei risultati ottenuti. La riabilitazione negli anni cambia ottica: dalla riabilitazione centrata sul "difetto" presentato dalla persona, si passa alla riabilitazione centrata sulle potenzialità del soggetto e sul loro possibile sviluppo. L'obiettivo riabilitativo è di trattare la Persona con le sue possibilità e potenzialità di partecipazione rispetto al danno d'organo che ne ha determinato la limitazione. Indipendentemente dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, lo scopo della riabilitazione sta nell'individuare una modalità appropriata di intervento nei diversi e specifici setting. Il compito dell'intervento riabilitativo è, quindi, quello di valutare la Persona, per realizzare tutti gli interventi sanitari necessari per consentirle di raggiungere il più alto livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà e al contesto, nell'ottica di un reale empowerment. Questo presuppone: CONTINUITA' (nella presa in carico, nei passaggi di informazione tra gli operatori, nel perseguire in modo dinamico e critico gli obiettivi descritti nel progetto individuale); GLOBALITA' (nella definizione delle valutazioni in un'ottica ICF - approccio ecologico); AMPIEZZA E PROFONDITA' (ampiezza della visione di insieme, profondità di analisi e nella messa a punto di modalità concrete che garantiscano il massimo coinvolgimento della persona e della famiglia).

Risultati e Commento

L'UVMDi, si pone come ponte di collegamento tra la persona disabile e il suo contesto di vita e la rete territoriale che, in base al suo funzionamento, può accoglierlo e integrarlo per garantirgli un'adeguata qualità di vita.

IL PERCORSO DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE DALLA VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE ALLA PRESA IN CARICO

Laura Brizzi - Direttore Servizi Sociali Azienda USL toscana nord ovest

Co-autori: E. Alasia – A.Cervone – Y.Frongia – ASL nord ovest

Premesse - Background

I Punti Insieme costituiscono i presidi dell'accesso al sistema integrato territoriale dei servizi per la non autosufficienza, si caratterizzano per la sua elevata prossimità al cittadino a livello di zona-distretto, devono garantire: • l'accoglienza del bisogno; • la registrazione della segnalazione del bisogno; • l'orientamento e l'informazione del cittadino; • raccolgono di tutte le informazioni utili ad orientare la valutazione multidimensionale. Il Punto Unico di Accesso (PUA) è il livello di coordinamento operativo del sistema di accesso dei servizi territoriali. Afferisce al Responsabile di Zona il quale ha la responsabilità del coordinamento organizzativo assicurando al cittadino, in tempi certi e definiti, l'accesso, la valutazione e l'erogazione di prestazioni sulla base di un progetto di assistenza personalizzato (PAP).

Obiettivi

I Punti Insieme costituiscono i presidi dell'accesso al sistema integrato territoriale dei servizi per la non autosufficienza, si caratterizzano per la sua elevata prossimità al cittadino a livello di zona-distretto, devono garantire: • l'accoglienza del bisogno; • la registrazione della segnalazione del bisogno; • l'orientamento e l'informazione del cittadino; • raccolgono di tutte le informazioni utili ad orientare la valutazione multidimensionale. Il Punto Unico di Accesso (PUA) è il livello di coordinamento operativo del sistema di accesso dei servizi territoriali. Afferisce al Responsabile di Zona il quale ha la responsabilità del coordinamento organizzativo assicurando al cittadino, in tempi certi e definiti, l'accesso, la valutazione e l'erogazione di prestazioni sulla base di un progetto di assistenza personalizzato (PAP).

Materiali e Metodi

L'UVM ai sensi dell'art. 11 L. RT n. 66/2008, è una commissione multidisciplinare, che ha il compito di effettuare le valutazioni dei casi presentati, utilizzando le scale del protocollo valutativo toscano. E' costituita in ogni zona-distretto, è composta in forma stabile da un medico di distretto, un assistente sociale, un infermiere professionale; inoltre è di volta in volta integrata dal Medico di famiglia della persona valutata e dalle professionalità specialistiche ritenute necessarie. Per queste sue caratteristiche la Commissione UVM rappresenta un perno dell'integrazione sociosanitaria, ha le seguenti funzioni: a) effettua la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno del richiedente; b) definisce il PAP, con indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni sociosanitarie appropriate, domiciliari, semiresidenziali e residenziali; c) individua l'indice di gravità del bisogno; d) condivide il PAP con la persona assistita o i suoi familiari fissando in 60 giorni dalla presentazione dell'istanza il tempo massimo per l'erogazione della prestazione; e) effettua la periodica verifica degli obiettivi contenuti nel PAP e procede, nei casi previsti, all'eventuale rivalutazione delle condizioni di bisogno.

Risultati e Commento

Il Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP), elaborato dall'UVM, contiene gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente, disabile e anziana e le prestazioni sociosanitarie da erogare. Nell'elaborazione del PAP, l'UVM si pone l'obiettivo di una condivisione dei contenuti del progetto con la persona assistita ed i suoi familiari, valutando possibili offerte di prestazioni alternative.

GESTIONE DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE NELLA REGIONE SARDEGNA

Dott.ssa Anna Manconi - Direttore Distretto di Tempio Pausania ASSSL OLBIA

Dott. Virgilio Burrai - Dirigente Medico P.S. "Tutela della Salute in Carcere" ASSSL Olbia

Premesse - Background

La situazione normativa della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) in Italia, è a "macchia di leopardo" con notevoli differenze anche organizzative. Attualmente, infatti, nel 10% circa del territorio nazionale esiste una legge regionale specifica per la NAD, nel 65% sono presenti delibere generali regionali e nel 25% del paese è carente di strumenti normativi necessari per avviare con sollecitudine e appropriatamente un trattamento di NAD. In Sardegna la mancanza di disposizioni regionali, di Linee Guida e di riferimenti clinico istituzionali per la responsabilità di trattamento crea disomogeneità di comportamento e mancato raccordo Ospedale / territorio. Nella ASSSL di Olbia, nell'ambito del progetto CDI, si è seguita una procedura finalizzata alla presa in carico territoriale che ha portato ad un controllo ottimale.

Obiettivi

È indispensabile creare un modello organizzativo capace di assicurare ai pazienti, interventi adeguati, tempestivi, efficaci e sicuri, una Unità Operativa/servizio Aziendale di Nutrizione Clinica, diretta da un responsabile medico con specifica formazione ed esperienza in Nutrizione Clinica con un mandato aziendale chiaro, che operi in stretta interazione con i servizi di CDI / Distrettuali. Inoltre, è necessario creare un centro di costo e di risorse che permetta di coordinare i livelli ospedaliero e territoriale dell'intervento terapeutico- assistenziale. Un PDTA aziendale che disciplini le fasi di diagnosi e prescrizione, la tempistica della dimissione e della presa in carico territoriale, il ruolo delle varie figure professionali coinvolte, ampliando un progetto un progetto già in essere in ASSSL di Olbia.

Materiali e Metodi

La formazione e sensibilizzazione dei medici ospedalieri sui temi nutrizionali, in modo da disporre di un efficace filtro per l'identificazione dei pazienti malnutriti. Dimissione di pazienti stabili che possano realisticamente essere assistiti a domicilio in modo da limitare il fenomeno delle riammissioni. Organizzazione territoriale che assicuri la presa in carico domiciliare dei pazienti identificati nei reparti ospedalieri attraverso l'attivazione di un team multiprofessionale dedicato composto oltre che dal nutrizionista, anche da dietisti, infermieri e farmacisti consulenti in numero proporzionale alla popolazione assistita e alla prevalenza dei pazienti in NAD.

Risultati e Commento

L'erogazione dei prodotti e dei dispositivi per la nutrizione enterale e parenterale è gratuita, con costi a carico della ASSSL di residenza del paziente. Per i supplementi nutrizionali orali il comportamento delle varie ASSSL non è univoco in quanto sono fuori LEA. L'ASSSL di Olbia eroga gratuitamente i prodotti di nutrizione enterale e parenterale esclusivamente attraverso le farmacie aziendali, quindi non presso le farmacie private, solo su prescrizione della Nutrizione Clinica che vaglia eventuali richieste provenienti da altri prescrittori. Questa differenziazione si può esprimere con carenze organizzative che possono comportare tempi di attesa prolungati per la domiciliazione del paziente in NA ed un percorso terapeutico complicato. Inoltre, la mancanza di riferimenti clinico istituzionali cui compete la responsabilità porta ad aumentare i tempi di ospedalizzazione e la spesa sanitaria, nonché la qualità di vita del paziente e dei familiari.

INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA E COMUNITA': "LE PALESTRE DELLA MEMORIA", ESPERIENZA NEL DISTRETTO DI CUORGNÈ ASL TO4

Caravino Laura - Infermiere di Famiglia e Comunità;

Milazzotto Patrizia - Infermiere di Famiglia e Comunità;

Milia Rosanna - Infermiere di Famiglia e Comunità;

Rusca M: Studente Corso di Laurea Infermieristica canale di Ivrea; Beanato F: Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) Distretto di Ivrea; Savio M: Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) Distretto di Ivrea; Toso C: Coordinatore Distretti ASL TO4; Occhiena C: Direzione Professioni Sanitarie Di.P.Sa ASL TO4; Di Bari P: Direzione Distretto di Ivrea; Morton L: Direzione Distretto di Cuornè; Marchisio S: Direzione Distretto di Cuornè; Ardisson L: Direzione Generale ASL TO4.

Premesse - Background

Dal Piano Regionale Cronicità 2018-2019 Piemonte nasce l'esigenza di rispondere ad un bisogno espresso dalle persone affette da malattie cognitive e dalle loro famiglie. L'IFeC, dopo un'attenta analisi dei bisogni, in collaborazione con la Casa della Salute del Distretto di Cuornè, il Consorzio Sociale CISS 38 di Cuornè, progetto InTreCCCi, le cooperative locali, l'Associazione Parkinsoniani del Canavese ONLUS e il C.D.C.D. del Distretto di Ivrea, promuovono le Palestre della Memoria condotte da Operatori di Prossimità adeguatamente formati da CDCD e IFeC. L'inclusione dell'utenza avviene attraverso test cognitivi eseguiti presso il "Punto Ascolto Alzheimer" e gli Ambulatori della salute.

Obiettivi

Migliorare la qualità di vita dei pazienti con disturbi cognitivi rinforzando il residuo neuro-intellettuale, mantenendo le capacità motorie, contrastando la solitudine e rinforzando il capitale sociale.

Materiali e Metodi

Le IFeC, in sinergia con le amministrazioni e le associazioni locali e le Operatrici di Prossimità, hanno identificato i luoghi idonei per lo svolgimento delle attività: salone polifunzionale di Locana e Casa della Salute di Castellamonte. Si sono svolti tavoli per la progettazione. I criteri di inclusione sono stati definiti durante il colloquio presso il Punto ascolto e Ambulatori della salute dall'IFeC utilizzando strumenti quali: test cognitivi e questionario Sunfrail (strumento per intercettare precocemente la fragilità). Gli Operatori di Prossimità hanno redatto un "diario di bordo" durante lo svolgimento dei laboratori in cui vengono attuati giochi cognitivi con il supporto di una game-trainer dell'Associazione Parkinsoniani del Canavese e della terapia ludica e occupazionale, utilizzando materiali vari (cartoleria, oggettistica varia).

Risultati e Commento

Dall'apertura di entrambi i laboratori, avvenuta nel settembre 2018, è risultato un incremento della partecipazione. A marzo 2019 nel laboratorio di Locana partecipano 30 persone, nel laboratorio della casa della Salute di Castellamonte 10 persone. I risultati attesi sono orientati alla riduzione della solitudine, l'aumento della socializzazione, riduzione dello spopolamento delle valli, mantenimento delle funzionalità cognitive residue, sostegno al caregiver e alle famiglie delle persone affette da disturbi cognitivi. L'inserimento della figura dell'IFeC sul territorio ha contribuito fortemente a creare una risposta ai bisogni delle persone affette da disturbi cognitivi o della memoria, favorendo la costruzione di reti di supporto sul territorio che operano in modo integrato e coordinato. Il grado di soddisfazione espresso dall'utenza e dai caregivers e la costante partecipazione attiva degli stessi ai laboratori testimoniano la necessità di implementare queste esperienze sul territorio.

IL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT PER I SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: L'ESPERIENZA DELLA COOPERATIVA OSA NELLA REGIONE LAZIO

Serena Carovillano – Medico di Direzione Sanitaria , Cooperativa OSA - Operatori Sanitari Associati Onlus
Caterina BNA Bianchi, Monica Sanna, Maria Assunta Antonica Campa, Francesco Giuffrida, Giuseppe Maria Milanese, Daniele Palumbo: Cooperativa Sociale e di Lavoro Operatori Sanitari Associati (OSA) Onlus

Premesse - Background

La Cooperativa OSA, accanto alla gestione di servizi in outsourcing presso importanti strutture ospedaliere a Roma e la gestione di strutture residenziali in Lombardia e in Puglia, da più di 30 anni svolge servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) sul territorio nazionale, con un nucleo particolarmente sviluppato nel Lazio con 7 centrali operativa autorizzate, di cui 4 accreditate. Nel corso del 2017 i pazienti assistiti da OSA in ADI sono stati 43.592 con 1.565 risorse umane impiegate nell'assistenza. Dal gennaio 2019 la Cooperativa ha istituito formalmente l'Unità di Gestione del Rischio (UGR) coordinata dal Risk Manager aziendale.

Obiettivi

Al fine di migliorare la sicurezza della pratica clinico assistenziale a tutela dell'interesse sia dell'assistito, sia dei propri operatori sanitari, l'UGR della Cooperativa ha redatto un PARM aziendale valido non soltanto per i servizi ospedalieri e residenziali gestiti da OSA ma anche per i servizi ADI.

Materiali e Metodi

La definizione dei contenuti del PARM è stato il frutto del lavoro, nel corso di 10 incontri dedicati ai temi della gestione del rischio svolti nel biennio 2017-2018, di una "comunità di esperti" multiprofessionale della Cooperativa - il Comitato dei Sanitari – formata dalle figure di coordinamento mediche, infermieristiche edelle professioni della riabilitazione insieme ai referenti di altre articolazioni funzionali importanti quali il Servizio di Prevenzione e Protezione. Gli obiettivi da sviluppare indicati nelle linee guida regionali erano 1) diffondere la cultura della sicurezza delle cure; 2) migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e contenimento degli eventi avversi; 3) favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto del paziente, degli operatori e delle strutture.

Risultati e Commento

Per l'obiettivo 1) è prevista la realizzazione di corsi di formazione dedicati alla gestione del rischio. Per l'obiettivo 2) sono previsti l'effettuazione di audit specifici a seguito di segnalazioni inerenti la gestione del rischio; l'implementazione delle procedure relative alle Raccomandazioni ministeriali; l'elaborazione e la diffusione di check list per la gestione dei presidi in utilizzo presso i pazienti ad elevata complessità assistenziale. Per l'obiettivo 3) è prevista l'implementazione della cultura vaccinale attraverso la diffusione di un modulo di autocertificazione del profilo vaccinale e di un questionario sulle opinioni degli operatori verso le vaccinazioni. Il PARM, grazie alla articolazione dettagliata di attività, responsabilità ed indicatori, può essere uno strumento efficace per la gestione del rischio e la diffusione della cultura della sicurezza applicabile anche per i servizi ADI.

L'APPLICAZIONE DELLA WORK BREAKDOWN STRUCTURE (WBS) NEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI E NELLA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DI UN SERVIZIO

Ornella Casati - Dirigente Medico Responsabile Struttura Semplice Rapporti con la Rete Territoriale;
CSM/CSA - ASST GOM Niguarda;
Giulia Lombardi, ASST GOM Niguarda;
Marco Calanchi, ASST GOM Niguarda.

Premesse - Background

L'assegnazione degli obiettivi è un processo complesso che coinvolge a cascata i Servizi, i loro Responsabili, il personale sia sanitario che amministrativo e talvolta anche soggetti esterni all'azienda. Tra gli obiettivi del 2018 assegnati alla struttura vi era lo sviluppo di un sistema informatico a supporto delle dimissioni protette dei pz. fragili. In quanto capofila l'ASST di Niguarda ha dovuto attuare il progetto su tutto il territorio della Città di Milano coinvolgendo il Centro Servizi Milano (CSM) con sede a Niguarda la cui funzione è centralizzare le richieste di trasferimento in Cure Intermedie e i Centri Servizi Aziendali (CSA), di ogni ASST e IRCCS, con il compito di supportare i reparti nelle dimissioni difficili e fare da tramite con il CSM.

Obiettivi

La creazione del software doveva dare risposte a esigenze ben precise: trasparenza nella gestione delle liste di attesa, maggiore efficacia nella comunicazione tra struttura inviante e struttura ricevente, riduzione dei tempi di attesa per l'ingresso dei pz. nei setting post-ospedalieri. L'obiettivo principale era quello di portare a compimento uno strumento in grado di assolvere alle necessità sopra esposte e di implementarlo nelle aziende ospedaliere coinvolte, senza interruzioni o rallentamento del percorso già avviato.

Materiali e Metodi

Data la complessità dell'obiettivo, soprattutto in termini di estensione, si è applicato il metodo della Work Breakdown Structure (WBS). La WBS è un meccanismo di scomposizione gerarchica dell'obiettivo per identificare i "pacchetti di lavoro" o work packages con le relative azioni. Sono state identificate tre WBS: progettazione del software, sperimentazione del software, estensione dell'utilizzo del software a tutte le ASST/IRCCS milanesi. I pacchetti di lavoro identificati sono stati: WBS "Progettazione del software": identificazione dei contenuti da informatizzare, informatizzazione dei contenuti, verifica dei contenuti informatizzati. WBS "Sperimentazione del Software": creazione area test, formazione del personale di due reparti pilota di Niguarda e delle strutture di CI, utilizzo dell'area test, risoluzione problematiche in tempo reale. WBS "estensione dell'utilizzo del software a tutte le ASST/IRCCS": rilascio area test, formazione del personale dei CSA, formazione del personale dei reparti, rilascio credenziale di accesso, implementazione del programma definitivo. Per ogni WBS sono stati quindi definiti i tempi di attuazione, il personale coinvolto e il Responsabile e lo stesso si è proceduto a fare con i pacchetti di lavoro.

Risultati e Commento

L'utilizzo del software a pieno regime è avvenuto nelle tempistiche definite e senza interruzione dell'attività già svolta. I dati relativi ai primi tre mesi, gennaio – marzo 2019, hanno evidenziato che: sono state gestite 969 richieste di ricovero in Cure Intermedie. La migliore comunicazione tra le strutture coinvolte, che avviene attraverso un sistema di messaggistica interno al software, ha portato alla riduzione del 3% dei ricoveri impropri in CI, i tempi medi di attesa per il ricovero in CI si sono ridotti da 12,5 giorni a 10,6. Per cercare di rendere più comprensibili tutte le fasi di un progetto la WBS risulta essere la metodologia più utile. La sistematizzazione del lavoro attraverso la WBS ha permesso, nel nostro caso, l'implementazione del software su tutte le ASST/IRCCS in modo preciso e rispettando la necessaria consequenzialità degli interventi.

LA CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI FOSSOMBRONE

Stefania Castellini - Dirigente medico I livello Distretto Sanitario di base di Fano AV1 ASUR Marche

Francesco Gallo - Dirigente medico I livello Distretto Sanitario di base di Fano AV1 ASUR Marche

Gabriella Peccerillo - Dirigente medico I livello Distretto Sanitario di base di Fano AV1 ASUR Marche

Laura Monteverde - Posizione Organizzativa Distretto Sanitario di base di Fano AV1 ASUR Marche

Enrichetta Vichi - Coordinatrice infermieristica Cure Intermedie Ospedale di Comunità di Fossombrone AV1 ASUR Marche

Alessandro Marini - Direttore generale ASUR Marche

Romeo Magnoni - Direttore Area Vasta 1 ASUR Marche

Giovanni Guidi - Direttore Distretto Sanitario di base di Fano AV1 ASUR Marche

Premesse - Background

L'attività dell'Ospedale di Comunità di Fossombrone ha avuto inizio nel Gennaio 2017. La struttura fa parte del Distretto Sanitario di Fano che a sua volta è collocato all'interno dell'Area Vasta 1 dell'ASUR Marche. La responsabilità organizzativa, gestionale ed igienico-sanitaria è affidata al Distretto. Presso tale struttura sono autorizzati 30 posti letto di Cure Intermedie, 10 posti letto di Riabilitazione estensiva e 10 posti letto come Hospice. E' presente anche un Ambulatorio di Continuità Assistenziale Primaria che gestisce le piccole urgenze o bisogni dei cittadini.

Obiettivi

È sempre più necessario rafforzare la continuità e l'integrazione ospedale-territorio al fine di regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale: il territorio svolge un ruolo centrale come filtro per contenere i ricoveri ospedalieri inappropriati e l'ospedale ha una funzione determinante nel favorire la continuità assistenziale; tale continuità si viene ad esplicitare nel meccanismo delle dimissioni protette/assistite e nella presa in carico post-ricovero, ed è garantita dalla disponibilità di strutture e livelli intermedi. La struttura intermedia che costituisce la diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera può essere rappresentata dagli Ospedali di Comunità.

Materiali e Metodi

Nel 2017 sono stati ricoverati in Cure Intermedie 348 pazienti. Di questi, il 75% proveniva da un reparto ospedaliero per acuti, il 16,09% dal Pronto Soccorso, mentre solo il 4,88% dal domicilio; il 64,36% dei pazienti ricoverati è stato dimesso, il 14,65% è deceduto, l'11,50% è stato trasferito in strutture residenziali protette e solo il 9,49% è stato trasferito in ospedale. Nel 2018 sono stati ricoverati in Cure Intermedie 362 pazienti. La percentuale di pazienti provenienti da un reparto ospedaliero è all'incirca pari al valore riscontrato nel 2017, mentre si è evidenziata una lieve diminuzione della percentuale di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso e un aumento dei pazienti afferenti alle Cure Intermedie dal domicilio. La distribuzione di frequenza degli esiti dei pazienti ricoverati in Cure Intermedie risulta quasi sovrapponibile a quella riscontrata nel 2017; si nota solo un lieve aumento dei trasferimenti in ospedale.

Risultati e Commento

Relativamente all'Hospice, la percentuale di pazienti provenienti dal domicilio nel 2017 è stata pari a quella dei pazienti provenienti da un reparto ospedaliero per acuti. Essendo l'Hospice una struttura finalizzata all'accoglienza di pazienti affetti da patologie progressive con prognosi infausta, è naturale osservare che la maggioranza degli ospiti è deceduta. I dati analizzati dimostrano che è ancora scarso l'utilizzo del setting Cure Intermedie, in qualità di nodo strategico della rete residenziale territoriale, da parte dei MMG, considerando che l'ospedale rappresenta la principale sede di invio dei pazienti. Ciò dimostra la necessità di effettuare un appropriato coinvolgimento dei medici di cure primarie affinché riconoscano nell'Ospedale di Comunità un'opportunità a vantaggio di quegli assistiti la cui gestione non può più essere garantita dalle cure domiciliari integrate.

STUDIO RETROSPETTIVO DI UNA COORTE DI PAZIENTI PRESA IN CARICO, DA ALMENO 18 MESI, NEL PDTA SCOMPENSO CARDIACO STADIO C PRESSO L'AUSL DI REGGIO EMILIA

Laura Cattini - medico specialista ambulatoriale in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie Dipartimento Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia; **Erika Bacarani** - Direzione delle Professioni Sanitarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia; **Elena Corradini** - Università degli studi di Modena e Reggio Emilia; **Dante Pedroni** - Dipartimento Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia; **Fabio Pignatti** - Dipartimento Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia; **Mirco Pinotti** - Dipartimento Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia; **Laura Licinia Saccaggi** - Dipartimento Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia; **Simone Storani** - Dipartimento Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia; **Marina Greci** - Dipartimento Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia.

Premesse - Background

Nell'AUSL di Reggio Emilia sono attive 11 CdS, il cui ruolo all'interno della comunità risponde ai principi del Chronic Care Model e interagiscono con l'attività degli MMG anche nello svolgimento dei PDTA.

Obiettivi

Il PDTA scompenso cardiaco stadio C è nato nel 2016, questo lavoro ha l'intento di estrapolare i primi dati correlati agli indicatori di processo e di esito.

Materiali e Metodi

Sono stati individuati i pazienti in carico da almeno 18 mesi e stratificati in due sotto coorti secondo scala NYHA, cui corrispondono due differenti protocolli di follow-up. È stato costruito un database che contenesse tutti gli indicatori di processo estrapolati da portale informatico Arianna e ricavati gli indicatori di esito: accessi in PS e ricoveri con diagnosi di dimissione "insufficienza cardiaca" e sinonimi, nell'arco temporale dei 18 mesi antecedenti e seguenti alla data di presa in carico.

Risultati e Commento

La performance migliore è degli infermieri della cronicità: 100% di follow-up adeguato. L'infermiere è una figura fondamentale: esperto in ET e nei corretti stili di vita. I pazienti che risultavano non essere aderenti alla terapia farmacologica sono stati ripresi e tenuti monitorati, raggiungendo l'aderenza nel 60% dei casi nella Coorte A e nel 40% nella B; nella A il 17% dei pazienti fumatori hanno abolito/ridotto l'abitudine tabagica. In entrambe le coorti, in modo particolare nella A, gli infermieri hanno stabilito degli obiettivi specifici su cui il paziente doveva lavorare: ET, dieta, attività fisica e fumo. Un altro importante compito dell'infermiere, è quello del monitoraggio della malattia: secondo la stratificazione tramite il 3C-HF score, in entrambe le coorti (in particolare la B con il 42% dei pazienti) vi erano anziani che potevano meritare un'intensificazione del follow-up cardiologico, ma è stato efficace intensificare il monitoraggio infermieristico. Nella coorte A sia gli accessi in PS che i ricoveri sono dimezzati nel confronto pre-post PDTA: gli unici pazienti che hanno avuto accessi in post, hanno follow-up clinico inadeguato. Arianna è un valido strumento di condivisione di informazioni e di comunicazione fra i professionisti del team; la figura dell'infermiere è un punto di riferimento per il paziente ed ha un ruolo chiave come facilitatore nella modificazione degli stili di vita scorretti e nella ET. Nonostante la corta finestra temporale analizzata, gli esiti di salute correlati alla riacutizzazione di patologia appaiono positivi.

LA MUSICOTERAPIA NEL PDTA SCLEROSI MULTIPLA

Elena DeRosa - Psicologo Coordinatore Attività "PDTA" DS 28, ASL Napoli 1 Centro

Donatella Evangelista - Master in Musicoterapia Conservatorio di Foggia Musicista Ass VOX ALTERNA

Sonia Montone - Terapista occupazionale Musicoterapista Santa Maria del Pozzo Ass VOX ALTERNA;

Beniamino Picciano - Direttore Distretto 28 Asl Napoli 1 Centro

Premesse - Background

La Sclerosi multipla è una malattia neurodegenerativa demielinizzante con lesioni a carico del sistema nervoso centrale con decorso disabilitante. La SM è complessa e imprevedibile, ma non riduce l'aspettativa di vita: la vita media dei pazienti, è paragonabile a quella della popolazione generale. Il lavoro del distretto 28 con la SM, si articola in una complessa azione preventiva e riabilitativa a tutela della qualità di vita e relazionale. Cronicità e comorbidità conducono a un approccio multidisciplinare proattivo prossimo al paziente. Il distretto 28 da anni lavora all'accoglienza di questi pazienti seguiti in gruppi di incontro e Self Help con l'ausilio di tecniche di musicoterapia. La ricerca sulla musicoterapia ha evidenziato impatto positivo sulla gestione di alcuni sintomi: dolore, spasticità, equilibrio, attenzione e memoria. Il del programma musicoterapico punta al miglioramento del movimento, con il contenimento della spasticità.

Obiettivi

Il setting di musicoterapia prevede: strumentario Orff, strumenti popolari e oggetti della vita quotidiana dei pazienti. Il gruppo aperto a cadenza quindicinale include medici, operatori insieme ai pz sotto la guida dei mt. I report e i materiali audiovisivi degli incontri, sono stati utilizzati per recuperare gli elementi utili al processo di cura e al coinvolgimento degli specialisti.

Materiali e Metodi

Reintegro del soggetto nel proprio contesto, miglioramento dello stato emotivo, motorio, relazionale, correzione di posture viziate, innalzamento della soglia di fatica muscolare, miglioramenti dell'equilibrio, della coordinazione motoria, della dinamica respiratoria, miglioramento di attenzione, concentrazione, rilassamento psicofisico, fluidificazione della comunicazione, innalzamento di autostima e creatività.

Risultati e Commento

Si è evidenziato come la musicoterapia ha prodotto un miglioramento di: clima di lavoro, motivazione alla condivisione, avvicinamento al paziente come persona. Il paziente al centro dell'attenzione di più operatori e del case manager, manifesta una nuova motivazione alla cura. La verità affettiva della musicoterapia favorisce un genuino avvicinamento tra persone e la percezione dell'Altro come realmente presente. Dopo un anno di lavoro sono migliorati tutti i parametri enunciati negli obiettivi. È migliorata la coesione di gruppo e la motivazione a partecipare. Il distretto 28 ha lavorato dal 2016 a un progetto pilota PDTA SM, interfacciandosi con i Centri universitari di 2° e 3° livello. Sin dall'inizio la criticità è stata la resistenza al cambiamento e i costi nella cura e assistenza domiciliare sul territorio. La musicoterapia, con il lavoro volontario dei musicoterapisti, ha contribuito profondamente all'accompagnamento del processo e all'individuazione di obiettivi di rete e della strada per attivare risorse nel paziente e negli operatori.

EDUCAZIONE TERAPEUTICA PRESSO IL CAP: ANALISI DELL'ATTIVITÀ SVOLTA NEL DISTRETTO DI TARCENTO

Dri Elena -Infermiere SID; **Mattiussi Bruna** - Direttore Distretto; **Monsutti Stefania** - Infermiere SID; **Odasmini Bruna** - Responsabile infermieristico; **Petean Marco** - Coordinatore infermieristico SID; **Tracogna Barbara** - Infermiere SID; **Tricase Brigida** - Medico Cure Primarie; **Trevisan Eleonora** - Infermiere SID.

Premesse - Background

I Centri di Assistenza Primaria, CAP sono stati istituiti dalla Regione Friuli Venezia Giulia con la Legge di Riforma Sanitaria 17/2014 e sono stati definiti come i luoghi d'elezione dove poter pianificare e condividere i progetti di medicina d'iniziativa, fondati su un approccio al lavoro multi professionale, coinvolgendo nella loro attività infermieri, medici di medicina generale, medici specialisti ed altri professionisti. Il CAP nell'ambito del territorio del Distretto di Tarcento in provincia di Udine è stato costituito presso il Centro Territoriale di Povoletto nell'aprile del 2018, gestito dal personale infermieristico afferente al Servizio Infermieristico Domiciliare ed orientato ad erogare interventi di educazione terapeutica utilizzando la metodologia del Teach back a diverse categorie di pazienti: diabetici; in dimissione ospedaliera con diagnosi di iperglicemia ed in Terapia Anticoagulante Orale TAO.

Obiettivi

Analizzare l'attività svolta dal CAP del Distretto di Tarcento nel suo primo anno di attività. Valutare gli argomenti trattati nel corso degli interventi educativi e comprendere l'efficacia dell'educazione svolta.

Materiali e Metodi

È stata effettuata l'analisi dell'attività del CAP nel periodo aprile 2018-aprile 2019, tramite la valutazione della documentazione utilizzata e prodotta ad hoc: "Scheda paziente, progetto educazione terapeutica" e "Scheda di valutazione degli interventi di educazione terapeutica secondo la metodologia del Teach back". I dati sono stati elaborati con Excel di Office 2003 con modalità descrittive.

Risultati e Commento

165 pazienti hanno effettuato 445 accessi (media 2,7 accessi per paziente) per svolgere interventi di educazione terapeutica, di questi 180 (54.06%) hanno coinvolto pazienti diabetici, 92 (27.62%) pazienti in dimissione ospedaliera con diagnosi di iperglicemia e 61 (18.32%) pazienti in TAO. Dall'analisi degli argomenti trattati con la metodologia del Teach back i principali sono stati l'alimentazione e la tipologia di diabete (95% dei pazienti), l'ipo e l'iperglicemia (81% pazienti); seguiti dalla cura dei piedi (27%), dall'autocontrollo (25%) e dall'ABC della terapia (15%). Sono state compilate un totale di 354 "Schede di valutazione degli interventi di educazione terapeutica", con una media di 2,3 schede/argomento per paziente. Dall'analisi delle valutazioni dell'autonomia dei pazienti rispetto alle conoscenze sulle tematiche trattate nel corso degli interventi educativi, queste sono risultate aumentate dal primo al secondo intervento nell'81% dei casi e del 100% quando i pazienti hanno effettuato tre accessi presso il CAP. Il personale infermieristico in servizio presso il CAP del Distretto di Tarcento, formato rispetto alla gestione dell'educazione terapeutica al paziente diabetico e con scompenso cardiaco, ha contribuito a migliorarne le conoscenze rispetto alla gestione delle loro patologie (nelle modalità di esecuzione dell'automonitoraggio, nel riconoscimento di segni e di sintomi di ipo e iperglicemia, nell'utilizzo dei farmaci) e rispetto all'individuazione dei corretti stili di vita (alimentazione ed attività fisica in particolare).L'approccio multi professionale ai pazienti con patologie croniche e l'integrazione tra i diversi professionisti presenti nell'ambito delle cure primarie è ulteriormente migliorabile, nell'ottica di incrementare i risultati prodotti sui pazienti, come qualità di vita e compliance nel caso di presenza di patologie croniche.

IL MODELLO DEL NUDGING PER REDIGERE E GESTIRE I PDTA OSPEDALE TERRITORIO: L'ESPERIENZA ATS SARDEGNA – ASSL CAGLIARI E SANLURI

Dentamaro Michele, Dirigente medico Direzione Medica PO Grosseto, Colline Metallifere ed Amiata Grossetana, Uslsudest Toscana – ex Direttore Medico di Presidio Ospedale di San Gavino Monreale ASSL Sanluri ATS Sardegna.

Paolo Cannas, Vicecommissario Straordinario con i poteri e le funzioni di Direttore Amministrativo presso l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

Premesse - Background

Il PDTA è la mappatura di un processo per una specifica categoria di pazienti che identifica la sequenza di azioni/attività da effettuare al fine di conseguire la miglior efficienza ed efficacia possibile in un contesto di risorse limitate. Si è reso necessario contestualizzare la gestione dei PDTA in un'ASL costituita da 24 presidi ospedalieri e 22 distretti. In particolare l'esperienza è stata condotta nelle ASSL di Cagliari e di Sanluri.

Obiettivi

Redigere PDTA per favorire l'accessibilità ai servizi e alle prestazioni sanitarie e migliorare i tempi di attesa dell'appropriato iter diagnostico terapeutico, fissando standard di riferimento. Il modello nudging è stata una strategia adottata per modificare il comportamento degli operatori al fine di ridurre la variabilità e la personalizzazione dei comportamenti e favorire l'integrazione professionale ed il coordinamento delle strutture organizzative.

Materiali e Metodi

Per la realizzazione dei PDTA sono stati individuati: una comunità di pratica, un facilitatore, un referente clinico, un commitment-sponsorship e uno staff di supporto. Il personale coinvolto è stato opportunamente formato. Per lo studio delle fasi di implementazione è stato adottato il ciclo di Deming. I costi sostenuti sono stati quelli della formazione dei dipendenti e del tempo lavoro dedicato agli incontri per la redazione dei PDTA.

Risultati e Commento

Sono stati realizzati, in tre anni, 10 PDTA: BPCO, doppia diagnosi, frattura femore, percorso nascita, piede diabetico, scompenso cardiaco, k prostata, k colon, paziente diabetico e paziente con frattura vertebra. Sono stati formati circa 1200 dipendenti. Sono stati ottenuti importanti risultati nell'ambito della gestione delle fratture di femore, BPCO, scompenso cardiaco e parti cesarei come evidenziato dagli indicatori PNE in alcune strutture ospedaliere prese a riferimento. Gli elementi distintivi del progetto sono stati:

- a) la forte sponsorship nella fase di implementazione svolta dalla direzione generale
- b) l'armonia tra i soggetti coinvolti nell'implementazione dei PDTA
 - l'agire della comunità di pratica nel quotidiano
 - l'applicazione delle azioni di miglioramento.

La comunità di pratica, nell'agire quotidiano ha saputo modificare quei comportamenti non completamente idonei che senza confronto ed aggiornamento continuo non si sarebbe riusciti a correggere, incidendo in maniera significativa in una prospettiva di efficacia ed efficienza delle prestazioni e dei servizi con ricadute positive sulla salute del paziente.

DALLA SANITÀ D'ATTESA ALLA SANITÀ D'INIZIATIVA

Federica Duo' - Resp. Personale Infermieristico, ostetrico, assistenti sanitari, Direzione Area Territoriale AUSL VdA
Sabrina Bois, Astrid Chapellu, Heidi Jaccod - Infermiere di Famiglia D4, AUSL VdA;
Massimo Pesenti Campagnoni - Direttore Area Territoriale AUSL VdA;
Nunzio Venturella - MMG Distretto 4 Valle d'Aosta

Premesse - Background

Nell'ambito della promozione della sanità d'iniziativa e dell'empowerment di comunità all'interno dello studio medici associato Evançon ha preso avvio il 1 nov 2018 il progetto che prevede la presa in carico dei pz con BPCO, implementando la figura dell'Infermiera di Famiglia e di Comunità che favorisce la continuità assistenziale, l'accesso ai servizi sanitari e, attraverso l'informazione, l'educazione e la promozione della salute rende più consapevoli gli utenti della loro patologia e dei fattori ad essa correlati al fine di ridurre le complicanze.

Obiettivi

Obiettivo della sanità proattiva è quello di individuare possibili bisogni ed eventuali fattori di rischio per la salute intervenendo e pianificando con il malato le azioni più opportune a tutela della sua salute. Prevenzione e controllo delle complicanze delle patologie croniche, intercettazione e prevenzione dei bisogni di salute nei pazienti fragili, prevenendo le riacutizzazioni e i ricoveri inappropriati supportando la famiglia e agendo sugli stili di vita favorendo la sostenibilità del sistema.

Materiali e Metodi

Collaborazione con i medici di famiglia dello studio associato Evançon utilizzando come modello di riferimento il Chronic Care Model avvalendosi per la stratificazione del sistema informatico dei MMG che raccoglie fattori di rischio e elementi diagnostico terapeutici e applicando il PDTA BPCO. L'arruolamento, effettuato chiamando proattivamente i pazienti, prevede sia incontri domiciliari che ambulatoriali durante i quali si raccolgono dati anamnestici, parametri vitali, presenza di fattori di rischio, si rilevano i bisogni si effettua la compilazione di scale quali CAT e mMRC, si effettua la Spirometria semplice e si rileva la presenza CO₂ espirata nei fumatori.

Risultati e Commento

Contattati un totale di 163 utenti e arruolati 129 (34 non hanno aderito) divisi per sesso e fasce di età. Dopo il primo incontro rivisti 26 utenti. Dei 129 pazienti arruolati 123 sono affetti da BPCO e 6 sono stati inviati in ambulatorio IFEC dal MAP per altra patologia cronica non controllata. Patologie associate: il 17% BPCO + diabete, il 58% BPCO + HTA, il 3 % BPCO + scompenso cardiaco. il 38% è affetto solo da BPCO. Dalla compilazione delle 122 scale Mmrc è emerso quanto segue: 41 pz hanno un grado di dispnea pari a 0, 36 pz dispnea di grado 1, 23 pz dispnea di grado 2, 13 pz dispnea di grado 3 e 8 pz dispnea di grado 4. Dalla compilazione delle 120 scale CAT per valutare l'impatto che la BPCO ha sulla vita quotidiana è emerso quanto segue: 71 pz valore tra 0-10, 37 pz valore tra 11-20, 10 pz valore tra 21-30, 1pz valore tra 31-40. A 120 pz è stata compilata la scala Morinsky per valutare l'aderenza alla terapia: 7 pz punteggio inferiore a 6 (poca aderenza), 29 pz punteggio tra 6 e 8 (media aderenza), 85 pz punteggio maggiore di 8 (molto aderente). A 29 pz forti fumatori è stato fatto il test Fagerstrom per valutare il grado di dipendenza dal fumo con i seguenti risultati: 6 pz dipendenza lieve, 12 pz dipendenza moderata, 8 pz forte dipendenza, 3 pz dipendenza fortissima. A 28 pz fumatori è stata misurata la quantità di monossido di carbonio presente nel sangue sottoponendoli al test del picometro con i seguenti risultati: 12 pz ppm tra 1 e 10, 11 pz ppm tra 11 e 20, 5 pz ppm tra 21 e 80. Durante il primo e secondo incontro sono state effettuate 105 spirometrie con i seguenti risultati: FEV1 \geq 80% 36 pz, FEV1 50-80% 38 pz, FEV1 30-50 % 24 pz, FEV1 \leq 30% 7pz.

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI NELL'AUSL VDA – DISTRETTO 3 - 4

Federica Duò - Resp. Personale Infermieristico, Ostetrico ed Assistenti Sanitari AUSL VdA;

Tiziana Cheraz - Infermiera Cure Palliative D4 AUSL VdA;

Daniela Orlassino - Infermiera Cure palliative D4 AUSL VdA;

Carmen Theodule - Infermiera Cure palliative D3 AUSL VdA.

Premesse - Background

Lo sviluppo delle cure palliative trova la sua collocazione ottimale presso il domicilio del paziente. La casa è il luogo in cui l'identità e la dignità della persona morente possono essere espresse e riconosciute fino all'ultimo. Il nucleo familiare, con l'aiuto competente e solidale di una équipe multidisciplinare, può esercitare un ruolo realmente significativo affinché gli ultimi giorni di vita del paziente trascorrono nella minore sofferenza possibile.

Obiettivi

Sviluppare la rete di assistenza domiciliare palliativa specialistica rivolta a utenti oncologici e non ampliando l'offerta anche ad un'utenza pediatrica; - Ottimizzare la presa in carico precoce della persona e del nucleo familiare e l'integrazione tra territorio e ospedale (simultaneous – continuous care); - Miglioramento dell'assistenza (riduzione del dolore, supporto ecc); - Miglioramento della qualità "di vita" e "di morte"; - Supporto ed addestramento ai caregiver in modo che possano soddisfare le esigenze primarie del malato; - Riduzione dei ricoveri e dei decessi in ospedale.

Materiali e Metodi

Dal mese di febbraio 2019 nei Distretti 3 e 4 dell'AUSL VdA è in corso un progetto che ha portato ad una riorganizzazione del servizio di cure domiciliari. La riorganizzazione prevede che un gruppo di infermieri specificatamente formati dedichino il loro tempo-lavoro alle cure palliative domiciliari. Gli infermieri sono stati individuati sulla base della esperienza, della formazione precedente e della motivazione. Diversamente dalle conoscenze e capacità, la motivazione è difficile da valutare, poiché "profonda" ed "intima". Tuttavia è proprio questa che arricchisce di significato conoscenze e capacità. Gli infermieri dedicati si avvalgono del supporto dei colleghi di cure domiciliari nelle fasce orarie in cui non sono presenti dando la propria disponibilità telefonica e lasciando consegne dettagliate relative ai pazienti in carico. È stata creata una cartella condivisa dove si possono reperire il planning quotidiano delle attività e i dati anagrafici dei pazienti, gli schemi in uso nonché le ultime consegne significative di tutti gli utenti in carico. Tutti gli infermieri delle cure domiciliari hanno accesso alla cartella sovraccitata. Gli utenti in carico al servizio di cure palliative domiciliari sono:

- Utenti inseriti in setting ADI cure palliative (di base e specialistiche)
- Utenti già in carico all'ambulatorio di cure palliative che necessitano di prestazioni domiciliari poiché impossibilitati a recarsi presso il poliambulatorio di competenza territoriale.
- Utenti ADI con particolare complessità assistenziale identificati e presi in cura congiuntamente con gli infermieri di cure domiciliari
- Pazienti pediatrici inseriti in setting assistenziale ADI

Risultati e Commento

Da febbraio 2019 un gruppo di infermieri segue in maniera prevalentemente dedicata i pazienti in cure palliative e fine vita per i quali sono richiesti determinati standard di continuità assistenziale e di clinical competence. Da febbraio 2019 a marzo 2019 è stata erogata assistenza domiciliare di cure palliative a circa 30 pazienti nei Distretti 3 e 4 dell'AUSL VDA. Sviluppo futuro potenziamento della rete negli altri Distretti e aumento delle prese in carico in CP in particolare delle cure non oncologiche.

LE CURE PRIMARIE E LE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI DELLA MEDICINA GENERALE – L'ESPERIENZA DI UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO PER IL TERRITORIO NELLA ZONA PIANA DI LUCCA

Dott. Marco Farnè, Dirigente Medico Responsabile dell'UF Cure Primarie della Zona Piana di Lucca dell'Azienda Usl Toscana Nord Ovest.

Dott. Svaldo Sensi, Infermiere, Responsabile Assistenza Infermieristica Territoriale della Zona Piana di Lucca dell'ASL Toscana NO; **Dott. Guglielmo Menchetti**, Medico, Direttore del Dipartimento della Medicina Generale dell'ASL Toscana NO; **Dott. Luigi Rossi**, Medico, Direttore di Zona Distretto Piana di Lucca dell'ASL Toscana NO.

Premesse - Background

La creazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Medicina Generale (MG) avvenuto in Regione Toscana a partire dal 2014, a seguito della definizione dell'Air per la MG, ha determinato l'avvio di un nuovo modo di interagire e collaborare tra ASL (attraverso le funzioni della UF Cure Primarie) e MMG. Nella Zona Distretto Piana di Lucca si sono creati quindi i presupposti per una profonda riorganizzazione dei servizi aziendali zonali dedicati all'assistenza domiciliare e alle attività sanitarie di comunità proprie del medico di distretto (MASC), grazie anche al ruolo emergente dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC).

Obiettivi

L'obiettivo generale del lavoro di riorganizzazione è stato quello di migliorare la qualità assistenziale sul territorio. Gli obiettivi specifici sono stati i seguenti: - stabilizzare e migliorare i rapporti professionali tra MMG, medici di distretto e IFeC; - rafforzare il senso di appartenenza dei MMG all'organizzazione aziendale e zonale; - diffondere la cultura della 'presa in carico' relativamente all'assistenza e alla cura delle patologie croniche come percorso piuttosto che erogazione di prestazioni.

Materiali e Metodi

Le 5 AFT a cui appartengono tutti i MMG della Piana di Lucca sono coordinate da un MMG eletto nell'ambito di ciascuna AFT, detto appunto Medico Coordinatore. In media ogni AFT conta ca 20 MMG e copre una popolazione di circa 25000 persone. Ogni Medico Coordinatore di AFT organizza in media 10 riunioni/anno con i colleghi della propria AFT con redazione di sintetico verbale e raccolta delle firme di presenza, occasione di scambio di informazioni e di indicazioni utili allo svolgimento dell'attività di MG e momenti di condivisione degli obiettivi e verifica dei risultati raggiunti. Ad ogni AFT è stato assegnato un Medico ASC di riferimento con la funzione di supportare il lavoro dei MMG relativamente alle questioni organizzative, logistiche e autorizzative. Dal 2014 ad oggi i 5 MMG Coordinatori sono invitati a partecipare a riunioni organizzate e condotte dal medico Responsabile dell'UF Cure Primarie della Zona il giovedì mattina, per circa 3 ore di riunione e in media 3 volte al mese, con un percorso di crescita professionale attraverso il costante confronto sulle problematiche organizzative e gestionali del territorio.

Risultati e Commento

I risultati sono stati molto positivi, in quanto, secondo il nuovo modello organizzativo, avendo creato 5 equipe infermieristiche per le Cure Primarie della Zona, i MMG di una determinata AFT lavorano sempre con gli infermieri di una determinata equipe che prendono in carico gli assistiti iscritti ai MMG di quella AFT, indipendentemente dall'indirizzo del domicilio/residenza. Questo nuovo assetto a determinato: - migliori rapporti professionali tra MMG, Medici di distretto e IFeC; - rafforzato senso di appartenenza dei MMG all'organizzazione aziendale e zonale; - diffusione della cultura della 'presa in carico' relativamente all'assistenza e alla cura delle patologie croniche come percorso piuttosto che erogazione di prestazioni.

IL DISTRETTO E I MODELLI INNOVATIVI DI RETE PER LA CRONICITÀ E FRAGILITÀ: L'ESPERIENZA DEGLI AMBULATORI DELLA SALUTE DELL'ASLCN1

Enrico Ferreri -Coordinatore Area Territoriale ASLCN1 e Direttore di Distretto

Dott. Luigi Domenico Barbero, Dott. Gabriele Ghigo, Dott. Andrea Gili, Direttore S.C. Direzione Professioni Sanitarie; Dott.ssa Basso Anna Maddalena, Coordinatore Operativo Rete della Cronicità e Fragilità Distretti ASLCN1; Sig.ra Manuela Ruatta.

Premesse - Background

Affrontare e dare risposte appropriate all'aumento delle malattie croniche, un fenomeno che si sta verificando a livello nazionale ed europeo ed è strettamente correlato all'invecchiamento della popolazione è un obiettivo prioritario della ASL CN1. Si stima, ad esempio, che almeno il 40% dei piemontesi con più di 65 anni soffra di una malattia cronica grave e che a livello mondiale circa il 70-80% delle risorse sanitarie sia impiegato per la gestione delle malattie croniche. In questa direzione verrà applicato un modo diverso di strutturare la presa in carico dei malati cronici privilegiando il territorio e la domiciliarità e affidando invece agli ospedali la competenza sulle urgenze e sull'alta specializzazione.

Obiettivi

Applicazione delle direttive del PNC 2016 e sviluppo dell'Integrated Community Care per la presa in carico delle persone con patologia cronica. Attività di prevenzione primaria per le persone a rischio.

Materiali e Metodi

Implementazione di modelli innovativi di presa in carico basati sugli Ambulatori della Salute gestiti da infermieri con formazione avanzata. Interazione e integrazione fra le diverse professionalità appartenenti sia all'ASL CN1 sia all'A.O. S. Croce e Carle di Cuneo; Valorizzazione del ruolo centrale dei Medici di Medicina Generale; Elaborazione di piani di cura personalizzati per gli assistiti; Sviluppo delle responsabilità del ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità quale attore di connessione sistemica per l'integrazione delle cure e la partecipazione attiva delle comunità Sviluppo dell'utilizzo di strumenti di telemedicina per il monitoraggio a distanza e del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Risultati e Commento

Attivazione di 12 Ambulatori della Salute sul territorio dal 2016 al 2019. Assegnazione di 12 infermieri case manager (al momento si dividono tra attività ambulatori della salute e servizio di cure domiciliari) di cui 8 con Master di primo livello in infermieristica di famiglia e di comunità. Presa in carico di 800 persone con patologia cronica su invio del MMG. Attivazione di corsi di autogestione della malattia cronica e autogestione Diabete Mellito tipo due secondo il modello Stanford. Attivazione di gruppi di cammino e di attività fisica adattata. Serate informative con la popolazione sulla prevenzione e promozione salute. Strutturazione di attività di prevenzione nelle scuole per stili di vita salutari.

IL TERRITORIO COME FULCRO PER LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE ALLA SALUTE DELLA COMUNITÀ: IL PERCORSO DI SOSTEGNO ALLA PATERNITÀ NELLA PIANA DI LUCCA

Patrizia Fistesmaire, Consultorio Campo di Marte, loc. Cittadella della Salute Lucca

A cura di: **Andrea Angelucci**, Dirigente Psicologo UF Salute Mentale Adulti; **Irene Patassini**, Psicologa Specializzanda in psicoterapia presso UF Consultoriale e UF Salute Mentale Infanzia e Adolescenza; **Patrizia Fistesmaire**, Dirigente Psicologa e Responsabile UF Consultoriale Zona Piana di Lucca; **Luigi Rossi**, Direttore Zona Distretto Piana di Lucca.

Premesse - Background

Nella letteratura si assiste negli ultimi anni un passaggio da una prospettiva diadica (madre-bambino), alla valorizzazione del ruolo paterno, sia nella relazione diretta con il figlio, sia in una relazione triadica (padre-madre-bambino). Per l'uomo, come per la donna, la transizione alla genitorialità rappresenta un periodo di vulnerabilità psicologica. (Baldoni F, Funzione di base sicura e disturbi affettivi paterni 2012). I padri preoccupati, troppo emotivi o depressi possono, quindi, costituire uno svantaggio per l'equilibrio emotivo della propria compagna e per il buon andamento del rapporto tra madre e bambino (Luca, Bydlowsky 2001). È necessario che in un'ottica di prevenzione del disagio genitoriale, nell'ambito delle iniziative a sostegno della genitorialità si tenga conto delle dinamiche psicologiche e dei vissuti di entrambi i genitori, in una prospettiva familiare triadica.

Obiettivi

Tra le funzioni principali del Consultorio familiare c'è la prevenzione del disagio della comunità. Il sostegno alla genitorialità si configura come un valido investimento in termini di salute mentale della popolazione, poiché ha una ricaduta sia sugli adulti che sui bambini. Dal 2016 il Consultorio della Piana di Lucca ha valorizzato gli interventi sui futuri genitori, considerando la prevenzione della depressione post partum come un'azione prioritaria nell'impatto con la coppia e con il bambino. Il ruolo del padre, in quanto figura intermedia tra la madre e il neonato, è decisivo per mitigare il disagio e attivare uno stato di benessere della famiglia. "Divenire papà" si configura come uno spazio di ascolto e condivisione, condotto e facilitato da uno psicologo, in un clima informale e rilassato che valorizza la dimensione del gruppo.

Materiali e Metodi

Lo strumento utilizzato è il gruppo, inteso come "gruppo di lavoro" (Bion 1961; Neri 1975). Uno spazio aperto e organizzato al tempo stesso, ove si incontrano futuri padri e neo padri, in un percorso condiviso. La modalità di accesso al gruppo aperta, che fa sì che ad ogni incontro possano presentarsi nuovi partecipanti, crea l'opportunità di uno spazio di confronto più ampio e dinamico. Gli incontri iniziano con un giro di presentazione durante il quale ognuno dei partecipanti esprime il suo vissuto personale, le sue preoccupazioni e le sue aspettative, una successiva fase di attività con esperienze guidate, o dibattito, con cui vengono affrontati i principali aspetti del diventare padre, in seguito viene dato un ampio spazio alla condivisione e rielaborazione dei temi emersi. Ai partecipanti è stato somministrato il Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (Baldoni, Matthey, Agostini, Schimmenti and Caretti 2016) al fine di rilevare, senza alcuno scopo diagnostico, come i partecipanti si sentono relativamente ad alcuni aspetti e se le risposte sono in relazione con il fatto di divenire o di essere padre.

Risultati e Commento

Lo psicologo conduttore ha rilevato al momento di accesso lo stato di benessere psichico dei partecipanti rispetto ad alcuni indicatori. Dall'analisi dei self report e dalle considerazioni cliniche è emerso un impatto molto positivo in termini di salute psichica e benessere dei futuri e neo padri.

Nel 2018 sono stati circa un centinaio i partecipanti ai gruppi e il servizio è oggi ben integrato e conosciuto nel territorio lucchese.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2 NON COMPLICATO DELL'AUSL DI REGGIO EMILIA: ANALISI DELLA PERFORMANCE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Alessandra Fontò, Dipartimento di Cure Primarie – Area Nord, Medico specialista ambulatoriale in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie.

Elena Corradini, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; **Fabio Pignatti**, Dipartimento di Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia; **Mirco Pinotti**, Dipartimento di Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia; **Simone Storani**, Dipartimento di Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia; **Francesco Venturelli**, Servizio di Epidemiologia AUSL-IRCCS di Reggio Emilia; **Marina Greci**, Dipartimento di Cure Primarie AUSL-IRCCS di Reggio Emilia.

Premesse - Background

Nella provincia di Reggio Emilia il modello assistenziale della Gestione Integrata (GI) dei pazienti affetti da Diabete Mellito di tipo 2 non complicato è attivo dal 2000, mentre dal 2017 è stato validato il PDTA della Gestione Integrata del Diabete di tipo 2 non complicato. I soggetti inclusi all'interno di tale percorso devono essere in compenso metabolico stabile, senza esclusivo trattamento insulinico e con emoglobina glicata $\leq 7\%$ (età < 75 aa) o $\leq 8\%$ (età > 75 aa), senza complicanze micro-macro vascolari medio-severe. Al Medico di Medicina Generale (MMG) è affidato il compito di eseguire le visite di follow-up orientate alla patologia diabetica presso il proprio ambulatorio, prescrivere gli esami di controllo e l'invio presso il Servizio Diabetologico (SD) secondo le tempistiche previste da PDTA.

Obiettivi

Lo scopo dello studio è stato quello di analizzare per l'anno 2017 gli indicatori di processo e la performance dei MMG dell'AUSL di R. E. e valutare, quale indicatore di esito intermedio, il valore medio di emoglobina glicata. L'analisi si è focalizzata sul Distretto di R. E. al fine di confrontare i risultati ottenuti con quelli relativi al 2015, ove disponibili, e di valutare quanto l'applicazione del PDTA e la relativa formazione avesse inciso sull'operato dei MMG.

Materiali e Metodi

L'analisi è stata condotta valutando i dati provenienti dalle seguenti fonti: database dei SD, prestazioni di specialistica ambulatoriale, database dei MMG e database dell'Assistenza domiciliare. Sono stati valutati come appropriatamente seguiti in GI, quei casi in cui è stata riscontrata la presenza di almeno 3 visite mediche del MMG con congrua distribuzione nel corso dell'anno, almeno 2 dosaggi dell'emoglobina glicata nell'anno a distanza non inferiore di 3 mesi, almeno 1 dosaggio di microalbuminuria nell'anno ed una visita presso il SD effettuata da non oltre 3 anni. Sono stati valutati con criteri parziali i casi di GI iniziata o chiusa nell'anno.

Risultati e Commento

Nel 2017 è stato registrato un miglioramento degli indicatori di processo quali il dosaggio dell'emoglobina glicata e della microalbuminuria, pur essendo stati seguiti appropriatamente il 62% dei casi, dato in calo rispetto al precedente probabilmente in quanto, a seguito di un aumento della quota totale dei pazienti in GI, si è resa sempre più necessaria una maggiore organizzazione da parte dei MMG nell'eseguire le visite e richiedere gli esami di laboratorio nel numero e nelle tempistiche previste da PDTA. Pertanto l'entrata in vigore del PDTA ha contribuito a standardizzare ed uniformare a livello provinciale la presa in carico di tali assistiti e, pur avendo già raggiunto risultati soddisfacenti, sono ipotizzabili ulteriori miglioramenti a fronte di una maggiore organizzazione ambulatoriale da parte dei MMG.

ASSISTENZA PROTESICA NELLA ASL SALERNO: IL PASSAGGIO DA FORNITURA DI PRODOTTO A SERVIZIO ESEMPIO DI BUONE PRASSI IN TEMA DI SOSTENIBILITÀ E GREEN SERVICE IN SANITÀ

Grazia Gentile, Responsabile Servizio Dipartimentale Riabilitazione e Protesica ASL Salerno

Premesse - Background

Il Servizio di Assistenza Protesica assicura all'interno dei LEA assistenza integrativa e protesica attraverso l'erogazione di protesi, ortesi, ausili con oneri a carico del S.S.N., secondo le norme contenute nel D.M. 322 del 27/08/1999 e del DPCM 12/01/2017. In particolare, l'erogazione riguarda le protesi: prodotti finalizzati al recupero di una funzione corporea sostituenti parti del corpo mancanti (es. arto artificiale); ortesi: prodotti finalizzati al recupero di una funzione corporea che aumentano e/o migliorano le funzionalità di parti del corpo (es. tutori, scarpe, plantari); ausili: prodotti finalizzati allo svolgimento delle attività della vita riferibili a prodotto, strumento, attrezzatura o sistema tecnologico utilizzato da persona disabile per prevenire, compensare, alleviare o eliminare una menomazione/disabilità (es. carrozzine, materassi antidecubito, letto ortopedico).

Obiettivi

Migliorare efficienza e sostenibilità nella fornitura di ausili agli utenti della ASL Salerno.

Materiali e Metodi

Indizione di bando semplificato nell'ambito del sistema dinamico di acquisizione della P.A. (SDAPA) per fornitura di ausili tecnici e servizi per persone disabili comprendente l'esecuzione di servizi specifici: sopralluogo, trasporto, consegna, installazione, istruzioni, ritiro, sanificazione, manutenzione, ricondizionamento, gestione, implementazione di Magazzino Unico Aziendale; realizzazione di procedure informatiche; addestramento degli Operatori Distrettuali ad utilizzo dei supporti informatici per la Gestione Ausili a Magazzino.

Risultati e Commento

I dati relativi ai primi sette mesi di implementazione del servizio (01/07/2018-28/02/2019) documentano che il numero di utenti destinatario di ausili è di n.3502 per un totale di ausili pari a n. 4664 dei quali il 16% risulta in ausili non consegnati, per sopravvenuto decesso, scarsa compliance, ricovero del paziente. Gli ausili consegnati sono n.3917 (media aziendale mensile n. 560) dei quali il 57% ausili nuovi ed il 43% ricondizionati. Le procedure distrettuali per la fornitura di ausili prevedono: prescrizione dei Medici Prescrittori, autorizzazione dell'U.O. Distrettuale tenuta a verificare su supporti informatici la disponibilità in magazzino di ausili ricondizionati prioritariamente ad acquisto ausili nuovi, consegna a domicilio ed istruzioni all'utente; recupero dell'ausilio a domicilio dell'utente se venute meno o modificate le condizioni di utilizzo. L'indice di riciclo per singolo ausilio è pari ad un valore tra 80% e 100% (es. materassi ad aria, deambulatori, sollevatori) e tra 65% e 100% (es. carrozzine). L'esplosione del dato economico nel Distretto Sanitario n. 60 dell'ASL Salerno preso a campione evidenzia che, nel periodo 01/07/2018-15/03/2019, su un totale di 293 ausili ricondizionati consegnati, il confronto tra costi derivanti dalle procedure di gestione ausili a magazzino (ricondizionamento) e costi attesi da acquisto ausili nuovi risulta di € 33.896,15 a fronte di € 145.165,55, ed attesta un risparmio per l'ASL Salerno di € 111.269,40. La proiezione dei dati preliminari presentati evidenzia un risparmio atteso di € 203.066,65/anno nel Distretto Sanitario scelto a campione e di € 2.639.866/anno per i 13 Distretti Sanitari dell'ASL Salerno (popolazione assistita a pari a n.1.106.506 abitanti). Il n. di ausili annui ricondizionati atteso per anno risulta pari a 502 nel Distretto preso a campione e di n. 6530 nei 13 Distretti della ASL di Salerno. Su una spesa complessiva annua per Assistenza Protesica per l'ASL Salerno di 20 milioni di euro, il risparmio atteso dai dati preliminari presentati documenta una riduzione della spesa del 13%, dato fortemente positivo ed ulteriormente apprezzabile in considerazione dei risvolti in termini di sostenibilità ambientale ottenuti dal ritiro e ricondizionamento degli ausili, un tempo destinati a giacenze di magazzino e progressivo deterioramento.

ASSISTENZA DOMICILIARE E CAREGIVER FAMILIARE: PRENDERSI CURA DI CHI SI PRENDE CURA RISULTATI DI INDAGINE CONOSCITIVA NELLA ASL SALERNO

Grazia Gentile, Responsabile Servizio Dipartimentale Riabilitazione e Protesica ASL Salerno
Maria Carmen Pagano, Medicina e Chirurgia-Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro

Premesse - Background

Derivato dal termine anglosassone Caregiver e d'entrata ormai stabilmente nell'uso comune, indica "colui che si prende cura" e si riferisce naturalmente a tutti i familiari che assistono un loro congiunto ammalato e/o disabile. Figura cardine per l'attivazione dei percorsi assistenziali, sanitari e socio-sanitari, propri dell'Assistenza Domiciliare Integrata, i Caregiver sono le figure non professionali coinvolte nel progetto assistenziale che hanno contatti stabili con paziente, solitamente membri della famiglia o conviventi. L'incremento della popolazione anziana, il progressivo aumento delle malattie croniche e degenerative che richiedono servizi di assistenza a lungo termine, la necessità di efficientare l'utilizzo delle risorse economiche privilegiando setting assistenziali adeguati alla domanda di salute, l'acquisizione scientifica dei vantaggi delle cure a domicilio in termini di outcome e di umanizzazione dell'assistenza, e, non ultima, la crescente domanda delle persone e delle loro famiglie, hanno condotto allo sviluppo dei servizi di cure domiciliari, inducendo radicali cambiamenti dei modelli organizzativi delle aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere.

Obiettivi

Valutare la tipologia di caregiver sul setting dell'Assistenza Domiciliare Integrata ed Integrata Pediatrica nel territorio della ASL di Salerno.

Materiali e Metodi

Indagine Conoscitiva su tipologia del Caregiver su campione rappresentativo di n. 543 pazienti pari al 6,6% della popolazione assistita in Assistenza Domiciliare Integrata nella ASL Salerno. Fonte: Cruscotto Direzionale Cure Domiciliari e Cure Domiciliari Pediatriche della ASL Salerno - Anni: 2015-2016.

Risultati e Commento

I dati ottenuti dall'indagine condotta evidenziano, su un totale di n. 543 caregiver screenati, le seguenti tipologie di Caregiver: figlia 34%, figlio 17%, moglie 11%, nipote 6%, nuora 6%, marito 5%, sorella 3%, conoscente 2%, genero 2%, badante 2%, fratello 1,5%, madre 1,3 % padre 1,3%, cognato 0,4%, cognata 0,2%, convivente 0,2% altro parente 6,5%, Servizi Sociali Comune 0,6%. Relativamente al setting pediatrico, la figura di caregiver individuata è nella totalità dei casi rappresentata dalla madre. Relativamente alla tipologia di genere, i dati evidenziano che il 55% dei Caregiver presenti sul setting dell'Assistenza Domiciliare è composto da donne, il 45% da uomini. Relativamente al dato economico, l'indagine ha rilevato che il 95,4% dei caregiver svolge il suo compito sostanzialmente a titolo gratuito quale Caregiver familiare, a fronte del 2,6% che riceve remunerazione economica. Pur considerando che in Sanità Caregiver indica una o più persone esterne ai servizi che si prende/prendono cura di un paziente che necessita di aiuto e potendosi produrre una classificazione delle tipologie possibili di Caregiver attese all'interno delle organizzazioni sanitarie: Caregiver formale: persona retribuita, ad esempio assistente domiciliare, Caregiver informale: persona non retribuita familiare, rete amicale, volontariato, Caregiver organizzativo: persona che cura aspetti organizzativi ed economici, Caregiver operativo: persona che fornisce prestazioni di aiuto, i dati presentati evidenziano come nel tessuto socio-sanitario dell'ASL di Salerno la disabilità vede ancora oggi la famiglia principale area gravitazionale in cui collocare i bisogni assistenziali dell'utente ad elevata fragilità e cronicità assistito in Assistenza Domiciliare.

LA TERAPIA OCCUPAZIONALE NELLA DEMENZA : CURE E CARING

A.M. Malagnino - Dirigente Medico Geriatria

A. Napolitano - Terapista Occupazionale Centro Disturbi Cognitivi e Demenza – DS 28 – ASL Napoli1 Centro

Premesse - Background

Il Piano Nazionale per le demenze (Accordo Stato-Regioni 2014) , recepito dalla Regione Campania - DGRC 52 del 29/05/2015 "Indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la presa in carico delle persone con demenza: verso il P.D.T.A. demenze". BURC n. 36 ,11/06/2015, prevede terapia e presa in carico del paziente e della sua famiglia. La terapia è farmacologica (per il disturbo cognitivo e per il controllo dei disturbi comportamentali) e psicosociale (riattivazione cognitiva, terapia di orientamento alla realtà, terapia occupazionale).

Obiettivi

Nell'ambito dei trattamenti possibili, si vuole dimostrare come la terapia occupazionale (TO) possa rappresentare un importante strumento di cure e caring per il paziente e la famiglia.

Materiali e Metodi

A febbraio 2015 è iniziata una attività sperimentale di prestazioni ambulatoriali di TO nel Centro Demenza e Disturbi Comportamentali del DS 28, ASL NA1C. A febbraio 2019 la popolazione trattata comprendeva 114 soggetti con demenza lieve/moderata ($CDR \leq 3$), > 65 anni, accompagnati dal caregiver di riferimento. Il percorso terapeutico (cure) basato sul Model of Human Occupation (MOHO), è attuato utilizzando la Canadian Occupational Performance Measure (COPM), che consente di rilevare la performance occupazionale e la soddisfazione del malato. La presa in carico (curing) coinvolge obbligatoriamente il caregiver, che viene sottoposto a training educativo specifico per le aree problematiche individuate, per fornire strategie d'intervento atte a stimolare la capacità di generalizzazione del malato, oltre a strumenti operativi per protesizzare l'ambiente domestico.

Risultati e Commento

La variazione, misurata al tempo 0 e dopo 10 trattamenti, è stata : + 1,06 per la performance occupazionale e + 2,18 per la soddisfazione del malato. L'alta frequenza di basso livello scolastico del caregiver ha impedito l'impiego del Caregiver Burden Inventory (CBI), risultando difficoltosa o impossibile l'autosomministrazione. Pertanto, è stata costruita una scheda, che può essere somministrata anche dal terapeuta, per la valutazione, da parte del caregiver, del percorso terapeutico/educativo in base ai risultati ottenuti. Tutti i caregivers hanno dato il punteggio massimo. La TO si conferma essere una modalità di trattamento non farmacologico nella demenza che dà risultati altamente positivi nelle abilità occupazionali e, anche di più, nella qualità percepita. Ci si prefigge di misurare le impressioni del caregiver, circa i risultati ottenuti, allo scopo di valutare la tenuta nel tempo dei trattamenti di TO nel malato a condizioni cliniche invariate.

DOCUMENTO ORGANIZZATIVO: RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI DISTRETTUALI

Dott.ssa Maria Pia Minutella, Dott.ssa Maria Rosa Policicchio, Dott.ssa Luisa D'Avino, Dott.ssa Addolorata Ruggiero, Specialiste in Igiene e Medicina Preventiva; Dr.ssa Annunziata Pizzella, Dirigente Sociologo della U.O.C Controllo Qualità.

Premesse - Background

I servizi integrati sono prestazioni di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, socio-sanitario e sociale effettuate da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse.

Obiettivi

L'obiettivo è: Migliorare la comunicazione e l'informazione tra i Servizi Territoriali, il Presidio Ospedaliero, i MMG / PLS al fine di fornire una risposta appropriata ai bisogni socio-sanitari del paziente; Definire il setting assistenziale più appropriato per il paziente; Supportare i care giver nel percorso di assistenza al paziente; Semplificare le modalità di accesso ai percorsi socio-assistenziali; Valorizzare gli aspetti relazionali nell'approccio e nell'assistenza del paziente; Assicurare il monitoraggio dei processi; Monitorare i processi delle ditte in outsourcing a supporto delle prestazioni sanitarie; Favorire l'Audit al fine di evidenziare criticità al processo e individuare le opportune azioni di miglioramento.

Materiali e Metodi

Tutto ciò è possibile in quanto è stato adottato dalla Regione Campania un modello di costing estremamente innovativo, il Time-Driven Activity-Based Costing, focalizzato sulle risorse assorbite nelle giornate di cura previste dal piano assistenziale individuale. Per ciascun livello di cure domiciliari è possibile definire tre profili assistenziali e per le cure palliative viene utilizzata una scheda con un punteggio che va da 1 a 3. Attraverso questo modello di costing è possibile monitorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, le modalità organizzative ed economiche del Servizio Cure domiciliari. Il monitoraggio del processo è fondamentale per la determinazione del miglioramento continuo dello stesso. A tal fine sono utilizzati: gli indicatori stabiliti dalle linee guida della Regione Campania relativamente alle cure domiciliari; il questionario customer satisfaction; la rendicontazione delle prestazioni delle cure domiciliari attraverso la procedura LEA SOCIOSAN; la verifica a campione al domicilio dei pazienti; l'analisi dei dati che comporterà l'adozione di azioni per migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e l'organizzazione del percorso. In particolare l'analisi relativa all'assistenza si è ottenuta con il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) dato dal rapporto delle giornate effettive di assistenza e le giornate di cura previste nel Piano Assistenziale Individuale di pazienti ultrasessantacinquenni presi in carico sul totale over 65 anni della popolazione ASL Napoli 1 Centro dell'anno 2017 vs quelli dell'anno 2018, come da tabella.

Risultati e Commento

Dall'analisi di tali dati è risultato un incremento di tutti i Coefficienti di Intensità Assistenziale dell'anno 2018 rispetto all'anno 2017. Si è valutato, inoltre, attraverso i questionari il grado di soddisfazione del paziente e dei familiari nelle varie fasi del processo assistenziale. Pertanto è evidente che la riorganizzazione dei servizi sul territorio è stata più rispondente ai bisogni specifici della popolazione, in particolare delle fasce deboli, e che la stessa, essendo stata impostata su criteri di razionalizzazione, ottimizzazione delle risorse e di sostenibilità del sistema porterà ad un'assistenza più appropriata ed ad una riduzione dei costi.

IL CARDIOLOGO NEL CAP: REALTÀ E PROSPETTIVE

Burelli Lisa - Coordinatore Infermieristico Specialistica Ambulatoriale, **Cum Sandra** - Infermiere Specialistica Ambulatoriale, **Mattiussi Bruna** - Direttore Distretto, **Mariotti Laura** - Infermiere Specialistica Ambulatoriale, **Odasmini Bruna** - Responsabile Infermieristico, **Pezzetta Luciana** - Infermiere Specialistica Ambulatoriale, **Picco Francesca** - Cardiologo CAP, **Tricase Brigida** - Medico Cure Primarie, **Vidoni Gloria** - Infermiere Specialistica Ambulatoriale.

Premesse - Background

Il centro di assistenza primaria (CAP) introdotto in FVG dalla legge di riforma sanitaria 17/2014 rappresenta il luogo d'integrazione fra medici di medicina generale, specialisti e professionisti del Distretto Sanitario in cui prende corpo una sanità moderna che mette al centro il cittadino. Nei soggetti diabetici la mortalità è superiore del 30-40% rispetto alla popolazione non diabetica. Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morbosità e mortalità nei soggetti diabetici, con conseguente aumento dei relativi costi diretti e indiretti. In considerazione del continuo aumento di prevalenza del diabete, rappresentante una vera emergenza epidemiologica, è sempre più evidente la necessità di attuare nella popolazione diabetica un'azione strutturata di prevenzione cardiovascolare, che preveda una stretta collaborazione fra MMG, diabetologi, cardiologi, infermieri e altri professionisti. Numerose evidenze scientifiche provano che nei pazienti diabetici l'intervento intensivo e multiprofessionale teso all'ottimizzazione di tutti i fattori di rischio cardiovascolare, mediante modificazione dello stile di vita e terapia farmacologica, è efficace nel prevenire le complicanze acute e croniche della patologia. Alla luce di tali considerazioni è stato avviato presso il CAP di Povoletto/Tarcento un programma di screening cardiologico dei pazienti diabetici.

Obiettivi

Effettuare la stratificazione del rischio dei pazienti diabetici, valutando l'eventuale presenza di danno d'organo a livello cardiaco e vascolare; Identificare eventuali patologie cardiache attive; Trattare intensivamente tutti i fattori di rischio cardiovascolare associati, con obiettivi terapeutici condivisi.

Materiali e Metodi

Nel periodo novembre 2017- dicembre 2018 sono stati valutati dal punto di vista cardiologico 93 pazienti, identificati dagli MMG secondo criteri condivisi nell'equipe; ogni assistito identificato è stato chiamato dall'infermiere che ha proposto/fissato un appuntamento presso il CAP mediante apposita agenda informatizzata; il paziente è stato invitato a presentarsi con tutta la documentazione clinica, esami di laboratorio recenti, scatole dei farmaci assunti.

Risultati e Commento

Da novembre 2017 a dicembre 2018 sono stati valutati 93 pazienti diabetici (58 uomini e 35 donne) con una età media di 67 anni. 56 pazienti (il 60%) sono risultati a rischio elevato e 37 (il 40%) a rischio molto elevato; solo 20 pazienti su 88 (23%) sono risultati normopeso, 36 (41%) sovrappeso e 32 pazienti (36%) obesi. Il 20% è risultato fumatore attivo. La popolazione di diabetici sottoposta a screening si caratterizza per uno scarso controllo dei fattori di rischio cardiovascolari, una stadiazione spesso incompleta o assente, un'elevata incidenza di patologie cardiovascolari significative e un notevole bisogno di interventi educativi e di ottimizzazione terapeutica. La valutazione cardiologica si è rilevata molto importante, ma sarebbe ancora più efficace se si potessero valorizzare e nel contempo potenziare gli aspetti educazionali nei confronti del paziente. È di fondamentale rilevanza integrare la visita di cardiologia preventiva sia con una valutazione approfondita degli stili di vita (alimentazione e attività fisica) sia aumentando la conoscenza della malattia da parte degli utenti (utilizzo farmaci, prevenzione piede diabetico, segni e sintomi da presidiare). È stato quindi istituito presso il CAP l'ambulatorio di educazione terapeutica gestito da infermieri, che lavorano in equipe con MMG e cardiologo.

“VALUTAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA PRESA IN CARICO DEGLI UTENTI FRAGILI IN CURE DOMICILIARI – ASL NA1 DS 28”

Giuseppe Papaccioli, responsabile U.O. Fasce Deboli e Cure Domiciliari – Distretto 28, ASL Napoli 1 Centro.

Pasquale Di Vaia - Dirigente Medico ADI – Distretto 28, ASL Napoli 1 Centro;

Riccardo Rossiello - Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Igiene.

Premesse - Background

Le professionalità sanitarie impegnate nel UOS Fasce Deboli e Cure Domiciliari sono chiamate a intercettare i bisogni dei pazienti fragili nella pratica clinica e individuare un progetto di salute per la persona e non solo per la malattia, in particolare alla luce delle difficoltà di una zona periferica come l'8° Municipalità, attraverso il dialogo tra i differenti professionisti della Sanità e i pazienti spesso inquieti o fin anche esasperati. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale con relativo impegno di risorse.

Obiettivi

Si è lavorato per dare una risposta alla maggiore necessità di accessi infermieristici e riabilitativi in modo da rispondere all'impatto crescente delle malattie croniche con uno sforzo ulteriore nel 2018 rispetto all'anno precedente. Si è proseguito verso l'ottimizzazione di obiettivi dell'ADI come: offrire un percorso di assistenza con diminuzione dei ricoveri ospedalieri, assicurare la continuità assistenziale, recuperare le capacità residue di autonomia e di relazione, migliorare la qualità di vita dei pazienti. Altro obiettivo è stato facilitare l'accesso in ADI del paziente attraverso la ricezione delle proposte di accesso del MMG con mezzi informatici.

Materiali e Metodi

Per intercettare i bisogni degli utenti che necessitavano di ADI è stata effettuata una disamina di tutte le proposte dei MMG per l'inserimento degli utenti in ADP. Dalle proposte sono stati sottratti e inseriti in ADI gli utenti affetti da Scopenso Cardiaco, Diabete, BPCO, Sclerosi Multipla. In questi casi si è resa necessaria la presenza di 1 infermiere almeno 1 volta a settimana per i controlli dei parametri vitali e del Terapista della Riabilitazione ove necessario. Il lavoro consta in un'attenta analisi descrittiva che partendo dal numero di utenti arruolati in ADI divisi per quartiere, analizza l'impegno orario del personale ASL preposto e il conseguente consumo di risorse, infine esamina il volume di accessi totale e distinto per profili.

Risultati e Commento

Per i soggetti con handicap è stata incrementata l'attività di assistenza riabilitativa con fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti. Ci siamo soffermati sugli accessi dei MMG e si è evidenziata una differente percentuale di presa in carico degli utenti fragili tra quartieri che ha consentito una riqualificazione della Medicina di Prossimità: serve una medicina generale proattiva efficace per ottimizzare l'offerta verso la domanda, con il censimento dei bisogni dei propri assistiti in condizioni di non autosufficienza ed un'offerta attiva di assistenza domiciliare integrata. Per quanto riguarda gli OSS l'impegno di spesa è condiviso al 50% con il Comune ed è importante un'attenta analisi dei costi poiché vi sono numerose variabili da prendere in considerazione tra cui l'eventuale compartecipazione dell'utente in base ad indicatori economici. A determinare l'elevata intensità assistenziale concorrono le criticità cliniche legate all'autosufficienza e al supporto di caregiver. Esistono poi criticità organizzative e strumentali per riuscire ad ottenere i dati disaggregati degli accessi domiciliari da inserire in procedura Saniarp e difficoltà di integrazione dei dati delle diverse realtà operative inserite all'interno del percorso.

IL LAVORO DELLA DIREZIONE SOCIOSANITARIA DEL DS 28 NELL'ULTIMO TRIENNIO PER LE FRAGILITÀ DEL TERRITORIO. LA COSTRUZIONE DELL' A.D.I., DEL P.D.T.A., DELLE A.F.T. E DELLA U.C.C.P. VERSO LA GUIDA DELLE U.O.S. DISTRETTUALI

Beniamino Picciano - Direzione Sanitaria Distretto 28, ASL Napoli 1 Centro

Elena De Rosa - Coordinatore Attività "PDTA" Ds 28, ASL Napoli 1 Centro;

Riccardo Rossiello - Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Igiene.

Premesse - Background

Le professionalità impegnate nella Direzione distrettuale hanno lavorato nell'ultimo triennio a una serie di necessità operative e costruzione di percorsi in linea con lo specifico bisogno del territorio e delle sue fragilità. Fondamentale è stato il lavoro di costruzione della comunicazione tra i Medici di Medicina Generale e Servizi distrettuali, in funzione della integrazione delle competenze, in completamento e continuità tra 1°, 2° e 3° livello assistenziale, realizzando un "trades d'union" tra la dimensione monoprofessionale - AFT e la realizzazione pluriprofessionale integrata del poliambulatorio avanzato - UCCP. Tra i nuovi modelli di organizzazione sanitaria, accanto al Chronic Care Model, vi è la Medicina di Prossimità. Questa è il presupposto, attraverso il «legame fiduciario» e il «team assistenziale integrato sociosanitario», per la presa in carico effettiva del paziente complesso seguito in PDTA nel setting ideale della UCCP.

Obiettivi

L'obiettivo di tale operazione è la risposta ai bisogni globali del paziente. La direzione distrettuale ha lavorato ai prerequisiti di tale organizzazione: 1) la costruzione delle procedure delle cure domiciliari ADI, i collegamenti con l'ADO e la guida e indirizzo degli operatori della cooperativa impegnati a domicilio dei pazienti 2) la costruzione faticosa di un format reale e unitario per tutti i PDTA 3) la promozione della comunicazione tra operatori e professionisti impegnati nei PDTA.

Materiali e Metodi

Nell'ottemperanza del nuovo Atto Aziendale si sta lavorando alla riorganizzazione delle 4 UOS del Distretto territoriale: UOASB, UOMI, UO Fragilità e Cure Domiciliari, RSA e alla integrazione e formulazione di percorsi condivisi con i servizi dipartimentali presenti nel distretto: l'UOPC, NONPI, UOSM e SER.D. Si procede alla organizzazione di momenti proattivi di prevenzione primaria e secondaria attraverso giornate di apertura del Distretto a visite ed esami gratuiti e momenti specifici organizzati sul territorio. Si intensifica la prevenzione terziaria, per fronteggiare le complicità in soggetti con malattie croniche, attraverso colloqui psicologici, lavoro con i caregiver e presa in carico dei pazienti in ADI e in ADO. Il metodo di lavoro prevede conduzione di gruppi, tavoli integrati, UVI, momenti di comunicazione trasversale e interventi sociosanitari di equipe per prendersi cura del paziente di ogni età e della famiglia.

Risultati e Commento

È necessario superare le resistenze alla condivisione dei risultati raggiunti con il lavoro di ogni singolo gruppo e professionista attraverso una governance che contrasti individualismi a favore del paziente particolarmente fragile per il quale occorre un interessamento multidimensionale e multiprofessionale.

“VALUTAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA PRESA IN CARICO DEGLI UTENTI FRAGILI IN CURE DOMICILIARI –ASL NA1 DS 28”

Beniamino Picciano - Direzione Sanitaria Distretto 28, ASL Napoli 1 Centro

Giuseppe Papaccioli, Responsabile U.O. Fasce Deboli e Cure Domiciliari – Distretto 28, ASL Napoli 1 Centro;

Pasquale Di Vaia, Dirigente Medico ADI – Distretto 28, ASL Napoli 1 Centro;

Riccardo Rossiello, Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Igiene.

Premesse - Background

Le professionalità sanitarie impegnate nel UOS Fasce Deboli e Cure Domiciliari sono chiamate a intercettare i bisogni dei pazienti fragili nella pratica clinica e individuare un progetto di salute per la persona e non solo per la malattia, in particolare alla luce delle difficoltà di una zona periferica come l'8° Municipalità, attraverso il dialogo tra i differenti professionisti della Sanità e i pazienti spesso inquieti o fin anche esasperati. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale con relativo impegno di risorse.

Obiettivi

Si è lavorato per dare una risposta alla maggiore necessità di accessi infermieristici e riabilitativi in modo da rispondere all'impatto crescente delle malattie croniche con uno sforzo ulteriore nel 2018 rispetto all'anno precedente. Si è proseguito verso l'ottimizzazione di obiettivi dell'ADI come: offrire un percorso di assistenza con diminuzione dei ricoveri ospedalieri, assicurare la continuità assistenziale, recuperare le capacità residue di autonomia e di relazione, migliorare la qualità di vita dei pazienti. Altro obiettivo è stato facilitare l'accesso in ADI del paziente attraverso la ricezione delle proposte di accesso del MMG con mezzi informatici.

Materiali e Metodi

Per intercettare i bisogni degli utenti che necessitavano di ADI è stata effettuata una disamina di tutte le proposte dei MMG per l'inserimento degli utenti in ADP. Dalle proposte sono stati sottratti e inseriti in ADI gli utenti affetti da Scompenso Cardiaco, Diabete, BPCO, Sclerosi Multipla. In questi casi si è resa necessaria la presenza di 1 infermiere almeno 1 volta a settimana per i controlli dei parametri vitali e del Terapista della Riabilitazione ove necessario. Il lavoro consta in un'attenta analisi descrittiva che partendo dal numero di utenti arruolati in ADI divisi per quartiere, analizza l'impegno orario del personale ASL preposto e il conseguente consumo di risorse, infine esamina il volume di accessi totale e distinto per profili.

Risultati e Commento

Per i soggetti con handicap è stata incrementata l'attività di assistenza riabilitativa con fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti. Il ricorso a tali trattamenti è dovuto al profilo patologico, complesso, con cui si presenta il paziente specie per una sequela di una patologie acute o più spesso per patologie croniche riacutizzate. Ci siamo soffermati sugli accessi dei MMG e si è evidenziata una differente percentuale di presa in carico degli utenti fragili tra quartieri che ha consentito una riqualificazione della Medicina di Prossimità. Con questo lavoro preliminare si sono gettate le basi per ottenere attraverso l'aggregazione dei dati un'ottimizzazione della governance gestionale dell'ADI consentendo una programmazione per gli anni successivi attagliata agli effettivi bisogni riscontrati con un'ottimizzazione dell'impiego delle risorse infermieri Vs terapisti della riabilitazione. Per quanto riguarda gli OSS l'impegno di spesa è condiviso al 50% con il Comune ed è importante un'attenta analisi dei costi poiché vi sono numerose variabili da prendere in considerazione tra cui l'eventuale compartecipazione dell'utente in base ad indicatori economici.

PROPOSTA DI ORGANIZZAZIONE DI UN SERVIZIO TERRITORIALE DISTRETTUALE NELLA ASL DI SASSARI: “MALNUTRIZIONE NEL PAZIENTE FRAGILE”

Laura Pisanu - Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Distretto Sanitario di Sassari.

Pisanu L., Università degli Studi di Sassari; Frau A.M, Distretto Sanitario di Sassari; Casu A., Distretto Sanitario di Sassari; Uneddu A., Distretto Sanitario di Sassari; Loriga A., Distretto Sanitario di Sassari; Ogana S., Università degli Studi di Sassari; Licheri N., Distretto Sanitario di Sassari.

Premesse - Background

La malnutrizione calorico-proteica è una problematica di ampie dimensioni che comporta implicazioni cliniche ed economiche ed è spesso sottovalutata. Nel 2018, presso la Lungodegenza dell'AOU di Sassari, è stato condotto uno studio di prevalenza su 269 pazienti ultra65enni all'ingresso in ospedale, che ha mostrato una prevalenza di pazienti a rischio di malnutrizione del 25% ed una malnutrizione conclamata del 22%. Nello stesso arco temporale, lo studio è stato effettuato presso il Presidio Territoriale di Riabilitazione Estensiva della ASL di Sassari, su 64 pazienti ultra65enni al momento del loro ingresso in struttura, rilevando, una prevalenza di pazienti a rischio di malnutrizione del 25%, e conclamata del 70%.

Obiettivi

Gli obiettivi che il Servizio Territoriale si pone sono: implementazione di conoscenze e competenze sulla nutrizione come determinante di salute; sensibilizzazione degli operatori sanitari sul tema malnutrizione; intercettazione e trattamento della malnutrizione con un approccio pro-attivo per un'assistenza adeguata e personalizzata; creazione di una rete integrata che garantisca continuità di cura ai pazienti fragili.

Materiali e Metodi

Il primo step è rappresentato dalle giornate formative sul tema malnutrizione, durante le quali si coinvolgono gli stakeholder nell'organizzazione e nella pianificazione del progetto operativo. In seguito ad una fase pilota partirà lo screening nutrizionale, eseguito da medici geriatri o internisti e rivolto a pazienti ultra65enni all'ingresso ed alla dimissione da: Presidi Ospedalieri ASSLAOU di Sassari, Lungodegenze Territoriali, Degenza Territoriale di Riabilitazione Estensiva e per le persone ultra75enni residenti al domicilio nel Distretto di Sassari, eseguito dal Medico di Medicina Generale (MMG) in occasione della vaccinazione antinfluenzale. Successivamente verranno attivati i percorsi di invio del paziente fragile al Servizio Territoriale a seconda del setting di provenienza e dell'indicazione. Il team è costituito da un gruppo interdisciplinare: Geriatra, Dietista, Infermiere, Farmacista, Logopedista, Psicologo, Assistente Sociale. Le attività, ambulatoriali e di consulenza telefonica, con apertura bi-settimanale, si svolgeranno all'interno di un Presidio Sanitario Distrettuale o, se necessario, al domicilio. Il Servizio prende in carico il paziente e collabora con MMG, Servizio di Assistenza Domiciliare, Ospedali, Servizio Farmaceutico, Comuni e si occupa di raccolta dati e informatizzazione.

Risultati e Commento

Un'adeguata sensibilizzazione ed un approccio integrato di assistenza in cui un team dedicato crea rete con i Servizi Ospedalieri, Territoriali e con gli Enti Locali è un modo efficace per affrontare il problema della malnutrizione. Per monitorare e valutare l'adeguatezza e l'appropriatezza del Servizio verranno utilizzati degli indicatori e prodotti dei report trimestrali. La presa in carico e la continuità delle cure sono indispensabili affinché la prescrizione di una terapia nutrizionale appropriata si traduca in un reale guadagno di salute attraverso la pianificazione di un percorso integrato, che trovi piena ed efficace attuazione nel contesto di vita della persona. Il progetto verrà esteso ad altri Distretti con la contestuale attivazione di percorsi, di sostegno e tutela, rivolti a persone che, a causa di condizioni clinico-assistenziali o di vulnerabilità sociale, sono portatori di bisogni complessi.

LA CAMPAGNA VACCINALE ANTINFLUENZALE IN UN SOFTWARE DI RETE MULTIUTENTE

Virgilio Rendina, Medico specialista ambulatoriale – UOASB, Distretto 27, ASL Napoli1 Centro
Marcello Miccù, Laura Azzarita, Renato Capuozzo, Raffaele Iandolo, Gennaro Volpe.

Premesse - Background

La campagna vaccinale antinfluenzale richiede un impegno con cadenza annuale che coinvolge vari attori territoriali: i “Centri Effettori” (CE): Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Centri Vaccinali Distrettuali (CVD); i “Centri Organizzatori”(CO): Ufficio MMG/PLS, Direzione e Farmacia Distrettuale.

Obiettivi

Le varie fasi organizzative realizzano un ciclo produttivo per la cui funzionalità è prioritaria una comunicazione rapida e efficace ed un armonico coordinamento tra CE e CO e nell’ambito degli stessi CO. Si distinguono due momenti principali le cui fasi in sequenza sono: a) ricognizione stime del fabbisogno di vaccino per tipologia, verifiche e adeguamenti tra richieste e disponibilità del vaccino, distribuzione e consegna dosi ai CE; b) conclusione della campagna raccolta verifica e aggregazione dei risultati, elaborazione dei report statistico-epidemiologici; verifica finale del lavoro svolto da ciascun centro vaccinale, identificazione punti critici e/o possibili miglioramenti dello schema organizzativo.

Materiali e Metodi

La complessità del sistema viene definita dal governo della disponibilità di 4 tipi di vaccino (2 antinfluenzali, 2 antipneumococcici) per oltre 80 medici e 2 CVD e dall’aggregazione dei dati finali di ciascun CE, raggruppati rispettivamente per tipo di vaccino, per 25 categorie a rischio e 6 fasce d’età. Allo scopo di ottimizzare la procedura, automatizzare i punti critici, di disporre di uno strumento comunicativo efficace, e minimizzare i possibili errori umani nella gestione delle articolate fasi operative, è stato sviluppato un software dedicato di tipo database relazionale, con accesso di rete multiutente ad interfaccia multipla su piattaforma Microsoft Access. Al programma, residente su cartella condivisa di un pc “server”, accessibile ai CO tramite rete interna aziendale, si accede attraverso maschere semplificate di inserimento, dedicate in base alle esigenze specifiche di ciascun tipo di utenza. La procedura gestisce le fasi di ingresso delle informazioni; dispone di “cruscotti” di controllo per il monitoraggio dei processi (griglie totali vaccini richiesti per tipo e per medico/CVD, verifica dosi in magazzino, efficienza di utilizzo vaccini, percentuale di copertura della popolazione target, monitoraggio ritiro vaccini, monitoraggio trasmissione dati ecc.); elabora report di sintesi. Al termine di ogni annualità mediante un’operazione automatizzata si determina l’archiviazione delle informazioni presenti e si attiva un nuovo ciclo produttivo per la successiva campagna vaccinale.

Risultati e Commento

Il progetto, iniziato nel 2016, si è progressivamente arricchito e perfezionato negli anni, grazie anche ai continui suggerimenti degli operatori coinvolti. Da quando è impiegata questa modalità operativa la copertura vaccinale negli anziani ultrasessantacinquenni (la principale popolazione target) ha mostrato un progressivo incremento dal 46% (12.978 vaccinati (V) su 28.415 residenti >65 aa(R65) nella campagna 2016/17 al 48% (14.159 V su 29.461 R65) in quella del 2017/18 al 50% (15.372 V su 30.576 R65) nel 2018/19. In conclusione questo modello di gestione informatizzata oltre ad una notevole semplificazione organizzativa, ha agevolato la comunicazione in tempo reale tra gli operatori coinvolti, il monitoraggio continuo delle informazioni e delle fasi di gestione, ha permesso una elevata attendibilità dei dati ed la verifica immediata di congruità tra dati e parametri.

LE CURE DOMICILIARI IN UN DATABASE

Angela Maniera, dirigente medico sociosanitario – Direzione, Distretto 27, ASL Napoli1 Centro

Coautori: Virgilio Rendina, Raffaele Iandolo, Gennaro Volpe

Premesse - Background

La presa in carico distrettuale si realizza pienamente con le cure domiciliari, un sistema articolato che impegna diversi attori nella sfida alle molteplici esigenze assistenziali di tipo socio-sanitario proprie dall'utente non autosufficiente. In particolare sono coinvolti non solo medici e infermieri, ma anche operatori di tipo non sanitario quali assistenti sociali, psicologi e terapisti della riabilitazione, talvolta facenti capo anche ad altre istituzioni o società esternalizzate. Un ruolo primario è svolto anche dai "care-giver": parenti e persone vicine che contribuiscono fornendo informazioni importanti per la gestione del percorso assistenziale.

Obiettivi

Con lo scopo di semplificare l'organizzazione, verificare, monitorare le variabili del processo ed unificare le procedure di comunicazione/interazione tra gli operatori è stato sviluppato un software dedicato di tipo database relazionale con accesso di rete multiutente su piattaforma Microsoft Access.

Materiali e Metodi

Il programma è basato su maschere di accesso semplificate per la gestione delle varie fasi del percorso. Il programma è articolato in pagine di ingresso delle informazioni (gestione anagrafica di utenti e operatori, gestione e rubricazione fascicolo documentazione sanitaria digitalizzata, gestione dei profili clinici, definizione del programma assistenziale individuale, diario clinico/gestione decorso assistenziale, gestione fabbisogno/magazzino presidi sanitari, gestione valutazione andamento del programma globale ed eventuali modifiche dello stesso), "cruscotti" di controllo sintetici per il monitoraggio dei processi (utenti in carico, andamento tipo di trattamenti erogati per utente e per operatore, numero trattamenti erogati per tipologia, scheda quali/quantitativa presidi sanitari utilizzati per operatore/per utente), report statistici di estrazione delle informazioni quali: la valutazione delle risorse impiegate in base alla situazione clinica e alle specifiche strategie sanitarie adottate, il confronto tra le risorse impiegate nei singoli casi l'andamento medio nella popolazione in carico, schemi per la programmazione delle risorse necessarie all'adeguamento della risposta terapeutica in rapporto alle possibili variazioni nel tempo della domanda di presa in carico.

Risultati e Commento

Le cure domiciliari nel nostro Distretto recentemente stanno registrando un notevole incremento, in particolare si è avuta una progressione del numero di casi: da n.144 del 2016 con 11.670 accessi infermieristici e 5712 accessi di fisioterapisti e 2059 di accessi tutelari, a 635 casi nell'anno 2018 con 44.465 accessi infermieristici, 6168 accessi di fisioterapisti e 2566 di accessi tutelari. Questa procedura informatica ha rappresentato una notevole semplificazione della gestione dell'attività ed ha consentito l'aggregazione in un'unica struttura digitale di tutta l'operatività agevolando l'emersione dei punti critici e delle fasi maggiormente suscettibili di miglioramento sui quali poter indirizzare interventi di ottimizzazione.

MODELLO A TRE ASSI (DEMOGRAFICO, PER TEMPI DI PERCORRENZA E DI ATTESA) PER L'OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE AMBULATORIALI CHE EROGANO I SERVIZI VACCINALI NELLE ZONE PISANA E VALDERA PER GLI UTENTI 0-24 MESI

Anna Righi, Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia – Università di Pisa.

Coautori: Serena Giorgi, Michele Totaro, Angelo Baggiani, Gaetano Privitera, Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia – Università di Pisa; **Ida Aragona, Antonio Gallo**, Dipartimento di Prevenzione Azienda Usl Area Vasta Nord Ovest - Regione Toscana.

Premesse - Background

La legge 119/2017 ha esteso da 4 a 10 il numero di vaccinazioni obbligatorie nella fascia di età 0-16 anni, ponendole come requisito per l'ammissione ai servizi educativi non soggetti ad obbligo scolastico. Ciò ha aumentato i flussi di utenza agli ambulatori vaccinali ed ha posto una nuova sfida sulle scadenze tramite la riduzione dei tempi di attesa, pur nel rispetto dell'appropriatezza indicata dal calendario vaccinale. Regione Toscana dispone di un'anagrafe vaccinale informatizzata ed ha organizzato una rete di pediatri di libera scelta (PLS) che, tramite accordo regionale a compenso, vaccinano i propri assistiti.

Obiettivi

L'obiettivo è la creazione di un modello per l'ottimizzazione organizzativa degli ambulatori vaccinali per i soggetti da 0 a 24 mesi (popolazione di riferimento per le coperture vaccinali obbligatorie inserite nella griglia LEA), estendibile ad altre fasce di età e ad altre realtà territoriali.

Materiali e Metodi

1) Suddivisione delle liste di attesa in fasce temporali: dal Sistema CUP aziendale sono stati ricavati i tempi di attesa di ciascun ambulatorio e suddivisi in quattro fasce: entro la settimana, entro 15 gg, entro un mese ed oltre un mese, ai fini della rilevazione delle criticità. 2) Individuazione dei bacini di utenza: sono stati estratti dall'applicativo SISPC i bambini di età 0-24 mesi afferenti per residenza ai Comuni delle Zone Pisana e Valdera. 3) Definizione dei criteri di distribuzione e distanza e tempi di percorrenza dagli ambulatori vaccinali: nell'ottica della salvaguardia dell'equità territoriale, tramite l'utilizzo di sistema di georeferenziazione, è stata strutturata una tabella a doppia entrata con la distanza comune-ambulatorio. I vari Comuni sono stati suddivisi in tre fasce di tempi di percorrenza e distanza dall'ambulatorio (0-15 minuti, 15-30 minuti, >30 minuti) e sono stati aggregati i bacini di quelli con minor distanza per ciascun ambulatorio ai fini della creazione di un cluster di popolazione rappresentativo del potenziale carico su ciascun presidio vaccinale.

Risultati e Commento

La popolazione complessiva delle coorti 2017 e 2018 nelle Zone Valdera e Pisana era di 4191 bambini, con 1659 (40%) della zona Valdera e 2532 (60%) della zona Pisana. I soggetti con PLS aderente all'accordo erano 2824 (67%), i restanti 1367 (33%) restavano a carico degli ambulatori vaccinali USL. Di questi ultimi, 948 (69%) erano residenti nella Zona Pisana, mentre 418 (31%) nella Zona Valdera, ovvero il carico per gli ambulatori della Zona Pisana era di 3,7 bambini su 10 residenti, mentre di 2,5 nella Zona Valdera. I tempi di attesa erano superiori ad un mese per gli ambulatori di San Giuliano, Vecchiano e Marina di Pisa, entro un mese per la Rosa di Terricciola, entro 15 gg per Fauglia e Ponsacco, entro la settimana per Bientina, Pontedera, Pisa e Cascina. Sono state pertanto redistribuite le ore di apertura degli ambulatori in relazione ai carichi di vaccinandati e ai tempi di percorrenza, non raggiungendo tuttavia il rapporto ore/assistito ottimale a causa del limite di risorse e necessità di mantenimento dell'equità territoriale. E' stato infine avviato un processo di verifica della riorganizzazione mediante monitoraggio dei tempi di attesa per le opportune azioni correttive.

UN MODELLO INNOVATIVO SOCIOSANITARIO PER UNA COMUNITÀ CHE CURA. TAVOLI INTEGRATI

Elena De Rosa, Coordinatore Attività "PDTA" Ds 28, ASL Napoli 1 Centro; **Licia Pirò**, Il giardino dai mille colori, Centro Educativo C.E.Lu.S.; **Paola Petruzzello**, Il giardino dai mille colori, Centro Educativo C.E.Lu.S.; **Chiara Aruta**, Il giardino dai mille colori, Centro Educativo C.E.Lu.S.; **Riccardo Rossiello**, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Igiene; **Beniamino Picciano**, Direttore Distretto 28, ASL Napoli 1 Centro.

Premesse - Background

Il Distretto ha strutturato una modalità innovativa di azione integrata in rete, con le associazioni che presentano una mission di cura e sostegno all'utenza particolarmente fragile: minori, minoranze etniche, famiglie e mamme disagiate, casi complessi. Tale cooperazione ha permesso di raggiungere obiettivi di salute, di benessere psicosociale e di crescita, attraverso un sistema di intercetto/ascolto di associazioni vicine alla cittadinanza. Le richieste mal formulate e quelle di persone più disagiate in stato socioeconomico carente, non arrivano efficacemente all'attenzione delle istituzioni sanitarie ma sono raccolte e decodificate da operatori a bassa soglia che "accompagnano" il paziente ai Servizi.

Obiettivi

I tavoli integrati ASL-Associazioni sono per il Distretto strumenti per conoscere l'esistente ed avere feedback dal territorio utile al miglioramento delle performance sociosanitarie. Le associazioni possono affiancare il lavoro istituzionale per la costruzione congiunta di percorsi di salute. Il Centro Educativo C.E.Lu.S., lavora all'inclusione/integrazione dei bambini di etnia Rom con la presa in carico del nucleo familiare. L'azione integrata Asl-Centro consta in: visite mediche presso il centro educativo, supporto alla maternità, conciliazione famiglia lavoro, monitoraggio della copertura vaccinale sistema "GEVA", controllo dello sviluppo corporeo di bambini altrimenti difficilmente arruolabili.

Materiali e Metodi

Il metodo innovativo costruisce percorsi sanitari e ottimizza le risorse attraverso: l'istituzione di un tavolo integrato multidisciplinare con la presenza di gruppi di lavoro e associazioni per le diverse aree di lavoro. Il Tavolo consente una mappatura delle realtà territoriali, un costante dialogo con il Distretto e una distinzione di ruoli e compiti in modo che ognuno abbia un suo valore unico e non ripetitivo che si addiziona al valore dell'altro fornendo continuità di azione verso il target stabilito; l'istituzione dell'operatore di prossimità e la costruzione di figure di interfaccia; il sostegno di Sustainability Manager che trova fonti di finanziamento per le associazioni rendendole autonome a fronte di risorse pubbliche sempre più scarse; ambulatori nelle sedi associative per gli screening, campagne vaccinali, promozione della salute; presenza di operatori territoriali all'interno degli spazi del distretto al fianco di operatori ASL per la decodifica della domanda e la costruzione di percorsi alternativi (supporto rete sociale).

Risultati e Commento

Si è verificato nell'ultimo anno un aumento esponenziale del numero di famiglie che si rivolgono al centro educativo con richiesta di visita e accompagnamento ai servizi sanitari. È aumentato il numero di bambini, in particolare di etnia Rom, vaccinati e sottoposti a controllo pediatrico. È raddoppiato il coinvolgimento di enti al tavolo integrato, il riconoscimento delle potenzialità del confronto con l'ASL, le mamme che si rivolgono al distretto per supporto di tipo psicologico e sociale. Notevole è stato l'accrescimento della fiducia nelle istituzioni sanitarie. Il Distretto ha facilitato il dialogo e l'incontro tra domanda e offerta dei servizi. Per ottenere l'inclusione delle persone disagiate nei sistemi di assistenza e di cura, è necessario che ci siano non solo attività di supporto, ma un cambiamento sistemico della rete dei servizi alla persona. Genitorialità competente, minore isolamento, far parte di una comunità che accompagna alla crescita sana.

“CAREGIVER SI DIVENTA E NON SI NASCE” IL RUOLO DEL CAREGIVER E GLI STRUMENTI A SUA DISPOSIZIONE

Rossello R., Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Igiene.

Premesse - Background

La malattia cronica costituisce un evento critico che difficilmente può essere considerato come puramente individuale; si creano, infatti, difficoltà profonde non solo per chi riceve la diagnosi ma anche per gli altri membri della famiglia, in modo particolare per chi, fra questi, assume il compito di prendersi cura del paziente che vede la sua qualità della vita in parte compromessa; ci siamo allora chiesti se gli strumenti dell'information and communication technology “ICT” possono sgravare il lavoro del caregiver.

Obiettivi

Un primo step della ricerca ha come obiettivo preliminare la comprensione in termini quantitativi dell'impatto della malattia cronica sul caregiver, e a tale scopo è stato somministrato il questionario SF 36 sulla qualità della vita. L'altra parte del lavoro ha come obiettivo secondario l'analisi degli strumenti a disposizione del caregiver legati all'ICT e alla formazione per migliorare la sua qualità della vita e indirettamente quella del paziente da lui assistito.

Materiali e Metodi

In primo luogo, per poter comprendere in termini quantitativi, l'impatto della malattia cronica sul caregiver è stato somministrato il questionario “SF 36” sulla qualità della vita a 50 familiari che accudiscono pazienti con patologie croniche. Ho incentrato questo studio a partire da tale analisi, trovando come primo risultato che il ruolo di caregiver e i derivanti compiti assistenziali hanno ripercussioni sulla qualità della vita e sulla salute degli stessi: effetti sfavorevoli come depressione, ansia, vissuti di restrizione e “prigionia”, limitazioni nella qualità e quantità del tempo libero, problemi di salute, difficoltà finanziarie ed altro ancora. In secondo luogo è stata effettuata un'analisi degli strumenti ICT a disposizione del caregiver per migliorare la sua qualità della vita. Innanzitutto sono state effettuate delle interviste a caregiver familiari appartenenti al territorio dell'ASL NA1 per esaminare le loro difficoltà. Inoltre è stato adoperato il materiale bibliografico, e gli opuscoli informativi, per la parte di ricerca empirica; mentre per la parte pratica si è deciso di partecipare ai corsi di formazione online, ai gruppi di supporto ed utilizzare le app presenti sul web per sistema android, esaminando i punti principali su cui vertevano e se rispondevano alle difficoltà rilevate dai caregiver. In base alle interviste effettuate emergono altri risultati riguardanti le maggiori difficoltà riscontrate dai caregiver legate ad aspetti della loro vita privata/sociale ed alla sfera emotiva. Tra le risposte emerge il senso di colpa/di inadeguatezza (segnalato da oltre il 50% degli intervistati). Gli strumenti dell'ICT provati si poggiano su E-learning, applicazioni per la formazione che forniscono strumenti di psicoeducazione e accesso a gruppi di mutuo aiuto online combinando attività educative e formative volte a rafforzare alcune skills emotive e cognitive. Inoltre esistono applicazioni E-mobile di supporto ai caregiver nella pratica assistenziale del familiare.

Risultati e Commento

Dal mio lavoro è emerso che per agevolare la qualità della vita del caregiver è necessario affrontare, tra l'altro, il suo senso di colpa ed inadeguatezza nell'accudire l'assistito. A tale scopo le risorse di ICT possono offrire un valido aiuto fornendo informazioni sugli aspetti pratici della vita quotidiana di un caregiver e la gestione dello stress; rilasciando anche materiale formativo e personalizzato a seconda della patologia del paziente da accudire.

LA CASA DELLA SALUTE IN REGIONE TOSCANA: VALUTAZIONE DI ECONOMICITÀ ED INNOVAZIONE.

Piero Salvadori, Direttore S.O.C. Gestione Convenzionati, Azienda USL Toscana Centro Firenze.

Premesse - Background

Il termine Casa della Salute (CDS) ha fatto la sua comparsa nel 2006 all'interno del New Deal per la salute, del Ministro della Salute Livia Turco. Alcuni concetti fondanti erano già presenti nelle leggi 229/99 e 328/2000. La Regione Toscana ha emanato le proprie linee di indirizzo per la CDS con delibera n. 117 del 2015.

Obiettivi

Obiettivo del presente studio è una valutazione dell'impatto economico di questo modello assistenziale sui costi per la salute, valutando la spesa farmaceutica e le tariffe per la spesa degli accertamenti specialistici intesi sia come visite che accertamenti diagnostici (laboratorio, diagnostica per immagini, ecc...), nonché il suo valore aggiunto o outcome di salute in termini di innovatività per il miglioramento della salute della popolazione da esso assistita.

Materiali e Metodi

La fonte dei dati è la sezione PrOTer del portale web della Agenzia Regionale Sanitaria Toscana. Sono calcolati per l'anno 2017 i costi (e tariffe) medi pro-capite relativi ai pazienti particolarmente complessi (PPC) selezionati con l'algoritmo annuo: ricoveri ordinari in area medica >2; accessi in DEA, escluso codici bianchi/traumi >3; farmaci diversi consumati >16; prescrizioni di esami di laboratorio >6; prescrizioni di visite specialistiche >6. Si sono paragonati i costi medi pro-capite di un PPC assistito dalle AFT (in Toscana le AFT sono 115) con un PPC assistito dalle CDS (52 al censimento 2015). Le variabili oggetto di studio, relativamente ai loro costi/tariffe, sono l'assistenza territoriale (Livello LEA), le visite specialistiche, la diagnostica strumentale, la diagnostica di laboratorio, la farmaceutica in forma diretta e quella in forma indiretta e l'assistenza ospedaliera (Livello LEA).

Risultati e Commento

Un paziente particolarmente complesso assistito da una struttura come la Casa della Salute, costa al Servizio Sanitario Regionale (e quindi anche Nazionale) in media il 4 % in meno rispetto ad uno assistito dai medici che in totale fanno parte delle AFT. Si genera un risparmio per il sistema di circa 250 euro procapite annue. Questa cifra teorica rapportata alla popolazione regionale di pazienti complessi stimata intorno a circa 30 casi ogni 1.000 abitanti, genera possibili risparmi annui di circa 10 milioni di euro per il sistema Regione. Più in particolare si ottengono i seguenti risparmi: -3% per l'assistenza territoriale, -6% per le visite specialistiche, -6% per la diagnostica strumentale, 0% per la diagnostica di laboratorio, -3% sia per la farmaceutica in forma diretta che per quella in forma indiretta e -5% per l'assistenza ospedaliera. La "debolezza statistica" dei risultati ora espressi purtroppo si evidenzia nel fatto che si tratta di risparmi teorici (molte sono tariffe e non costi, a parte l'assistenza farmaceutica) ed i due gruppi di pazienti paragonati sono uno un sotto-insieme dell'altro. Nonostante questo, la stabilità e la concordanza del segno meno per tutte le variabili esaminate esprimono pur sempre una tendenza alla economicità della CDS rispetto alle altre forme assistenziali delle cure primarie, almeno nella assistenza ai pazienti complessi. Se poi calcoliamo che la mortalità generale per questi pazienti seguiti dalla CDS diminuisce di circa il 2 % rispetto a quelli seguiti dalle AFT più in generale, se ne capisce anche l'innovatività del modello ed il suo valore aggiunto o outcome di salute. Naturalmente serviranno approfonditi studi di economia sanitaria per valutare a fondo il rapporto costo/benefici e confermare definitivamente la bontà di tale modello assistenziale.

PROGETTO ARCA · PIATTAFORMA PER LA VACCINAZIONE DELL'ADULTO

Salvatore Sergi

Premesse - Background

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 ha individuato nella vaccinazione dell'adulto un asset centrale nelle strategie vaccinali nazionali. Il PNPV, inoltre, stabilisce che i "programmi di vaccinazione devono essere oggetto di attenta programmazione, organizzazione e gestione da parte delle strutture sanitarie. Devono essere altresì monitorati attraverso l'istituzione di un'anagrafe vaccinale che alimenti il relativo sistema informativo e di sorveglianza." L'ASP RC risponde a quanto richiesto dal PNPV con una collaborazione pubblico-privata (PP) che permette, attraverso una dotazione tecnologica, di promuovere la diffusione del valore della vaccinazione nei soggetti adulti. Difatti, sono state messe a punto delle campagne di disease awareness e ottimizzata l'organizzazione dell'attività vaccinale attraverso un sistema di monitoraggio web-based, delle coperture vaccinali che: rileva l'efficienza dell'attività vaccinale in tempo reale; mantiene in costante allineamento tutti gli attori coinvolti (Medici Vaccinatori e Centri Vaccinali) verificando le vaccinazioni effettuate dall'avvio del progetto e in corso.

Obiettivi

Gli obiettivi per il primo anno di progetto: Informatizzazione dell'intero processo di vaccinazione; creazioni di campagne vaccinali con generazione automatica delle coorti eleggibili; semplificazione del processo vaccinale con la messa in rete tra Centri Vaccinali e MMG; sicurezza e riservatezza dei dati tramite crittografia. Il secondo anno, attualmente in corso, consentirà: monitoraggio in tempo reale delle vaccinazioni delle singole campagne vaccinali per i diversi profili; statistiche sui livelli di utilizzo della tecnologia.

Materiali e Metodi

La partnership pubblico-privato, tra l'ASP RC-GSK-NAOS, ha permesso la realizzazione di un'anagrafica vaccinale digitalizzata che identifica i soggetti eleggibili alla vaccinazione, oggetto delle campagne vaccinali, registra le coperture vaccinali e rende disponibile, a tutti gli attori coinvolti, un'informazione unica e completa. Il progetto si sviluppa in un arco temporale di 2 anni (2018/2019) e in 6 fasi cronologiche: il progetto ha permesso la messa in rete dell'ASP RC, dei Centri Vaccinali e di tutti i Medici di Medicina Generale (MMG) (figura 3), aderenti al progetto e raggruppati in 6 aree geografiche (figura 4). La piattaforma ARCA gestisce 5 profili con diversi ruoli. Ogni utente è associato ad un unico profilo, secondo il ruolo ricoperto è abilitato a specifiche funzionalità (figura 5). Sono state identificate 4 campagne vaccinali: antinfluenzale, anti-herpes zoster, anti-pneumococco e anti-difterite tetano pertosse con relativi obiettivi da raggiungere in linea sia con il PNPV che con il Piano Prevenzione Vaccinale Regionale (PRPV). Difatti la piattaforma ARCA è in grado di monitorare in tempo reale l'andamento della campagna vaccinale e valutarne nel tempo, l'efficacia sugli outcome sanitari attraverso la raccolta di indicatori di esito e di processo. L'innovazione tecnologica non si è fermata all'anagrafica vaccinale digitalizzata, ma è proseguita con la realizzazione di un APP per i Medici Vaccinatori che registra l'atto vaccinale in modo semplice, veloce e direttamente nella piattaforma ARCA.

Risultati e Commento

La Collaborazione pubblico-privata ha consentito di rispondere in maniera innovativa a quanto richiesto dal PNPV e PRPV, con la creazione di una «storia digitale» del percorso vaccinale per i soggetti adulti afferenti all'ASP RC e di semplificare, in termini di risparmio di tempo e complessità, il lavoro del Medico Vaccinatore. La progettualità è la dimostrazione di come le nuove tecnologie possano tradursi in servizi per il Medico, in maniera semplice, efficace e sicura, anche in un contesto complesso e delicato come quello della sanità; seppur non va dimenticata che la sinergia del gruppo di lavoro è stata l'elemento distintivo e di successo del progetto.

IL PROGETTO REUM_ORA: ISTITUZIONE RETE AZIENDALE “OSPEDALE. TERRITORIO DOMICILIARE PER IL MANAGEMENT DELLE MALATTIE REUMATICHE NELL’ASL NAPOLI 3 SUD

Dott. P. Sergianni, Responsabile U.O.C. Cure primarie e attività territoriale- ASL Napoli 3 Sud.

Dott.ssa R. Acampora, Dirigente Medico, Spec. Reumatologia U.O.C. Cure primarie e attività territoriale -ASL Napoli 3 Sud – **Dott.ssa Paola Pennino**, Dirigente Medico, Spec. in Igiene e Medicina Preventiva U.O.C. Cure primarie e attività territoriale - ASL Napoli 3 Sud – **Dott.ssa Maria Cristina Bussone**, economista ed esperta di Management Sanitario.

Premesse - Background

L’Asl Napoli 3 Sud nel 2018 ha deciso di avviare una progettualità orientata alla presa in carico delle problematiche assistenziali di pazienti affetti dalle patologie reumatologiche. La ricerca dell’appropriatezza nell’utilizzo delle risorse è perseguita attraverso la definizione e l’utilizzo di percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali (PDTA) condivisi che garantiscono al paziente la possibilità di usufruire delle indagini diagnostiche e delle terapie più idonee alla propria situazione clinica. La definizione del percorso di cura per le patologie reumatiche ha lo scopo di uniformare nell’Asl Napoli 3 Sud il processo di gestione del paziente dalla fase di accesso alle strutture all’impostazione del follow up ambulatoriale.

Obiettivi

L’obiettivo dell’Asl Napoli 3 Sud è quello di proporre un PDTA per le patologie reumatiche che risulti non soltanto costo-efficace, ma che sia in grado di generare “valore” per il paziente e contemporaneamente per tutte le “parti interessate” al sistema sanitario, un percorso assistenziale ottimale in cui tutti gli “asset” del sistema (personale sanitario, tecnologie diagnostico-terapeutiche, farmaci, familiari e supporti sociali) trovano una collocazione razionale e puntuale rispetto a tappe e tempi.

Materiali e Metodi

Attraverso l’utilizzo o l’applicazione della ABC si ritiene che il valore nasca dalla capacità di conseguire tali risultati combinando efficacemente terapie farmacologiche, tempi di lavoro del personale, utilizzo di altre tecnologie diagnostiche e terapeutiche, sostegno della famiglia, in modo tale da minimizzare la spesa complessiva per il sistema sanitario e, laddove applicabile, per le istituzioni responsabili dell’assistenza sociale riducendo il disagio per i familiari.

Risultati e Commento

La riorganizzazione dell’assistenza prevede la creazione della Rete Aziendale Ospedale-Territorio-Domicilio e la formazione di cinque Aree funzionali Poli-Distrettuali, con gli obiettivi di: garantire la presa in carico del paziente con malattie reumatiche e porlo al centro dell’iter diagnostico-terapeutico-assistenziale; promuovere l’integrazione e il coordinamento degli interventi necessari in un’ottica socio-sanitaria; favorire la condivisione degli interventi terapeutici, in un’ottica interdisciplinare che garantisca equità, qualità e facilità di accesso ai servizi; garantire un’adeguata formazione di tutti gli operatori (reumatologo, infermiere, team fisiatrico, psicologo, gastroenterologo, ecc);- garantire l’unitarietà e la continuità del percorso di cura.

ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA “SALUTE E AMBIENTE” IN POPOLAZIONE SANA RESIDENTE IN AREE A RISCHIO AMBIENTALE

Dott.ssa Tiziana Spinosa Direttore - Responsabile DS25 – Referente Aziendale Screening

Dott.ssa A.M. Agliata, Dott. O. Ancona, Dott. F. Bencivenga, Dott.ssa A. D’Alessandro, Dott. G.F. Del Plato, Dott.ssa A.F. Di Stefano, Dott.ssa M. Klain, Dott.ssa A. Manna, Dott. R. Nappi, Dott. V. Nuzzo, Dott. S. Pasquinucci, Dott. B. Picciano, Dott. G. Rosiello.

Premesse - Background

In attuazione del Decreto 38/01.06.2016 la ASL Napoli 1 Centro, con le delibere n.215/07.02.2017 e n.39/10.07.2017 (Programma Sanitario “Terra dei Fuochi”), ha programmato le azioni da mettere in campo nei cinque Distretti Sanitari individuati per il più alto impatto ambientale attuando il Progetto Aziendale “Salute e Ambiente”.

Obiettivi

Applicare la metodologia della Medicina di Iniziativa al fine di promuovere la prevenzione delle patologie causate dall'inquinamento ambientale e da stili di vita errati per tutelare la qualità della vita dei cittadini e comprendere se, ed in che misura, alcune patologie siano più frequenti nei territori monitorati.

Materiali e Metodi

Dal mese di marzo 2018 è attivo un offering straordinario per i cittadini residenti in 5 distretti sanitari dell’A.S.L. Napoli 1 Centro, che consiste in ambulatori aggiuntivi gratuiti di prevenzione, aperti in orari pomeridiani, ai quali si può accedere attraverso prenotazione CUP ad accesso diretto. È stata attuata una forte campagna di comunicazione sia attraverso i social media e media tradizionali, sia con eventi in tutte le principali piazze cittadine con la presenza di poliambulatori mobili. Gli ambulatori sono rivolti alla prevenzione delle seguenti patologie: Melanoma; Ca. tiroideo; Salute Cardio-Respiratoria; Programma Giovani Donne. Il programma prevede la presenza degli specialisti anche nelle scuole; Percorso per la Tutela della Salute Riproduttiva: promuove lo studio dei principali fattori responsabili di sterilità o di malformazioni fetali e la diagnosi precoce di patologie neonatali. Sono previste consulenze pediatrica, ostetrica, neuropsichiatrica, andrologica e dietologica. Vengono periodicamente effettuati interventi nelle scuole per l’educazione dei giovani. Nell’eventualità del riscontro di patologie nei pazienti sottoposti allo screening, il programma prevede che il paziente venga preso in carico e rientri in percorsi di cura strutturati nell’ASL. Nel corso dell’anno 2018 è avvenuto l’accreditamento per il Registro Tumori dell’A.S.L. Napoli 1 Centro.

Risultati e Commento

Sono state effettuate 3431 prestazioni (visite e dermatoscopie) per la prevenzione del Melanoma, 1804 per la prevenzione del Ca Tiroideo (visite ed ecografie), 3384 per la Salute Cardio-Respiratoria (visite, spirometrie e ECG), 3862 per il Programma Giovani Donne (visite, ecografie mammarie e mammografie), 2059 per il Percorso per la Tutela della Salute Riproduttiva (visite e pap-test). Il successo del Programma consiste nell’aver organizzato un offering prestazionale dedicato alla prevenzione, istituzionalizzato nel CUP aziendale, senza pagamento di ticket sanitari per l’utenza. Tale approccio rappresenta la strategia vincente nell’effettiva realizzazione di un programma di Medicina di Iniziativa rivolto alla popolazione sana con l’obiettivo di promuovere le buone pratiche della prevenzione ed intercettare stati di malattia nelle fasi iniziali, nella convinzione che il pagamento del ticket contrasti con i principi della prevenzione.

PERCORSO DI “CARE MANAGEMENT” INFERMIERISTICO AMBULATORIALE” NELL’AMBITO DELL’ ATTIVAZIONE DELLA CASA DELLA SALUTE

Marina Biscazzo, Infermiere Coordinatore Area Vasta 2 ASUR MARCHE

Letizia Tesei, Area Vasta 2 ASUR MARCHE; **Angela Giacometti**, Area Vasta 2 ASUR MARCHE;

Patrizia Diemidio, Area Vasta 2 ASUR MARCHE.

Premesse - Background

Sulla scorta degli indirizzi normativi nazionali e regionali, si è avviato nella regione Marche, un processo di riorganizzazione delle strutture sanitarie. Il processo ha interessato anche le strutture territoriali, riconducibili all’offerta dei servizi di cure primarie. Tali strutture andranno a costituire il nuovo assetto territoriale delle Case della salute di tipo A e B. In attesa del definitivo processo di riconversione in Casa della Salute di tipo A, che interesserà il Poliambulatorio di Osimo, il gruppo professionale infermieristico, si è messo in discussione, riorientandosi verso nuovi approcci e nuovi scenari assistenziali, attraverso un progetto di miglioramento organizzativo. E’ stato pertanto avviato un percorso di “care management infermieristico ambulatoriale ” all’interno della struttura. I driver che hanno guidato il progetto, sono stati i concetti di salute “possibile”, accompagnamento e non solo cura, attivazione delle risorse della persona e comunitarie, presa in carico pro-attiva e riduzione della risposta meramente prestazionale.

Obiettivi

- Garantire maggiore appropriatezza dell’offerta;
- Mantenere il piu’ alto livello di qualità di vita possibile della persona all’interno del suo contesto di vita;
- Ridurre al minimo, il rischio di istituzionalizzazione

Materiali e Metodi

Il progetto è rivolto alle persone con malattia cronica iniziale e a tutti i cittadini della comunità, che intendano adottare stili di vita salutari. Sono state previste 4 aree a gestione infermieristica: AREA PRESTAZIONALE dedicata all’erogazione di prestazioni infermieristiche di tipo tecnico-professionale. AREA ASCOLTO E INFORMAZIONE dedicato all’ascolto e all’orientamento della cittadinanza. AREA CRONICITA’ con percorsi di presa in carico condivisi con la medicina generale. AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE “QUATTRO PASSI INSIEME” finalizzata alla attivazione di brevi percorsi di monitoraggio (4 step) aperto a tutta la cittadinanza.

Risultati e Commento

Il progetto è stato avviato in sperimentazione a giugno 2018. Ad oggi sono stati presi in carico per le diverse attività offerte, oltre 200 utenti con un’alta numerosità di accessi che va oltre i 2000. Per quanto concerne l’area prestazionale, le medicazioni di lesioni rappresentano la prestazione maggiormente richiesta (1111), seguita dalla gestione degli accessi vascolari centrali (508). Relativamente all’area della promozione della salute “Quattro passi insieme” hanno partecipato alle singole giornate promosse mediamente 25 persone. Un’indagine conoscitiva sulla qualità percepita dagli utenti, condotta attraverso la somministrazione di un questionario, evidenzia un elevato grado di soddisfazione da parte dell’utenza. Nonostante la presentazione del progetto ai medici di medicina generale, non è stato possibile ad oggi condividere percorsi strutturati di presa in carico di pazienti affetti da malattie croniche. Pertanto vengono seguiti dallo staff infermieristico utenti con patologie croniche, che si sono recati al servizio spontaneamente dopo esserne venuti a conoscenza, attraverso attività di monitoraggio clinico, interventi educativi terapeutici favorevoli la concordance al trattamento e al riconoscimento precoce dei segni di riacutizzazione. Il modello organizzativo di Care management infermieristico all’interno di un setting ambulatoriale, oltre a rappresentare l’occasione per l’evoluzione di funzioni professionali, è una strategia utile a garantire all’interno delle cure primarie risposte innovative di proattività ed estensione dell’assistenza alle famiglie e alla comunità.

ANALISI DEGLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO DA PARTE DI SOGGETTI RESIDENTI IN STRUTTURA (CRA) DEL DISTRETTO DI REGGIO EMILIA PER IL BIENNIO 2015-2016

Violi Federica, Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva

Co-Autori: Bottosso Emanuele, Negri Elisabetta, Pellati Morena, Pinotti Mirco, Greci Marina, Azienda USL - IRCCS di Reggio Emilia; Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Italia.

Premesse - Background

Le Case Residenza per Anziani (CRA) sono servizi socio-assistenziali residenziali sviluppati per ospitare temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti. La crescente domanda di assistenza a lungo termine per soggetti non autosufficienti, conseguenza dei cambiamenti demografici che stanno interessando paesi come l'Italia, comporta una forte pressione sulle strutture residenziali che ospitano soggetti caratterizzati da un'età media elevata e un'alta prevalenza di fragilità e condizioni di pre-fragilità. Tali condizioni rendono questi individui particolarmente suscettibili a cambiamenti acuti di salute, che terminano frequentemente in un trasferimento in Pronto Soccorso (PS).

Obiettivi

È stata condotta un'analisi degli accessi nei PS dell'AUSL-IRCCS di Reggio Emilia da parte di soggetti ricoverati presso le CRA del Distretto di Reggio Emilia (biennio 2015-2016), al fine di quantificare tali accessi, evidenziandone caratteristiche e principali cause.

Materiali e Metodi

Lo studio ha preso in considerazione gli ospiti di CRA accreditate del Distretto di Reggio Emilia, residenti o meno nella provincia, con ricoveri su posti convenzionati con SSN e almeno un accesso in uno dei PS della Provincia nel biennio 2015-2016. Per tali soggetti, tramite il flusso FAR regionale, è stato quantificato il numero di accessi. Sono state inoltre analizzate le cause di accesso nei PS della Provincia di Reggio Emilia, attraverso un'analisi condotta sul flusso PS. Le analisi sono state condotte con il software STATA 13.

Risultati e Commento

Nel periodo considerato, sono stati registrati 1932 accessi in CRA su posti convenzionati da parte di 1599 persone. È stata inoltre condotta un'analisi degli invii suddivisi per struttura (per numero e cause di accesso, al fine di evidenziare eventuali discostamenti di alcune di queste e permettere un successivo approfondimento sulle strutture risultate iperinvianti). I risultati appaiono di potenziale interesse per un inquadramento della situazione degli invii in PS da parte di soggetti fragili residenti in CRA, ponendo le basi per approfondimenti e potenziali interventi futuri.



XVII CONGRESSO NAZIONALE CARD

V Conferenza Nazionale sulle Cure Domiciliari nei Distretti Pisa, 23-25 maggio 2019

POSTFAZIONE - testo a cura di Paolo Da Col, Antonino Trimarchi, Luigi Rossi

È stato un Congresso ricco, molto ricco: due tavole rotonde, una quarantina di relazioni ed un trentina di comunicazioni, oltre a numerosi poster, segnano una vitalità scientifica ed associativa che rincuorano. Perché CARD può così continuare a proporsi come tassello del SSN e dei SSR, soggetto che partecipa al loro futuro in modo positivo e pro-attivo, per riaffermare che "il territorio c'è". Ed infatti solo il suo potenziamento, con particolare riferimento alla crescita quali/quantitativa delle prese in carico da parte dei Distretti dei soggetti fragili e vulnerabili, tra cui innanzitutto la moltitudine dei pazienti con malattie croniche, potrà creare maggiori opportunità di salute e benessere, attraverso l'implementazione di forme innovative di assistenza, di percorsi integrati di cura a domicilio, di cure intermedie.

Dagli interventi dei relatori e dai sempre fruttuosi confronti anche fuori aula, la situazione delineata a Pisa identifica alcuni scenari e punti essenziali. In sintesi:

1. Il periodo storico che stiamo vivendo è attraversato e reso turbolento da numerose dinamiche evolutive, strettamente connesse tra loro, in cui continua a dominare la questione del rapporto ospedale-territorio e dell'incoerenza tra attenzione dedicata all'acuzie (leggi: all'ospedale, sempre preponderante) e alle cronicità e alle vulnerabilità (leggi: al territorio, sempre penalizzato). È tempo di superare il dilemma e congiungere le parti, riequilibrandole, in termini di risorse, a favore del territorio.
2. Esistono pericolose asimmetrie dei servizi sanitari e delle capacità di risposta tra le Regioni italiane ed addirittura all'interno delle stesse. Vanno ricomposte e superate.
3. L'aumento della speranza di vita e della vita media si accompagna alle Cronicità e alla Longevità in cui l'aspetto della garanzia per tutti di buona qualità di vita assume rilievo imprescindibile, verso un nuovo concetto di salute quale capacità di coping cioè di "capacità di fronteggiare e gestire attivamente ed efficacemente la risoluzione dei problemi", più che di suo valore assoluto aprioristico (assenza di malattia...).
4. Dobbiamo riconoscere le nuove domande che si affacciano ai servizi, ai professionisti, per muoversi in direzione di offrire più congrue risposte, più vicine a queste nuove esigenze, innanzitutto di long term care; di maggiori e migliori prese in carico vere, durature ed efficaci, anche in presenza delle comorbidità e multimorbidità dei grandi anziani, sempre più numerosi, soprattutto nel contesto delle cure domiciliari.
5. Le trasformazioni indotte dalle migrazioni, che richiedono nuove conoscenze e attitudini negli operatori.
6. La crescita della rilevanza del "welfare invisibile" ed il ruolo delle cure informali, che impongono il riconoscimento del lavoro di cura, dell'impegno svolto dalle famiglie, da integrare con le cure formali, per costruire sistemi con giusto rapporto tra cure formali ed informali.
7. Il cambiamento delle modalità di convivenza delle persone, l'aumento delle famiglie monocellulari e delle esclusioni sociali, con il mutamento sociale che ne consegue.

8. L'innovazione diagnostica, terapeutica, farmacologica, tecnologica ed il contestuale, sempre più critico, de-finanziamento pubblico e la riduzione delle risorse pubbliche, a fronte di un aumento della spesa privata, sempre meno sostenibile dalle famiglie.
9. L'aumento del numero delle persone costrette alla rinuncia alle cure, drammatico fenomeno che accentua le disegualianze sia nell'Over Use che Under Use dei servizi.

Nel Congresso ci si è interrogati come CARD possa proseguire sulla strada della diffusione nelle comunità della sensibilità, della consapevolezza e degli interventi di possibile contrasto e riduzione alle disegualianze di salute, alla presa in carico dei soggetti vulnerabili, fragili e cronici. L'accento è andato verso la governance del welfare territoriale, attraverso lo sviluppo del middle management distrettuale, il lavoro in team multiprofessionali, l'applicazione diffusa dei PDTA, almeno per le principali malattie ad alto impatto sociale, per coniugare i percorsi standardizzati con il programma di cura/assistenza individuale personalizzato (PAI) e il rafforzamento delle cure domiciliari ed intermedie. Forse sono sorte più domande che delineate risposte, ma siamo soddisfatti per il clima di attenzione dei partecipanti, sempre numerosi in sala, premessa indispensabile per definire azioni intelligenti.

In questo Convegno CARD si è reso visibile l'impegno dei Distretti nella fondamentale area dei diritti alla salute dei cittadini rappresentata dall'assistenza domiciliare, tema ancora negletto ed affrontato a Pisa come elemento tematico congressuale per la quinta volta.

A testimoniare la continuità di questa volontà ed attenzione, la Presidenza, il Centro Studi CARD, i Soci CARD ed i partecipanti presenti hanno condiviso ed approvato un documento finale intitolato.

"LA CARD PER LA SALUTE A CASA: IL RINASCIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI"

di seguito qui riportato integralmente.

A conclusione dei lavori della sua quinta Conferenza Nazionale sulle cure domiciliari, CARD rilancia a Pisa (2019) l'impegno dei Distretti in questa fondamentale area dei diritti alla salute dei cittadini.

Nel corso degli ultimi dieci anni, da quando iniziammo con la nostra prima Conferenza, attenzioni ed azioni verso la home care sono certamente progredite, ma ancora di più si deve e dobbiamo vorremmo fare. Quanto fino ad ora realizzato lo consideriamo non un punto di arrivo ma di partenza, la base su cui costruire migliori e maggiori opportunità per le persone che vogliono e possono rimanere a casa, anche se in difficoltà di salute e di contesto globale di vita. Più cure a domicilio: lo indica la realtà socio-epidemiologica di bisogni crescenti, lo chiedono moltitudini di persone multiproblematiche, ce lo impongono ragioni di etica e deontologia professionale, ne confermano la validità le evidenze scientifiche. Per tutti, lo esige la garanzia dei diritti.

CARD sollecita la sensibilità, l'attenzione e la collaborazione di tutti i professionisti, della cittadinanza, delle Istituzioni per costruire insieme servizi di cure a casa più armoniosamente solidi, più armoniosamente uniformi, più armoniosamente inseriti nelle comunità.

È tempo di entrare in un RINASCIMENTO delle cure domiciliari.

Un rinascimento paradigma dell'armonia, metafora della ricerca nelle cure domiciliari di un equilibrio armonioso, duraturo, riconoscibile...

1. ...nella bellezza della vita trascorsa a casa, nelle nuove opportunità di poterla viverla con decoro, dignità, autonomia;
2. ...nel superamento delle differenze inter- ed intra-regionali dei servizi di home care (ed anche intra-aziendali); del dilemma tra il privilegiare l'intensità delle cure o gli indici di copertura, oggi sbilanciati in uno o nell'altro senso. Ribadiamo che le cure domiciliari o funzionano 24/7 oppure non sono; che gli indici di copertura vanno riferiti al numero di grandi anziani (oltre 80, 85, o 90 anni). In questi target la copertura deve andare ben oltre l'attuale valore medio del 5-10%, riferito oggi impropriamente agli ultra65enni (soglia di anzianità ormai obsoleta); occorre raggiungere valori uniformemente molto più alti, innanzitutto nei casi molto complessi, commisurati alla elevata prevalenza delle persone con gravi polipatologie. Con un'attenzione particolare alla "complessità long-term" e non solo alla generica "cronicità";
3. ...nella durata e nella persistenza nel tempo della presa in carico con presenza a casa di personale qualificato dei nostri servizi; per azzerare le situazioni di abbandono, superare l'attitudine all'intervento puntiforme; per riuscire ad estendere a tempi sempre più protratti l'erogazione di servizi a casa di alta qualità (long-term home care). Dobbiamo portare alla vittoria il tempo lungo, ed anche il tempo "giusto" dei singoli accessi a domicilio, ad ogni contatto con il paziente ed il care giver. In ogni casa, in ogni cosa, in ogni caso;
4.nella nostra capacità di porre in sequenza le fasi della accoglienza-valutazione-definizione del PAI-presa in carico-valutazione degli esiti (e dei costi), fasi tra loro oggi spesso frammentate;
5. ...nella considerazione dei diritti e dei doveri dei cittadini, per qualificarne la domanda, governarne le attese; per rafforzare le capacità e competenze (empowerment), loro e dei loro care giver;
6. ...nella considerazione dei diritti e dei doveri dei professionisti, delle Istituzioni Pubbliche e di soggetti/organismi privati che erogano le cure su committenza dei Distretti (servizi esternalizzati). Per una de-burocratizzazione, una facile accessibilità e bassa soglia di accesso ai servizi, di home care, capaci di accoglienza amichevole, percepibile dall'utenza fin dai primi contatti. Per riequilibrare i diritti degli operatori a non essere colpevolizzati dagli utenti, dai colleghi, da chi regge le sorti dell'Alta Amministrazione e delle decisioni politiche; per prestare maggiore attenzione, supporto, accompagnamento, guida a chi chiede in momenti di difficoltà;
7. ...nella capacità delle Aziende Sanitarie a soddisfare i LEA, oltre che in generale, quelli propri dell'ambito domiciliare, riconvertendo le risorse disponibili nel SSN/SSR verso il potenziamento delle cure domiciliari (ottimizzandone l'uso, evitando sprechi e ridondanze), avendo il coraggio di affermare che è indispensabile rafforzarle.

Più in generale, noi della CARD chiediamo di fermare i tagli della spesa pubblica, ed affermiamo che una buona sanità, e le cure domiciliari, non possono costare poco, né ogni anno di meno; che la buona sanità costa perché vale molto. Riconosciamo che il numero di persone con bisogni veri sta aumentando, non nascondiamolo né tra noi tecnici né alla popolazione. Perché possiamo e dobbiamo permetterci una buona sanità. Perché i Distretti, responsabili primi di una valida home care, sono una Istituzione integralmente pubblica e di pubblica utilità, finalizzata al bene pubblico. Vogliamo sconfiggere o quantomeno contrastare le dominanti logiche della supremazia delle risposte di mercato (tipicamente, le "badanti", oggi sempre più sostitutive degli interventi di assistenza formale-istituzionale); contribuire alla ricerca e raggiungimento di nuovi equilibri tra cure informali e formali a casa, con potenziamento di queste ultime, per ricompensare le vite deprivate di migliaia di nostri concittadini;

8. ...nella ricerca di nuove modalità di uso degli attuali strumenti di supporto economico alla nonautosufficienza, primo tra tutti le indennità di accompagnamento, per ottenere una più giusta proporzione tra erogazione di contributi e di servizi, verso un nuovo Fondo Nazionale per la nonautosufficienza. I Distretti possono essere leader nel riconoscere e mettere in rete le tante risorse presenti nei territori, per costruire percorsi di cura più logicamente concatenati, più integrazioni coerenti e flessibili, progetti individualizzati di cura, budget di salute personali e familiari innovativi;
9. ...nell'individuazione di nuove prospettive ed obiettivi, nuovi scenari futuri in cui la misurazione della qualità di vita diventi indicatore primario dell'efficacia, per far prevalere così il valore delle cure domiciliari rispetto ai freddi obiettivi statistici della de-ospedalizzazione, della riduzione degli accessi al Pronto Soccorso. Per far rendere la vita meritevole di essere vissuta anche quando si incammina sul viale del tramonto;
10. ...nell'applicazione delle nuove tecnologie (ICT) di home care, ormai irrinunciabili per avvicinare e mai allontanare relazioni e contatti tra assistiti ed operatori ed anche tra gli stessi operatori; per facilitare la costruzione delle reti, semplificare il monitoraggio di parametri vitali ed ambientali, poterlo attuare nelle fasi post-acute, nel medio ed anche lungo periodo; per erogare prestazioni sanitarie di home care di eccellenza, di crescente qualità, tra cui è giusto inserire le nostre capacità di rendicontazione, attraverso una corretta conservazione ed accesso ai dati da parte di tutti gli attori di cura, utenti e care giver; per realizzare e far crescere sistemi informativi agili e realmente utili per prendere decisioni più tempestive ed appropriate; per una vittoria della prossimità e del tempo.

*CARD rilancia per questo da Pisa l'idea di **UN RINASCIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI** in tutto il Paese.*

Chiediamo per questo l'aiuto di tutti per:

- *avere più consapevolezza, dare più forza alle cure domiciliari;*
- *renderle realmente sicure ed alternative a quelle offerte in ambito ospedaliero e residenziale;*
- *potenziare i Distretti per poterle garantire, produrre, integrare.*

CARD invita a costruire insieme solidi programmi in cui prevedere una ricerca epidemiologica puntuale sull'individuo, famiglia, gruppo, comunità dei bisogni di home care, per superare i registri della cronicità ed entrare in altri che mostrino l'andamento dei determinanti sociali della salute, vista così a 360 gradi (ecologia della salute). Servono (urgono) piani pluriennali di sviluppo della home care distrettuale (alcune proposte sono disponibili presso il Centro Studi CARD) grazie ai quali nell'arco dei prossimi 6 anni in ciascuno degli attuali 600 Distretti in Italia possano operare adeguati, per composizione numerica e capacità professionali, team composti da infermieri, medici, terapisti della riabilitazione, OSS ed altri ancora. In ciascun Distretto vanno fatti investimenti in strumenti di ICT (information Communication Technologies), oggi irrinunciabili: la cartella elettronica personalizzata (cosa ben diversa dal fascicolo elettronico), i sensori personalizzati per il controllo in remoto di parametri vitali ed ambientali, i sistemi di telemonitoraggio, teleconsulenza, teleassistenza, teleformazione/educazione.

Costruiamo un RINASCIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI, in un'armonia che potrà ridare fiducia nel Servizio Sanitario Pubblico, luce e spazio alla vita di moltissime persone; potrà aumentare l'efficacia l'efficienza l'equità del SSN/SSR; riportare speranza, credibilità e senso di appartenenza dei professionisti alla Sanità Pubblica, renderli orgogliosi di come essa sappia esprimersi ad alto livello qualitativo anche in questo settore fino ad ora negletto, uniti nello scopo primo ed ultimo del nostro lavoro: costruire salute, per il bene dell'individuo e nell'interesse delle Comunità.

Pisa, Palazzo dei Congressi, 24 maggio 2019.





K Link Srl

Centro Direzionale Is. G1 - 80143 Napoli

Tel: +39 081 19324211

Fax: +39 081 19324754

klinksolutions.it

*Finito di stampare nel mese di Giugno 2020
dalla Tipografia **All Prints Paper Srl** - Napoli*



Organizzazione e Gestione
Via Brin, 63 - Scala D - int. D9 80142
Napoli
Tel. 081-19324211 Fax 081-19324724
eventi@klinksolutions.it
www.klinksolutions.it

