

Osservatorio sui sistemi sanitari

Osservatorio sui sistemi sanitari

La nuova sanità territoriale: 11 progetti a cura degli allievi del terzo Corso di perfezionamento in “Organizzazione e gestione della Case della comunità”

Nell'a.a. 2023/2024 si è svolta, presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, la terza edizione del corso di perfezionamento in “Organizzazione e gestione delle Case della comunità, nell'ambito del riordino della sanità territoriale”, diretto dal prof. Renato Balduzzi. Il corso è stato promosso dalla Facoltà di Giurisprudenza e da FedesantitàAnci, in partenariato con l'associazione “Prima la Comunità” e la Società italiana di diritto sanitario (SoDiS).

Nel solco delle precedenti edizioni, il corso ha proposto un percorso interdisciplinare di formazione-ricerca, che ha affiancato alla didattica frontale, momenti laboratoriali dedicati alle trasformazioni in corso nelle aziende sanitarie italiane. A conclusione, il “LaboST – Laboratorio permanente sulla sanità territoriale” ha organizzato, il 10 maggio 2024, un workshop durante il quale sono stati presentati 11 project-works (individuali o di gruppo) elaborati dagli allievi di questa edizione (con essi, il corso conta ormai oltre cento diplomati). I documenti qui pubblicati disegnano progettualità future o analizzano azioni in corso di attuazione in diversi contesti territoriali e, come per le passate edizioni del corso, il LaboST ritiene interessante metterli a disposizione di studiosi e operatori, nella prospettiva di contribuire al dibattito che accompagna i cambiamenti in atto nel SSN italiano. Ringraziando, perciò, la Rivista *Corti Supreme e Salute* per la disponibilità a dare spazio a questa iniziativa, si riportano di seguito gli abstracts dei progetti, la cui versione integrale si trova pubblicata sul sito della Rivista.

L'esperienza di formazione-ricerca avviata con il corso di perfezionamento proseguirà con una quarta edizione.

LaboST – Laboratorio permanente sulla sanità territoriale

Corti supreme e salute 2024, 2

ISSN 2611-8882

Project-work n. 1

Il DM 77 in aree a bassa densità abitativa e a geografia frammentata delle province di Rieti, Latina e Frosinone: il ruolo dell'IFeC e delle equipe itineranti sulla base dell'esperienza della AUSL di Modena

ABSTRACT:

La componente n. 1 della missione n. 6 “Salute” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) mira a potenziare e a rendere omogenea l’offerta della rete territoriale di assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale, attraverso interventi normativi e strutturali tesi a rispondere ai bisogni di salute della comunità, migliorando l’equità di accesso ai servizi sanitari della popolazione, indipendentemente dal luogo in cui si vive e dalle condizioni socio economiche.

Differenziare e contestualizzare le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, sulla base dei differenti bisogni, risulta fondamentale alla luce delle evoluzioni sociali ed epidemiologiche del Paese. Una quota rilevante della popolazione italiana è infatti costituita da persone, solitamente anziane, spesso affette da più patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo *status* socio-familiare e ambientale o l’accessibilità alle cure. La necessità di realizzare un’assistenza sanitaria di prossimità sempre più capillare assume particolare importanza in località dove a causa di una conformazione territoriale a geografia frammentata, l’erogazione dei servizi diventa difficoltosa.

Il modello definito nel DM 77/2022 parte dalla comunità e dall’analisi dei suoi bisogni, dalle sue caratteristiche strutturali, ambientali e sociali; l’articolazione dei servizi territoriali è determinata in funzione delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e di accessibilità del territorio in cui i servizi stessi dovranno essere istituiti.

Al fine di delineare un quadro qualitativamente rappresentativo di diverse tipologie di territori disagiati e a residenzialità diffusa si è ritenuto opportuno descrivere e studiare tre realtà della provincia laziale: il Reatino, il Frusinate e l’Agro Pontino.

L’analisi ha tenuto conto della Strategia nazionale per le aree interne (SNAI), una politica nazionale innovativa di sviluppo e coesione territoriale che mira a contrastare la marginalizzazione e i fenomeni di declino demografico propri di tali territori, con un focus sulle zone classificate come aree interne del Lazio ad opera della DGR n. 477/2014, e specificamente delle tre province sopra citate.

Sono state valutate le soluzioni esistenti per la realizzazione di una sanità di prossimità e equa nell’accesso alle cure, nonché lo stato di attuazione delle strutture previste per questi territori nel DM 77/2022 così come declinato dalla Determinazione Regionale 20 dicembre 2022 n. G18206 “Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 Approvazione del documento Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio”.

Gli interventi programmati e attuati all’interno della SNAI nelle tre province oggetto di studio, sono stati confrontati con i modelli organizzativi attuati nella AUSL di Modena, as-

sunti a modello indicativo di una positiva realizzazione del disegno di riordino territoriale delineato nel DM 77/2022.

In questa chiave, è stata esaminata l'esperienza dell'Area interna dei Monti Reatini, che ha visto protagonista la ASL di Rieti nella realizzazione di due progetti:

- C1 Sistema Salute – Aree Interne Reatine (SiS-AIR) Servizi di Comunità: le équipes itineranti;
- C2 Sistema Salute – Aree Interne Reatine (SiS-AIR) Infermiere e ostetrica di comunità.

Sono stati descritti anche gli interventi programmati nelle Aziende Sanitarie di Latina e Frosinone per la SNAI Lazio, ma l'esperienza già maturata nel territorio della ASL di Rieti si è dimostrata più consolidata e aderente alla nuova logica di sanità territoriale. Pertanto, si è proceduto a un confronto tra le iniziative pionieristiche delle équipe itineranti reatine con il benchmark della AUSL Modenese, Azienda già avanzata nella strutturazione della nuova sanità territoriale definita dal DM77 diversamente dalle tre realtà laziali, dove tale riordino assistenziale è ad oggi in fase di prima realizzazione.

È apparso di interesse focalizzare l'attenzione su precise linee di sviluppo quali:

- l'implementazione dei Punti unici di accesso (PUA);
- la valorizzazione del ruolo del MMG/PLS;
- il rafforzamento della collaborazione delle aziende sanitarie con enti pubblici, terzo settore, e stakeholders locali;
- l'utilizzo della formazione quale leva di sviluppo per ridisegnare lo *skill mix* necessario per raggiungere il massimo livello di integrazione della rete, al fine di ipotizzare un modello organizzativo integrato applicabile alla tipologia di territorio descritto.

Autrici: **Silvia D'Aguanno** (ASL di Latina), **Sabrina Martini** (ASL di Frosinone), **Roberta Rossi** (ASL di Rieti).

Tutor di progetto: **Giammaria Gotti** (Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa)

Le autrici ringraziano il dott. **Mauro Pitorri** (ASL di Rieti) per il contributo dato alla elaborazione del lavoro con riferimento all'esperienza delle *équipes* itineranti, nonché la dott.ssa **Imma Cacciapuoti** (AUSL di Modena) per il supporto informativo fornito nell'analisi del modello emiliano-romagnolo.

Project-work n. 2

La telemedicina nella gestione della Terapia Anticoagulante Orale presso l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

ABSTRACT:

Scopo del presente lavoro è stato quello di descrivere e verificare lo sviluppo in azienda di un modello organizzativo di utilizzazione della telemedicina per la gestione della Terapia Anticoagulante Orale (TAO) del paziente pediatrico in tempo reale, presso il suo domicilio, mantenendo le garanzie prestazionali di sicurezza ed affidabilità.

La gestione dei farmaci anticoagulanti orali nel paziente pediatrico rappresenta un campo clinico ad elevata specializzazione sia per le peculiarità del paziente che per le indicazioni cliniche al trattamento. La S.S.D. Medicina Trasfusionale Materno-Infantile e Traumatologica a seguito del periodo Covid ha iniziato ad attivare un percorso di gestione in telemedicina della terapia TAO per i pazienti pediatrici della Regione Piemonte e Valle d'Aosta in carico presso il Centro. Lo sviluppo di questo percorso iniziato nel 2021 è stato reso possibile grazie alla normativa regionale DGR 6-1613 del 30.07.2020 Regione Piemonte, che prevede l'erogazione di prestazioni specialistiche a distanza, oltre alla norme in materia di privacy (GDPR 679/2016 e DL 101/2018) e, da ultimo, si allinea anche alla missione 6 del PNRR e nel DM 77/2022 che incentivano l'utilizzo della telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici.

Il percorso gestionale della terapia Anticoagulante Orale del paziente pediatrico con l'intervento della telemedicina ha creato in Azienda la formazione di un gruppo di lavoro di esperti appartenenti alla S.S.D. Medicina Trasfusionale Materno-Infantile e Traumatologica, che, insieme alla Direzione sanitaria, ha portato nel 2022 alla stesura a livello aziendale della "Procedura di gestione della terapia anticoagulante orale in telemedicina".

La gestione farmacologica avviene con l'ausilio del software ParmaGTS (Werfen) in grado di proporre piani di cura seguendo un algoritmo proprietario per la terapia anticoagulante con farmaci. Il software di refertazione si interfaccia con il servizio home TAO, servizio integrato, in conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2015, che permette l'invio della prescrizione terapeutica tramite App o email/ web.

Ogni medico refertante accede al software tramite login e password personali in modo da garantire tracciabilità e responsabilità prescrittiva.

Durante la prima visita in presenza, dopo aver raccolto il consenso al trattamento e alla modalità di gestione telematica, il medico della S.S.D. provvede ad inserire i dati anagrafici, i recapiti e il piano terapeutico del nuovo paziente nel software Parma GTS. Dopo il primo inserimento, a seguito della attivazione del servizio da parte del medico della S.S.D., viene inviato all'indirizzo e-mail depositato un messaggio di benvenuto con il link per l'accesso a home TAO e i dati di login (Codice paziente e password). I controlli successivi al primo avvengono in modalità telematica, salvo diversa necessità clinica. Nel caso in cui il paziente esegua il controllo presso il laboratorio del presidio O.I.R.M.-S.ANNA, presidi aziendali, i medici della S.S.D. provvedono in autonomia a verificare su software di referta-

zione aziendale l'esito dell'INR (International Normalized Ratio), parametro di laboratorio chiave nel valutare il sistema di coagulazione. Nei pazienti pediatrici che eseguono presso il Centro Prelievi del presidio O.I.R.M.-S.ANNA il controllo INR mediante digitopuntura, con risultato immediatamente disponibile, in caso di valori di INR > 4, il paziente viene inviato al Centro TAO per visita medica. Laddove il medico lo ritenga necessario, è possibile la somministrazione immediata di vitamina K come antagonista della TAO. In caso il controllo di laboratorio venga eseguito in altra sede, il paziente/caregiver provvede a segnalare a mezzo e-mail ai medici della S.S.D. entro le ore 15.00 il valore di INR.

Entro le ore 16.30, i medici della S.S.D. refertano su Parma GTS le terapie della giornata. Al momento della validazione, viene inviato all'indirizzo e-mail del paziente/caregiver un messaggio di avviso che segnala la presenza su home TAO della nuova terapia. Segnalazioni urgenti possono essere effettuate telefonicamente come da istruzioni su scheda informativa. Analogamente, il medico refertante può contattare telefonicamente il paziente/caregiver per comunicazioni urgenti e/o segnalare sul referto eventuali commenti allo schema terapeutico assegnato.

Dal punto di vista amministrativo, i medici della S.S.D. provvedono a prescrivere una ricetta dematerializzata DEMA ripetibile per n. 8 "visite di laboratorio di controllo" tramite Trakcare. A fine settimana, viene inviato l'elenco dei pazienti visitati al personale amministrativo che provvede alla registrazione delle prestazioni e alla prenotazione delle prestazioni successive. Generalmente il paziente risulta esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria per patologia; qualora la prestazione preveda il pagamento del ticket, l'utente potrà versare la quota con il sistema Pago ticket online e fornire la ricevuta ai medici della S.S.D. a mezzo e-mail.

Nell'anno 2021 sono state eseguite 2127 terapie/anno, nel 2022 invece 2232 terapie/anno ed infine nel 2023 un numero di 2220 terapie/anno.

Andando a considerare i nuovi pazienti trattati si registrano per l'anno 2021 numero 20 nuovi casi contro 18 nuovi pazienti nel 2022 e 12 nell'anno 2023. Il leggero decremento avvenuto nel 2023 vs 2021 è direttamente imputabile all'avvento delle nuove terapie anti-coagulanti orali che non prevedono uno stretto monitoraggio in alcuni setting pediatrici. Per nessun anno preso in considerazione sono stati segnalati reclami o non conformità da parte dell'utenza.

Questo nuovo modello gestionale ha permesso di ridurre le disuguaglianze di accesso per le prestazioni sanitarie specialistiche dovute alla distanza fisica tra il domicilio del paziente ed il Centro. In questi anni è stata prestata particolare attenzione a garantire l'instaurarsi di un rapporto fiduciario tra il personale medico e il paziente/caregiver assicurandosi che questi avesse ben compreso nei modi e nelle responsabilità ogni atto necessario alla gestione della TAO. Ha rappresentato inoltre un supporto d'aiuto gestionale nei confronti dei genitori dei pazienti pediatrici e ha permesso con un'ottimale terapia medica la prevenzione delle condizioni potenzialmente pericolose per il paziente, (emorragie..etc). Affinché la gestione risulti sempre efficiente e funzionale bisognerà però garantire che il personale amministrativo sia completamente dedicato a questo percorso, infatti allo stato attuale vi è la condivisione di questa figura con altra struttura operativa, con un tempo dedicato.

L'auspicio è che a livello aziendale questa esperienza possa essere da apripista per altri percorsi di telemedicina ed infine che possa avvenire un processo di integrazione tra la telemedicina ed i sistemi sanitari digitali come il Fascicolo Sanitario Elettronico. Questo progetto, oramai consolidato, assume una notevole opportunità in quanto ha implementato la cultura della telemedicina, sia tra gli operatori che tra i pazienti, è stato in grado di responsabilizzare tutti gli attori coinvolti nel processo ed infine ha portato una “contaminazione” della tecnologia nell’operato quotidiano come strumento a sostegno dell’attività clinica.

Autori: **Giovanni La Valle**, **Lorenzo Angelone** e **Beatrice Borghese** (A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino)

Tutor di progetto: **Andrea Patanè** (Università di Bergamo)

Project-work n. 3**La telemedicina nella gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco cronico: ipotesi di modello di gestione integrata ospedale-territorio****ABSTRACT:**

La pandemia da COVID-19 ha messo in evidenza le differenze nell'erogazione delle cure nel territorio italiano e ha rivelato le carenze strutturali e organizzative del nostro sistema sanitario, dovute alla mancanza di integrazione tra ospedali e territorio e all'uso di tecnologie ospedaliere obsolete. Ciò ha evidenziato la necessità di ridisegnare la rete dei servizi sanitari, soprattutto per affrontare l'evoluzione demografica e l'aumento delle patologie croniche.

Su questo substrato si innesta la Missione 6 del PNRR dedicata alla Salute, che si articola in due componenti: M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale; tale misura mira a rivoluzionare l'assistenza sanitaria nazionale.

La pandemia ha dato un notevole impulso alla diffusione della telemedicina, vista come un mezzo per migliorare l'accesso alle cure, ridurre le disuguaglianze geografiche e aumentare l'efficienza del sistema sanitario.

L'innovazione tecnologica e la telemedicina possono contribuire a spostare l'assistenza sanitaria dal contesto ospedaliero a quello territoriale, facilitando l'accesso alle prestazioni e migliorando la gestione delle patologie croniche. Questo approccio favorisce una maggiore equità nell'accesso alle cure, promuove la continuità della cura e supporta, decongestionandoli, i servizi di emergenza urgenza.

In sintesi, l'innovazione tecnologica offre nuove opportunità per migliorare il servizio sanitario attraverso una maggiore collaborazione tra professionisti sanitari e pazienti.

In letteratura sono presenti vari studi sulle patologie croniche e sulla gestione domiciliare con telemedicina.

In particolare, lo scompenso cardiaco è una malattia cronica estremamente diffusa nella popolazione, e rappresenta una delle patologie cardine del cosiddetto "chronic care model".

Lo Scompenso Cardiaco (SC) è una sindrome clinica complessa, rappresenta oggi una vera e propria criticità sanitaria, essendo gravato da un'elevata mortalità, morbilità e comportando ingenti costi assistenziali.

Lo SC non costituisce la diagnosi di una singola condizione patologica ma è una sindrome clinica caratterizzata da sintomi tipici quali dispnea, edemi declivi ed affaticabilità, talvolta accompagnati da segni clinici, causata da alterazioni cardiache strutturali e/o funzionali che determinano elevate pressioni intracardiache e/o una inadeguata portata cardiaca a riposo e/o sotto sforzo.

Nella Classificazione delle Linee Guide European Society of Cardiology (ESC) 2021, lo scompenso cardiaco è stato suddiviso in differenti fenotipi sulla base della misurazione della frazione di eiezione ventricolare sinistra.

Nonostante i progressi nella sua gestione, la prognosi rimane infausta e la qualità di vita compromessa.

In Italia, lo SC è la seconda causa di ricovero ospedaliero nella popolazione generale e la prima negli over 65 anni. Rappresenta l'1.2-1.4% della spesa sanitaria a causa dei frequenti ricoveri ospedalieri. I tassi di re-ospedalizzazione sono alti, con il 16% dei dimessi che viene ricoverato entro tre mesi.

Le difficoltà nella gestione clinica derivano dalle frequenti riacutizzazioni e dalla complessità della patologia.

Il carico assistenziale è dunque elevato e ricade spesso, impropriamente, sulle strutture ospedaliere, causando conseguenze negative per i pazienti e il SSN.

Una revisione sistematica di Cochrane ha evidenziato che il telemonitoraggio domiciliare può ridurre la mortalità del 20% e le ospedalizzazioni per SC del 37%.

Il "Gruppo di Consensus Nazionale per la Telecardiologia in Italia" raccomanda l'uso della telemedicina per gestire i pazienti con scompenso cardiaco (SC).

L'obiettivo è intercettare le fasi molto precoci del deterioramento clinico, che precedono la fase di riacutizzazione, molto prima della comparsa dei segni e sintomi generali, attraverso la precoce identificazione dei fattori precipitanti in modo da prevenire le re-ospedalizzazioni e ridurre la mortalità post-dimissione, con un conseguente prolungamento dell'aspettativa di vita, migliorando così la continuità assistenziale e la qualità di vita dei pazienti.

L'uso dei sistemi di telemedicina cambia la strategia di intervento sul paziente cronico che passa da reattiva a proattiva, intervenendo quando i pazienti sono ancora asintomatici. I moderni dispositivi cardiaci elettronici impiantabili possono raccogliere e trasmettere dati sul loro funzionamento, mentre i pazienti possono utilizzare dispositivi digitali per misurare parametri clinici e inviare dati a centri telecardiologici.

Il gruppo di consensus sottolinea che, soprattutto dopo la dimissione ospedaliera, il telemonitoraggio cardiovascolare dei parametri clinici, ma anche il telecontrollo dei segni clinici e dei sintomi riferiti dal paziente, offrono diverse opportunità di miglioramento della continuità assistenziale del paziente cronico con SC.

La riacutizzazione dello SC è individuabile per mezzo del telecontrollo del peso corporeo del paziente. La fase acuta è evidenziabile in questo modo con un anticipo di 2-4 giorni (l'arrivo imminente della fase acuta è annunciato dalla ritenzione idrica che si diffonde in tutti i tessuti).

La riacutizzazione è anticipabile di 2-3 settimane se si utilizza il telecontrollo basato su sistemi digitali maggiormente evoluti come il rilevamento delle variazioni di impedenza toracica o attraverso il monitoraggio della Pressione Arteriosa Polmonare (PAP).

La telemedicina migliora gli outcome clinici, riducendo la mortalità e le ospedalizzazioni per cause cardiovascolari. Inoltre, offre vantaggi come la riduzione delle ore di lavoro perse per accompagnare i familiari e del costo annuo per paziente a carico del SSN.

Infine, la telemedicina supporta la presa in carico proattiva dei pazienti con SC, integrando la gestione ambulatoriale per il follow-up e favorendo il raggiungimento di vari obiettivi positivi.

L'introduzione della telemedicina nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco cronico porta a una comunicazione continua tra gli operatori sanitari, facilitando l'uso appropriato delle risorse e riducendo complicità e ospedalizzazioni. Offre, inoltre, la possibilità di misurare e valutare i processi sanitari.

Lo scopo del lavoro è creare un modello organizzativo integrato che valorizzi le tecnologie digitali nella gestione dei pazienti complessi affetti da Scompenso Cardiaco Cronico. Questo include l'uso anche di una équipe dedicata e di un servizio di telemonitoraggio per trasferire i dati dal domicilio del paziente alla Casa della Comunità (CdC) e da questa, qualora necessario, agli specialisti.

Gli obiettivi principali implicano:

1. Facilitare il lavoro multidisciplinare tra i professionisti sanitari e creare connessioni con il settore sociale.
2. Semplificare l'accesso ai dati e garantire un flusso continuo di informazioni per strutturare progetti di salute personalizzati.
3. Garantire continuità dell'assistenza attraverso la medicina di iniziativa e l'integrazione dei dati di popolazione.
4. Mantenere una comunicazione costante e tempestiva tra medico e paziente.
5. Fornire dati in tempo reale ai medici per adattare rapidamente le procedure terapeutiche.
6. Ridurre le barriere geografiche e garantire accesso a servizi specifici e consulti con specialisti.
7. Aumentare l'educazione dei pazienti e dei caregiver sulla patologia per migliorare la qualità di vita.

Questi aspetti portano a una significativa diminuzione delle ospedalizzazioni, una migliore aderenza alle terapie prescritte e una riduzione dei costi di gestione per il sistema sanitario.

L'innovazione tecnologica attraverso la telemedicina rappresenta una risorsa fondamentale per la gestione proattiva delle patologie croniche come lo scompenso cardiaco, con benefici sia per i pazienti che per il sistema sanitario nazionale.

In conclusione, il lavoro intende offrire risposte evolute ai bisogni di salute dei pazienti affetti da SC, completando il percorso di cura presso il domicilio, fornire una transizione di alta qualità alle cure ambulatoriali e garantire integrazione con i servizi di assistenza cronica portando ad una riduzione dei costi del sistema sanitario, migliorando la compliance del paziente cronico e agevolando l'interazione con gli operatori sanitari.

Autrice: **Gabriella Terrazzino** (ASP di Palermo)

Tutor di progetto: **Andrea Patanè** (Università di Bergamo)

Project-work n. 4

Attivazione dell'ambulatorio di Infermieristica di Comunità presso la Casa della Comunità di Tortona

ABSTRACT:

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza, attraverso la Missione 6 “Salute”, disegna una riforma dell’assistenza sanitaria, prevedendo il passaggio dal concetto di “cura” a quello di “prendersi cura” del benessere fisico, sociale e psicologico della persona.

Veicolo della riforma è il Decreto ministeriale n. 77/2022, che identifica la prevenzione e la promozione della salute tra gli obiettivi garantiti dalla Casa della comunità ed evidenzia la necessità di creare forti sinergie tra Distretto e Dipartimento di prevenzione per programmare, attuare e coordinare azioni finalizzate all’individuazione di condizioni di rischio individuali e impostare interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona.

L’attuazione degli standard previsti dal D.M. 77 rappresenta l’occasione per realizzare alcune delle strategie di contrasto alle malattie croniche non trasmissibili già previste dal Piano nazionale della cronicità nel 2016 e dal Piano nazionale della prevenzione 2020-2025, rafforzando realmente la prevenzione primaria e la promozione della salute e contribuendo alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Il progetto, basato sul concetto di “medicina di iniziativa” che prevede che il servizio vada incontro al bisogno, ha preso in esame uno dei quattro Distretti nei quali è articolata l’Azienda sanitaria locale di Alessandria: il Distretto di Novi Ligure-Tortona, suddiviso in due ambiti territoriali, entrambi caratterizzati da un territorio prevalentemente collinare, con una popolazione totale di oltre 128.000 abitanti.

È stata condotta l’analisi demografica ed epidemiologica del contesto per una prima lettura dei bisogni della popolazione di riferimento. I dati hanno evidenziato un progressivo invecchiamento della popolazione, con una quota di ultrasessantacinquenni superiore al 28% del totale.

L’elevata prevalenza di anziani e l’ampia diffusione di fattori di rischio modificabili in questa fascia di età, hanno evidenziato la necessità di individuare come target del progetto la popolazione ultrasessantacinquenne e di potenziare l’offerta di interventi di promozione della salute e di prevenzione, con l’obiettivo di favorire un invecchiamento attivo e in salute, rendendo l’anziano una risorsa per la Comunità.

Il progetto prevede una prima sperimentazione nell’ambito tortonese del Distretto, con l’istituzione di un ambulatorio di Infermieristica di comunità gestito dall’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) e orientato alla medicina di iniziativa, nella Casa della comunità di Tortona.

Le competenze dell’IFeC saranno personalizzate in base alle necessità socio-assistenziali degli utenti. In assenza di condizioni patologiche (circa 6.100 anziani), si implementeranno gli interventi di promozione della salute e di prevenzione primaria/secondaria (adesione alle vaccinazioni anti-influenzale, anti-pneumococcica e anti-Herpes Zoster, adesione

allo screening organizzato mammografico e colo-rettale fino a 74 anni di età e promozione della pratica di attività fisica attraverso i Gruppi di cammino e i percorsi di Attività Fisica Adattata), sia a livello individuale, sia comunitario.

In presenza di cronicità (circa 10.400 anziani affetti da patologie croniche), si predisporranno interventi per promuovere il *self care management* e percorsi di salute e diagnostico-terapeutici assistenziali (PSDTA) nelle fasi iniziali, mentre, per i casi ad alta complessità, l'IFeC rivestirà un ruolo di “case manager”, impegnandosi nella presa in carico diretta e nella predisposizione di progetti di assistenza individuale (PAI).

La realizzazione del progetto presuppone una forte integrazione con tutti gli attori che “abitano” la Casa della comunità (medici di medicina generale, specialisti, professionisti sanitari, assistenti sociali, enti pubblici, enti del Terzo Settore, pazienti, care-giver e cittadini), per un servizio che sia realmente prossimo alla Comunità.

Autrice: **Irene Bevilacqua** (ASL di Alessandria)

Tutor di progetto: **Giammaria Gotti** (Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa)

Project-work n. 5

I PUA di comunità nell'ASL Roma 3: percorso di coprogettazione con gli enti del terzo settore per facilitare l'accesso ai servizi territoriali della popolazione multicronica e in condizioni di fragilità

ABSTRACT:

Introduzione

La componente M6C1 della Missione 6-Salute, Reti di prossimità, strutture e telemedicina del PNRR per l'assistenza sanitaria territoriale sostiene gli investimenti volti a rafforzare la capacità di erogazione di servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità. L'Azienda ASL Roma 3, a partire dal 2022, ha avviato e coordinato le attività di programmazione e realizzazione delle diverse fasi di realizzazione delle diverse linee di intervento PNRR coinvolgendo le Unità competenti aziendali ed avviando un programma di collaborazione con gli Enti del Terzo Settore per un supporto alla informazione ed orientamento dei cittadini per l'accesso ai servizi territoriali.

Obiettivo

L'obiettivo del progetto, stabilito a livello aziendale, è di realizzare la rete di servizi prevista nel DM 77/2022 coinvolgendo gli ETS attivi sul territorio per una azione integrata e sinergica in favore della popolazione multicronica e in condizioni di vulnerabilità sociale.

Fasi e destinatari

In novembre e dicembre 2023 è stato avviato il corso di alfabetizzazione sociosanitaria "City Competent" con il supporto di "IPACS" - Institutional & Public Coaching Services", con 18 professionisti aziendali e 12 cittadini rappresentanti degli ETS del Municipio di Ostia e Comune di Fiumicino. Successivamente, l'Azienda ha invitato gli ETS a partecipare al percorso di coprogettazione di interventi in favore della popolazione multicronica ed in condizioni di fragilità.

Risultati

Durante il corso "City Competent" sono stati affrontati i principali temi relativi alle esigenze di salute della popolazione nel territorio, ed il punto d'incontro innovativo tra operatori e cittadini è stato la realizzazione di 2 video di arte partecipativa realizzati dai professionisti aziendali e cittadini "competenti", rivolti ai cittadini e agli operatori sanitari, per spiegare come funziona e come si accede alla nuova assistenza sanitaria sul territorio, alla presa in carico post-dimissione da ricovero, i servizi di telemedicina domiciliare, l'accesso ai servizi di protesica, consultorio, salute mentale. In marzo 2024 si è tenuto un incontro conoscitivo con gli ETS che hanno risposto all'Avviso e, successivamente, sono state trasmesse agli ETS le schede di raccolta delle idee in riferimento sempre agli obiettivi di facilitazione di conoscenza ed accesso della popolazione più fragile ai servizi sociosanitari, nell'ottica della

costruzione di un Punto Unico di Accesso (PUA) di comunità, non limitato agli spazi fisici delle attuali strutture aziendali.

Conclusioni

Al termine del percorso sarà possibile attivare PUA di Comunità nel territorio, in affiancamento ai PUA aziendali già attivi. I cittadini “competenti” afferenti agli ETS potranno quindi operare in supporto agli operatori sanitari e sociali, negli spazi associativi e sanitari, per orientare i pazienti nell’accesso ai servizi sanitari in relazione al bisogno di salute, in un’ottica di tempestività ed appropriatezza di percorso assistenziale.

Autrice: **Tiziana Chiriaco** (ASL Roma 3)

Tutor di progetto: **Davide Servetti** (Università del Piemonte Orientale)

Project-work n. 6

La COT come strumento di integrazione professionale per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale

ABSTRACT:

Con il DM del 23 maggio 2022, n. 77, vengono per la prima volta forniti a livello nazionale gli standard per l'assistenza territoriale, indispensabili punti di riferimento per la realizzazione dell'assistenza territoriale e l'attivazione delle strutture, servizi ed unità operative previste nei nuovi modelli organizzativi ed assistenziali di cui alla Missione n. 6 del PNRR. In questo scenario le Centrali Operative Territoriali assumono un ruolo strategico per le funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali così da garantire la continuità assistenziale.

La regione Lazio, con la determina n° G02706 del 28 febbraio 2023, indica un modello organizzativo che prevede varie fasi nell'esercizio della transizione, funzionali a rendere fluidi i passaggi di setting. La transizione prevede uno scambio tra interfacce diverse all'interno della rete delle aziende sanitarie chiamate a integrare competenze, servizi e risorse per rispondere in modo unitario ai bisogni di specifici target di popolazione. I collegamenti tra aziende si fondano sui criteri di coordinamento e cooperazione, supportati da piattaforme di comunicazione integrate. In ogni ASL sarà costituita una COT A, quale strumento operativo funzionale che svolge un ruolo di governo aziendale dei transiti tra i diversi setting assistenziali coinvolti nel percorso di cura e assistenza e di gestione dei percorsi a valenza sovra-distrettuale e degli aspetti complessi in ambito socio-sanitario.

Obiettivo del presente elaborato è descrivere e tracciare lo sviluppo, nella ASL Roma 6, del sistema di Centrali Operative Territoriali progettato come struttura di governo tra i diversi setting per garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza delle cure agli assistiti, in una prospettiva di collaborazione e cooperazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali, nonché la forte integrazione tra i diversi professionisti e operatori, per garantire la presa in carico della persona e appropriate risposte ai bisogni di salute.

Il modello di COT proposto eredita l'esperienza multi-professionale della centrale operativa Covid e della successiva centrale operativa Ucraina (attivata per le persone che si sono rifugiate in Italia in seguito allo scoppio della guerra nella loro nazione), dove medici infermieri, assistenti sociali e personale della riabilitazione venivano attivati in team o singolarmente per soddisfare i diversi bisogni delle persone.

Nella Asl Roma 6 come da PNRR, il progetto riorganizzativo dei servizi territoriali ha previsto l'attivazione di una COT A e 6 COT D, entro il 30 marzo 2024, in coerenza con l'organizzazione socioassistenziale territoriale, precisamente una in ogni distretto, con la funzione di mettere in correlazione i servizi delle cure intermedie, le cure primarie e le case di comunità nonché assicurare il collegamento con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. È stata attivata contestualmente alla Centrale Operativa Territoriale, alle UCA

ed alla centrale di Telemedicina una procedura che organizza il percorso della persona in dimissione, per la collocazione nel setting assistenziale appropriato.

Nello specifico del Piano di Assistenza Individuale è richiesto un importante sforzo per il coordinamento e l'attivazione dei diversi servizi, i professionisti, nonché le equipe multidisciplinari (MMG, infermiere, assistente sociale, fisioterapista, etc.), fino ad oggi non abituati ad interagire e integrare risorse, conoscenze, competenze e saperi.

Il progetto nasce dopo l'esperienza dovuta alla pandemia da SARS CoV2, dove si attivata una Centrale operativa di telemedicina e telemonitoraggio, che ha assunto un ruolo centrale attraverso l'attivazione di percorsi e controlli personalizzati. Da questa si sono coordinate le attività relative alla gestione dei pazienti Covid positivi sul territorio in stretta sinergia con i servizi dell'Assistenza Infermieristica Proattiva (oggi UCA – equipe medico/infermieristiche) e gli ambulatoriali dedicati al long Covid e patologie correlate, favorendo inoltre, l'ingresso negli alberghi sanitari, l'accesso alle Cure intermedie e la gestione dei tamponi nasofaringei.

Nell'area ospedale territorio, attraverso il Bed Management aziendale e la centrale operativa regionale COA, si è attivata una stretta correlazione, con l'attivazione delle RSA Covid, per la collocazione di degenti ospedalieri presso un setting assistenziale di bassa complessità.

Nel mese di febbraio 2021 si è attivata la Centrale Operativa Aziendale per i rifugiati della guerra in Ucraina, questo ha permesso ai nostri professionisti di acquisire una buona esperienza e competenza sulle modalità operative per assicurare la continuità assistenziale e la fornitura di cure ed assistenza appropriate al setting assistenziale specifico della persona. Queste strutture e altri interventi che hanno superato la fase di sperimentazione, sono stati oggetto di revisione organizzativa e professionale, armonizzati alle direttive del DM 77 del 23 maggio 2022 e, alle indicazioni, come da DGR della Regione Lazio, per garantire una sanità territoriale moderna e pronta a rispondere ai bisogni dei cittadini, nonché consentire alle strutture ospedaliere di perseguire con efficacia, efficienza ed appropriatezza la propria mission.

Finalità generale dell'intervento

Garantire ai cittadini risposte efficaci, efficienti ed appropriate in relazione all'attivazione dei percorsi di presa in carico delle persone affette da patologie croniche e/o in condizione di fragilità nel passaggio da un setting assistenziale, facilitando il raccordo tra le strutture della rete territoriale ed ospedaliera, nonché garantendo la continuità dell'assistenziale.

Obiettivi diretti e indiretti

1. LPresa in carico delle persone affette da patologie croniche e/o delle persone fragili;
2. Assicurare la continuità assistenziale, l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale;
3. Completa digitalizzazione del servizio al fine di garantire una visione completa dello scenario assistenziale della ASL e delle persone prese in carico, nonché assicurare la memorizzazione, l'interoperabilità ed il trasferimento delle informazioni;

4. Migliorare la qualità di vita della persona assistita.
5. Miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari per la popolazione locale.
6. Garantire il passaggio tra i diversi setting assistenziali socioassistenziali e sociali delle persone che non possono essere direttamente affidate al MMG e all'IFoC;
7. Ottimizzazione delle risorse umane e materiali.
8. Raccolta dati, tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale e socioassistenziale all'altro;
9. Garantire l'inserimento dei dati sanitari e socioassistenziali, di propria competenza, nel software aziendale dedicato e correlato al Fascicolo sanitario delle persone;
10. Ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata e/o il ricorso improprio al Pronto Soccorso a seguito di una dimissione non appropriata o di un trasferimento non coordinato verso l'appropriato setting assistenziale, in particolare per le persone fragili;
11. Interconnessione procedurale ed operativa con la centrale operativa regionale 116117 per affrontare condizioni complesse o urgenti.
12. Correlazione operativa con i servizi della centrale di telemedicina e le UCA, per garantire proattivamente interventi appropriati, efficaci ed efficienti;
13. Correlazione operativa con i PUA aziendali per la presa in carico e la transizione verso i setting assistenziali definiti nella Valutazione Multidisciplinare per i cittadini che non necessitano della presa in carico da parte dei CAD/ADI.

Risorse di personale

La dotazione organica a tendere prevista dal DM 77 del 2023 è relativa ad un modello organizzativo monoprofessionale. La Asl Roma 6 per garantire una visione olistica della persona della persona relativamente ai suoi bisogni socioassistenziali ha progettato centrali operative con funzioni multidisciplinari al fine di garantire efficienza ed efficacia nonché appropriatezza nella presa in carico della persona.

A tal fine, l'organico delle COT sarà formato da Infermieri, Assistenti Sociali, Fisioterapisti e Medici in relazione al modello organizzativo di cui l'azienda si è dotata: 1 COT A (HUB) e 6 COT D (Spoke).

Modello organizzativo

La COT A esercita le proprie funzioni afferendo gerarchicamente alla UOS Infermieristica Territoriale/UOC Professione Infermieristica. Svolge le proprie attività in correlazione con il Servizio Sociale Aziendale e la UOSD Tecnici della Riabilitazione ed è funzionalmente collegata con il servizio di Bed Management, il Dipartimento del Territorio, le Strutture sanitarie, Sociosanitarie e sociali accreditate, le istituzioni dei comuni del territorio e la centrale operativa regionale e le altre ASL del Lazio.

La COT A è composta da personale sanitario, sociale e della riabilitazione, supportato da personale amministrativo (nucleo stabile) integrato ed, a seconda delle specifiche esigenze, è supportata da professionisti con diverse competenze, dei Distretti e/o dell'area ospedaliera aziendale, nell'ottica di un processo di "contaminazione" di saperi e di competenze tra aree differenti. Il team adotta una modalità di lavoro basata sull'approccio

multiprofessionale e multidisciplinare. È attiva 7 giorni su 7, con orari definiti secondo l'organizzazione aziendale.

Le COT D sono integrate all'interno dei servizi delle cure intermedie distrettuali, svolgono le proprie attività/funzioni, secondo le linee di indirizzo aziendali e distrettuali, nel territorio di competenza in correlazione con le articolazioni distrettuali del Servizio Sociale Aziendale e della UOSD Tecnici della Riabilitazione le strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali accreditate del territorio, e la centrale operativa territoriale aziendale.

Gli elementi che contraddistinguono questo nostro modello di COT sono soprattutto la multidisciplinarietà essendo questa il modo per affrontare la complessità della presa in carico assistenziale che deve essere di tipo olistico e la proattività che si estrinseca per esempio sulla ricerca degli over 65 anni non ancora in carico al CAD in quanto non consapevoli di essere affetti da fragilità e/o cronicità.

Autore: **Stefano Villani** (ASL Roma 6)

Tutor di progetto: **Andrea Patanè** (Università di Bergamo)

L'Autore ringrazia il dott. **Claudio Federici**, dirigente delle professioni infermieristiche nell'ASL Roma 6, per aver collaborato all'elaborazione del presente progetto.

Project-work n. 7

Rete Rivoli&Pianezza: connettere i nodi della rete locale di assistenza territoriale

ABSTRACT:

Lo “shift” epidemiologico verso la cronicità e la multimorbilità, con il carico di disabilità ritardato che esse portano con sé e le fragilità che le accompagna, è stato esplorato nel 2014 dalla Regione Veneto all’interno della propria popolazione mediante il sistema degli Adjusted Clinical Groups (ACG). L’analisi ha evidenziato come il 75% delle risorse sanitarie sia utilizzato dal 21% della popolazione, perché affetta da una singola patologia complessa o da patologie multiple o da terminalità.

Per i dieci MMG della Casa della Salute di Pianezza quel sottoinsieme di popolazione si concretizza oggi in un valore atteso di 3.218 persone (comprese le circa 86 persone ospiti dell’RSA locale) responsabile, per l’insieme dei medici, di 550 dei loro 740 contatti quotidiani. Un carico assistenziale critico con importanti ricadute anche sui DEA ospedalieri, che indicava, già nel 2014, come non più rinviabile l’implementazione di un nuovo modello di servizio di Assistenza Territoriale (AT) per la sua rilevanza strategica.

Tale modello dovrebbe essere multiprofessionale, multisede, asincrono, strutturato a nodi di rete integrati e ad intensità variabile, con la centralità del paziente come elemento qualitativo costitutivo che trova l’attuazione concreta nell’unitarietà e completezza degli interventi erogati dai diversi servizi: servizi “di attesa”, che rispondono all’agenda del paziente, e servizi “proattivi”, che rispondono all’agenda del SSN/R (rivolta alle cronicità o, ad esempio, ad una pandemia). In questo contesto, la qualità dei servizi dovrebbe essere valutata in ordine all’accessibilità, alla continuità, alla completezza e alla coordinazione degli interventi erogati, nonché all’empowerment promosso.

Siffatto modello, per essere ingegnerizzato e attuato nella pratica quotidiana, richiede ai professionisti dell’AT (e non solo) l’acquisizione e l’introduzione di una nuova cultura della cura, un cambiamento del proprio assetto organizzativo e nuove modalità di gestione del bisogno del cittadino in carico: un percorso preliminare imprescindibile, certamente complesso e dai tempi lunghi, che tuttavia i MMG della Casa della Salute di Pianezza hanno già da tempo iniziato ad attuare concretamente.

Questo percorso verrà illustrato, nei suoi aspetti essenziali e concreti orientati alla realizzazione del nuovo modello di presa in carico all’interno della nostra AFT sperimentale, nella prima parte di questo lavoro. Esso ha portato l’ASLTo3, nell’aprile 2019, ad avviare un progetto di servizio sperimentale dell’AFT di Pianezza, e tutt’ora in corso, denominato ‘Casa della Salute’.

Il progetto “Rete Rivoli & Pianezza” (Progetto R&P) oggetto della presente proposta vuole essere un ulteriore sviluppo del servizio Casa della Salute.

Il progetto Rete R&P intende, infatti, testare la realizzazione di una continuità, in questo caso, anche esterna alla Casa della Salute (Casa della Comunità Spoke?) della presa in carico senza cadute di tensione (secondo le indicazioni del Piano Nazionale Cronicità e

del DM 77/2022) di una persona nel corso del suo passaggio da una condizione di stabile cronicità/fragilità (complessità) ad una di scompenso o di altra acuzie.

In considerazione delle molte condizionalità che intervengono nell'avvio e gestione di questi casi, la procedura gestionale da adottare nella sperimentazione sarà elaborata con l'avvio di una "comunità di pratica", composta da rappresentanti degli attori coinvolti al fine di individuare e trovare soluzioni, sulla base di un "case scenario" condiviso, ai diversi colli di bottiglia che si incontrano ad oggi nella gestione integrata e completa del caso.

Una volta individuata e condivisa la procedura di case management, la sperimentazione sarà suddivisa in due fasi.

La prima fase riguarderà l'accesso al e la dimissione dal Pronto Soccorso dell'Ospedale di Rivoli di soggetti fragili con patologie croniche ospiti dell'RSA locale o della Casa Assistenza locale.

La seconda fase riguarderà anche l'accesso al e la dimissione dal Pronto Soccorso dell'Ospedale di Rivoli di cinque cittadini maggiorenni fragili abitualmente presenti al proprio domicilio pianezzeese per ciascuno dei dieci MMG, e da loro indicati come coloro a maggior rischio di scompenso per specifiche fragilità.

Attraverso due operazioni chiave (1: l'adozione della piattaforma di teleconsulto utilizzata dall'ASLTO3 per le comunicazioni tra il MMG e il Medico Urgentista in turno al DEA dell'ospedale di Rivoli; 2: il training accreditato dei MMG coinvolti all'utilizzo di un ecografo portatile con sonda lineare e convex), la sperimentazione intende: a) profilare e presentare meglio le persone per le quali il singolo MMG ritiene sarebbe necessario un invio al DEA; b) gestire in modo integrato e meglio profilato il rientro in residenza o al domicilio delle persone in dimissione dal DEA.

La riduzione di accessi di tipo "revolving door" al DEA, il miglioramento della qualità di vita dei pazienti coinvolti e, infine, l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane ed economiche del SSN/R rappresentano i risultati attesi del progetto.

Autore: **Giulio Lupo** (MMG, Coordinatore dell'Equipe di assistenza territoriale/Casa della Salute di Pianezza, TO)

Tutor di progetto: **Davide Servetti** (Università del Piemonte Orientale)

L'Autore ringrazia i dott. **Paola Molina** (Medico Urgentista Direttore S.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza di Rivoli, ASL TO 3) e **Sergio Bernabè** (Presidente della cooperativa TeamAPP, già Coordinatore dell'Equipe di assistenza territoriale/Casa della Salute di Pianezza, TO), che hanno partecipato a pieno titolo alla elaborazione e scrittura del presente progetto.

Project-work n. 8

Il “Modello Fiano Romano” nella strutturazione di servizi offerti dalle Case di Comunità della ASL Roma 4

ABSTRACT:

Il lavoro descrive il Prototipo di Casa della Comunità elaborato nell’ambito dell’ASL Roma 4 da parte della Direzione strategica aziendale, ricostruendolo alla luce degli obiettivi della riforma della sanità territoriale.

Il prototipo è stato elaborato in un contesto territorialmente definito, che coincide con la CdC di Fiano Romano, con l’obiettivo non solo di riordinare l’assistenza sanitaria di prossimità, ma anche di concorrere al ridisegno dei percorsi assistenziali nell’ottica di sostenere la presa in carico del paziente cronico, supportandone la “navigazione” tra gli altri servizi esistenti sul territorio.

È stato sviluppato un sistema che consente di definire specifiche modalità di presa in carico per gruppi di assistiti omogenei, in relazione alla tipologia e all’intensità del bisogno assistenziale, con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di più patologie.

La stima dei bisogni socio-assistenziali costituisce un valido strumento di supporto alla programmazione di specifici interventi sanitari, diversificati in base alle caratteristiche della popolazione assistita.

Per definire le strategie di intervento e personalizzare i percorsi assistenziali è stata sviluppata una metodologia “flessibile”, che può essere implementata su più livelli di governo, in funzione degli obiettivi della programmazione regionale, aziendale o distrettuale, e che tiene conto non solo di criteri clinici, ma anche di tutti quei fattori individuali e socio-familiari che possono incidere sulla effettiva capacità del paziente di gestire la propria patologia. Nella Figura 1 sottostante sono rappresentati alcuni dei “fattori” principali utilizzati per la stima dei bisogni socio-assistenziali.

Figura 1. Le diverse dimensioni del bisogno socio-assistenziale



Il progetto prevede la definizione di un nuovo modello di offerta sanitaria che, partendo dallo studio dei bisogni della popolazione e confrontandolo con l'attuale offerta di servizi sanitari territoriali, permetta di adattare tale offerta ai bisogni degli utenti di ogni singola realtà distrettuale e di sviluppare le funzioni della committenza.

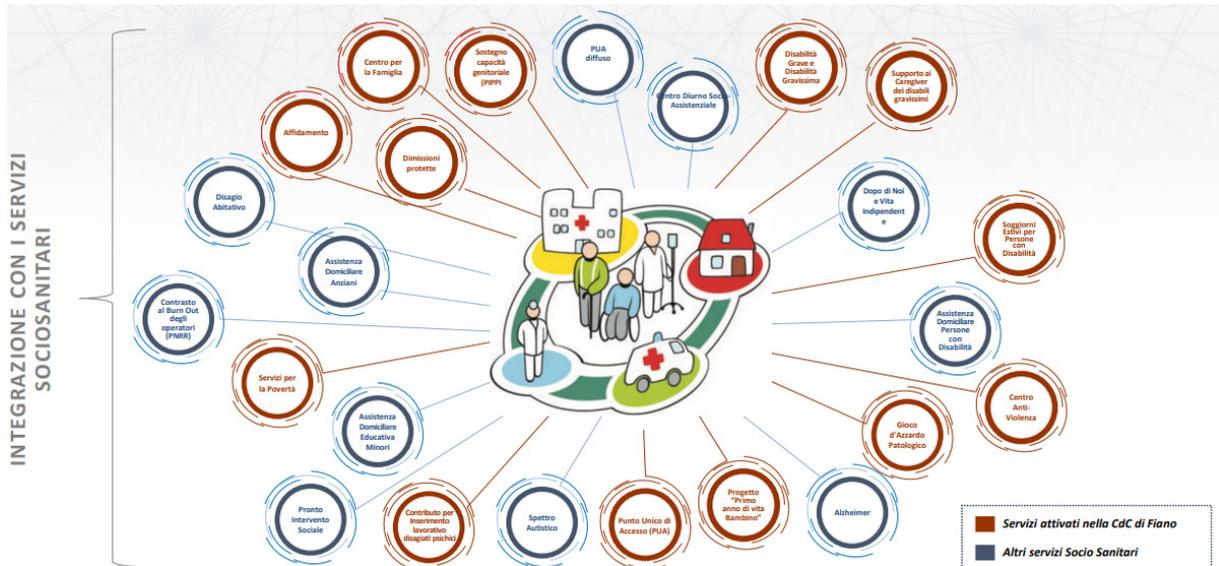
Per quanto riguarda la fase di progettazione, è stato definito un gruppo di lavoro quanto più ampio possibile, che rappresentasse adeguatamente tutte le parti in causa, inclusi il direttore di distretto, i rappresentanti dei Comuni, dei MMG, degli enti comunali, delle associazioni del terzo settore, degli specialisti ambulatoriali e del Consorzio della Valle del Tevere. Proprio la presenza di quest'ultimo Ente, che ha il compito di gestire in forma associata gli interventi e i servizi sociali di competenza dei Comuni consorziati, ha rappresentato un elemento strategico determinante ai fini della vocazione socio-sanitaria che si vuole far acquisire alla CdC.

La metodologia adottata ha previsto incontri del gruppo di lavoro presieduti, per tutta la durata della progettazione (da ottobre 2022 fino alla primavera del 2023), direttamente dal Direttore generale dell'ASL Roma 4.

L'offerta complessiva della struttura, soprattutto per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, è stata programmata in una logica di espansione, maggiore aderenza ai bisogni assistenziali di salute e ponendo attenzione all'integrazione dei servizi socio-sanitari e sociali, di concerto con il Consorzio. In altri termini, si è cercato di agire nella direzione di un potenziamento complessivo dell'offerta ambulatoriale, coerentemente con il fabbisogno di salute espresso dalla popolazione di riferimento potenziando quelle che sono branche strategiche, come la diabetologia o l'assistenza cardiologica strutturando delle vere e proprie "reti specialistiche" (tra cui le principali sono: la rete diabetologica, la rete cardiologica, la rete pneumologica e la rete oncologica e delle cure Palliative), capaci di coordinare la presa in carico e la gestione del paziente cronico e multicronico dall'ospedale al territorio (e in particolare alle Case della Comunità).

Inoltre, la programmazione ha tenuto conto della configurazione fisico-logistica del territorio e le abitudini locali attraverso una *survey* presso condotta presso gli utenti che frequentavano il poliambulatorio di Fiano in ordine ai mezzi di trasporto utilizzati.

I principali fattori potenziali di successo dell'esperienza di Fiano Romano sono da ricondurre alla conoscenza del contesto territoriale e alla capacità di relazionarsi e mediare con la filiera degli stakeholder: tramite il supporto del Consorzio della valle del Tevere abbiamo individuato 21 aree di possibile integrazione, da attivare su tutte le Case della Comunità del territorio (v. sottostante Figura 2).



Tale modalità organizzativa, grazie anche alla costruzione delle reti specialistiche, crea benefici nei confronti degli ospedali e della rete dell'emergenza-urgenza, aiutando a decongestionare i pronto soccorso ospedalieri della ASL e delle Aziende Ospedaliere limitrofe. Al momento è in fase di implementazione l'integrazione piena con i MMG del territorio, che in un contesto così complesso e variegato, devono avere la possibilità di collegarsi in maniera funzionale con servizi sociali comunali, consorzi locali e altri servizi aziendali.

Autore: **Leonardo Spaziani** (ASL Roma 4)

Tutor di progetto: **Andrea Patanè** (Università di Bergamo)

Project-work n. 9

Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità. Revisione dei PDTA della ASL di Viterbo alla luce delle Centrali operative

ABSTRACT:

Il modello organizzativo adottato dalla ASL di Viterbo per ridefinire la rete territoriale, disegnata in un'ottica di prossimità e sicurezza delle cure, vede una gestione proattiva e integrata del bisogno di salute con una attenzione particolare alle fasi di transizione delle cure, grazie ad una forte regia centralizzata (Centrali Operative) ed alla presenza di strutture intermedie e unità speciali di continuità assistenziale (UCA). Le fondamenta su cui poggia la rete territoriale sono rappresentate dalla stratificazione del livello di rischio della popolazione e la conseguente classificazione del bisogno di salute. La finalità ultima è quella di favorire più a lungo possibile la permanenza della persona malata al proprio domicilio, garantendo la miglior qualità di vita possibile anche nel fine vita.

La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale, rendendo ancora più evidente la necessità di potenziare la sinergia tra le attività territoriali, nonché l'integrazione con l'area ospedaliera e di emergenza. I modelli di organizzazione e i servizi proposti dal DM 77/2022 rappresentano l'opportunità di gestire l'introduzione di nuovi ruoli (come l'Infermiere di Famiglia e di Comunità), di nuovi servizi (ad esempio l'UCA e le COT) o di nuove strutture di offerta (come le CdC o gli OdC) che hanno reso la rete dei servizi territoriali più ricca, articolata e performante, con una complessa ma più snella gestione tra i nodi della rete di offerta e un più articolato corpo di competenze degli operatori territoriali chiamati a interpretare un portafoglio più esteso di interventi.

Il modello organizzativo del nuovo piano territoriale aziendale è stato declinato in fasi attuative (alcune trasversali e altre strettamente connesse all'attuazione del PNRR) e altre applicative, per cui è stato definito il sistema aziendale delle Centrali Operative Aziendali, Distrettuali e Ospedaliere (COT A, COT D e TOH), l'evoluzione delle cure domiciliari con lo sviluppo del servizio di Unità di Continuità Assistenziale (UCA), la domiciliarità come valore aggiunto e la casa come primo luogo di cura, l'integrazione ospedale-territorio con i criteri per la dimissione orientata, i Progetti Individuali di Salute (PRIS) e l'integrazione sociosanitaria e budget di salute. Utile per avere un disegno completo delle interconnessioni aziendali, considerare i diversi setting.

L'obiettivo del progetto è pertanto l'identificazione e la presa in carico dei pazienti cronici e multicronici, a partire dalla stratificazione della popolazione e dalla individuazione di percorsi personalizzati ed integrati, per la realizzazione di percorsi unificati di cura ed intervento. Ciò comporta la revisione di tutte le procedure aziendali e dei percorsi (PDTA) atte a garantire un omogeneo processo di transizione da un setting assistenziale all'altro, ospedale-territorio, coinvolgendo tutti gli attori protagonisti (UU.OO, P.S., TOH, PUA, COT D, COT A, ADI, UCA, Compagnie esterne, Strutture accreditate).

Autore: **Giulia Corradi** (ASL di Viterbo)

Tutor di progetto: **Giammaria Gotti** (Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa)

Project-work n. 10

Il ruolo delle Centrali Operative Ospedaliere (COO) e Territoriale (COT) nella continuità assistenziale ospedale-territorio: modello di sviluppo di un percorso per il paziente polipatologico

ABSTRACT:

Nell'attuale contesto epidemiologico, demografico e sociale ha assunto particolare rilievo per l'intero Sistema Salute, la necessità di pervenire ad un governo clinico, organizzativo ed operativo che regoli il flusso domanda e offerta coniugando azioni che toccano aspetti epidemiologici, socio-demografici, economici e, più in generale, di contesto.

La Regione Lazio, per assicurare la governance del processo di *transitional care* nell'ottica della sostenibilità e dello sviluppo organizzativo in linea con le indicazioni di cui al Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022, ha previsto la realizzazione di un sistema multilivello in cui tutti gli attori sono connessi in maniera strutturata e coordinata, compreso i referenti delle Reti (DGR n. 643 del 26.07.22 "Linee guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale 23.05.2022 n. 77"; Delibera regionale G15959 del 18.11.2022 "Revisione del "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso" (DCA U00453/2019). La Regione Lazio, già nel 2020, con la Determinazione n. G10994 ("Centrale Operativa Aziendale e Centrale Operativa Regionale Acuzie e Post-Acuzie") aveva avviato un percorso inerente il processo di integrazione Ospedale-Territorio e più recentemente lo ha definito con la delibera n. 976 del 28 dicembre 2023 "Adozione del Piano di Programmazione dell'Assistenza Territoriale 2024-2026".

Il focus del presente progetto è il miglioramento della presa in carico dei soggetti anziani fragili e dei soggetti con fragilità socio-sanitarie, mediante gli strumenti del TOH (Team Operativo Ospedaliero) e delle COT (Centrali Operative Territoriali).

Il concetto di presa in carico, come indicato nel Piano della Cronicità del 2016, fornisce strumenti organizzativi e digitali a supporto della continuità assistenziale ospedale-territorio favorendo l'appropriatezza dei vari setting di cura. In particolare, l'attività del TOH (Team Operativo Ospedaliero) e delle COT (Centrali Operative Territoriali) previste dalla normativa nazionale e regionale, garantisce la continuità assistenziale longitudinalmente, nel tempo e nelle transizioni fra luoghi (domicilio/ospedale) e livelli di cura (cure primarie/specialistiche) per fornire, attraverso il coordinamento e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, una risposta articolata e personalizzata.

Il TOH esplica la funzione di identificazione precoce del paziente fragile con multimorbidità ai fini della presa in carico longitudinale e prospettica territoriale. A tale proposito è indispensabile l'attivazione delle modalità di trasmissione delle informazioni relative ad ogni singolo paziente alla COT mediante l'implementazione dei servizi di telemedicina e digitali previsti nel progetto "Transitional Care" della Regione Lazio nella cornice della Missione 6 del PNRR che prevede lo sviluppo della sanità digitale.

Inoltre, il TOH è coinvolto nella valutazione multidimensionale del paziente al momento della dimissione per l'individuazione del setting di cura più appropriato a breve e medio termine nell'ottica di favorire la domiciliazione del paziente per quanto possibile (domicilio come luogo di cura) e/o in alternativa altri luoghi di cura post-acuzie in connessione con la COT di riferimento.

La COT coordina le transizioni di cura territoriali, effettua il monitoraggio domiciliare intensivo nella fase post-dimissione anche attraverso il coinvolgimento dei servizi sociosanitari di supporto alla fragilità, facilita l'eventuale riammissione del paziente in ospedale in caso di peggioramento clinico o nuova acuzie identificando con il TOH la modalità di accesso, evitando per quanto possibile il ricorso al Pronto Soccorso.

Strumento fondamentale per la più efficace presa in carico del paziente nella sua centralità è rappresentato dai PDTA che, nel rispetto delle evidenze scientifiche e delle Linee Guida di patologia, sono contestualizzati alle singole realtà e risorse disponibili in ciascun contesto locale con la definizione dettagliata di chi fa cosa, come, dove e quando. Il PDTA, inoltre, nella logica della continuità longitudinale, grazie agli strumenti di sanità digitale, consente di intercettare il paziente con polipatologia e favorirlo nel processo diagnostico-terapeutico evitando duplicazioni di prestazioni mediche.

Per il paziente cronico con multimorbilità e politerapia, la presa in carico da parte dei servizi sia ospedalieri che territoriali, coinvolge i professionisti in una logica di multidisciplinarietà e multiprofessionalità. È fondamentale la valutazione globale del singolo paziente che consenta una classificazione individuale del rischio di progressione e/o riacutizzazione di malattia, la revisione e riconciliazione terapeutica in previsione della sua dimissione. Questi aspetti richiedono una ottimale integrazione tra assistenza specialistica ospedaliera, cure primarie e assistenza specialistica territoriale, a tale riguardo il progetto presentato fornisce elementi organizzativi e propone continuità operativa attraverso l'interazione sinergica e coordinata della COO-TOH e della COT di riferimento.

Autrici: **Roberta Ledda** e **Paola Santalucia** (A.O. San Giovanni Addolorata, Roma)

Tutor di progetto: **Davide Servetti** (Università del Piemonte Orientale)

Project-work n. 11

Il servizio “Home Care” IFO: garantire la continuità assistenziale al paziente oncologico

ABSTRACT:

Questo project-work nasce con l'obiettivo di garantire, potenziare e migliorare l'assistenza ed è rivolto nello specifico al paziente oncologico attraverso l'istituzione di un Servizio di assistenza domiciliare che prenda in carico il paziente ricoverato presso l'IRCCS IFO di Roma al momento della dimissione.

Il progetto è innovativo in quanto all'interno dell'IRCCS non è presente un Servizio di assistenza domiciliare e nel corso dell'elaborato si illustreranno nello specifico le ragioni della proposta che si radicano nella peculiare condizione del paziente oncologico anche alla luce della profonda alleanza terapeutica che si crea nei percorsi di cura.

Nello specifico i destinatari del servizio “Home Care” degli IRCCS IFO sono persone, affette da una patologia oncologica ad andamento cronico ed evolutivo a bassa/media complessità assistenziale (ADI 1° Livello), alle quali verranno garantiti cinque accessi settimanali complessivi tra visite domiciliari e l'innovativa telemedicina che consentirà una rapida ed efficiente comunicazione con il paziente, la famiglia e il caregiver.

Gli obiettivi principali di tale Servizio sono:

- Garantire continuità assistenziale.
- Migliorare gli standard assistenziali.
- Migliorare la qualità di vita delle persone assistite.
- Ridurre i ricoveri ospedalieri e i relativi costi.

La complessità assistenziale verrà valutata attraverso l'utilizzo di molteplici scale di valutazione considerata anche l'attesa eterogeneità valutativa: l'indice IDA (indice di Dipendenza Assistenziale), la IIA (Indice di Intensità Assistenziale), l'ICA (Indice di complessità assistenziale) e l'indice di Karnofsky.

I risultati ottenuti consentiranno di fornire un monitoraggio continuo sulla complessità assistenziale e verificare la congruenza della presa in carico dell'assistito in tutto il percorso clinico assistenziale.

Creare un “ponte” tra ospedale e territorio è l'obiettivo di questo progetto, che intende mettere in continua comunicazione non solo il paziente e il professionista sanitario, ma anche le varie strutture e figure sanitarie presenti nel welfare regionale.

Autore: **Vincenzo Tallarita** (IRCCS IFO- Regina Elena-San Gallicano, Roma)

Tutor di progetto: **Davide Servetti** (Università del Piemonte Orientale)