



DISTRETTO PROMOTORE DI SALUTE

Le migliori
esperienze
assistenziali

ATTI DEL CONVEGNO

13 giugno 2023



DISTRETTO PROMOTORE DI SALUTE

Le migliori
esperienze
assistenziali

ATTI DEL CONVEGNO
13 giugno 2023

PRESENTAZIONE

Presentazione atti Convegno Card Lazio **8**

Rosario Mete

INTRODUZIONE 10

Introduzione atti del Convegno Card Lazio 13 giugno 2023

Il Comitato Tecnico-Scientifico della CARD Lazio

RELAZIONI

Governo della trasional care nell'Azienda Sanitaria Locale ASL Roma 1. **13**

Modello di governo della presa in carico dell'assistito dal suo primo
accesso al Servizio Sanitario Nazionale

*P. Parente, E. Gullino, G. Quintavalle, G. D'agostino, R. Volpini, A. Barbara, S. Ippolito,
L. Villani, M.T. Riccardi, M.L. Luzzi, S. Cattaneo, L.C. Barone*

Curare@Casa_Ospedale Virtuale, **27**

un modello innovativo di presa
in carico del paziente

Giorgio Casati, Antonio S. Miglietta, Emanuele Fabrizi, Livia D. Barberini

Un laboratorio di parrucchiere nel servizio di salute mentale per favorire **35**

l'accessibilità e contrastare lo stigma

*D. Barba, S. Zengarini, V. Sica, R. Pompei, A. Alfonso, T. Bianchini, B. Pirellas, M.
Aurisicchio, P. Scarzelletta, A. Ventura, R. Collalti, C. Vannini, C. Muredda*

L'Educazione alla Salute in ambito scolastico: **44**
l'esperienza della ASL Roma 3 nella formazione del personale scolastico

nella somministrazione dei farmaci salvavita

D. Sgroi, E. Zuchi, A. De Angelis, A. Bruno, R. De Biase, D. Vilasi, F. Milito

Innovazione, infermieri, integrazione: **55**

le tre "I" del futuro

C. Turci, S. Savini, R. Marchini, M. Dario

- 65** L'infermiere di famiglia e comunità. L'esperienza della ASL Roma 5
L. Carboni, A. Malatesta, C. De Marino, A. Tozzi, S. Casciotti, G. Cerone, V. Bruno
- 72** I Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati nell'ottica del Budget di Salute in favore degli utenti in carico ai Servizi territoriali
G. Menghini, L. Capitani, D. Di Pietro
- 85** La gestione territoriale dei pazienti oncologici: il modello "Aprilia"
G.P. Spinelli, B. Rossi
- 92** Ruolo dei Medici di Medicina Generale, nella Casa della salute di Pontecorvo, della ASL di Frosinone, come parte integrante ed essenziale dell'organizzazione sanitaria complessiva
Esperienze Assistenziali Territoriali e Distrettuali della Società CARD Lazio del Distretto D di Cassino - Pontecorvo della ASL di Frosinone
A. Gabriele, V. Colabove, V. Gelfusa, L. Pio Di Murro, G. Narducci, G.M. Tronci,
- 107** Verifica e Controllo Soggetti Erogatori Privati e Strutture Socio Assistenziali: Unità Valutativa di Controllo Strutture Socio Assistenziali Ex L. 41/2003
G. De Matteis, M. Vescia, G. Muratori, E. Trinetta, V. Spina, Assunta De Luca
- 115** La dimissione orientata nella ASL di Viterbo: progetto per l'integrazione tra ospedale e i diversi setting assistenziali territoriali
A. Proietti

ABSTRACT

- 134** Intelligenza Epidemiologica e Committenza nell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1
G. Quintavalle, G. D'Agostino, R. Volpini, E. Gullino, S. Ippolito, P. Parente, M.G. Martelli, A. Barbara, L.C. Barone
- 136** Il paziente cronico al centro delle Cure Primarie: un'esperienza di formazione trasversale che si conferma nel tempo
V. Mastrilli, R. Gallo, D. Ingrassia, A. Lancia, E. Megli

Il ruolo della famiglia nel percorso di cura dei pazienti affetti da Disturbo da Gioco d’Azzardo	138
<i>F. Maione, R. Solli, C. Pierlorenzi, N. Corinaldesi</i>	
L’infermiere di famiglia e di comunità e la sanità d’iniziativa: un’esperienza di prossimità nel Distretto 9 ASL Roma 2	140
<i>R. Gallo, L.S. Iaià, M. Ciotti, G. Cairella, A. Lancia, E. Megli, C. Puleio, F. Boldrini, B. Porcelli</i>	
L’offerta attiva degli screening oncologici a persone con patologia cognitivo-comportamentale e caregivers: il ruolo della prossimità infermieristica per l’equità di accesso	142
<i>Venezia S., Salamandro C., Trinito M., De Marchi C., Marotta D., Amadori F., Arrivi F., Pettinicchio V., Pettrignani O., Corbo B., Iolanda, Facchini R., Palazzesi A.</i>	
Digitalizzazione della Presa in Carico del paziente cronico e del Piano di Salute Individuale: “Per TE”	144
<i>G. Casati, A. S. Miglietta, L.D. Barberini</i>	
Liberi@mo la Salute: Telemedicina negli istituti penitenziari	146
<i>G. Casati, A. S. Miglietta, L.D. Barberini</i>	
Percorso per il diabete in gravidanza nel Distretto 9 - ASL Roma 2	149
<i>G. Ciampittiello, M. Ciotti, S. Cardillo, D. Salimbene, M. Cannistraci, A. Lancia, E. Megli</i>	
Progetto consultoriale “Spazio Giovani D9: educazione all’affettività e alla sessualità”	151
<i>Équipe Consultori Familiari D9</i>	
Progetto di alfabetizzazione digitale nel Distretto 9 - ASL Roma 2	153
<i>S. Cardillo, L. Magliano, S. Zonetti, M. Ciotti, Sabino V., A.Lancia, E. Megli</i>	
Progetto di miglioramento della comunicazione sul contrasto alla violenza di genere nel Distretto 9 - ASL Roma 2	155
<i>A. Lancia, R. Gallo, P. Magliocchetti, B. Fionda, S. Marocchini, D. Saraceni, M. Ciotti, E. Megli</i>	

- 157** Progetto per la costruzione di un PDTA tumore del polmone integrato ASL Roma 2
R. Gallo, A. Lancia, F. Mondera, S. Orlandi, L. Cirillo, B. Porcelli, A.S. Miglietta, E. Megli
- 159** Progetto consultoriale “Spazio Giovani D 4: educazione all’affettività ed alla sessualità: portare consapevolezza tra i genitori e gli insegnanti
Équipe Consultori Familiari D4
- 161** L’accoglienza delle persone sorde nell’accesso ai servizi della ASL Roma 3.
Adozione di una Guida nella Lingua dei Segni Italiana - LIS per favorire la comunicazione socio-sanitaria
D. Sgroi, E. Zuchi, M. Germano, A. De Angelis, L. Rotondi, M. Zuddas, F. Milito
- 163** Ti curo a casa. I Servizi di telemedicina della ASL Roma 3
D. Sgroi, T. Chiriaco, C. Magni, S. De Simone, F. Milito
- 166** Il distretto accoglie e risponde
A. Ghimenti, T. Di Giovanni
- 168** Coordinamento strategico dell’integrazione ospedale-territorio nell’ambito dell’attuazione del PNRR: il modello COT-0 della ASL Roma 5
V. Bruno, M.T. Calandro, L. Carboni, G. Cerone, F. Cortellessa, A. De Arcangelis, L. Gatta, F. Mogliuzzi
- 170** Progetto “Strategia Area Interna 3 Monti Simbruini”
M. Colazingari
- 172** Definizione del profilo di ruolo e identificazione delle competenze e skill dell’Infermiere di Famiglia e Comunità
C. Sandroni, C. Pizzicannella, C. Federici
- 174** Attivazione di uno Studio di Medicina Generale all’interno del Campus Universitario dell’Università degli Studi Cassino e del Lazio Meridionale
A. Gabriele, M. Guerrieri, A. Incagnoli, F. Salera, G. Paolozzi, A. Zanon

- Il cambio di direzione dal paziente verso l'ospedale... al sistema salute
verso il cittadino Progetto pilota di telemedicina nel comune di Arpino **176**
I. Malandrucchio, F. Celletti
- L'utilizzo della Stimolazione Cognitiva con attività motoria programmata
negli anziani con Alzheimer presso i Centri Diurni Alzheimer collocati
nella rete territoriali dell'ASL di Frosinone **178**
A.M. Abbatecola, M. Russo, C. Calabrese, A. De Vendictis, D. Crispino, R. Di Stefano, E. Bottoni
- Herpes zoster: una proposta sfidante per la salute dei nostri anziani **180**
A. De Luca, A. Martini, L. Barbante, M. Gentile, A. Boncompagni, F. Mancini, G. Fovi De Ruggiero
- L'utilizzo del project management
per la riorganizzazione distrettuale
dei servizi di prevenzione e promozione della salute **182**
*A. De Luca, M. Vescia, G. Carocci, M. Gentile, A. Aureli, A. Gemrolè,
A. Boncompagni, F. Mancini, G. Fovi*
- Le unità di continuità assistenziale nella ASL di Viterbo:
gli interventi intermedi a supporto dei servizi di cura **184**
A. Proietti

CASE DELLA COMUNITÀ DEL LAZIO

- Case della Comunità nella Regione Lazio:
una proposta di indirizzo **188**
*R. Gallo, A. Lancia, F. Beato, M.C. Bernucci, D. Ciccirella Modica,
V. Iannucci, E. Megli, A. Pancaldi, G. Sessa, G. Damiani,
C. De Vito, M. Maurici, R. Mete, A. Panà*

Prefazione atti Convegno Card Lazio

13 giugno 2023

Rosario Mete, *Presidente Card Lazio - rosario.mete@uniroma1.it*

Con questo volume viene ripresa un'importante consuetudine abbandonata da tempo dalla Card, quella di pubblicare gli atti delle iniziative e, in questo caso, anche prima dell'evento. Ciò è stato possibile grazie al buon livello di organizzazione della nostra Associazione e all'elevata motivazione di tutti i nostri collaboratori e, in particolare, del Comitato Tecnico Scientifico, dei Relatori, degli Operatori dei Servizi sanitari territoriali partecipanti all'iniziativa che sono stati protagonisti di attività assistenziali di elevato livello. Sono pubblicate nel volume le relazioni selezionate fra le 36 proposte pervenute dalle 10 Aziende Sanitarie della Regione, 25 abstract delle proposte non selezionate e il documento della Card Lazio sulle Case della Comunità presentato lo scorso 7 dicembre.

Bisogna ricordare che la Card Lazio ha compiuto nel 2021 venti anni. Questa lunga presenza nella realtà della Sanità Pubblica distrettuale ha permesso la realizzazione di numerose iniziative tutte rivolte in via prioritaria a costituire una coesa rete di Operatori e a fornire opportunità formative sui principali temi di assistenza territoriale. L'iniziativa di oggi si colloca in questo percorso che proseguirà nel prossimo autunno con un evento che tenderà a mettere in campo le migliori risorse per facilitare lo sviluppo della rete dei Distretti.

In questi numerosi anni abbiamo assistito ad alterne vicende della Sanità pubblica distrettuale. A momenti che sembravano alimentassero concrete speranze di sviluppo della rete, sono seguiti altri che invece hanno portato indietro le lancette dell'orologio, segregando il Distretto a ruoli marginali, disattendendo i mandati assegnati dalle normative nazionali e regionali. A ciò si deve aggiungere il fenomeno particolarmente presente nella Regione della disomogeneità organizzativa fra Aziende sanitarie, più volte monitorata da specifiche indagini della Card Lazio.

Oggi le novità introdotte dal PNRR e dal DM 77 del 2022 costituiscono importanti opportunità per un concreto sviluppo della rete dei servizi gestiti dal Distretto. Per non vanificare questi obiettivi di sviluppo, è necessario trovare tutte le forme di colla-

borazione e di partecipazione, promuovendo azioni coordinate fra Regione, Aziende e Operatori dei Distretti. La Card Lazio offre la disponibilità a fornire ogni utile supporto tecnico-professionale al fine di facilitare e velocizzare questo processo.

È da sottolineare però che senza azioni concrete volte a incrementare in modo rilevante il personale impegnato nelle attività assistenziali e senza opportune indicazioni nazionali e regionali per il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, gli obiettivi assegnati dalle recenti normative avranno la concreta possibilità di non essere raggiunti. Altri aspetti critici si aggiungono a quelli citati: la proposta dell'autonomia differenziata, le numerose tipologie dei rapporti di lavoro del personale impegnato nell'assistenza e il progressivo depauperamento delle funzioni assegnate ai servizi pubblici a favore delle esternalizzazioni. Tutto ciò determina un reale rischio di perdere le opportunità fornite dai finanziamenti europei vanificando l'auspicato sviluppo della sanità pubblica distrettuale.

L'iniziativa di oggi che si inserisce in questo contesto dimostra che continua a esistere una rete diffusa e consolidata di Operatori dei Distretti che svolgono un'importantissima azione di promozione dell'offerta assistenziale con contenuti di elevata qualità. Questo patrimonio professionale e culturale legato alle più innovative forme di assistenza diviene utilissimo nell'attuale processo di sviluppo ricco d'insidie. Confermo che la Card Lazio si rende disponibile a fornire ogni forma di collaborazione per facilitare la realizzazione di un'avanzata rete di servizi territoriali.

Devo ringraziare i componenti dei 36 gruppi che hanno proposto le loro esperienze quali esempi di buona sanità.

Un particolare ringraziamento a Giulia D'Arcangelo e a Ludovica Isabella Ricci, Medici in formazione specialistica dell'Istituto d'Igiene dell'Università Sapienza di Roma, che hanno coordinato in modo ineccepibile l'organizzazione di questo evento.

Infine devo segnalare la particolare disponibilità di tutti coloro che hanno permesso la realizzazione di questa iniziativa con particolare riferimento alla Regione Lazio che ha messo a disposizione la Sala Tirreno.

Concludo con la speranza che si possa concretizzarsi un futuro con incisive politiche di Sanità Pubblica Distrettuale che possano realizzare nella Regio Lazio una rete capillare di servizi, di prossimità, capace d'inserirsi nel tessuto delle comunità residenti, finalmente rispondente ai bisogni di salute della popolazione.

Introduzione atti del convegno

Card Lazio 13 giugno 2023

Il Comitato Tecnico-Scientifico della CARD Lazio

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), definitivamente approvato nel luglio 2021, consiste nel più grande piano di investimenti dal dopoguerra ad oggi e prevede diversi interventi in campo sanitario. Il PNRR dedica alla salute la Missione 6 con un finanziamento pari a 15,6 miliardi di euro e un'articolazione in due componenti:

- reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, la prima componente intende rafforzare le prestazioni erogate sul territorio tramite il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità), il potenziamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una maggiore integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

In questo contesto, il DM 77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" riconosce al Distretto un ruolo determinante nel garantire risposte assistenziali integrate efficaci per la presa in carico dei cittadini, fornendo quegli standard per l'assistenza territoriale che costituiscono sia indispensabili punti di riferimento sia un argine alla prolungata fase di depauperamento dell'assistenza territoriale di questi ultimi anni.

In un impianto progettuale di questo tipo è evidente come i Distretti dovranno costituire il fulcro dell'organizzazione, rafforzando il loro status di centro di riferimento dell'accesso ai servizi della ASL e della continuità dell'assistenza e garantendo (proprio tramite le Case della Comunità) l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione (tenendo presente l'importanza e la necessità di una valutazione maggiore della promozione della salute) e da sistemi informativi in grado di

sostenere il flusso di dati. Lo svolgimento di queste funzioni, tuttavia, dovrà essere alimentato da un sistema efficace di valutazione e conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento.

Una struttura progettuale complessa ed articolata quale quella prevista dal PNRR necessita di basi solide in termini di competenze e professionalità per non rischiare di perdere l'occasione più importante che abbiamo per il rilancio della sanità territoriale.

Malgrado le difficoltà strutturali generalizzate prevalentemente imputabili alla scarsità di risorse e alla progressiva riduzione del personale, la rete distrettuale della Regione Lazio è da sempre impegnata in attività progettuali, in alcuni casi pionieristiche, tese a individuare modalità assistenziali in grado di rispondere ai bisogni della popolazione secondo i criteri dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza e dell'equità.

In tale contesto, la Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) del Lazio ha voluto promuovere, per tramite del Comitato Tecnico-Scientifico (CTS), il convegno dal titolo "Distretto Promotore di Salute". Questa occasione di incontro tra i vari attori della Sanità della Regione Lazio ha l'obiettivo di mettere in luce le migliori esperienze assistenziali che sono state prodotte in ambito sanitario distrettuale nella Regione. A questo scopo, la CARD Lazio ha organizzato una call indirizzata agli operatori dei Distretti per raccogliere gli abstract che descrivessero le esperienze assistenziali sulla base delle indicazioni fornite dalla commissione del CTS a cui ha fatto seguito una selezione di esperienze da presentare al convegno tramite un processo rigoroso di valutazione da parte della commissione. In particolare, la commissione ha tenuto in considerazione e valutato gli elementi di ripetibilità, innovatività e maturità, nonché l'integrazione di indicatori di valutazione nel progetto.

Le relazioni selezionate per la presentazione costituiscono un esempio di buone pratiche a livello di assistenza distrettuale e, come si vedrà, abbracciano i diversi aspetti della complessità assistenziale territoriale, dalla prevenzione all'integrazione sociosanitaria, dai PDTA alla formazione degli operatori, fino a temi di importanza strategica quali la telemedicina e l'Infermieristica di famiglia e di comunità. La molteplicità dei temi trattati e l'elevata qualità di molte esperienze sono testimoni di una grande capacità progettuale e una forte attitudine organizzativa che dovranno alimentare sempre più il futuro della Sanità Territoriale.

RELAZIONI

Governo della trasional care nell'Azienda Sanitaria Locale ASL Roma 1

Modello di governo della presa in carico dell'assistito
dal suo primo accesso
al Servizio Sanitario Nazionale

P. Parente, E. Gullino, G. Quintavalle, G. D'agostino, R. Volpini, A. Barbara, S. Ippolito,
L. Villani, M.T. Riccardi, M.L. Luzzi, S. Cattaneo, L.C. Barone

Abstract

Nell'ottica della promozione della salute e tenuto conto della complessità determinata dalla copresenza di problematiche clinico-assistenziali, l'Azienda Sanitaria Locale Roma 1, ha adottato un assetto volto ad assicurare la massima integrazione delle competenze e finalizzato a creare stringenti azioni di regia e di raccordo tra i Servizi e le Strutture sanitarie e sociosanitarie del territorio.

Obiettivo

Facilitare l'integrazione ospedale-territorio mediante l'identificazione dei percorsi tra gli snodi della rete deputati a garantire la continuità dell'assistenza per gli assistiti/residenti della Asl Roma 1. Effettuare un'analisi multidimensionale della complessità clinica, assistenziale e sociale mediante l'identificazione di attori concorrenti alla definizione del benessere dell'individuo. Favorire la permanenza delle persone fragili nel proprio ambito familiare e sociale, elevando la qualità della vita delle stesse e dei membri della famiglia, evitando fenomeni di isolamento, di emarginazione sociale e prevenendo, in tal modo, il ricorso a forme di istituzionalizzazione e favorendo altresì i processi di deistituzionalizzazione.

Materiali e metodi

Nel governo del processo che porta alla dimissione del paziente dal presidio ospedaliero al territorio, sono state identificate due fasi: Fase Prevalutativa. Rappresenta il momento di interconnessione tra il setting dimettente per il tramite della propria Centrale Operativa Ospedaliera/Team Ospedaliero ed il setting ricevente per il tramite del processo di facilitazione garantito dalla rete delle Centrali Operative Aziendali e delle Centrali Operative Distrettuali. Differenziata per quanto concerne la sequenza degli attori attivati sulla base del presidio di appartenenza del paziente in presidi a gestione diretta della Asl Roma 1 (P.O. Santo Spirito e P.O. San Filippo Neri) e presidi a gestione indiretta. Fase valutativa: Gli attori attivati sono distinti sulla base del presidio di ricovero dell'assistito in presidi a gestione diretta e non e sulla base dei setting assistenziali ritenuti maggiormente idonei per il percorso di presa in carico: a) Codice 75; Codice 60; Codice 56; Codice 28; ed ex Art. 26 b) Dimissioni a domicilio c) RSA: Strutture Residenziali Assistenziali d) Cure Palliative. Non distinte in relazione al presidio di provenienza del paziente. È stata inoltre prodotta una modulistica uniforme e condivisa sia con gli attori interni ed esterni all'azienda per ridurre al minimo il bias di comunicazione delle informazioni. Risultati. L'esperienza maturata ha evidenziato la relazione tra snodi funzionali e l'interazione tra team multidisciplinari sia utile per lo sviluppo di una logica adattativa finalizzata alla risoluzione della complessità dovuta alla co-presenza di problematiche clinico-assistenziali e sociale, alle difficoltà riguardanti le diverse dimensioni dell'individuo ed alla forte frammentazione degli interventi. Conclusione. Il governo della transitional care mediante l'istituzione di una rete dei servizi risulta utile per rispondere in modo continuativo ai molteplici bisogni di salute, secondo un approccio centrato sulla persona nell'ottica di assicurare omogeneità di trattamento, trasparenza ed equità nell'accesso alle cure.

Introduzione

La ASL Roma 1 ha promosso l'istituzione di una rete di servizi e di coordinamento in grado di facilitare l'integrazione ospedale-territorio finalizzato a garantire la continuità delle cure nel passaggio da un setting all'altro o attraverso livelli di assistenza differenti all'interno dello stesso setting. Inoltre, mira a favorire la permanenza delle persone fragili nel proprio ambito familiare e sociale, elevando la qualità della vita delle stesse e dei membri della famiglia, evitando fenomeni di isolamento, di emarginazione sociale e prevenendo, in tal modo, il ricorso a forme di istituzionalizzazione e favorendo altresì i processi di deistituzionalizzazione.

Attraverso la Delibera del Direttore Generale n. 15 del 12/01/2023 sono state isti-

tuite tre tipologie interconnesse di “nodi” qualificati (Centrali Operative) a valenza differenziata:

- **La Centrale Operativa Territoriale-Ospedaliera (COT-H)**

La COT-H con lo scopo di riunire in una struttura organica diverse funzioni organizzative, assistenziali, sociali, logistiche, e di costituire l’interfaccia ospedaliera con la COA, le Centrali Distrettuali e le strutture di ricovero intermedie. La COT-H svolge la funzione di cabina di regia per identificazione precoce e gestione di fragilità socio-assistenziali, gestione di criticità che possano determinare un rallentamento del processo di dimissione/ricovero del paziente, condivisione tempestiva delle informazioni necessarie alla continuazione dell’iter di presa in carico con gli altri attori della rete, supporto alla stesura e revisione delle procedure di trasferimento da e verso le strutture intermedie e nel territorio.

- **La Centrale Operativa Aziendale (COA, anche detta Centrale Operativa Territoriale Aziendale, COT-A)**

La COT-A che rappresenta l’interfaccia tra realtà territoriale e ospedaliera (sia a gestione diretta che afferenti ad altre ASL, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari Statali e non Statali, Presidi di Ricovero e Cura accreditati, Regionali ed Extraregionali). Essa non si sostituisce alle attività degli specifici servizi di presa in carico ma si relaziona con le strutture di ricovero/servizi territoriali, interni ed esterni all’Azienda, nell’ottica del problem solving e della costruzione/consolidamento della rete assistenziale.

In particolare: svolge il ruolo di facilitatore del transitional care; sovrintende la Governance del cambio di setting secondo il principio dell’equità delle cure; coordina la stesura delle procedure di trasferimento del paziente verso il percorso di cura più idoneo nel contesto della rete di offerta aziendale; gestisce la lista unica aziendale per gli inserimenti presso RSA/Strutture di cura intermedie. Infine, sviluppa un’integrazione funzionale con la Rete Locale delle Cure Palliative la cui governance è demandata a livello aziendale, nell’ambito della UOC Committenza – Area Governo della Rete.

- **Le Centrali Distrettuali (cui afferiscono le Centrali Operative Territoriali Distrettuali, COT-D)**

La Centrale Distrettuale ha lo scopo di effettuare una presa in carico globale del percorso assistenziale della persona mediante una graduale integrazione di tutte le articolazioni organizzative e professionali operanti sul territorio e coinvolte nei diversi setting assistenziali, comprensivi della rete dell’emergenza-urgenza.

Si articola in:

- **Centrale Operativa Territoriale-Distrettuale (COT-D)**, dedicata anche all'Integrazione dell'Assistenza Sanitaria, Sociosanitaria e Socioassistenziale, è deputata: al coordinamento degli interventi di presa in carico attivando soggetti e risorse della rete assistenziale territoriale secondo necessità; alla gestione della transizione tra setting dei propri residenti e domiciliati, soprattutto nell'ambito delle aree della disabilità, della non autosufficienza, anche in età avanzata, della cronicità e della salute mentale (età evolutiva, adolescenza, salute mentale adulti, dipendenze e disturbi del comportamento alimentare); al tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro; a fornire supporto informativo e logistico ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.) ed infine al monitoraggio, mediante strumenti come la telemedicina dei pazienti in assistenza domiciliare al fine di decodificare e classificare il bisogno.
- **Nucleo Clinico Casi Complessi**: ha lo scopo di sviluppare una rete territoriale per la gestione dei pazienti fragili e complessi (in particolare quelli afferenti alle aree della disabilità, della non autosufficienza, anche in età avanzata, della cronicità e della salute mentale
- **Nucleo Intelligenza Epidemiologica**.

Fase prealutativa

Al fine di comprendere la presenza o l'assenza di fattori di rischio tali da suggerire la presenza di elementi di complessità che possano comportare ospedalizzazione prolungata o dimissione difficile, il paziente, residente sul territorio della Azienda Sanitaria Locale ASL Roma 1, in seguito ad un nuovo/primo ricovero presso il presidio ospedaliero, verificatosi come conseguenza di un evento acuto o per l'insorgenza di un nuovo bisogno, viene sottoposto ad un triage clinico-sociale entro 48 ore dall'accesso.

Presidio a gestione diretta

In seguito all'identificazione di un paziente complesso, la COT-H dei presidi a gestione diretta è responsabile di prendere tempestivamente contatti con la rete territoriale COT-D. La COT-D, ricevuta la segnalazione e la documentazione necessaria dalla COT-H, procede all'attivazione della rete di riferimento del paziente, all'acquisizione e verifica della documentazione ed all'avvio pratiche necessarie

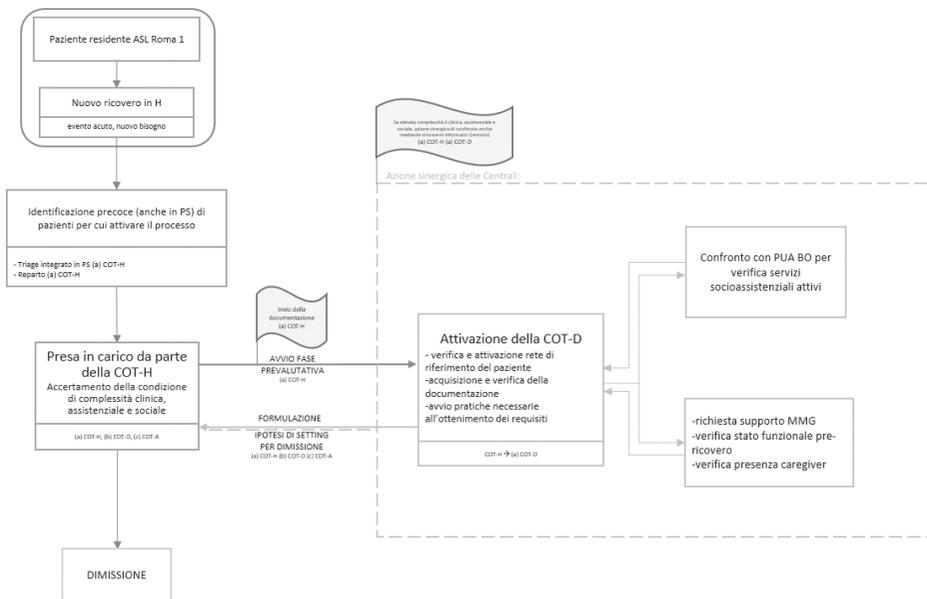


Figura 1 - Fase prevalutativa pazienti residenti in ASL Roma1 presidi a gestione diretta

all'ottenimento dei requisiti.

Tale analisi viene effettuata in seguito al confronto con PUA per la verifica dei servizi sociali e socioassistenziali attivi sul territorio. Se il paziente è iscritto al SSN ed è affidato ad un medico di Medicina Generale è opportuno il confronto mediante un'azione sinergica per la verifica dello stato funzionale pre-ricovero, della presenza di un caregiver e dei servizi assistenziali attivi. Laddove il paziente non sia iscritto al SSN e non abbia assegnato un medico di medicina generale, alla COT-D è demandato il compito di verificare i requisiti per avviare le pratiche funzionali all'ottenimento dei tesserini STP/ENI oppure all'attribuzione di un medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta, secondo procedure vigenti.

L'esito di questo processo pre-evalutativo, che comporta un'analisi della rete attiva sul territorio, dello storico del paziente, delle caratteristiche e dei bisogni emersi nel nuovo contatto con la rete ospedaliera e delle risorse attivabili nella rete dell'offerta, comporta l'individuazione di un setting condiviso dalle Centrali, cui segue la dimissione del paziente.

Presidio a gestione non diretta

In seguito all'identificazione di un paziente complesso la COH/TOH contatta COT-A. La COT-A, dopo aver effettuato un'analisi della domanda in relazione all'offerta, verificato la competenza territoriale, facilita l'interconnessione tra il presidio di provenienza e la COT-D di riferimento per l'assistito.

La COT-D procede all'attivazione della rete di riferimento del paziente, all'acquisizione e verifica della documentazione ed all'avvio pratiche necessarie all'ottenimento dei requisiti.

Tale analisi viene effettuata in seguito al confronto con PUA per la verifica dei servizi socioassistenziali attivi e mediante un'azione sinergica di confronto con il medico di medicina generale cui è eventualmente affidato il paziente per la verifica dello stato funzionale pre-ricovero, la verifica della presenza di un caregiver e per la verifica dei servizi assistenziali attivi. Una volta attivata la rete di riferimento territoriale del paziente e dopo le opportune prevalutazioni, la COT-D contatta la COT-A.

La COT-A è responsabile di governare il processo orientato alla trasmissione di un'ipotesi di setting di dimissione, prodotta in seguito a confronto degli attori coinvolti (COT-D; COH/TOH).

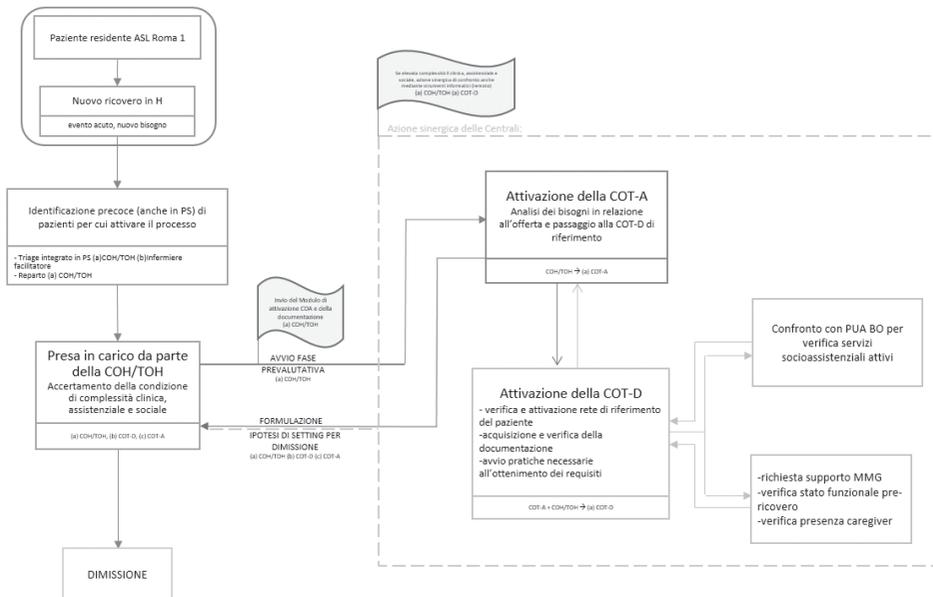


Figura 2 - Fase prevalutativa pazienti residenti in ASL Roma 1 presidi non a gestione diretta

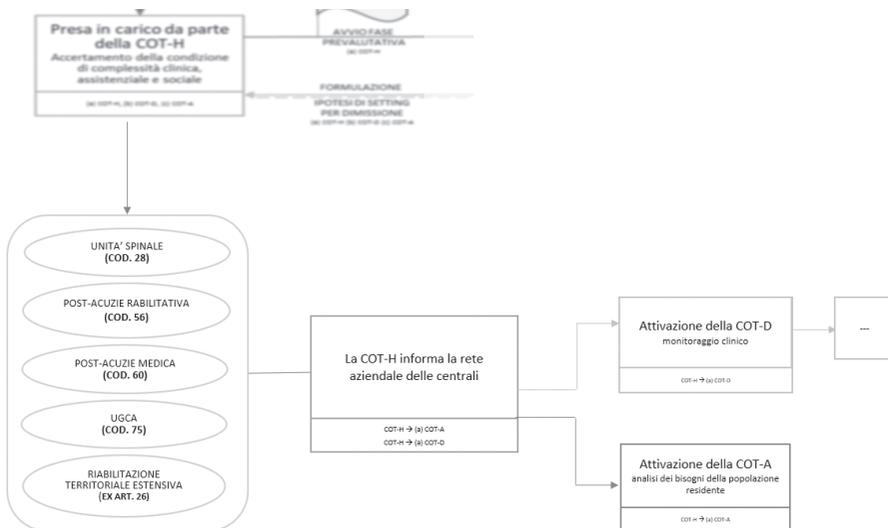


Figura 3 - Fase valutativa pazienti residenti in ASL Roma1 presidi non a gestione diretta: Codice 75; Codice 60; Codice 56; Codice 28 e Ex Art. 26

Fase valutativa

Codice 75; Codice 60; Codice 56; Codice 28 E Ex Art. 26

La Centrale Operativa Ospedaliera (COT-H) dei presidi a gestione diretta è tenuta ad informare, tramite posta elettronica al momento della dimissione del paziente, la rete aziendale della Centrale (COT-A) perché venga effettuato il processo di analisi dei bisogni della popolazione residenti/assistiti e la COT-D affinché venga avviato il processo di monitoraggio clinico.

DIMISSIONE DOMICILIARE

Presidio a gestione diretta

La COT-H richiede l’attivazione della COT-D mediante invio della scheda di segnalazione SUS e la trasmissione della documentazione necessaria ad integrazione. La COT-D effettua l’analisi dei bisogni ed attiva eventuali servizi distrettuali competenti per la presa in carico domiciliare (ausili e protesi, Nad, Cad, rifornimento farmaci, prescrizione ossigenoterapia ecc.), attraverso una valutazione a domicilio da parte di un’equipe integrata tra COT-D e servizi interessati, anche tramite procedure specifiche. Laddove, sia individuata la necessità della presa in carico

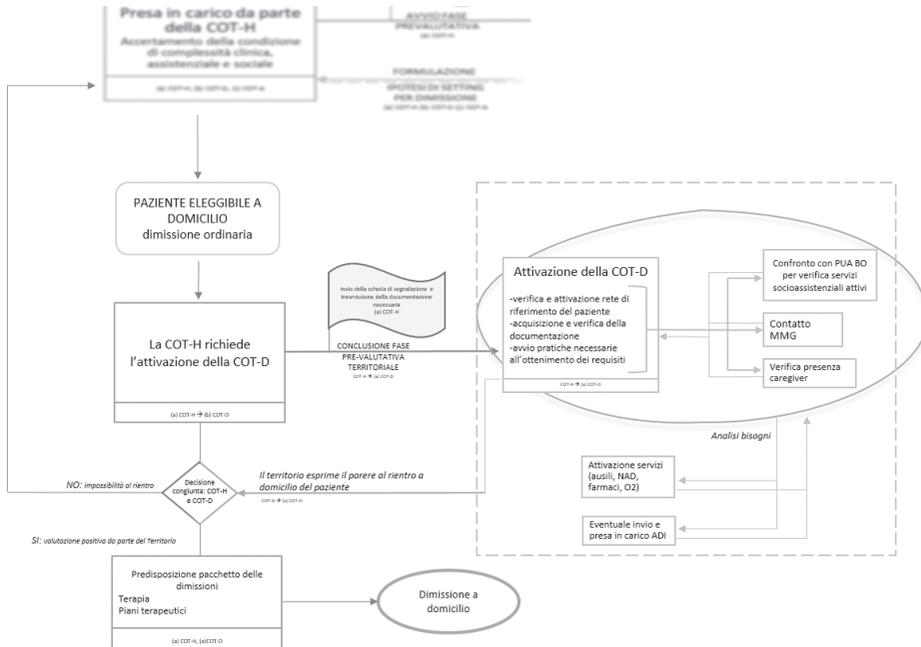


Figura 4 - Fase valutativa setting domiciliare per pazienti residenti in ASL Roma 1 provenienti da presidi a gestione diretta

territoriale del paziente, in relazione alla verifica effettuata sull'attivazione dei servizi territoriali competenti, la Centrale Distrettuale, nel rispetto delle modalità già in essere, integra le diverse valutazioni e formula parere positivo alla domiciliazione predisponendo l'attivazione dei servizi territoriali.

La COT-H predispose il pacchetto di dimissioni del paziente (terapia ed i piani terapeutici in essere / da attivare) comprensivo di un piano di follow-up e monitoraggio clinico nel tempo.

Laddove, si verifichi un nuovo evento clinico, o non sia possibile creare a domicilio le condizioni necessarie ad una presa in carico territoriale (es. assenza reale di caregiver, abitazione non idonea...), rispettivamente la COT-H o la COT-D chiedono di tornare alla fase prealutativa.

Presidio a gestione non diretta

La COH/TOH contatta COT-A, mediante invio della scheda di segnalazione SUS e la trasmissione della documentazione necessaria ad integrazione. La COT-A ac-

colle la richiesta, verifica la residenza e la completezza della documentazione e mette in relazione gli attori coinvolti nella presa in carico territoriale per il tramite della COT-D di residenza del paziente.

La COT-D effettua la analisi dei bisogni ed attiva eventuali servizi distrettuali competenti per la presa in carico domiciliare (ausili e protesi, Nad, Cad, rifornimento farmaci, prescrizione ossigenoterapia ecc.), attraverso una valutazione a domicilio da parte di un'équipe integrata tra COT-D e servizi interessati, anche tramite procedure specifiche. Laddove, sia individuata la necessità della presa in carico territoriale del paziente, in relazione alla verifica effettuata sull'attivazione si servizi territoriali competenti, la Centrale Distrettuale, nel rispetto delle modalità già in essere, integra le diverse valutazioni e formula parere positivo alla domiciliazione predisponendo l'attivazione dei servizi territoriali. La COH/TOH predisponde il pacchetto di dimissioni del paziente (terapia ed i piani terapeutici in essere/ da attivare)

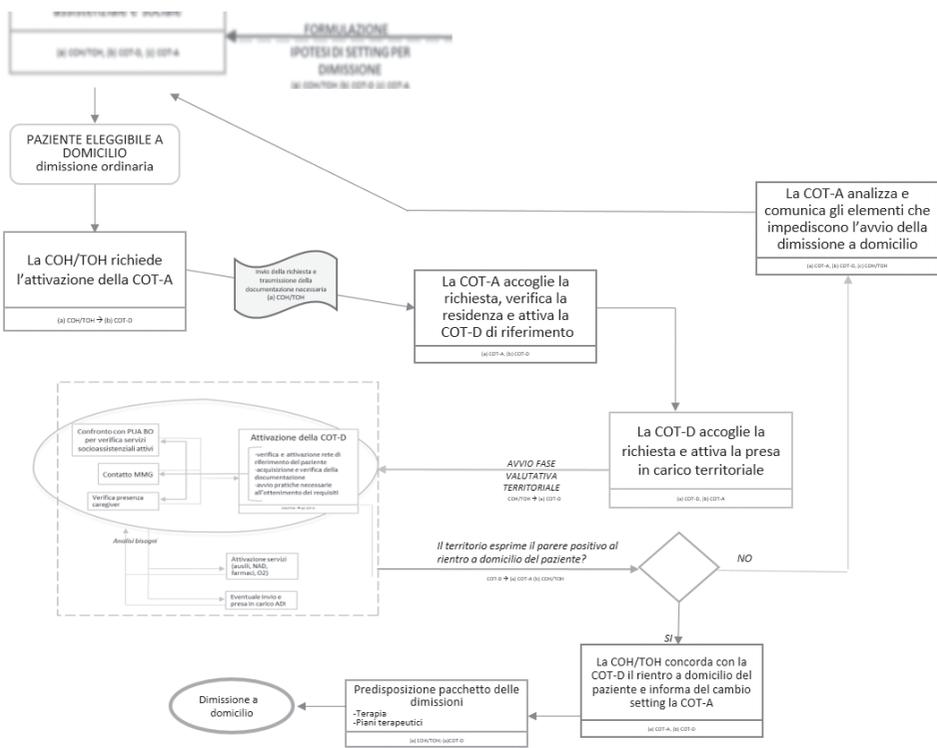


Figura 5 - Fase valutativa setting domiciliare per pazienti residenti in ASL Roma1 provenienti da presidi non a gestione diretta

comprensivo di un piano di follow-up e monitoraggio clinico nel tempo. La COH/TOH informa contestualmente la COT-A dell'avvenuto cambio setting e della presa in carico domiciliare del paziente. Laddove, si verifici un nuovo evento clinico, o non sia possibile creare a domicilio le condizioni necessarie ad una presa in carico territoriale (es. Assenza reale di caregiver, abitazione non idonea, ...), rispettivamente la COH/TOH o la COT-D chiedono di tornare alla fase prevalutativa.

STRUTTURE RESIDENZIALI ASSISTENZIALI

Presidio a gestione diretta

La COT-H invia alla COT-D di residenza del paziente la richiesta di percorso residenziale mediante la SUS debitamente compilata ed allegando i documenti anagrafici ed eventuali informazioni aggiuntive.

La COT-D di residenza, acquisita la documentazione e verificata la residenza, attiva l'UVM, e inserisce le informazioni necessarie tramite la compilazione della scheda RUG nel Sistema Informativo dedicato (SIRA), mediante il quale viene individuato il

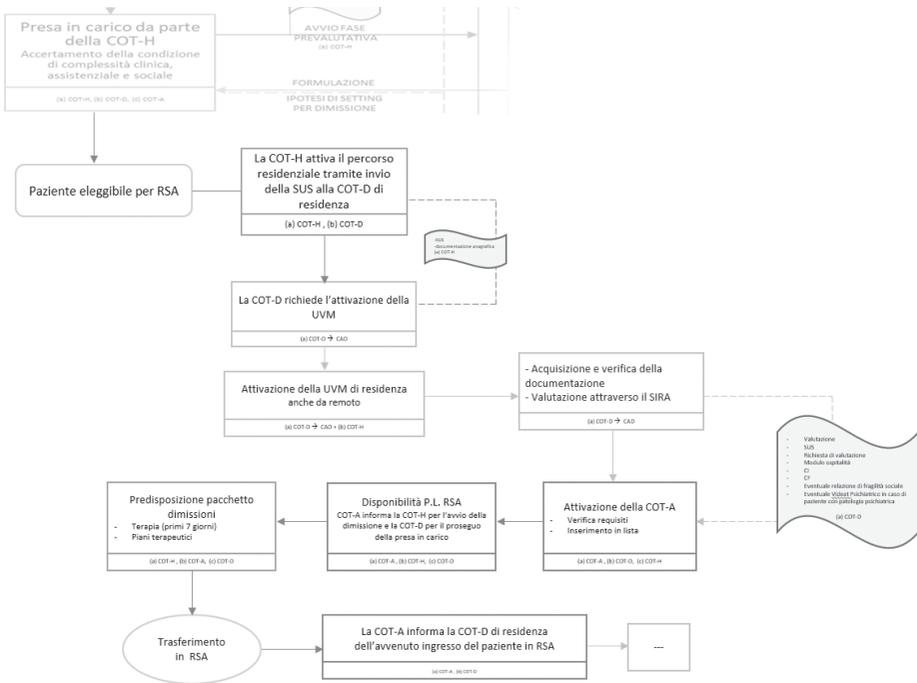


Figura 6 - Fase valutativa setting RSA per pazienti residenti in ASL Roma1 provenienti da presidia a gestione diretta

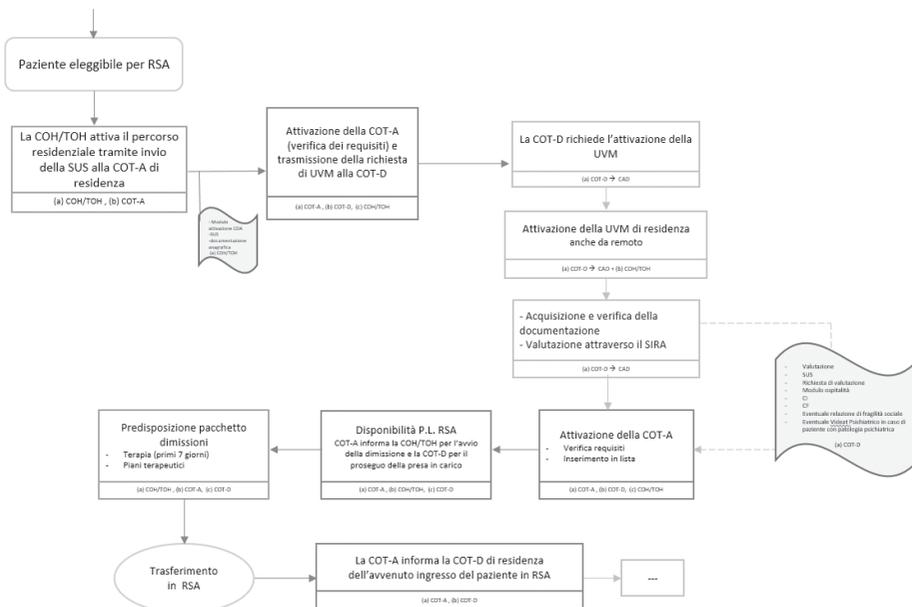


Figura 7 - Fase valutativa setting RSA per pazienti residenti in ASL Roma1 provenienti da presidi non a gestione diretta

Livello Assistenziale risultante dalla valutazione.

La COT-D procede alla trasmissione alla COT-A della documentazione necessaria all’inserimento in lista di attesa per il setting ipotizzato:

- SUS;
- documento prodotto dal Sira attestante il livello assistenziale ritenuto idoneo per il paziente;
- richiesta valutazione;
- CI;
- CF;
- eventuale relazione di fragilità sociale;
- eventuale Videat psichiatrico in caso di paziente con patologia psichiatrica;
- richiesta ospitalità...

Nel caso in cui sia disponibile un posto letto residenza, la COT-A informa la COT-H affinché venga predisposto il pacchetto di dimissioni (nel quale è riportata la terapia/piani terapeutici in atto o attivabili) e contestualmente attiva la COT-D per il

monitoraggio della presa in carico distrettuale.

Avvenuta la dimissione, la COT-A informa la COT-D dell'avvenuto trasferimento del paziente in Strutture Residenziali Sanitarie.

Presidio a gestione non diretta

La COH/TOH invia alla COT-A la richiesta di percorso residenziale mediante la SUS debitamente compilata ed allegando i documenti anagrafici ed eventuali informazioni aggiuntive.

La COT-A effettua una verifica della documentazione e trasmette alla COT-D di residenza del paziente la richiesta di attivazione dell'UVM.

La COT-D di residenza, acquisita la documentazione e verificata la residenza, attiva l'UVM, e inserisce le informazioni necessarie tramite la compilazione della scheda RUG nel Sistema Informativo dedicato (SIRA), mediante il quale viene individuato il Livello Assistenziale risultante dalla valutazione.

La COT-D procede alla trasmissione alla COT-A della documentazione necessaria all'inserimento in lista di attesa per il setting ipotizzato (come sopra).

COT-A informa la COT-D dell'avvenuto trasferimento del paziente in Strutture Residenziali Sanitarie.

CURE PALLIATIVE

La COT-H della ASL Roma 1 o la COH/TOH del Presidio Ospedaliero non a gestione diretta, richiede l'attivazione dell'équipe Aziendale di Cure Palliative per i residenti sul territorio aziendale. Per i domiciliati su territorio aziendale (non residenti) la richiesta deve essere inviata direttamente dall'ospedale alla ASL di residenza che provvederà alla remunerazione e richiederà, se lo desidera, una valutazione clinica in delega alla ASL di domicilio (équipe CP ASL Roma 1). Questa effettua la valutazione clinica di idoneità che può esitare in:

- idoneità all'accesso alle CP: l'équipe invia la RCP e il modulo di autorizzazione (a firma del medico) agli Hospice prescelti e indicati nel modulo di RCP;
- necessità di approfondimento (da rivalutare): l'équipe richiede chiarimenti o informazioni aggiuntive alla COT-H (oppure COH/TOH per il Presidio Ospedaliero non a gestione diretta) o al clinico inviante al fine di colmare il debito informativo necessario ad una più appropriata valutazione. Se le informazioni vengono acquisite nel corso della seduta di valutazione, e sono sufficienti ad autorizzare la presa in carico, l'équipe invia la RCP e il modulo di autorizzazione (a firma del medico) agli Hospice prescelti e indicati nel modulo di RCP. Se non è possibile l'acquisizione della documentazione nella seduta di valu-

tazione, l'équipe invia esito della valutazione alla COT-H (oppure COH/TOH per il Presidio Ospedaliero non a gestione diretta) specificando la necessità di rivalutazione a seguito dell'acquisizione delle informazioni richieste;

- necessità di valutazione diretta: l'équipe programma la valutazione diretta del paziente presso la struttura di ricovero e, se positiva, autorizza la presa in carico da parte dell'Hospice (residenziale o domiciliare) inviando la RCP e il modulo di autorizzazione (a firma del medico) agli Hospice prescelti e indicati nel modulo di RCP;
- non idoneità all'accesso alle CP: l'équipe invia alla COT-H (oppure COH/TOH per il Presidio Ospedaliero non a gestione diretta) il modulo attestante la non idoneità alle CP specialistiche.

Per i soli presidi a gestione diretta, la COT-H può richiedere, dopo condivisione con i medici di reparto, la consulenza medico-infermieristica all'équipe aziendale di Cure Palliative (anche per i pazienti con residenza extra-aziendale).

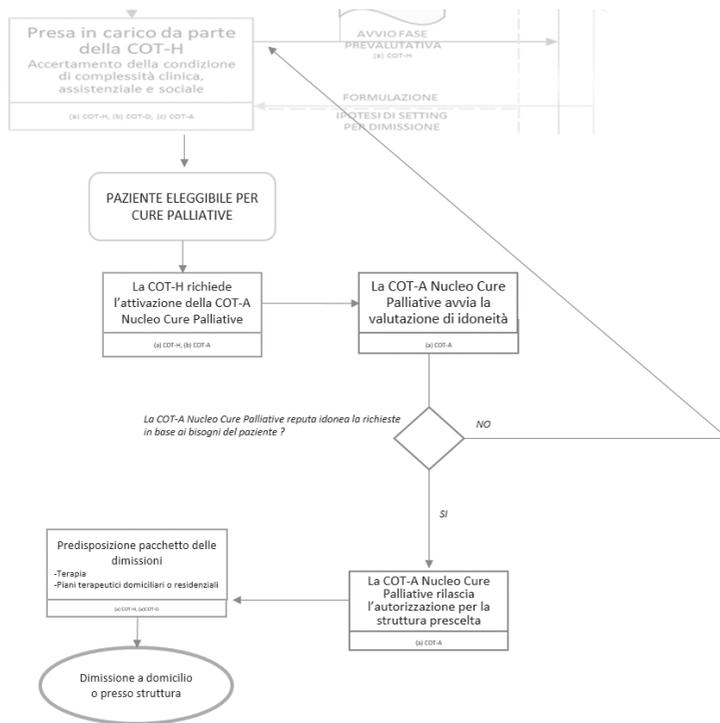


Figura 8 - Fase valutativa Nucleo Cure Palliative per pazienti residenti in ASL Roma 1 provenienti da presidi a gestione diretta e presidi non a gestione diretta

Bibliografia e sitografia

- *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*
- *Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77*
- *Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 avente oggetto Approvazione del documento "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"*
- *Deliberazione aziendale n.15 del 12.01.2023 avente come oggetto "Istituzione delle Centrali Operative ASL Roma 1 in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 - Approvazione del "Documento tecnico esplicativo Centrali Operative ASL Roma 1".*

Referente

- **Paolo Parente:** paolo.parente@aslroma1.it
- **Lavinia Camilla Barone:** laviniacamilla.barone@aslroma1.it

Curare@Casa_Ospedale Virtuale, un modello innovativo di presa in carico del paziente

G. Casati, *Direttore Generale ASL Roma 2*

A.S. Miglietta, *Direttore UOC Percorsi Clinico Assistenziali e Telemedicina*

E. Fabrizi, *Dirigente Medico UOC Percorsi Clinico Assistenziali e Telemedicina*

L.D. Barberini, *Dirigente Amministrativo UOC Controllo di Gestione*

Razionale del progetto

Il progetto proposto rappresenta l'evoluzione della soluzione "Curare@Casa", attuata dall'Azienda Roma 2 dal gennaio 2022 per la gestione di pazienti cronici dimessi dalle UU.OO. di Geriatria e Neurologia tramite attività di telemonitoraggio e prestazioni domiciliari a cura dell'Assistenza Domiciliare Aziendale.

La Direzione Strategica, ritenendo la progettualità applicabile alla necessità di garantire una migliore continuità ospedale-territorio e delle cure e determinare una riduzione degli accessi inappropriati ai PS e delle giornate di degenza presso i presidi ospedalieri aziendali, ha indicato l'utilizzo della digitalizzazione come leva tecnologica per il raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

Tale linea di attività è coerente con una vision aziendale fortemente improntata all'innovazione ed allo sviluppo di nuovi modelli assistenziali per assicurare una risposta tempestiva ed efficace al bisogno di cure di un territorio caratterizzato da elevata età media della numerosa popolazione residente (circa 1.300.000 abitanti). A conferma di ciò, il rationale del progetto risulta congruente con l'indirizzo del PNRR, realizzando le linee della Componente 1 della missione 6 relative a progettualità che "consentano interazioni medico-paziente a distanza" ed "iniziative di ricerca ad hoc sulle tecnologie digitali in materia di assistenza" e predisponendo ambienti digitali e professionalità per lo sviluppo di una Piattaforma Nazionale di Telemedicina.

Il Progetto Curare@casa_Ospedale Virtuale

Il Progetto "Curare@Casa: Ospedale Virtuale" è strutturato sulla cooperazione di numerosi attori che, tramite prestazioni integrate di telemedicina, assicurano la

continuità dell'iter diagnostico terapeutico del paziente dimesso da reparto ospedaliero a domicilio con il coinvolgimento attivo del caregiver o del paziente stesso. La progettazione di "Curare@Casa: Ospedale Virtuale" ha dato l'opportunità di elaborare, in sinergia con le équipes delle 9 Unità Operative ospedaliere attualmente aderenti, i criteri di inclusione clinici e di eleggibilità tecnologica per la transizione dell'assistito verso una corsia virtuale in cui lo stesso può essere seguito a casa per un tempo predefinito e modificabile durante la degenza virtuale tramite telemonitoraggio quotidiano, beneficiare di telenursing/televisite da parte dei professionisti ospedalieri e della Centrale Operativa e ricevere valutazione del bisogno di salute da un team composto da 13 specialisti di branche diverse tramite teleconsulto con lo Specialista ospedaliero o il Medico di Medicina Generale.

Le interfacce tecnologiche che vanno a colmare il gap tra il domicilio dell'assistito ed il professionista sanitario sono rappresentate da dispositivi in grado di rilevare ed inviare parametri vitali (tra cui Frequenza cardiaca, Pressione Arteriosa, Saturazione di Ossigeno, Glicemia, ecc.) alla piattaforma di gestione delle corsie virtuali, un app scaricabile dal paziente che permette l'invio di parametri rilevati dallo stesso o dal caregiver e l'applicativo in uso presso il perimetro di rete aziendale che consente la gestione dei dati dei pazienti in base al profilo dell'operatore (Medico Ospedaliero, Operatore della Centrale Operativa, ecc.).

Attori coinvolti

La Centrale Operativa costituisce il fulcro delle attività di telemedicina, grazie alla gestione del telemonitoraggio, l'interpretazione dei parametri acquisiti ed attuazione delle azioni correlate al decorso della degenza digitale.

Gli operatori dei Team Operativi ospedalieri rappresentano attori interni caratterizzati da elevata importanza strategica, essendo incaricati della formazione del paziente o del caregiver nell'utilizzo dei device al momento della dimissione ospedaliera e della transizione dal setting di ricovero "reale" a quello "digitale" tramite operazioni di registrazione del paziente nel sistema, inquadramento clinico dai dati ricavati dal ricovero e collaudo delle prestazioni di telemedicina.

Ad integrazione delle attività di telemedicina, è prevista per il paziente la fruizione di prestazioni domiciliari come prelievi ematici, somministrazione di farmaci ed esecuzione di esami strumentali da parte di team dedicati, nonché l'attivazione di misure per variazioni peggiorative delle condizioni cliniche (Unità di Continuità Assistenziale, contatto con il MMG, trasferimento in PS tramite NUE 112).

Caratteristica ad elevato valore strategico, già dalle prime fasi dello sviluppo del processo, è stata la cooperazione con i responsabili della tutela della privacy

aziendale per raggiungere la piena compliance con la normativa GDPR vigente. L'attuale rete del progetto vede coinvolte 9 Unità Operative ospedaliere ripartite su 2 presidi ospedalieri (Ospedale S. Eugenio e Sandro Pertini) che si raccordano con un fulcro rappresentato dalla Centrale Operativa Aziendale. Le branche rappresentate afferiscono all'Area clinica (Cardiologia, Neurologia, Pneumologia, Medicina Interna) e chirurgica (Chirurgia Vascolare). Il processo consente, inoltre, la presa in carico di pazienti pediatrici e geriatrici in base a criteri anagrafici indicati dalle Unità Operative (UU.OO.) sopra menzionate nella stesura dei protocolli o tramite le UU.OO. dedicate (2 di Pediatria ed 1 di Geriatria). Il sistema presenta nella sua architettura caratteristiche di versatilità che consentono l'implementazione di ulteriori UU.OO. del contesto intra- ed interaziendale per iniziative o progettualità condivise, oltre all'assenza di limite di posti letto "virtuali" (fattore quest'ultimo dipendente solamente dalla disponibilità di device) ed alla estesa possibilità di integrazione con flussi informativi e dispositivi; a tal proposito si specifica che i device acquisibili devono comunque rispondere a criteri indicati a livello Regionale (Determinazione G16240 del 24/11/2022) in merito ad interoperabilità e normativa vigente. Infine, a livello prospettico, il sistema è stato sviluppato per predisposizione alle future integrazioni con il FSE e la Piattaforma Nazionale di Telemedicina.

Gestione del cambiamento

Il progetto introduce un nuovo setting assistenziale in grado di fornire una maggiore continuità delle cure con impatto sulle ospedalizzazioni e sulla qualità di vita del paziente grazie ad un'innovativa implementazione e gestione integrata degli strumenti di telemedicina.

Le caratteristiche del contesto individuate sono state l'urgenza, attestata a livello regionale tramite la Revisione del Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso (*Proposta 48252 del 17/11/2022*), e l'apertura al cambiamento da parte degli attori coinvolti: gli operatori ospedalieri, conseguentemente alla pandemia da SARS-CoV-2, presentavano un ridotto gap di competenze in ambito clinico e tecnologico ed una marcata apertura al cambiamento, fattore determinante per una ridotta resistenza all'innovazione proposta, e gli operatori delle Centrali Operative, già fulcro del progetto *Curare@Casa*, presentavano elevato *know-how* nella gestione operativa di processi strutturati su attività di telemedicina.

In considerazione delle caratteristiche descritte, è stata attuata una strategia di *High Involvement Innovation*, basata su un approccio partecipativo alle fasi di sviluppo dell'applicativo relativamente all'UI e del processo tramite orientamento e

motivazione del personale. A tal fine, il team che ha guidato il cambiamento era integrato da differenti competenze (cliniche, tecnologiche, giuridiche ed economiche, tra le altre) che hanno consentito un variegato knowledge sharing per l'introduzione di nuove idee, il decision-making ed il superamento di ostacoli, la realizzazione della programmazione, il monitoraggio delle attività e l'expertise specialistica. Tramite incontri periodici, volti alla descrizione del processo e delle attività specifiche, la condivisione dell'obiettivo con gli stakeholder è stata determinante nel ridurre le resistenze attese definendo specificità, realizzabilità e rilevanza nella vision aziendale del processo e la possibilità dello stesso di impattare sull'accessibilità e sulla qualità delle cure. Infine, la formazione all'utilizzo della tecnologia ha previsto iniziative di apprendimento attivo e guidato da operatori sanitari già confidenti con l'utilizzo dell'applicativo e dei device, oltre al supporto on-site o da remoto da parte dei fornitori.

L'iniziativa è caratterizzata da un'elevata sostenibilità tramite coinvolgimento delle professionalità già presenti nel contesto aziendale: tale punto di forza è conseguente alla consapevolezza della qualità delle risorse disponibili ed all'engagement dei professionisti; di contro, la maggiore criticità è rappresentata dalla carenza di unità di continuità assistenziali (UCA) che partecipino al processo con la funzione di intervento medico a domicilio negli scenari caratterizzati da instabilità del quadro clinico; tale criticità, comunque, è attualmente in fase di valutazione per individuare le possibilità di implementazione a breve termine.

Spese e finanziamenti

Il progetto è stato avviato in assenza di finanziamenti esterni.

In ottica di sostenibilità del processo si è provveduto al resetting dei dispositivi, previa verifica di compatibilità ed interoperabilità con l'applicativo di gestione, disponibili presso l'Azienda per progetti pregressi (gestione pandemia da SARS-CoV-2) ed attuali (Curare@Casa) ed alla riprogrammazione degli stessi per l'utilizzo dedicato al progetto.

Altresì, l'applicativo in uso per la progettualità "Curare@Casa" è stato sottoposto ad aggiornamenti ed implementazioni propedeutiche alla piena operabilità delle attività di telemedicina previste per il presente progetto come attività di manutenzione.

Al momento della stesura del presente documento sono in corso d'opera valutazioni dei dispositivi compatibili con le esigenze operative da implementare e dedicare esclusivamente alla progettualità.

Risultati ottenuti

Gli esiti del processo sono definiti da un sistema di KPI di tipo leading e lagging per

un monitoraggio finalizzato al miglioramento continuo della soluzione realizzata; in quest'ottica, l'identificazione e l'organizzazione dei dati (anagrafici, clinici e di localizzazione) necessari su cui strutturare gli indicatori hanno rappresentato una priorità già nelle fasi precoci di sviluppo dell'applicativo.

Si individuano pertanto indicatori misurabili relativamente a variabili note, già indicizzate nell'applicativo di gestione e predisposte per il monitoraggio del processo tra cui:

Équipe ospedaliera:

- n. pazienti / trimestre;
- n. televisite totali / trimestre;
- n. teleconsulti / trimestre;
- n. max pazienti in Ospedale Virtuale * n. giorni / mese;
- tasso di ospedalizzazione virtuale / corsia virtuale.

Centrale operativa:

- n. chiamate totali;
- n. chiamate / mese;
- n. chiamate con esito "dimesso" / trimestre;
- n. chiamate con esito "transizione a 112" / trimestre;
- n. chiamate con esito "altro setting" / trimestre.

Gli indicatori da strutturare rappresentano quelle misure riportate in letteratura scientifica che necessitano di definizione applicata al processo in oggetto tramite l'individuazione di dati puntuali tramite i flussi informativi attuali ed eventuali sviluppi della tecnologia utilizzata per cui si rimanda la costruzione ad una fase successiva a quella di avvio progetto; tali indicatori saranno volti a misurare:

- riduzione accessi inappropriati al Pronto Soccorso;
- riduzione infezioni nosocomiali;
- riduzione allettamento in relazione ad ospedalizzazione;
- riduzione mortalità/patologia di elezione.

Gli outcomes del processo attesi sono una riduzione della durata della degenza media con conseguente aumento del turnover dei posti letto nei reparti di degenza, conseguenza della riduzione del rischio di infezione nosocomiale ed allettamento del paziente.

La significativa esperienza pregressa ereditata dalla precedente progettualità "Cu-

rare@Casa” consente di fissare parametri di riferimento per gli esiti del processo che verranno monitorati definiti di seguito:

- riduzione < 10% accessi al DEA dei pazienti in corsia virtuale
- riduzione istituzionalizzazione < 10 % degli stessi pazienti in corsia virtuale;
- riduzione tassi di re-ricovero < 10 %;
- n. ricoveri evitati > 10%;
- riduzione della Degenza Media dei presi in carico vs Degenza Media dai due reparti > 5 giorni.

Considerazioni di sintesi e sviluppi futuri

Il progetto rappresenta un modello innovativo e sostenibile mirato all'introduzione di un nuovo setting assistenziale tramite la realizzazione integrata di prestazioni di telemedicina; l'obiettivo è di garantire una migliore continuità delle cure tra ospedale e territorio, un miglioramento della qualità di vita dei pazienti seguiti al proprio domicilio ed implementare soluzioni basate sulla telemedicina per ridurre la distanza tra personale sanitario e pazienti.

L'obiettivo è coerente con le linee di indirizzo del PNRR (Missione 6, Componente 1 e 2) ed è caratterizzato da elevata scalabilità finalizzato in prospettiva alle integrazioni con il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Piattaforma Nazionale di Telemedicina.

La versatilità del progetto è dimostrata dall'applicazione trasversale a branche di area medica e chirurgica ed all'inclusione di pazienti con fascia di età variabile dalla pediatria alla geriatria e con elevato numero di patologie previste per l'eleggibilità in corsia virtuale.

Il core del progetto, sviluppato secondo i criteri di riferimento nell'ambito del *change management* e della *digital innovation*, è costituito da una sinergia operativa tra molteplici attori connessi tra loro ponendo il paziente al centro tramite strumenti integrati di telemedicina.

Le opportunità di sviluppo del progetto prevedono integrazioni con altre prestazioni di telemedicina (es. teleriabilitazione post-chirurgica), con ulteriori branche specialistiche, fino all'estensione del modello al SSN.

Si prevede ulteriore evoluzione del sistema mediante integrazione con tecnologie emergenti che consentano di sviluppare modelli predittivi basati sui dati acquisiti e conseguente miglioramento delle cure e del processo stesso: il quantitativo dei dati generati dal processo e l'indicizzazione degli stessi predispongono l'ambiente ad integrazione con tecnologie di Business Intelligence ed Intelligenza Artificiale per il supporto decisionale agli operatori coinvolti ed alla governance.

Bibliografia

- Age.na.s. - *Le Centrali Operative Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali*; 2022 Gen.
- Agha Z, Schapira RM, Laud PW, McNutt G, Roter DL. - *Patient satisfaction with physician-patient communication during telemedicine*. *Telemed J E-health*. 2009.
- AGID - *Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici*; 2021 May.
- Barnes DE, Palmer RM, Krusevich, DM, Landefeld CS et al., "Acute care for elders units produced shorter hospital stays at lower cost while maintaining patients' functional status"., *Health Affairs (Millwood)*., 2012 June; 31 (6): 1227-36.
- Cinelli, G., Gugliatti, A., Meda, F., Petracca, F. (2020) "La struttura e le attività del SSN" in *CERGAS (a cura di) Rapporto OASI 2020*. Egea. Milano.
- Coleman, Eric A. 2003. "Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs". *Journal of the American Geriatrics Society* 51 (4): 549–55.
- "Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials" *BMJ* 2011; 343 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d6553>. Published 27 October 2011) Cite this as: *BMJ* 2011; 343: d6553.
- Covensky K., Palmer R., Kresevic D., et al., "Patient's Perspective Improving Functional Outcomes in Older Patients: Lessons from an Acute Care for Elders Unit"., 1998.
- De la Torre-Diez I, Lopez-Coronado M, Vaca C, Saez Aguado J, de Castro C - *Cost-Utility and Cost-Effectiveness Studies of Telemedicine, Electronic, and Mobile Health Systems in the Literature: A Systematic Review*; *TELEMEDICINE and e-HEALTH* 2015 Feb.
- Deborah E Barnes 1, Robert M Palmer, Denise M Kresevic, Richard H Fortinsky, Jerome Kowal, Mary-Margaret Chren, C Seth Landefeld., "Acute care for elders units produced shorter hospital stays at lower cost while maintaining patients' functional status"; *Affiliations expand PMID: 22665834 PMCID: PMC3870859 DOI: 10.1377/hlthaff.2012.0142*.
- Dorsey E. Ray, MD, MBA 1, George Ritzer, PhD, MBA 2., "The McDonaldization of Medicine"., *Author Affiliations, JAMA Neurol*. 2016;73(1):15-16. doi:10.1001/jamaneurol.2015.3449.
- Ekeland AG, Bowes A, Flottorp S - *Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews*; *Int J Med Inform* 2010 Nov.
- Escarrabill, J. 2009. "Discharge Planning and Home Care for End-Stage COPD Patients". *European Respiratory Journal* 34 (2): 507–12. <https://doi.org/10.1183/09031936.00146308>.
- Farber J.L. et al., "Operational and Quality outcomes of a Mobile Acute Care for the Elderly Service"., 2011., Mount Sinai M.C. N.Y.C.
- Ferrara Lucia, Verdiana Morando, e Valeria Domenica Tozzi. 2017. "Configurazioni aziendali e modelli di transitional care: la gestione della continuità ospedale-territorio". In *Rapporto OASI 2017*. Milano: EGEA.
- Fox Mary T., Malini Persaud, Ilo Maimets, Dina Brooks, Kelly O'Brien, e Deborah Tregunno. 2013. "Effectiveness of Early Discharge Planning in Acutely Ill or Injured Hospitalized Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis". *BMC Geria*.
- Gensini GF et al - *Value of Telemonitoring and Telemedicine in Heart Failure Management*; *Card Fail Rev*. 2017 Nov.

- Hajesmaeel-Gohari S, Bahaadinbeigy K - *The most used questionnaires for evaluating telemedicine services; BMC Medical Informatics and Decision Making* 2021 Feb.
- Khan JM et al., "Paradox: we are still practicing acute care medicine in a world of chronic disease", *Journal of the American Geriatrics Society*.
- Kitsiou S et al. - *Effects of Home Telemonitoring Interventions on Patients With Chronic Heart Failure: An Overview of Systematic Reviews; J Med Internet Res.* 2015 Mar.
- Kotb A, Cameron C, Hsieh S, Wells G - *Comparative Effectiveness of Different Forms of Telemedicine for Individuals with Heart Failure (HF): A Systematic Review and Network Meta-Analysis; PLoS ONE* 2015 Feb.
- Landefeld C. Seth, Margaret A Winker, Bruce Chernof., "Clinical care in the aging century--announcing "Care of the aging patient: from evidence to action". PMID: 20040562 DOI: 10.1001/jama.2009.1900.
- Laurence Z. Rubenstein, M.D., M.P.H., Karen R. Josephson, M.P.H., G. Darryl Wieland, Ph.D., M.P.H., Patricia A. English, M.S., James A. Sayre, DR.P.H., and Robert L. Kane, M.D., "Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit — A Randomized Clinical Trial", December 27, 1984., *N Engl J Med* 1984; 311:1664-1670., DOI: 10.1056/NEJM198412273112604.
- Miglietta A. S., Barberini L.D., Palazzetti P., Casati G., Cacioni R., Porcelli B., Gambale G., Di Somma S., "La Centrale Operativa Territoriale (COT): un'opportunità per una transizione verso modelli di cura territoriale", *Organizzazione Sanitaria fascicolo 3., FRG Editore., Settembre 2022.*
- Naylor, Mary D., Linda H. Aiken, Ellen T. Kurtzman, Danielle M. Olds, e Karen B. Hirschman. 2011. "The Importance Of Transitional Care In Achieving Health Reform". *Health Affairs* 30 (4): 746–54. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>.
- Panamerican Health Organization, WHO - *Defining evaluation indicators for telemedicine as a tool for reducing health inequities Study and results of a community of practice; 2016*
- Pathak A., et al - *Healthcare costs of a telemonitoring programme for heart failure: indirect deterministic data linkage analysis; ESC Heart Failure* 2022
- Regione Lazio - *Determinazione n. G16240 del 24/11/2022 "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento 1.2.2 - Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) - 1.2.2.3 COT Device. Approvazione linee guida regionali per l'acquisto dei Device – COT"*
- Rennke, Stephanie, Oanh K. Nguyen, Marwa H. Shoeb, Yimdruska Magan, Robert M. Wachter, e Sumant R. Ranji. 2013. "Hospital-Initiated Transitional Care Interventions as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review". *Annals of Internal Medicine* 158 (5 Pt 2): 433–40. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00011>.
- Royal College of Physicians., "Hospitals on the edge? The time for action", Settembre 2012
- Schwenk Thomas L., "Physician Well-being and the Regenerative Power of Caring". *Affiliations expand* PMID: 29596590 DOI: 10.1001/jama.2018.1539
- Tinetti Mary E, Fried Terri., "The end of the disease era", *Affiliations expand.* PMID: 14749162 DOI: 10.1016/j.amjmed.2003.09.03

Referente

- Antonio Salvatore Miglietta, UOC Percorsi Clinico Assistenziali e Telemedicina antoniosalvatore.miglietta@aslroma2.it

Un laboratorio di parrucchiere nel servizio di salute mentale

per favorire l'accessibilità
e contrastare lo stigma

- D. Barba, *Direttore f.f. UOC Salute Mentale D 9*
S. Zengarini, *Responsabile UOS Percorso Territoriale Riabilitativo D 9*
V. Sica, *Referente attività riabilitative CSM*
R. Pompei, *CSM referente giovani adulti*
A. Alfonso, *Inf. Caposala SRTRe*
T. Bianchini, *Inf. Caposala CSM/CD*
B. Pirellas, *Inf. CD e Referente del laboratorio di parrucchiere*
M. Aurisicchio, *Inf. CD*
P. Scarzelletta, *Inf. CD*
A. Ventura, *Inf. CD*
R. Collalti, *Tecnico della riabilitazione psichiatrica CD*
C. Vannini, *Presidente Cooperativa Sociale Primo Sole*
C. Muredda, *Parrucchiera - Cooperativa Sociale Primo Sole*

Riassunto

I pregiudizi in psichiatria si configurano come barriere che deviano o ritardano l'accesso al Centro di Salute Mentale con conseguenti aggravamenti della patologia mentale. La letteratura auspica accessi "facili ed amichevoli per minimizzare il trauma e lo sconvolgimento della famiglia". Nel lavoro viene presentata l'esperienza di un laboratorio di parrucchiere gestito da pazienti/parrucchieri che forniscono servizi di acconciatura ai cittadini del distretto sanitario. Vengono commentate le ricadute che il laboratorio ha avuto sul clima interno del Centro Diurno, sulle relazioni tra pazienti e sanitari, sul lavoro della riabilitazione psichiatrica e sul rapporto con lo stigma e la cittadinanza. Viene inoltre esposta una esperienza simile che è stata realizzata, per i pazienti più giovani, nell'attiguo Centro di Salute Mentale per lavorare sulla dimensione relazionale della psicopatologia e la recovery.

I sopracitati progetti si collocano all'interno di un lavoro di tessitura di una rete che

la UOC Salute Mentale D 9 svolge collaborando con il Distretto Sanitario, i servizi per le dipendenze, il Municipio, le Scuole ed il terzo settore.

Le problematiche relative allo stigma e al pregiudizio nella salute mentale

La letteratura definisce lo stigma come una forma di categorizzazione della realtà che non hanno una base scientifica ma che orienta in modo significativo il comportamento dell'individuo o di gruppi di individui.

Come è noto intorno alla psichiatria, al disturbo mentale e ai servizi di salute mentale ruotano pregiudizi e stereotipi culturali che incidono in modo significativo sul rapporto che la società ha con chi soffre di problematiche mentali; se andiamo ad indagare l'immaginario collettivo che caratterizza il tema della malattia mentale troviamo spesso rappresentazioni e narrazioni associate a temi di violenza, di bizzarria, di costrizione, di imprevedibilità e di incurabilità. Come è oramai ben noto sono complici di queste costruzioni i mass media, che riportano sulle loro prime pagine solo gli eventi di cronaca nera, alcune narrazioni della follia rappresentate nell'arte (letteratura, cinema ecc.) e le naturali dinamiche sociali che si sviluppano all'interno di ogni comunità umana (Elliot, 1965).

Il disturbo psichiatrico, in realtà non si declina solo in comportamenti di violenza auto o eterodiretta o in quelle forme di genialità creativa esaltata da una cultura stigmatizzante ma si articola in un fenomeno più complesso che contiene un tema di sofferenza umana molto più grave e spesso misconosciuto.

Come è noto il fenomeno delle stigmatizzazioni è diffuso ed infiltrato nel tessuto culturale di tutte le fasce della popolazione ma può essere modificato con opportuni interventi che informano ed educano (Nyblade *et al.* 2019); nel 2023, ad esempio, la UOC Salute Mentale d 9 ha realizzato un PCTO¹ per giovani delle scuole superiori che ha portato gran parte dei ragazzi a dichiarare, al termine dell'esperienza, di aver modificato in positivo le immagini che avevano del paziente psichiatrico e dei servizi di salute mentale.

Molto spesso pregiudizi e stigmatizzazioni si configurano come vere e proprie barriere che ostacolano, deviano o ritardano l'accesso al Centro di Salute Mentale (CSM) per la formulazione di una domanda di aiuto ed aggravano lo stato di salute

¹ Nel PCTO (*Percorso per le Competenze Trasversali e per l'Orientamento*) una classe di 25 studenti, divisa in sottogruppi di 5 giovani, ha partecipato insieme ai pazienti ad alcune attività riabilitative del CSM e del CD condividendo spazi ed attività per un totale di circa 20 ore per sottogruppo.

Romens Festival della Salute Mentale promosso dal DSM della ASL Roma 2. Vedi il portale della Salute Mentale salutementale.net

mentale dei pazienti che sono già in cura con conseguenti fenomeni di auto emarginazione e ritiro sociale (Kaushik *et al.* 2016).

Nella pratica clinica non è raro incontrare pazienti che confidano ai loro terapeuti di aver avuto forti resistenze a varcare per la prima volta la soglia del Centro di Salute Mentale per un senso di vergogna che, a volte, era più forte dello stesso disagio psichico per il quale cercavano aiuto; altri pazienti, invece, mantengono nascosta ad amici e parenti la loro frequentazione del CSM perché temono di essere considerati “malati mentali”; molti giovani in carico al servizio si dichiarano “spacciati” perché non sono “uguali” ai loro coetanei, perché hanno deluso le aspettative dei loro genitori e soprattutto perché sono stati inseriti in una struttura che accoglie persone con problemi mentali.

Per far fronte a questi fenomeni vengono svolte campagne di sensibilizzazione per la popolazione, progetti educativi, formativi ed eventi di divulgazione in favore della salute mentale come Romens 2022² promosso dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma 2.

La letteratura, già da molti anni, auspica per i servizi di salute mentale “accessi facili e amichevoli... presso spazi... esterni o a casa del paziente per minimizzare il trauma e lo sconvolgimento della famiglia” (Edwards, 2004, p. 154) ed evidenzia come i servizi che possiedono punti di “ingresso morbido” (Rickwood 2015) abbiano una probabilità maggiore di avviare un lavoro terapeutico con i giovani. Molte esperienze di psichiatria territoriale, inoltre, dimostrano che quanto più i servizi di salute mentale si radicano nel tessuto sociale del territorio tanto più si sviluppano le condizioni che permettono di fare prevenzione, cura ed inclusione sociale di persone che soffrono di un disturbo mentale (Carozza, 2003; AAVV 2008; ISFOL 2012; Rossi, 1998; Seikkula 2014).

Pensiamo pertanto che una delle tante sfide che vadano raccolte e proseguite sia quella di capire in che modo si possano collocare i servizi psichiatrici al di là di quelle cortine stigmatizzanti che spesso li avvolgono per renderli il più possibile accessibili alla cittadinanza e agli stessi pazienti in carico.

L'esperienza del laboratorio di parrucchiere

L'esperienza maturata negli anni dal Centro di Salute Mentale e dal Centro Diurno (CD) attraverso la realizzazione di numerosi eventi di promozione della salute

2 Negli anni la UOC ha realizzato diversi tipi di progetti: a) Interventi nelle scuole (PCTO per gli studenti delle scuole superiori e Città Educatrice); B) rapporti con il Distretto sanitario ed i MMMMG; c) eventi sul territorio del distretto come concerti della corale degli utenti, mercatini e mostre dei lavori degli utenti d) presa in carico e gestione di un orto urbano.

mentale nel territorio del distretto³ ha evidenziato il fatto che per costruire forme facilitate di accesso al servizio e reti di solidarietà era necessario fare due ulteriori passi: connotare il servizio come un luogo familiare per la popolazione ed attivare processi continui di relazione tra il servizio, i pazienti e la cittadinanza al fine di far esperire a questi ultima la realtà del servizio stesso.

Nel 2001, nasce pertanto l'idea di utilizzare i finanziamenti di Roma Capitale⁴ finalizzati alla pre formazione lavorativa dei pazienti con disturbo psichiatrico per aprire all'interno del Centro Diurno (oggi UOS Percorso Territoriale Riabilitativo) un corso di pre formazione lavorativa per parrucchieri. Dopo i primi anni di rodaggio e formazione il laboratorio, che è tutt'oggi configurato come un corso di pre formazione⁵, apre i suoi battenti all'utenza esterna per erogare ogni mattina, dal lunedì al giovedì, servizi di acconciatura.

Nel corso di più di 14 anni di attività il laboratorio sviluppa un flusso continuo di cittadini residenti nel distretto sanitario che accedono al CD per usufruire del servizio di acconciatura. Nel grafico della figura 1 vengono rappresentati il numero di in-

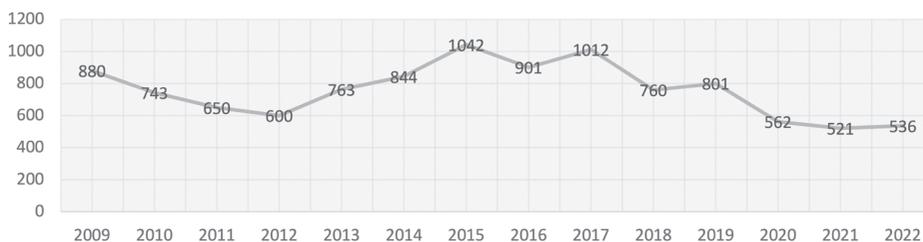


Figura 1 - Numero totale di accessi di cittadini residenti nel distretto sanitario per anno di attività del laboratorio

- 3 Il corso è co-finanziato da Roma Capitale – Assessorato Politiche Sociali e Salute con i fondi dedicati alle attività risocializzanti per pazienti con disturbo psichiatrico in carico ai DDSSMM.
- 4 Il corso di pre formazione è tenuto da una artigiana parrucchiera all'interno del CD in un laboratorio attrezzato ad atelier. Nel corso vengono insegnate ai pazienti le tecniche di base per lavorare nel settore dell'acconciatura. Le lezioni sono articolate in esercitazioni pratiche realizzate mediante l'offerta di veri e propri servizi di acconciatura offerti a pazienti del DSM, famigliari dei pazienti, sanitari della UOC Salute Mentale ed abitanti del quartiere. Il corso è integrato con brevi momenti di formazione teorica e di stage presso altre scuole di acconciatura per donna.
- 5 Il rapporto col corpo e con la propria immagine riflessa nello specchio si configura come una esperienza altamente problematica per alcuni pazienti che soffrono di un disturbo psicotico. Sul piano puramente fenomenologico possiamo osservare agiti in cui i pazienti coprono gli specchi in casa o in cui trascurano le più elementari regole di igiene personale e cura di sé.

terventi di acconciatura che il laboratorio di parrucchiere eroga ogni anno e quindi il numero di contatti che vi sono tra pazienti ospiti del CD e cittadini del territorio. In merito alla presenza del laboratorio dentro al Centro Diurno e a questo flusso continuo di cittadini è possibile fare alcune considerazioni che derivano da osservazioni sul campo e da quanto riportato dagli stessi pazienti durante i colloqui clinici svolti all'interno del CD.

La presenza di questo flusso continuo di clienti che è entrato ed uscito dal CD ha prodotto due interessanti fenomeni. Questo flusso, infatti, ha favorito lo sviluppo di rapporti confidenziali tra i clienti e i parrucchieri/pazienti e sviluppato una rete di canali di comunicazione "informali" attraverso la quale sono state diffuse nel territorio informazioni sulla presenza e le funzioni del presidio psichiatrico. I clienti che hanno usufruito di questo laboratorio hanno infatti diffuso questa esperienza diretta di contatto col servizio e con i pazienti nei loro piccoli gruppi di amici ma anche nelle realtà associative dalle quali provenivano come ad esempio la Banca del Tempo, le Associazioni di volontariato del territorio, il Comitato Soci Unicoop, i Centri Anziani ed altre ancora.

Un secondo fenomeno importante che questo flusso di clienti ha prodotto è stato quello di aver modificato l'atmosfera del servizio e di aver in qualche modo generato un "campo istituzionale" (Correale 1999) del tutto particolare perché si sono fuse insieme le dinamiche tipiche della struttura sociosanitaria (il CD) con quelle tipiche di un atelier per acconciatura.

La presenza contemporanea dentro il CD di almeno quattro categorie di soggetti differenti (parrucchieri/pazienti, sanitari, clienti esterni con i loro accompagnatori e l'insegnante/parrucchiera) ai quali si aggiungono i pazienti e gli artigiani degli altri laboratori dello stesso CD, ha generato, cioè, una varietà di scambi sociali che è molto diversa da quelli che si sviluppano negli spazi in cui vi sono un numero minore di soggetti che si differenziano per ruolo e funzioni. Alcuni degli spazi comuni del CD, ad esempio, hanno iniziato ad assumere la configurazione di un luogo di incontro più simile a quello della sala di attesa di un atelier per acconciature che a quello di un salone di un centro diurno dove si riuniscono i soli pazienti.

Questo tipo di atmosfera che per certi versi ha fornito al CD delle caratteristiche ambientali di "ambiguità" e che per altri lo ha differenziato nettamente da un ambulatorio o da un ospedale, ha prodotto a sua volta altri fenomeni interessanti.

Il primo riguarda il fatto che ogni soggetto che si è trovato all'interno del CD si è dovuto adeguare a questa nuova atmosfera: i pazienti della struttura, ma anche gli stessi sanitari, hanno dovuto sviluppare le competenze sociali necessarie per gestire la clientela del laboratorio di parrucchiere; diversi pazienti hanno ad esempio

dovuto imparare ad accogliere i clienti, a dare informazioni ad intrattenerli e così via. Il secondo fenomeno, che presenta un interesse di ordine clinico, è caratterizzato dal fatto che questa “ambiguità” dell’atmosfera ha ampliato il ventaglio delle modalità con le quali era possibile accogliere pazienti all’interno del CD. Il laboratorio di parrucchiere ed il clima “ambiguo”, infatti, si sono configurati per alcuni tipi di pazienti che rifiutavano di essere inseriti in percorsi riabilitativi, come uno spazio “transizionale” (Winnicott 1953), cioè come uno spazio al quale lo stesso paziente poteva attribuire quelle funzioni e quei significati che meglio rispondevano ai suoi bisogni (Izzo 1990); ad esempio alcuni pazienti che avevano inizialmente rifiutato di essere inseriti nel CD hanno accettato di frequentarlo come “clienti” del parrucchiere e solo molto tempo dopo hanno accettato la proposta di essere inseriti in un percorso riabilitativo specifico.

Nel 2020 questa esperienza maturata nel CD viene replicata nel Centro di Salute Mentale (servizio in contiguità spaziale col CD) realizzando dispositivi che modificano lo spazio di cura e della relazione con i curanti. In particolare ai pazienti del corso di pre formazione del laboratorio di cucina (corso analogo a quello del parrucchiere) viene assegnato il compito di creare un piccolo punto ristoro accessibile a pazienti e sanitari e ad un secondo gruppo di pazienti viene dato in gestione sia un orto urbano del municipio sia un orto collocato negli spazi esterni del CSM con la possibilità di portare i prodotti all’interno del servizio. Ad un gruppo di giovani pazienti infine viene assegnato il compito di riqualificare l’accesso ed altri spazi esterni del CSM con murales artistici.

L’introduzione di queste attività, riconosciute ai pazienti tramite donazioni, ha suscitato la stessa risposta che il laboratorio di parrucchiere aveva suscitato dentro il CD. Anche in questo caso, infatti, si è assistito ad un cambiamento dell’atmosfera del servizio che ha arricchito gli scambi sociali con un importante valore aggiunto sia sul piano terapeutico che umano.

L’esperienza del laboratorio di parrucchiere ha inoltre evidenziato come le specifiche mansioni che un parrucchiere è chiamato a svolgere si configurano come strumenti utili per far lavorare il paziente su alcune aree specifiche della cura come ad esempio quella della relazione, della percezione del sé e del corpo oltre che su quelli della formazione professionale e della inclusione sociale.

Nel laboratorio il parrucchiere/paziente, ad esempio, diventa colui che si prende cura del cliente e della sua testa, colui che svolge un ruolo attivo ed accudente all’interno di una relazione in cui il contatto fisico ed il gioco di sguardi, realizzato attraverso lo specchio posto davanti alla poltrona, svolgono un ruolo importante e per alcuni pazienti molto problematico, perché il tema del contatto con l’altro e con

il sé è uno degli aspetti più caratterizzanti del disturbo psichiatrico grave⁶.

Il parrucchiere/paziente accoglie e lava i capelli alla dottoressa, al genitore, all'infermiere, al cliente esterno e ad altri pazienti; il cliente condivide col suo parrucchiere/paziente piccoli problemi del quotidiano, come spesso avviene in ogni negozio di parrucchiere, lascia mance, protesta, pretende, insulta, elogia e produce anche commenti stigmatizzanti; in queste relazioni si concentrano, cioè, una infinità di aspetti emozionali e cognitivi, con cui il paziente si deve confrontare.

L'esperienza ha mostrato che se il laboratorio viene affiancato da specifici dispositivi terapeutici (gruppi di discussione e terapeutici) che aiutano i parrucchieri/pazienti ad elaborare le esperienze che vengono vissute nel laboratorio questi stessi pazienti nel tempo riescono a gestire anche i "clienti" difficili o quei clienti/pazienti che a causa di problematiche psichiatriche molto gravi sviluppano dei veri e propri vissuti persecutori quando si siedono sulla poltrona del parrucchiere⁷.

Il laboratorio di parrucchiere dentro il servizio, infine, diventa una occasione per riportare al centro dell'attenzione di tutti i pazienti ospiti del CD la cura del corpo che è fonte di particolari problematiche (Ferrari 1999) per molte forme di patologia psichiatrica e luogo da dove è possibile partire (nota 8) per iniziare a contenere piccole forme di ansie e depressione (Bergeret 1989).

Conclusioni

La UOC Salute Mentale D9, o "CIM dei Ponti" come informalmente viene nominato dai residenti, insiste in un territorio particolarmente difficile da un punto di vista socioeconomico, caratterizzato dalla presenza di sacche di povertà, emarginazione, devianza sociale giovanile e microcriminalità. Per tanti anni il vissuto degli operatori di lavorare in un territorio di frontiera, ha condotto e indirizzato a un certo stile lavorativo a volte difensivo e arroccato nelle attività ambulatoriali, o in quelle riabilitative protette dalle mura dell'istituzione e indirizzate esclusivamente ai pa-

6 *Alcuni parrucchieri/pazienti del laboratorio sono riusciti a mettere a punto una serie serie di accortezze nella comunicazione non verbale e nel comportamento altamente raffinate (avvicinamento alla poltrona del cliente con lentezza, verbalizzazione dell'azione prima di realizzarla, incremento della frequenza di contatti oculari e verbali) per non aumentare le ansie persecutorie di quei pazienti che non tollerano "nessuno alle spalle".*

7 *J. Bergeret nel suo saggio "Depressione e stati limite" osserva che il semplice massaggio "ristabilisce i limiti corporei dell'io" (Bergeret p. 248) e che la Kinesiterapia può configurarsi come "l'occasione di un migliore rapporto con l'oggetto confortante" in quanto "le sensazioni propriocettive rappresentano il punto di partenza per un vissuto relazionale migliore nella misura in cui la autonomia corporea si sente rafforzata" (Bergeret p. 249). Nel caso del laboratorio di parrucchiere sono stati osservati più volte casi in cui i clienti/pazienti hanno ricercato attivamente massaggi fatti alla testa durante lo shampoo al fine di poter guadagnare uno stato di rilassamento.*

zienti. Nel corso degli anni, e in particolare durante il periodo del ritiro pandemico, si è sviluppata tra gli operatori l'idea che fosse utile attuare nuove strategie volte a favorire l'accettazione di un servizio sanitario in un tessuto sociale particolarmente difficile, con l'intento di ridurre nella cittadinanza il vissuto di "corpo estraneo" con cui una istituzione poteva essere percepita alimentando istanze persecutorie e/o manipolative, o di una completa indifferenza.

Per tale motivo si è privilegiata un'ottica lavorativa "ecologica" volta a non trascurare la dimensione territoriale e sociale del luogo di cura e dei suoi rapporti con la cittadinanza. Il laboratorio di parrucchiere è stata la prima e più importante iniziativa riabilitativa che perseguendo tale obiettivo ci ha consentito di essere riconosciuti e identificati, non solo come "il CIM che fa le punture e i tso agli agitati", ma come luogo di cura e soprattutto accoglienza per le varie problematiche di salute di un territorio. Il laboratorio di parrucchiere dunque si configura come un'attività che mira all'integrazione dei diversi aspetti descritti precedentemente ponendosi come "ponte" tra il dentro e il fuori, tra il territorio e l'istituzione, tra il curante e il paziente allargando il campo d'osservazione e dunque d'intervento ad una dimensione relazionale della psicopatologia favorendo un approccio orientato alla recovery. In questo senso quest'attività rappresenta un esempio di co-produzione, nel senso di un modo diverso di sviluppare e fornire servizi con le persone piuttosto che per le persone (Boyle, Harris 2009) e si "incastona" in un tessuto connettivo, come quello della riabilitazione che in particolare in questa UOC è fortemente rappresentato.

Il Piano Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), prevede che il Centro di Salute Mentale debba occuparsi prioritariamente della presa in carico dei pazienti con patologie complesse (disturbi schizofrenici, disturbi bipolari, depressioni maggiori, gravi disturbi di personalità) ponendo attenzione in particolare agli esordi psicotici negli adolescenti e giovani adulti e all'inclusione delle famiglie nel processo di cura. A tal fine è necessario formulare un progetto terapeutico individualizzato che preveda l'attivazione dell'équipe multidisciplinare, attivando le diverse linee d'attività tra loro integrate (presa in carico psichiatrica, farmacoterapia, psicoterapia, attività riabilitative, tirocini di lavoro, assistenza alla persona e al bisogno interventi domiciliari, ricoveri in SPDC o strutture residenziali, sostegno all'abitare e appartamenti supportati ecc.). Questa UOC riguardo alla fascia giovani adulti e alla presa in carico precoce degli esordi psicotici e degli stati mentali a rischio ha attivato da tempo un percorso specifico di accoglienza, valutazione e presa in carico (Mc Gory 2010) con l'obiettivo di una possibile riduzione della durata della psicosi non trattata (DUP) (Schimmelmann 2008). Al laboratorio di parrucchiere, si sono aggiunti come detto gli orti, il mercatino settimanale dei pazienti orticoltori, la cucina e il servizio mensa dei pa-

zienti cuochi-camerieri e i murales dei pazienti pittori ed il teatro, tutte attività che possono maggiormente attrarre un giovane.

In aggiunta alle attività sopradescritte di impronta prettamente clinica si aggiungono attività di promozione e prevenzione della salute mentale e in particolare di collegamento con le scuole (PCTO e Progetto mappa educante), con il distretto, medici di medicina generale, servizio per le dipendenze, servizi sociali, PUA, associazioni di volontariato, ecc. al fine di tessere quella rete di servizi territoriali e distrettuali superando rigide logiche di struttura.

La riqualificazione di piccoli spazi ad opera del CSM come le terrazze prima abbandonate e territorio di nessuno e poi del ponte ha permesso ancora di più ai residenti di percepirci come buoni vicini di casa e agli operatori di allentare il vissuto di frontiera.

Bibliografia

- AAVV, *Tutti in gioco. Conferenza degli Utenti dei DDSSMM Università La Sapienza. Roma 21-23/09/98*
- Boyle D., Harris M., *The challenge of co-coproduction. Ed. Nesta, 2009*
- Bergeret J., *Depressione e stati limite. Il Pensiero Scientifico Editore, Napoli 1989*
- Carozza P., *La riabilitazione psichiatrica nei Centri Diurni. Franco Angeli, Milano 2003*
- Correale A., *Il Campo istituzionale. Borla, Roma, 1999*
- Elliott J., *Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva. In Nuove vie della psicoanalisi. Il Saggiatore, Milano 1966. Cap. 20, p.609-633*
- Edwards J, et al., *Intervento precoce nelle psicosi. A cura di A. Meneghelli e di A. Cocchi (p. 154). Centro Scientifico Editore, Torino 2004*
- Ferrari A.B., *L'eclissi del corpo, Roma 1992*
- ISFOL, *Le competenze trasversali nelle équipe della salute mentale. A cura di A. Felice. Roma 2012.*
- Izzo E.M., *La riabilitazione dello psicotico fra lavoro interno e lavoro esterno. Atti del 1° Congr. Naz. Soc. It.di Riabilitazione Psicosociale. Franco Angeli Edizioni 1990*
- Kaushik A. et al., *The stigma of mental illness in children and adolescents: a systematic review. Psychiatry Research Vol. 243, 30.09.2016, pag 469-494*
- Nyblade et al., *Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. BCM med. 2019; 17:25*
- Rickwood D. et al., *The services provided to young people through the headspace centres across Australia Med J Aust 2015; 202 (10) 533-536*
- Romens., *Festival della Salute Mentale - DSM della ASL Roma 2. Vedi il portale della Salute Mentale salumentale.net*
- Rossi E., *La sfida della Cronicità. Franco Angeli, Milano 1988*
- Schimmelmann B. et al, *Impact of duration of untreated psychosis on pre-treatment, baseline, and outcome characteristics in an epidemiological first-episode psychosis cohort. Psychiatr Res. 2008 Oct; 42(12):982-90*
- Seikkula J., *Il Dialogo Aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche. Giovanni Fioritti Editore, Roma 2014*
- Winnicott D.W., *Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. In Gioco e realtà. Armando editore, Roma 2005*

Referente

- Domenico Barba: domenico.barba@aslroma2.it

L'Educazione alla Salute in ambito scolastico: l'esperienza della ASL Roma 3

nella formazione del personale scolastico
nella somministrazione dei farmaci salvavita

D. Sgroi, *Direttore Sanitario Aziendale Asl Roma 3*

E. Zuchi, *Dirigente Infermieristico Asl Roma 3*

A. De Angelis, *Direttore F.f. U.o.c. Servizio Infermieristico ed Ostetrico delle Cure Primarie Asl Roma 3*

A. Bruno, *Direttore F.f. U.o.c. Cure Primarie e Tutela della Salute della Coppia Asl Roma 3*

R. De Biase, *Medico Pediatra Medicina Scolastica*

D. Vilasi, *Infermiera Medicina Scolastica Asl Roma 3*

F. Milito, *Direttore Generale Asl Roma 3*

Riassunto

La promozione alla salute rappresenta una costante presenza all'interno dell'ambito scolastico al fine di prevenire eventi avversi ed altresì promuovere stili sani di vita. In questo contesto si colloca il Protocollo di Intesa tra Miur - Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio e Regione Lazio "Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico" per disciplinare gli interventi di promozione della salute e prevenzione degli eventi avversi, nelle scuole di ogni ordine e grado. Infatti, l'essere affetti da una specifica patologia non deve costituire un fattore di emarginazione per lo studente e l'assistenza specifica agli alunni che esigono la somministrazione di farmaci si deve configurare come una attività che può essere condotta anche da personale laico e non sanitario.

A seguito della richiesta del Medico Curante e della Direzione Scolastica di attivazione della Formazione specifica per la somministrazione dei farmaci, viene pianificato il Corso di Formazione garantendo la partecipazione di tutte le figure professionali presenti all'interno del plesso scolastico. L'obiettivo principale è for-

mare quanti più operatori possibile in modo da garantire, durante l'arco della giornata e nel periodo scolastico, la presenza costante di persone formate, in grado di intervenire per le necessità ed a tutela dello studente.

Nel caso di studenti con patologie croniche che richiedono un uso molteplici di farmaci e devices, l'incontro dovrà essere costruito in maniera individuale, al fine di far bene comprendere le interazioni tra farmaci, il calcolo del dosaggio, le vie di somministrazione e l'utilizzo di eventuali devices. Nel caso in cui la patologia dello studente permetta la standardizzazione dell'intervento formativo, si privilegerà il ricorso a partecipazioni più numerose, così da poter formare il maggior numero di personale scolastico, simultaneamente.

Il Servizio di Medicina Scolastica, attraverso la personalizzazione degli interventi di Educazione Sanitaria, garantisce maggiore comprensione delle informazioni necessarie all'effettuazione del trattamento farmacologico da parte degli operatori scolastici con diminuzione del rischio di malpractice e repentino riconoscimento delle fasi prodromiche della sintomatologia acuta correlata alla malattia. Questo incremento di richiesta è stato gestito cercando dove possibile di accorpare per patologia alcuni casi mantenendo comunque la riservatezza all'interno dello stesso istituto solo per il personale al corrente della situazione del bambino.

Tutti gli interventi formativi sono soggetti all'osservazione delle norme sulla Privacy.

Introduzione

L'attuale contesto epidemiologico, sociale e scolastico, si è estremamente modificato rispetto agli anni passati, determinando una nuova concezione della prevenzione primaria nelle scuole, basata sia sulla salute individuale che sulle procedure di emergenza sanitaria. Per garantire il diritto allo studio come sancito nell'art. 34 della Costituzione Italiana. La ASL RM3 nell'anno 2008 già si occupava di questa tematica, aprendo 5 presidi sanitari scolastici nell'ambito del XIII municipio (attuale X municipio), coniugando coerentemente le disposizioni normative atte a realizzare la prevenzione sanitaria collettiva ed individuale in favore di quei soggetti che dovevano assumere in orario scolastico dei farmaci a seguito di terapie mediche prescritte per determinate patologie, quali il diabete, l'epilessia, l'asma delle quali lo studente non poteva fare a meno.

Infatti la promozione alla salute rappresenta una costante presenza all'interno dell'ambito scolastico al fine di prevenire eventi avversi ed altresì promuovere stili sani di vita. In questo contesto si colloca l'introduzione di normative quali la Del. N. 71 del 2/3/12 *"Percorso per favorire l'inserimento a scuola del bambino con diabete. Approvazione delle Linee di indirizzo"* ed il Protocollo di Intesa tra Miur -

Incremento del numero di corsi di formazione

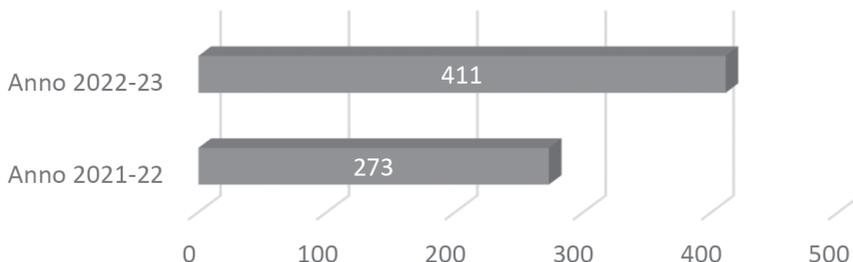


Figura 1 - Incremento del numero di corsi di formazione tra a.s. 2021-22 e a.s. 2022-23

Incremento del numero di persone formate

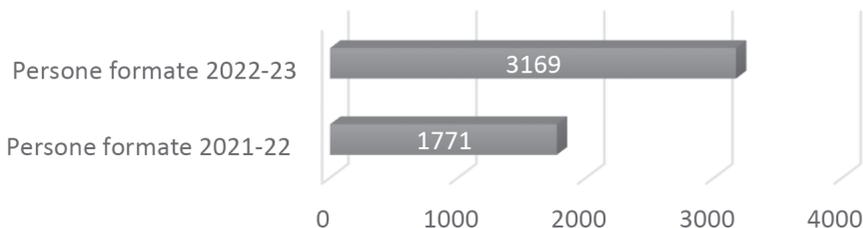


Figura 2 - Incremento del numero delle persone formate tra a.s. 2021-22 e a.s. 2022-23

Incremento del numero degli istituti scolastici

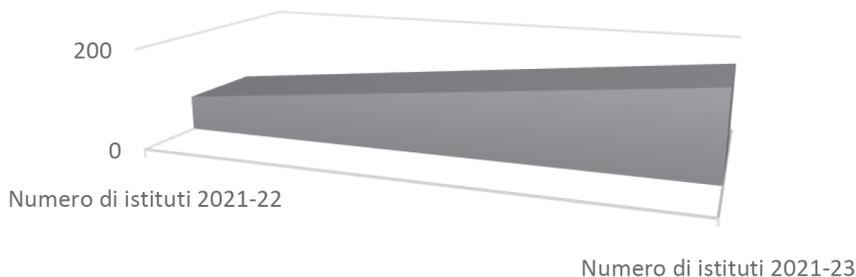


Figura 3 - Incremento del numero di istituti tra a.s. 2021-22 e a.s. 2022-23

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio e Regione Lazio *“Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico”*.

Infatti, l'essere affetti da una specifica patologia non deve costituire un fattore di emarginazione per lo studente. L'assistenza specifica agli alunni che esigono la somministrazione di farmaci, si deve configurare come una attività che può essere condotta anche da personale laico e non sanitario, opportunamente formato dalla ASL di competenza. Al personale scolastico viene fornita la capacità di elaborare e capire le informazioni di base sulla patologia e della sua manifestazione in maniera di poter intervenire tempestivamente. Tutto questo senza discrezionalità di interpretazione in quanto, sulla modulistica di richiesta, viene specificato dal medico prescrittore e dal personale di formazione come e quando agire.

La finalità del servizio è quella di garantire la tutela della persona attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e attività didattica. Nel caso specifico il servizio di Medicina scolastica della ASL Roma 3, garantisce la risposta ai bisogni di assistenza dello studente in relazione allo stato di salute, alle condizioni familiari, culturali, ambientali in modo da assicurare l'inclusione a livello scolastico e sociale.

Metodo

Gli incontri sono organizzati con lezioni frontali, presso l'Istituto Scolastico e simulazione pratica dei casi reali che il docente sarà chiamato a dover gestire, qualora si presentassero i sintomi della patologia di cui è affetto lo studente. Si procede quindi con una spiegazione teorica per quanto riguarda il Protocollo di Intesa tra Miur - Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio e Regione Lazio *“Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico”*. Viene poi descritta la Procedura di Soccorso per casi con perdita di coscienza e la procedura di soccorso per casi senza perdita di coscienza, la modalità con la quale rivolgersi al Numero Unico di Emergenza. Si dà spiegazione dell'eziologia delle patologie trattate e delle rispettive manifestazioni cliniche. Si conclude con la procedura di intervento e simulazione pratica della somministrazione del farmaco salvavita specifico o dell'utilizzo dei vari devices.

Discussione

Nel Protocollo di Intesa tra Miur - Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio e Regione Lazio, sono definiti criteri, procedure, competenze, azioni, interventi e responsabilità connessi alle necessità della somministrazione di farmaci agli alunni con patologie croniche che frequentano le scuole di ogni ordine e grado, compresi gli Istituti formativi accreditati, a tutela della salute e della sicurezza in orario scolastico

o formativo e assicurando la regolare frequenza.

Questi interventi di formazione non sono generici, ma sono resi specifici in base alla patologia del singolo bambino come da disposizione regionale. La richiesta viene eseguita su modulistica regionale per ogni persona affetta da patologia cronica che necessita di un farmaco salvavita. Infatti in ogni corso di formazione teorico-pratico, il personale scolastico viene istruito prima di tutto sulla specifica patologia ed eziopatogenesi, sulla somministrazione del farmaco salvavita e sul dosaggio, e successivamente vengono effettuate simulazioni di un caso pratico, per verificare l'apprendimento e le abilità acquisite. Riguardo la somministrazione del farmaco in orario scolastico, la domanda viene presentata al Dirigente scolastico con formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori o degli esercenti la patria potestà a cui viene allegata su apposito modulo la prescrizione del medico di base o del Pediatra di libera scelta o della specialista, indicante lo stato di malattia dell'alunna. Questa richiesta contiene indicazioni chiare circa la descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco, la dose da somministrare, la modalità di somministrazione, la modalità di conservazione, in modo da non incorrere in una discrezionalità tecnica nella somministrazione stessa del farmaco. A seguito della richiesta della famiglia, che dopo aver fatto compilare l'allegato 2 al Medico Curante lo trasmette alla scuola, la Direzione Scolastica richiede l'attivazione della Formazione specifica per la somministrazione dei farmaci. Su queste indicazioni viene pianificato il Corso di Formazione garantendo la partecipazione di tutte le figure professionali presenti all'interno del plesso scolastico. Il personale coinvolto risulta essere principalmente formato da Docenti, personale ATA, personale dei Multiservizi che operano all'interno della Scuola.

Il personale docente in quanto formatore, offre un servizio al discente che si realizza con interventi specifici di natura relazionale ed educativa, nel rispetto della libertà e della dignità dell'individuo e per questo motivo è obbligato eticamente ad assistere al corso formativo, per comprendere le esigenze dello studente. Ogni docente ha una responsabilità sociale, che consiste nel favorire l'integrazione nello svolgere la sua attività e nei suoi rapporti con l'utenza e, su base volontaria, contribuire a promuovere l'integrazione anche attraverso la partecipazione agli eventi di Educazione Sanitaria promossi dalla Medicina scolastica.

La vision del sistema scuola è quella di formare cittadini sempre più aperti al mondo, cittadini che sappiano sfruttare in modo responsabile le risorse a disposizione, cittadini che abbiano e manifestino rispetto per gli altri, per le cose e per l'ambiente. Comprendere le necessità di uno studente rispetto al resto della classe è una parte del processo educativo che vede come attori tutti gli studenti nell'assicurare

la giusta considerazione delle necessità e bisogni e nell'adoperarsi per assolverle facendosi parte attiva nel processo di inclusione.

La mission, cioè la fase più operativa, prevede la creazione di rapporti e di relazioni interpersonali che tengano conto delle specificità di ognuno, la valorizzazione delle competenze personali, la promozione degli interessi di ogni singolo alunno o studente. Prevede, anche, il mettere tutti nelle condizioni migliori, dando loro le stesse opportunità in modo da poter raggiungere il proprio massimo livello. Si capisce bene che tutto questo non può trovare risposta su nessun contratto di lavoro ma afferisce alla disponibilità di ognuno,

L'obiettivo principale è formare quanti più operatori possibile in modo da garantire, durante l'arco della giornata e nel periodo scolastico, la presenza costante di persone formate, in grado di intervenire per le necessità ed a tutela dello studente. Gli incontri formativi, organizzati all'interno delle Scuole, contano numerosi partecipanti, la cui consistenza varia in proporzione alla grandezza del plesso scolastico: infatti si va da incontri con 10 partecipanti, nel caso di piccoli plessi, fino ad arrivare ad incontri con punte di 100-150 partecipanti nel caso di Istituti Comprensivi particolarmente numerosi.

Nel caso di studenti con patologie croniche che richiedono un uso molteplici di farmaci e devices, l'incontro dovrà essere costruito in maniera individuale, al fine di far bene comprendere le interazioni tra farmaci, il calcolo del dosaggio, le vie di somministrazione e l'utilizzo di eventuali devices.

Se la patologia dello studente lo permette, si procede con la standardizzazione dell'intervento formativo, privilegiando il ricorso a partecipazioni più numerose, così da poter formare il maggior numero di personale scolastico, simultaneamente. Le patologie croniche più comunemente trattate risultano essere l'epilessia con eziologia variabile, l'asma mediata da allergia e non, lo shock anafilattico, le allergie dovute a più tipi di ipersensibilità, le convulsioni febbrili, il diabete di tipo 1, la fibrosi cistica e le patologie emorragiche come emofilia ecc. delle quali si hanno miriadi di sfaccettature e terapie di mantenimento che non possano essere trattate come singola procedura da mettere in atto, ma come un insieme di procedure che si correlano tra loro a sostegno della Salute dello studente. In particolare i farmaci ed i devices, come nel caso del diabete i microinfusori e sensori, sono sempre in costante evoluzione e soprattutto sempre diversi per ogni singolo caso.

I contenuti formativi che fornisce tale servizio, composto dalla dott.ssa Debora Vilasi infermiera, dalla dott.ssa Martina Micarelli infermiera e dal dott. Riccardo Valerio De Biase Pediatra nelle scuole della Asl Roma 3 di ogni ordine e grado che ne fanno richiesta sono i seguenti:

- analisi della validità e completezza della documentazione sanitaria pervenuta dal PUA per valutare la pertinenza della richiesta e la presenza dei criteri necessari per la presa in carico dello studente.
- gestione di eventuali incongruità della documentazione attraverso incontri con la scuola e con il medico che a sua volta si interfaccia con lo specialista di riferimento;
- identificazione di bisogni formativi del paziente e/o delle persone coinvolte;
- realizzazione degli interventi Informativi/formativi/educativi;
- valutazione dell'acquisizione delle informazioni e/o abilità.
- garanzia di una relazione efficace con gli insegnanti e ove possibile con le famiglie e fornire tutte le informazioni utili per la somministrazione dei farmaci, anche impostando una relazione positiva ed empatica;

Procedura con perdita di coscienza (Epilessia)

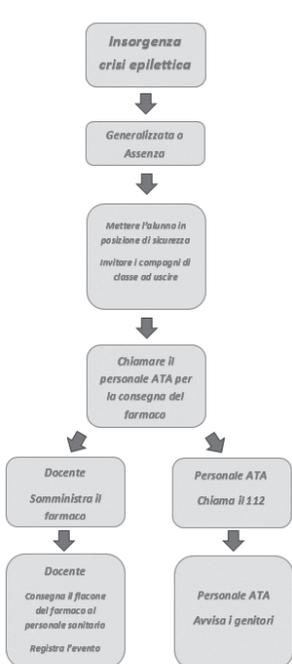


Figura 4 - Esempio di procedura con perdita di coscienza in caso di crisi epilettica

Procedura con perdita di coscienza (Convulsioni febbrili)

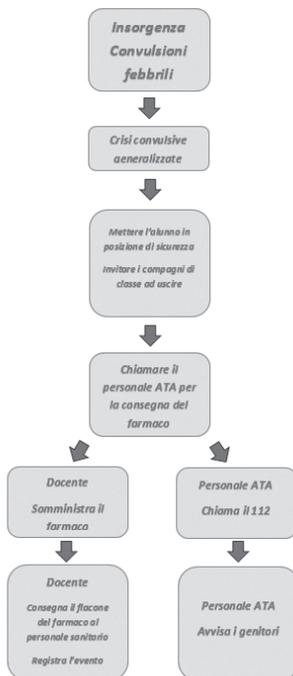


Figura 5 - Esempio di procedura con perdita di coscienza in caso di convulsioni febbrili

**Procedura con perdita di coscienza
(Ipoglicemia in alunno diabetico)**

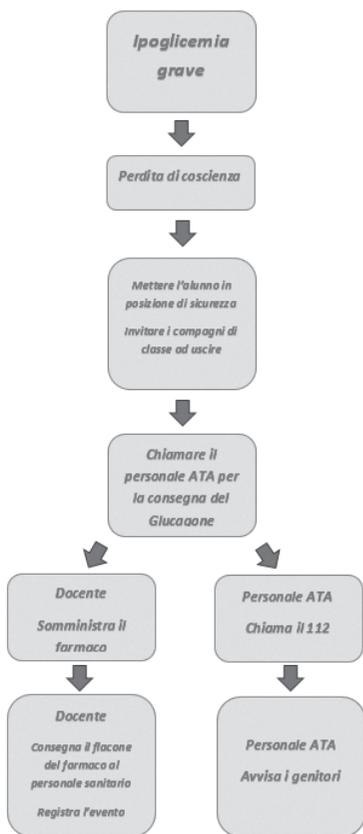


Figura 6 - Esempio di procedura con perdita di coscienza in caso di ipoglicemia grave

**Procedura con perdita di coscienza
(shock anafilattico)**

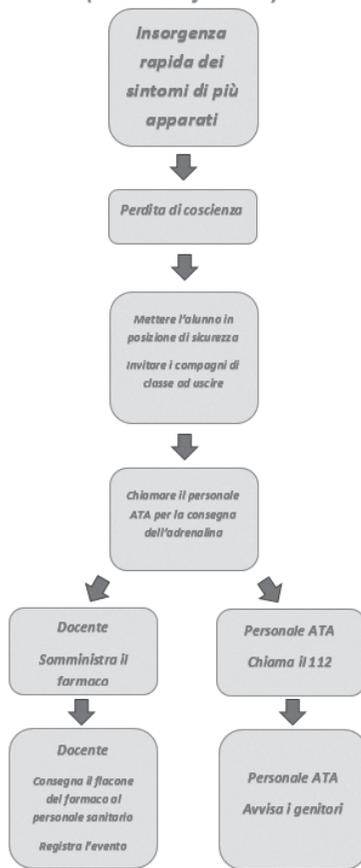


Figura 7 - Esempio di procedura con perdita di coscienza in caso di anafilassi

- spiegazione al personale scolastico coinvolto gli interventi assistenziali all'interno del programma diagnostico-terapeutico, per quanto di competenza adeguando il livello di comunicazione alle capacità di comprensione;
- istruzione del personale su strumenti e tecniche per la gestione e l'elaborazione emotiva nelle diverse situazioni;
- garanzia sulla tutela della privacy del bambino/ragazzo per cui viene richiesta la somministrazione di farmaci in orario scolastico in tutti i suoi aspetti;

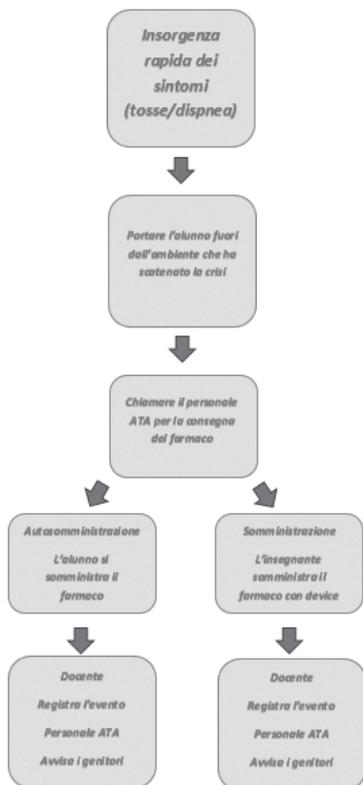
*Procedura senza perdita di coscienza**(ASMA)*

Figura 8 - Esempio di procedura senza perdita di coscienza in caso di ASMA

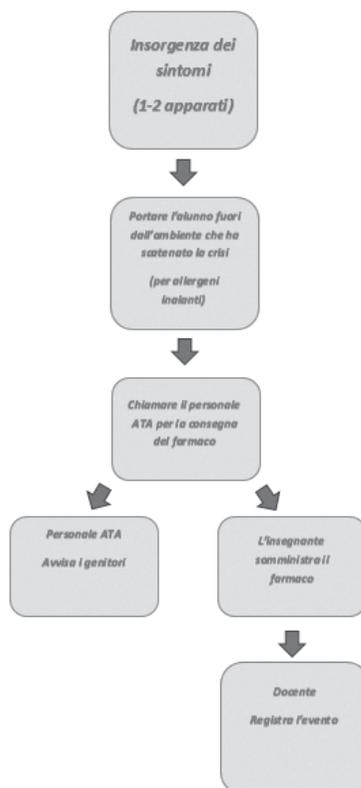
*Procedura senza perdita di coscienza**(Allergia lieve)*

Figura 9 - Esempio di procedura senza perdita di coscienza in caso di allergia lieve

- garanzia sulla riservatezza dei dati personali e sensibili relativi allo studente secondo le norme etico-deontologiche e istituzionali come previsto dalle normative vigenti;
- garanzia sulla corretta conservazione della documentazione clinica;
- garanzia sulla formazione/informazione nella gestione dell'urgenza/emergenza ed implementare interventi di supporto allo studente come prescritto dal me-

dico curante;

- garanzia sull'applicazione del Piano Operativo prescritto dal medico curante;
- compilazione di tutta la documentazione relativa all'applicazione del protocollo regionale sulla somministrazione farmaci in orario scolastico e la trasmissione di tale documentazione al Direttore cure Primarie;
- assicurazione, secondo i bisogni, del contatto e dell'integrazione con altri servizi e altre figure professionali;
- collaborazione con l'équipe assistenziale aziendale (CAD) rispettando tempi, spazi e momenti di assistenza definiti, al fine di integrare i vari interventi.

Per ogni singolo intervento Educativo vengono elaborate delle Flow Chart specifiche con l'indicazione delle azioni da intraprendere e la loro sequenza operativa. Di seguito si riassumono quelle più significative rispetto ai casi trattati.

Risultati

Quello che si è osservato è una maggiore garanzia nella comprensione delle informazioni necessarie: sia nel riconoscimento rapido dei sintomi delle patologie trattate, sia all'effettuazione del trattamento farmacologico da parte degli operatori scolastici con diminuzione del rischio di malpractice e maggiore consapevolezza dell'importanza del loro intervento. L'intera classe ha partecipato attivamente nell'individuazione delle necessità dello studente ed è aumentata la sensibilizzazione del contesto scolastico per favorirne un maggiore inserimento.

Il servizio di Medicina Scolastica nell'ultimo anno ha quasi raddoppiato il numero di interventi, di fatto passando da 273 corsi di formazione specifici per individuo e patologia cronica associata del 2021/22 equivalenti a 1.771 persone formate tra docenti e personale scolastico, a 411 del 2022/23 equivalenti a 3.169, persone ad oggi formate tra docenti e personale scolastico, stimando di arrivare a circa 3.500 a fine anno. Il team della medicina scolastica si è recato da inizio anno in 175 tra istituti e nidi rispetto ai 70 dell'anno precedente, per formare più personale possibile in modalità frontale/in presenza, proprio per poter spiegare al meglio, con dimostrazioni pratiche ed utilizzando simulatori di farmaci salvavita nelle procedure per ogni singolo caso.

Questo importante incremento di richiesta di formazioni è stato gestito cercando dove possibile di accorpare per patologia alcuni casi all'interno degli stessi plessi scolastici, mantenendo comunque la riservatezza all'interno dello stesso istituto solo per il personale al corrente della situazione del bambino.

Tutti gli interventi formativi sono soggetti all'osservazione delle norme sulla Privacy.

Conclusioni

La costante attenzione alle richieste di formazione specifica sui farmaci salvavita attuata nel territorio della ASL Roma 3, ha permesso la facilitazione della presa in carico e del percorso di cura dello studente, riducendo le incomprensioni, favorendo l'inclusione e la compliance della famiglia o caregiver.

Questo servizio, collaborando attivamente con gli istituti scolastici, è riuscito ad infondere sicurezza al personale scolastico fornendo le conoscenze e i mezzi per agire ma soprattutto riuscendo a far capire l'importanza del ruolo dei docenti e della tempestività in queste situazioni di emergenza.

Il riscontro positivo degli interventi formativi effettuati presso le scuole ha indotto il Servizio di Medicina Scolastica, in collaborazione con il X e XI Municipio ad effettuare degli "Open Day Formativi" specifici per i plessi con bisogni formativi comuni. Questa tipologia di intervento si è dimostrata efficace nelle scuole di alcuni municipi per poter effettuare il maggior numero di formazioni nel più breve tempo possibile dando così la possibilità di formare un cospicuo numero di persone pronte ad intervenire in caso di necessità.

Nella fattispecie, nell'ultimo "Open Day" svoltosi ad aprile u.s. hanno partecipato 11 scuole del X municipio. Questo incontro di formazione è stato organizzato presso il Teatro del Lido di Ostia coinvolgendo simultaneamente più di 100 partecipanti. In questo singolo evento si sono affrontati casi di più patologie, nello specifico: epilessia, convulsioni febbrile, anafilassi e asma, per un totale di 18 casi affrontati.

Bibliografia

- *Protocollo di Intesa tra Miur - Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio e Regione Lazio;*
- *Costituzione Italiana, art. 34;*
- *Dichiarazione di Alma Ata 1978;*
- *Linee di indirizzo Regione Lazio relative all'inserimento a scuola del bambino con diabete;*
- *Articoli 492 – 508 e 575 -578 del "Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di Istruzione", istituito con Decreto Legislativo del 16/04/94 n. 297;*
- *Consiglio Nazionale della Pubblica Istruzione, documento sul "Codice deontologico personale scuola".*

Referente

- Daniela Sgroi: daniela.sgroi@aslroma3.it - direttore sanitario@aslroma3.it

Innovazione, infermieri, integrazione: le tre “I” del futuro

C. Turci, Direttore del Dipartimento Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali, Asl Roma 4

S. Savini, Incarico di Funzione: Ricerca, Formazione, Innovazione e Sviluppo Organizzativo, Asl Roma 4

R. Marchini, Incarico di Funzione: Gestione risorse distretti e continuità assistenziale ospedale territorio, Asl Roma 4

M. Dario, Infermiere Specialist in Wound and Ostomy care, Asl Roma 4

INTRODUZIONE

La gestione delle lesioni cutanee croniche rappresenta un processo impegnativo con un pesante onere economico dovuto sia al trattamento sanitario necessario che al tempo assistenziale richiesto. In Italia, due milioni di persone sono affette da lesioni cutanee croniche e la prevalenza delle ulcere degli arti inferiori è dell'1-2% circa della popolazione, con un picco del 3,6% nella popolazione con età superiore ai 65 anni. Tutto questo determina sia costi di trattamento, riammissioni ospedaliere, superiore ad 1 miliardo di euro all'anno che, implicazioni in termini di qualità di vita degli utenti. La creazione di un network aziendale di infermieri con competenze avanzate, può offrire all'utente e alla famiglia soluzioni efficaci e sicure, in cui i professionisti sono anelli di un'unica rete.

Obiettivo

Promuovere l'integrazione della rete wound care tra le diverse strutture aziendali, ospedaliere e distrettuali, per la governance proattiva degli utenti affetti da lesioni croniche a diversa eziologia (lesioni da pressione, lesioni vascolari, diabetiche, traumatiche) ed esiti correlati (es. guarigione, qualità di vita e dolore).

Materiali e metodi

La rete wound care utilizza strategie di telemonitoraggio e teleconsulto e un protocollo aziendale (n. 1577 DG- 29/11/2021) con strumenti e percorsi validati confacenti alle indicazioni della Regione Lazio (Documento di indirizzo per la pre-

venzione e la gestione delle lesioni da pressione della Regione Lazio n. G05584 del 27/04/2018). Nello specifico, per la valutazione della qualità di vita la scala EuroQoL-5D-3L, per il dolore la Numerical Rating Scale (NRS) e la guarigione. Il processo wound care è monitorato attraverso un disegno osservazionale – longitudinale nella rilevazione degli esiti assistenziali valutando la significatività statistica attraverso il software SPSS 22.0.

Risultati

Gli utenti presi in carico dalla rete degli specialisti infermieri in wound care, nel periodo da giugno 2021 a marzo 2023, sono n. 550. I contesti assistenziali coinvolti sono: domicilio, assistenza domiciliare, strutture sanitarie assistenziali, ambulatori distrettuali e i setting ospedalieri della Asl Roma 4. L'età media è 70,6 anni. A ventuno mesi, il 100% del campione ha avuto un miglioramento della qualità di vita percepita, nell'ansia e depressione e nella self care. Il 100% del campione, ha avuto una riduzione del dolore di circa 3 punti della scala NRS, il 75,2% giungono a guarigione.

Conclusioni

La gestione proattiva della rete infermieristica del wound care, che agisce capillarmente in tutti i setting della Asl Roma 4, riesce a dare risposte immediate all'utente, garantisce la sua permanenza a domicilio evitando i ricoveri ospedalieri e accessi nei Pronto Soccorso, migliora l'aderenza al piano di cura, favorisce la prossimità della sanità al cittadino e, attraverso l'alfabetizzazione sanitaria della famiglia, promuove interventi salutari e previene l'insorgenza di complicanze.

INTRODUZIONE

È stato stimato che tra tutti gli utenti ricoverati in ospedale e nelle strutture sanitarie in generale, le LDP hanno un tasso di prevalenza che varia tra il 9,6% e il 19,7%, confermato sia nelle strutture dell'estremo oriente, quali quelle giapponesi che in quelle occidentali quali quelle americane. In Italia, in uno studio del 2011, condotto su 13081 utenti ricoverati presso 24 strutture sanitarie, è stato evidenziato un tasso di prevalenza di LDP del 10,97% (Bernabei *et al.*, 2011), dato che si è mantenuto costante nel tempo. In questo contesto, le LDP croniche incidono per l'1-2% ed è stato dimostrato che hanno un impatto negativo sulla qualità di vita delle persone a causa del dolore, del discomfort e del decadimento fisico e sociale.

Dal punto di vista economico, è stato stimato che la spesa annua per utente, inerente al trattamento ospedaliero di LDP, nei soli Stati Uniti si aggira in media tra

44.000 e 90.000 \$ per utente. In Inghilterra la spesa si attesta tra 1.064 £ per il trattamento delle LDP di I stadio e 10.551 £ per il trattamento delle LDP di IV stadio, tanto che il Servizio Sanitario Nazionale inglese (NSH) è costretto ad investire il 4% della spesa sanitaria annua (2,1 miliardi di sterline) nel trattamento delle LDP.

Obiettivi

Alla luce di quanto esposto, gli obiettivi di questo studio sono di valutare gli esiti (riparazione tissutale, dolore e qualità di vita) di cura nella gestione e nella presa in carico di utenti con lesioni acute e croniche (lesioni da pressione, vascolari venose e chirurgiche), ad opera dello specialista clinico in Wound Care (CNSwC) implementando la metodica del teleconsulto sanitario.

In particolare, si vuole verificare la seguente ipotesi:

1. I livelli di wound healing degli utenti presi in carico dal CNSwC e gestiti mediante il Teleconsulto, migliorano in modo significativo in merito a esiti quali:
 - riparazione tissutale fino a completa guarigione;
 - riduzione del dolore;
 - qualità di vita.

Materiale e metodi

È stato condotto uno studio descrittivo-osservazionale longitudinale, arruolando utenti con lesioni acute e croniche a eziologia:

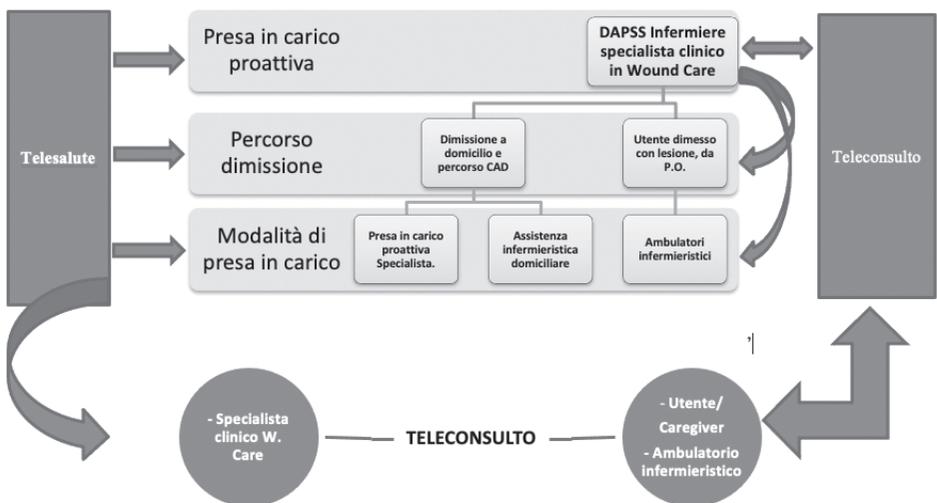


Figura 1 - Modello di presa in carico con il Teleconsulto

- da pressione;
- vascolari venose;
- deiscenze chirurgiche.

Lo studio è stato condotto presso una grande ASL Romana, suddivisa in 4 Distretti a cui afferiscono 2 Poli ospedalieri, 4 Centri di assistenza domiciliare integrata e gli ambulatori Infermieristici ivi dislocati nel periodo Giugno 2021 a marzo 2023.

Criteri di inclusione

Sono stati arruolati nello studio una coorte comprendente tutti i utenti afferenti alle varie sedi indicate; di età maggiore uguale a >18 e senza distinzione di genere; capaci di intendere e di volere; in regime di gestione e presa in carico del servizio Wound Care afferente al Dipartimento delle professioni sanitarie e sociali e portatori di:

- una o più lesioni acute o croniche (Tempo T0).

Criteri di esclusione

- età inferiore a 18 anni;
- utenti con importanti deficit neurologici e/o terminali (Demenza senile, Morbo Alzheimer, neoplasie), non in grado di esprimere il consenso al trattamento;
- utenti ricoverati da più di 24 ore;
- utenti riportanti dalla documentazione clinica più di una comorbidità;
- utenti con sospetta sensibilità ai componenti dei medicinali presenti nel protocollo.

Considerazioni etiche

Lo studio condotto non è stato finanziato o sponsorizzato da fonti terze. La ricerca ha ottenuto l'approvazione da parte della Direzione Sanitaria Aziendale in cui è stato svolto lo studio, in accordo ai principi della Dichiarazione di Helsinki sviluppata in Brasile dalla World Medical Association (2013). I partecipanti sono stati informati sullo scopo dello studio da un ricercatore non direttamente coinvolto nel processo di trattamento delle lesioni, prima di chiedere il consenso scritto alla partecipazione. In particolare, i utenti sono stati informati che la partecipazione era volontaria e che, nel caso non volessero partecipare, non sarebbero stati trattati in maniera diversa dagli altri.

Procedura

A tempo zero (cioè al momento della presa in carico presso i setting ASL Ospeda-

Variabili indagate	
1	Caratteristiche sociodemografiche (età-sesso)

Tabella 1 - Variabili indagate in tutti i tempi dello studio

Intervalli temporali	Corrispondenza in giorni per la rivalutazione
T0	Presenza in carico dell'utente
Tf	Termine del percorso

Tabella 2 - Intervalli di rivalutazione

le/Territorio), oltre alle caratteristiche sociodemografiche (tabella 1), sono stati rilevati i dati riguardanti gli outcome assistenziali. Gli utenti sono stati presi in carico, osservati e trattati per tutto il periodo di gestione mediante Teleconsulto da una rete di CNSwc composta da 10 Infermieri specializzati o esperti in Wound Care, e rivalutati anche al tempo finale (Tf) in tabella 2.

Ogni dato è stato raccolto secondo intervalli stabiliti (tabella 2), che rispondono ai tempi prescritti di

rivalutazione per lo studio osservazione Tempo 0: presa in carico e tempo finale: chiusura del programma che poteva avvenire per:

- completa guarigione;
- decesso.

Il protocollo di trattamento delle Lesioni acute e croniche prevede, in linea con il modello TIMECARE, una serie di interventi contestualizzati nel Protocollo aziendale di gestione delle lesioni andando a prevedere in collaborazione con una rete di altri specialisti:

- a. una prima visita infermieristica ad opera del CNSwc;
- b. monitoraggio settimanale del CNSwc attraverso la metodica del Teleconsulto;
- c. detersione delle LDP croniche con propylbetaine-polihexanide (PP) ad ogni medicazione (48 ore) rispettando i tempi di azione del principio attivo raccomandati (15 minuti). La Medicazione con PP favorisce il debridement, riduce la carica batterica e quadro infiammatorio;
- d. debridement chirurgico o con taglienti, effettuato a T0 con la rimozione del tessuto necrotico;
- e. applicazione di medicazione avanzata all'argento, ogni 48 ore per un periodo di 15 giorni e successivamente ogni 48 ore e fino al termine dell'osservazione, medicazioni avanzate a base di alginato di calcio e applicazione di schiume in poliuretano adesive (per gestire quantità elevate di essudato); in alternativa, dopo la rimozione del tessuto necrotico, terapia a pressione topica negativa, medicata ogni 72 ore (NPWT).

Strumenti di valutazione

Per il reporting del managing delle lesioni, è stata utilizzata una scheda di medicazioni realizzata ad hoc, per monitorare le variabili riportate in tabella 1 ed utilizzata in tutti i tempi di rilevazione dello studio insieme agli strumenti sottoelencati. In particolare, la scheda prevede:

- dati anagrafici dei pazienti (età-sesso);
- Score Numerical Rating Scale NRS tempo di osservazione T0-Tf;
- Score VAS Euroquol 5D-3L;
- riparazione tissutale.

Analisi statistica

I dati quantitativi inerenti ai pazienti sono stati raccolti in un database Excel, codificati utilizzando codici alfanumerici (tutelare l'anonimato dei soggetti inclusi nello studio) ed esaminati esclusivamente in modalità aggregata; sono state quindi condotte analisi di tipo descrittivo dei dati raccolti, sintetizzati con frequenze, percentuali, indici di tendenza centrale e distribuzione (media e deviazione standard). Successivamente i dati sono stati analizzati attraverso test di statistica inferenziale. Per verificare la differenza nelle medie dei valori rilevati nelle scale NRS ed EQ5D-3L, è stato utilizzato il Test t per campioni appaiati. I risultati sono stati considerati statisticamente significativi con una $p < 0,05$. Per le analisi è stato utilizzato il software statistico SPSS vers. 22.0.

Risultati

Dei 550 pazienti arruolati allo studio, il tasso di Drop-out è risultato di n. 71 utenti, di cui n. 45 sono deceduti e n. 16 hanno volontariamente abbandonato il programma. I dati elaborati si considerano validi per n. 479 pazienti dal T0 al Tf. Le caratteristiche sociodemografiche e lavorative dei 479 che hanno completato il percorso sono descritte in tabella 3. Il campione ha un'età media pari a 70,6 anni, è costituito per il 50,1% da uomini ($n = 240$). Dal punto di vista eziologico, il 50,0% (239) dei pazienti era affetto da lesioni da Pressione, il 29,0% (139) lesioni vascolari venose e il 21,0% (101) era affetto da deiscenze chirurgiche.

Come si evince dalla tabella 2, dei n. 479 utenti affetti da lesioni croniche, il 72,0% (n. 346) ha raggiunto la completa guarigione (riepitelizzazione) con $p < .005$, mentre il restante 28,0% (n. 133) ha ottenuto un miglioramento significativo.

Dall'analisi dei risultati ottenuti utilizzando le scale NRS e EQ5D-3LVAS, come rappresentato nella tabella 3, è stata verificata, a Tf, una riduzione dei punteggi, rispetto alla prima rilevazione (T0), statisticamente significativa.

Observational Group (N = 479)				
	N	%	M	SD
Sex				
Male	240	50.1		
Female	239	49.9		
Age (Years)			70.6	18.4
Wounds				
Pressure	239	50.0		
Vascular	139	29.0		
Dehiscence	101	21.0		

Tabella 1 - Characteristics of the study population (N = 479)

Note: M = mean; SD = standard deviation.

Observational Group T0-Tf			
	N (%)	X ²	p
Guarigione	346 (75.2)	126.28	<.005

Tabella 2. Patients' clinical outcomes (N = 476)

Scala	Tipo lesione	n.	T0*	Tf*	t	p
NRS	LDP	239	7.81	5.34	29.15	<.005
	Venose	139	6.87	4.22	10.83	<.005
	Deiscenze	101	5.88	3.63	13.00	<.005
EQ5D-3L VAS	LDP	239	45.41	62.37	30.94	<.005
	Venose	139	51.78	72.68	21.75	<.005
	Deiscenze	101	55.57	68.95	15.81	<.005

Tabella 3 - Valori medi ai follow-up delle scale NRS ed EQ5D-3L

*Mean NRS ed EQ5D-3LVas

Il miglioramento dei valori medi è avvenuto per tutte le lesioni croniche ed acute, indipendentemente dalla loro eziologia (tabella 1).

Conclusioni

I risultati mostrano che, adottare un modello standardizzato a governance del CN-

Swc, che utilizzi strumenti integrati quale il Teleconsulto, consente di migliorare la governance e conseguentemente, gli esiti degli utenti affetti da lesioni croniche. La gestione proattiva della rete infermieristica del wound care, riesce a dare risposte immediate all'utente, garantisce la sua permanenza a domicilio evitando i ricoveri ospedalieri e accessi nei Pronto Soccorso, migliora l'aderenza al piano di cura, favorisce la prossimità della sanità al cittadino e, attraverso l'alfabetizzazione sanitaria della famiglia, promuove interventi salutari e previene l'insorgenza di complicanze.

Studi futuri potrebbero avvalorare ulteriormente i risultati osservati gli esiti assistenziali: dolore, guarigione e qualità di vita. Il perfezionamento e l'implementazione del modello clinico assistenziale proposto potrà determinare benefici per i pazienti affetti da lesioni croniche, limitare i costi sanitari e migliorare la sicurezza e la qualità delle cure offerte ai malati.

Bibliografia

1. Bredesen I.M., Bjørø K., Gunningberg L. & Hofoss D., 2015. *The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: a cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 149–56
2. Gedamu H., Hailu M., Amano A., Gedamu H., Hailu M. & Amano A. 2014. *Prevalence and Associated Factors of Pressure Ulcer among Hospitalized Patients at Felegehiwot Referral Hospital, Bahir Dar, Ethiopia. Advances in Nursing*, 1–8
3. Bredesen I.M., Bjørø K., Gunningberg L. & Hofoss D., 2015. *The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: a cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 149–56
4. Berlowitz D. (2014). *Incidence and Prevalence of Pressure Ulcer s. Springer*, 19–26
5. Briggs M., Collinson M., Wilson L., Rivers C., McGinnis E., Dealey C., Nixon J. 2013. *The prevalence of pain at pressure areas and pressure ulcers in hospitalised patients. BMC Nursing*, 12, 19.
6. EPUAP, & NPUAP. *Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2015, 1–47. Data di accesso 22 gennaio 2015, da http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf*
7. Zhao R., Liang H., Clarke E., Jackson C. & Xue M. *Inflammation in chronic wounds. International Journal of Molecular Sciences*, 17 2016 (12), 1–14
8. Nunan R., Harding K.G., Martin P. *Clinical challenges of chronic wounds: Searching for an optimal animal model to recapitulate their complexity. Dis. Model. Mech.* 2014, 7, 1205–1213
9. Igarashi A., Yamamoto-Mitani N., Gushiken Y., Takai Y., Tanaka M. & Okamoto Y. (2013). *Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long-term-care hospitals. Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(1), 220–6
10. Jenkins M. Lou & O'Neal E. (2010). *Pressure ulcer prevalence and incidence in acute care. Advances in Skin & Wound Care*, 23(12), 556–9
11. Bernabei R., Manes-Gravina E. & Mammarella F. (2011). *Epidemiologia delle piaghe da decubito. Giornale Di Gerontologia*, 59(4), 237–243

12. Rasero L., Simonetti M., Falciani F., Fabbri C., Collini F., & Dal Molin A. (2015). Pressure Ulcers in Older Adults: A Prevalence Study. *Advances in Skin & Wound Care*, 28(10), 461–4
13. Järbrink K., Ni G., Sönnnergren H., Schmidtchen A., Pang C., Bajpai R., Car J. Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2016 Sep 8; 5(1):152
14. Martinengo L., Olsson M., Bajpai R., Soljak M., Upton Z., Schmidtchen A., Car J., Järbrink K. Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Ann Epidemiol*. 2019 Jan; 29:8-15
15. Gorecki C., Brown J.M., Nelson E.A., Briggs M., Schoonhoven L., Dealey C., 2009. European Quality of Life Pressure Ulcer Project, G. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 1175–1183
16. Gunes U.Y. A descriptive study of pressure ulcer pain. *Ostomy Wound Manage* 2008; 54:56–61.
17. Chan B., Ieraci, L., Mitsakakis, N., Pham, B., & Krahn, M. 2013. Net costs of hospital-acquired and pre-admission PUs among older people hospitalised in Ontario. *Journal of Wound Care*, 22(7), 341–2, 344–6
18. Bennett G., Dealey C., & Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing*, 33 2004 (3), 230–235
19. Harries R.L., Bosanquet D.C., Harding KG. Wound bed preparation: TIME for an update. *Int Wound J*. 2016 Sep; 13 Suppl 3:8-14
20. Bellingeri A., Falciani F., Trapedini P., Moscatelli A., Russo A., Tino G., Chiari P., Peghetti A. Effect of a wound cleansing solution on wound bed preparation and inflammation in chronic wounds: a single-blind RCT. *J Wound Care*. 2016 Mar; 25(3):160, 162-6, 168
21. Marinović M., Fumić N., Laginja S., Smokrović E., Bakota B., Bekić M., Čoklo M. [Basic Principles of Surgical Treatment of Chronic Wounds – Sharp Debridement]. *Acta Med Croatica*. 2016;70 Suppl 1:65-8
22. Leaper D. Appropriate use of silver dressings in wounds: international consensus document. *Int Wound J*. 2012 Oct; 9(5):461-4
23. Chuangsuwanich A., Chortrakarnkij P., Kangwanpoom J. Cost-effectiveness analysis in comparing alginate silver dressing with silver zinc sulfadiazine cream in the treatment of pressure ulcers. *Arch Plast Surg*. 2013 Sep; 40(5):589-96
24. Dumville J.C., Keogh S.J., Liu Z., Stubbs N., Walker R.M., Fortnam M. Alginate dressings for treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 21; (5)
25. Westby M.J., Dumville J.C., Soares M.O., Stubbs N., Norman G. Dressings and topical agents for treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 22; 6:CD011947
26. Dumville J.C., Webster J., Evans D., Land L. Negative pressure wound therapy for treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD011334
27. Little M.O. Nutrition and skin ulcers. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2013 Jan; 16(1):39-49
28. Gillespie B.M., Chaboyer W.P., McInnes E., Kent B., Whitty J.A., Thalib L. Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Apr 3; (4):CD009958
29. Stotts N. Wound infection: diagnosis and management. In: Bryant R, Nix D, eds. *Acute and Chronic Wounds: Current Management Concepts*. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2012:270-278
30. Bianchi T., Wolcott R.D., Peghetti A., Leaper D., Cutting K., Polignano R., Rosa Rita Z., Moscatelli A., Greco A., Romanelli M., Pancani S., Bellingeri A., Ruggeri V., Postacchini L., Tedesco S., Manfredi L., Camerlingo M., Rowan S., Gabrielli A., Pomponio G. Recommendations for the

- management of biofilm: a consensus document. *J Wound Care*. 2016 Jun; 25(6):305-17
31. Carnali M., D'Elia M.D., Failla G., Ligresti C., Petrella F., Paggi B. (Panel TIMECare™) TIMECare: un nuovo approccio dinamico e interattivo per affrontare le sfide del wound care. *Acta Vulnologica*, Vol. 8, N. 4, 2010
 32. Gupta S., Andersen C., Black J., de Leon J., Fife C., Lantis J.C., Niezgoda J., Snyder R., Sumpio B., Tettelbach W., Treadwell T., Weir D., Silverman R.P. Management of Chronic Wounds: Diagnosis, Preparation, Treatment, and Follow-up. *Wounds*. 2017 Sep; 29(9): S19-S36
 33. Milne C.T., Trigilia D., Houle T.L., DeLong S. & Rosenblum D. (2009). Reducing pressure ulcer prevalence rates in the long-term acute care setting. *Ostomy/wound Management*, 55(4), 50–9.
 34. Braden B.J. & Bergstrom N. Clinical utility of the Braden scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Decubitus* 1989, 2(3), 44–6, 50–1
 35. Sardo P., Simões C., Alvarelhão J., Costa C., Simões C.J., Figueira J., Simões J.L., Amado F., Amaro A., Melo E. Pressure ulcer risk assessment: retrospective analysis of Braden Scale scores in Portuguese hospitalised adult patients. *J Clin Nurs*. 2015 Nov; 24(21-22):3165-76
 36. Vellas B., Villars H., Abellan G. et al. 2006. Overview of the MNA - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*; 10: 456-465
 37. Lindley L.E., Stojadinovic O., Pastar I., Tomic-Canic M. Biology and biomarkers for wound healing. *Plast Reconstr Surg* 2016; 138 (Suppl. 3): 18S-28S
 38. Berlowitz D.R., Ratliff C., Cuddigan J., Rodeheaver G.T. & National Pressure Ulcer Advisory Panel (2005). The PUSH tool: a survey to determine its perceived usefulness. *Advances in Skin & Wound Care*, 18(9), 480–3
 39. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014
 40. Lee E. Longitudinal Outcomes of Home Care in Korea to Manage Pressure Ulcers. *Res Nurs Health*. 2017 Jun; 40(3):255-262
 41. Zeigler M., Smiley J., Ehrlich-Jones L., Moore J.L. Use of the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) in Inpatient Rehabilitation: A Case Example. *Rehabil Nurs*. 2016 Jul; 41(4):207-10
 42. Fiorini J., Venturini G., Scotti G., Cresta R., Latina R., Sili A. [Wound Care Management: impact on outcomes of nursing care]. *Prof Inferm*. 2016 Oct-Dec; 69(4):214-224
 43. Donald F. et al., 2013 A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in longterm care. *Journal of Advanced Nursing* 69(10), 2148–2161
 44. Gardner S.E., Frantz R.A., Bergquist S. & Shin C.D. (2005). A prospective study of the pressure ulcer scale for healing (PUSH). *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(1), 93–97
 45. Hon J., Lagden K., McLaren A.M., O'Sullivan D., Orr L., Houghton P.E., Woodbury M.G. A prospective, multicenter study to validate use of the PUSH in patients with diabetic, venous, and pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage*. 2010 Feb 1; 56(2):26-36
 46. Chamanga E. & Ward R. (2015). Documentation and record-keeping in pressure ulcer management. *Nursing Standard*, 29(36), 56–63
 47. Butler M., Collins R., Drennan J., Halligan P., O'Mathúna D.P., Schultz T.J., ... Vilis E. (2011). Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD007019

L'infermiere di famiglia e comunità

L'esperienza della ASL Roma 5

- L. Carboni, *Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie*
A. Malatesta, *Funzione Organizzativa Infermieristica di Comunità*
C. De Marino, *Infermiere Senior Expertise (IFeC)*
A. Tozzi, *Infermiere IFeC*
S. Casciotti, *Infermiere IFeC*
G. Cerone, *Dirigente Medico Staff della Direzione Sanitaria Aziendale*
V. Bruno, *Direttore Sanitario Aziendale*

Introduzione

L'impellenza di creare le condizioni necessarie per il potenziamento della medicina d'iniziativa ricompresa nella "Missione 6" del PNRR ha favorito l'implementazione del servizio IFeC all'interno delle COT Distrettuali, quale modello assistenziale di gestione delle malattie croniche, fondato su un'assistenza proattiva alla persona, dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa. Secondo l'OMS il "nuovo infermiere" è colui che aiuta gli individui ad adattarsi a malattia e disabilità cronica. Altro obiettivo del progetto è quello di mantenere e migliorare nel tempo, l'equilibrio e lo stato di salute della famiglia, nella comunità, aiutandola a evitare o gestire le minacce alla salute. Oggetto dell'assistenza dell'Infermiere di famiglia e di comunità è l'intera comunità, di cui la famiglia rappresenta l'unità di base. L'infermiere di famiglia valuta lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita, promuovendo la partecipazione ad iniziative di prevenzione e promozione della salute e attuando interventi informativi ed educativi. Facilita l'attivazione dei percorsi socio-sanitari interfacciandosi con i professionisti della rete. Promuove l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi. Sostiene i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra Ospedale e Territorio. Pianifica ed eroga interventi assistenziali personalizzati alla persona

e alla famiglia, nelle more dell'individuazione del setting assistenziale appropriato (es. CAD, RSA). In condivisione con il MMG si attiva nel follow-up per garantire la tele-assistenza e telemedicina.

Obiettivo

Valutazione appropriata del bisogno di salute della persona, della famiglia e della comunità, nella presa in carico anticipata dei pazienti cronici fragili. Supporto alle famiglie nei contesti domestici. Miglioramento della qualità di vita attraverso il mantenimento della persona fragile nel suo domicilio o comunque riducendo il rischio di istituzionalizzazione. Garantire omogeneità di offerta dell'assistenza infermieristica a tutti i cittadini del territorio lavorando in sinergia con i medici di medicina generale o pediatri di libera scelta (MMG/PLS), riuniti in Unità di Cure Primarie (UCP).

Materiali e metodi

Il progetto si avvale di un team di 17 infermieri territoriali dislocati nei 6 Distretti Aziendali in 6 micro-équipe, affiancate da 4 OSS e 1 ostetrica. Le équipe sono a stretto contatto con la rete dei servizi territoriali (CAD, ambulatori, consultori). Il flusso dei dati è informatizzato. Telemedicina e teleassistenza.

Risultati: miglioramento dell'empowerment dell'assistito e del nucleo familiare. Continuità dei percorsi e interrelazione funzionale dei servizi coinvolti. Riduzione dell'accesso improprio ai servizi di emergenza. Facilitazione delle dimissioni protette e dell'accessibilità alla protesica e alle visite specialistiche. Integrazione assistenziale tra Ospedale E Territorio. Ottimizzazione della compliance gestionale dei casi tra MMG-PLS e Infermieri di Famiglia e Comunità.

La figura dell'infermiere di famiglia è stata prevista dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2000¹ e successivamente in Italia con il Decreto "Rilancio" (DL 34/2020)² che introdusse un nuovo tipo di infermiere, l'infermiere di famiglia l'esigenza di potenziare la sanità territoriale ricompresa nella "Missione 6" del PNRR³ ha favorito l'implementazione del servizio IFeC (infermiere di famiglia e comunità) all'interno dell'azienda ASL Roma 5, quale modello assistenziale di riferimento adottando una tipologia di medicina che può essere identificata come medicina d'iniziativa. Per medicina d'iniziativa si intende un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non aspetta il cittadino in ospedale (sanità di attesa),

1 *The family health nurse - Context, conceptual framework and curriculum*

2 *art. 1, comma 5, del decreto-legge 19 maggio 2020, n.34 convertito nella Legge 17 luglio 2020, n. 77*

3 *D.L. 30 aprile 2022, n. 36*

ma “agisce” prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e personalizzati, offrendo servizi anche in termini di prevenzione ed educazione. Basandosi su questi cardini, l’infermiere di famiglia è il professionista che garantisce il proprio servizio sin dalle fasi di prevenzione ed educazione⁴ alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa. La definizione che ci offre l’OMS per l’infermiere di famiglia “è colui che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia”⁵ aiuta a delineare il campo d’azione. L’infermiere di famiglia valuta lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita, promuovendo la partecipazione ad iniziative di prevenzione e promozione della salute e attuando interventi informativi ed educativi. Svolge il ruolo di facilitatore di percorsi per i servizi socio-sanitari interfacciandosi con i professionisti della rete territoriale. Promuove l’aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi. Pianifica ed eroga interventi assistenziali personalizzati alla persona e alla famiglia, nelle more dell’individuazione del setting assistenziale appropriato (es. CAD, RSA). Garantisce inoltre un’assidua condivisione e collaborazione con i MMG/PLS nella programmazione dei percorsi assistenziali offrendo continuità di cure e servizi territoriali.

Obiettivi

Valutazione appropriata del bisogno di salute della persona, della famiglia e della comunità, nella presa in carico anticipata e protratta nel tempo dei pazienti cronici fragili. Supporto alle famiglie nei contesti domestici e nell’individuazione dei servizi territoriali offerti. Miglioramento della qualità di vita attraverso il mantenimento della persona fragile nel suo domicilio o comunque riducendo il rischio di istituzionalizzazione. Garantire omogeneità di offerta dell’assistenza infermieristica a tutti i cittadini del territorio lavorando in sinergia con i medici di medicina generale o pediatri di libera scelta (MMG/PLS), riuniti in Unità di Cure Primarie (UCP).

Materiali, metodi e risorse

Il team di lavoro per il progetto IFeC è stato formato utilizzando un’équipe già in forza all’azienda e da personale neoassunto tramite la delibera n.219 del 22/12/2022 per la realizzazione dei progetti approvati per il Piano Nazionale Ripresa e Resi-

4 www.saluteinternazionale.info/2013/07/per-una-medicina-di-iniziativa-essenziale-appropriata-e-non-discriminante/

5 OMS, *Organizzazione Mondiale Sanità. Modelli e riferimenti; 2000*

lienza. Per mezzo della sopracitata delibera sono stati assunti 8 infermieri ed 1 ostetrica (rientrante nel progetto dell'ostetrica di famiglia e comunità) delineando così un'équipe di 17 infermieri ed 1 ostetrica. Le risorse umane sono state dislocate inizialmente nel distretto di Tivoli per effettuare corsi di formazione preparatori all'attività di riferimento. Il distretto di Tivoli è stato individuato come loco di partenza per la fase 1 del progetto sperimentale. Grazie ai percorsi interni direzionati dalla COT-0 (dimissioni ospedaliere) e tramite incontri divulgatori con i MMG, con l'ausilio di mezzi esplicativi cartacei è iniziata la parte operativa del progetto, prendendo in carico i primi pazienti. La richiesta elevata dei nostri servizi ha reso necessario l'espansione del progetto nel distretto dell'ASL Roma 5 come da pianificazione progettuale. Il team è stato così suddiviso in 4 micro-équipe dislocate nei vari distretti (Tivoli, Guidonia, Palestrina, Subiaco) rendendo così possibile offrire il servizio in molteplici aree rafforzando la presenza di infermieri a livello territoriale. In ogni distretto sanitario sono stati individuati collocazioni fisiche adibite a uffici con postazioni informatiche. È stato strutturato un network tra gli uffici in cui le modalità operative, le informazioni e la raccolta dati sono condivisibili. La cartella server è lo strumento operativo che permette la condivisione dei dati che sono strutturati attraverso:

- cartella infermieristica;
- modulistica;
- scadenziario.

Lo scadenziario è uno strumento elaborato dal team IFeC finalizzato a raccogliere e organizzare le informazioni di carattere logistico-sanitario per ogni paziente. Permette di avere un quadro aggiornato e dettagliato dello stato di salute del paziente, elencando bisogni, prestazioni richieste e prestazioni effettuate.

Raccolta dati

A tre mesi dall'implementazione del servizio IFeC nell'ASL Roma 5 (dal 10 febbraio al 18 maggio 2023), di seguito riportiamo una descrizione quantitativa dei flussi, basata sulla raccolta dati inerente al fenomeno in descrizione utile a fotografare lo stato attuale del progetto.

Gli assistiti presi in carico dal servizio IFeC sono 92, di cui 55 donne e 37 uomini. La distribuzione secondo i Distretti Sanitari di afferenza restituisce: 48 assistiti dal Distretto Sanitario di Tivoli, 31 dal Distretto Sanitario di Guidonia, 8 dal Distretto Sanitario di Subiaco, 4 dal Distretto Sanitario di Palestrina e 1 assistito dal Distretto Sanitario di Monterotondo.

L'attivazione del servizio subordinata alla valutazione medica ospedaliera o territoriale ha restituito finora la partecipazione di 76 MMG⁶ i quali hanno inoltrato la scheda di attivazione del servizio IFeC alla COT-0; circa l'8% delle richieste hanno origine direttamente dai servizi ospedalieri del P.O. di Tivoli, il 3% delle attivazioni provengono dai consultori distrettuali. Della totalità degli assistiti il 38% sono già in carico al servizio CAD⁷ nel momento della presa in carico o tramite segnalazione del team IFeC, viene attivata dal medico di medicina generale. Il progetto dell'infermiere di famiglia e comunità non prevede vincoli di età, la popolazione finora accolta è contenuta nel grafico dove vengono rappresentate cinque classi di età. Altra variabile da considerare è quella relativa al sesso, il 60% dei reclutati sono donne e il restante 40% uomini.

Alcuni dei criteri di elezione del paziente IFeC è sicuramente lo stato di cronicità. Nel grafico a torta sono riportate le quattro macro aeree scelte diabete, scompenso cardiaco, ipertensione e bpc co corrispondenti alle patologie croniche prevalenti nella popolazione secondo gli ultimi dati ISS⁸.

Il concetto di "Olistico" ha permesso di introdurre nuovi aspetti di interpretazione in vari settori delle scienze umane negli ultimi decenni, anche l'infermieristica come scienza ha integrato la propria prospettiva considerando l'individuo nella sua totalità come un sistema aperto in continuo interscambio con l'esterno. Il modello di Gordon M.⁹ ha carattere olistico e si applica alla persona assistita al gruppo a alla collettività a prescindere del contesto in cui viene richiesta l'assistenza infermieristica. In base a questa piccola premessa nel progetto IFeC è stato naturale utilizzare i modelli appena citati per individuare i punti di forza dell'assistito e i punti di debolezza ovvero quelli disfunzionali grazie alle diagnosi infermieristiche.

Di seguito vengono riportate alcune delle diagnosi infermieristiche raccolte e formulate in questa prima fase, nella maniera più specifica, dall'infermiere valutatore del caso, viene chiesto di individuare le due diagnosi infermieristiche ritenute principali ai fini della migliore assistenza erogabile per ogni assistito.

Il "modello di attività ed esercizio fisico" è la diagnosi infermieristica più indicata nelle valutazioni dei colleghi infermieri e le diagnosi maggiormente segnalate sono: "la mobilità compromessa" presente 28 volte, seguita da "deambulazione compromessa" con 20 segnalazioni e "il deficit della cura di sé" con 17 check. Nella

6 *Medici di medicina generale*

7 *Centro di assistenza domiciliare*

8 *www.epicentro.iss.it/malattiecroniche*

9 *Marjory Gordon è una teorica del Nursing Moderno. Con lei nasce il "modello Gordon".*

REPORT "Progetto 2"					
Attività IFeC dal 10/02/2023 al 18/05/2023					
N° MMG contattati	N° MMG in adesione	Totale N° richieste presa in carico dalla COT-0	Totale N° assistiti presi in carico dimissioni difficili	Totale N° assistiti presi in carico richiesta MMG	Totale N° assistiti presi con CAD attivo o richiesto
90	76	92	7	85	39
N° accessi IFeC a domicilio	N° prestazioni IFeC a domicilio (Medicazioni/Prelevi)	N° attivazioni CAD	N° Follow-up: tele-assistenza	N° presentazioni presso studi medici MMG	N° briefing con MMG
281	215	6	89	30	110
N° consulenza neurologica	N° consulenza geriatrica	N° consulenza cardiologica	N° consulenza pneumologica	N° consulenza diabetologica	N° altro
4	18	22	6	2	10

diagnosi infermieristica "modello nutrizionale-metabolico", "il rischio di instabilità glicemica" rientra tra le segnalazioni più ricorrenti con 8 spunte. La diagnosi infermieristica "disturbato modello del sonno" con 9 comunicazioni rientra tra quelle ricorrenti. All'interno delle diagnosi infermieristiche principali "modello di percezione" e "gestione di salute": la diagnosi infermieristica "confusione mentale" è riferita 6 volte e quella "rischio cadute" viene formulata 4 volte. Nei grafici conclusivi vengo-
no raggruppate le diagnosi sopra descritte.

La tabella seguente illustra in maniera quantitativa le attività tecnico-relazioni-processuali svolte al momento attuale dal team IFeC. Sono dati da considerarsi in continua evoluzione e che quindi la tabella riepilogativa rappresenta una fotografia di un contesto dinamico.

I dati in tabella evidenziano l'utilità del servizio IFeC dal punto di vista prestazionale con dati quantitativi, si evidenziano infatti 215 prestazioni eseguite (prevalente-

mente medicazioni e prelievi ematici); inoltre sono stati assicurati 110 briefing telefonici e non, con i MMG e questo dato rafforza il ruolo dell'IFeC come facilitatore dei percorsi, nello specifico nell'intercettazione delle richieste, presa in carico e semplificazione del percorso attraverso l'esecuzione di visite specialistiche:

- 4 consulenze neurologiche;
- 18 consulenze geriatriche;
- 22 consulenze cardiologiche;
- 6 consulenze pneumologiche;
- 2 consulenze diabetologiche;
- 10 altre consulenze.

Conclusioni

Sebbene si tratti di un progetto sperimentale ancora alle prime fasi, il feedback pervenuto dai MMG/PLS misurato: dalla quantità di richieste pervenute nel breve periodo preso in esame, dal totale della popolazione e i relativi caregiver presi in carico, nonché dalle numerose richieste telefoniche, permette di effettuare una preliminare valutazione positiva del servizio IFeC. È altresì da considerare che sono molti i punti ancora da migliorare sia sotto l'aspetto organizzativo, sia a livello interdipartimentale sia a livello meramente più operativo. Le risorse impiegate pur se importanti dovranno essere incrementate per far fronte alla vastità del fenomeno preso in esame; inoltre il servizio IFeC attualmente operativo in 4 Distretti Sanitari dovrà essere implementato su tutti i 6 Distretti della Asl Roma 5.

Bibliografia

- *"The family health nurse - Context, conceptual framework and curriculum, OMS, 2000*
- *art. 1, comma 5, del decreto-legge 19 maggio 2020, n.34 convertito nella Legge 17 luglio 2020, n. 77*
- *D.L. 30 aprile 2022, n. 36 - Misure per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza in materia di pubblica amministrazione e università e ricerca*
- <https://www.saluteinternazionale.info/2013/07/per-una-medicina-di-iniziativa-essenziale-appropriata-e-non-discriminante>
- *Organizzazione mondiale della sanità, documento Health 21 dell'OMS Regione Europea del 1998;*
- https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/09/2022_4_Pesaresi_Infermiere-di-famiglia-e-comunita.pdf

Referente

- **Anna Malatesta:** anna.malatesta@aslroma5.it

I Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati nell'ottica del Budget di Salute in favore degli utenti in carico ai Servizi territoriali

G. Menghini, *Direttore Distretto H5 Velletri Lariano - Psicologo, ASL Roma 6*

L. Capitani, *P.O. Promozione e Verifica dei Percorsi Sociali DSMDP - Assistente Sociale, ASL Roma 6*

D. Di Pietro, *Direttore Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche - Neuropsichiatra Infantile, ASL Roma 6*

Riassunto

Dall'introduzione del PDTA autismo nel 2019 si sta operando per dare continuità terapeutico assistenziale a persone con disturbi dello spettro autistico e disabilità intellettiva nella fase di transizione e in età adulta attraverso i Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati (PTRP) nell'ottica del Budget di Salute (BdS). Questa metodologia d'intervento, atta ad implementare percorsi sempre più rispondenti alle esigenze degli utenti/cittadini seguiti dai Servizi territoriali del DSMDP (CSM, SERD e TSMREE) nonché dai Servizi Sociali degli Enti Locali, prevede un percorso di co-programmazione con gli Enti del Terzo Settore (ETS) per la co-progettazione dei PTRP rivolti ai propri utenti. Tale iniziativa, attuata di concerto con le Direzioni dei Distretti Sanitari, intende consolidare un modello di Co-Programmazione che possa essere applicato anche alle altre fasce di fragilità. La condivisione con gli Enti Locali e gli Uffici di Piano, rappresenta un elemento innovativo che può potenziare tale progettualità proprio nell'ottica della costruzione del BdS e facilitare l'applicazione alle altre fasce di fragilità di competenza dei Distretti sanitari.

Introduzione

Oggi si parla molto di *Budget di Salute*, come modello di gestione condivisa delle risorse disponibili per realizzare il progetto di vita delle persone con disabilità, non autosufficienti, vulnerabili, in linea con le indicazioni che emergono dalle normative nazionali e regionali.

Tutte sottolineano come il Budget di Salute sia uno strumento operativo, che deve essere padroneggiato sempre meglio da tutti gli operatori per realizzare progetti integrati che rispondano in modo sempre più efficace ed adeguato alle necessità e

ai bisogni assistenziali e terapeutici delle persone che presentano situazioni complesse, sia riconvertendo le risorse disponibili – per esempio quelle destinate alle rette di strutture residenziali – in aiuti e supporti più inclusivi; sia ricomponendo, quindi integrando, risorse di diversa provenienza; sia creando le condizioni per un nuovo sistema di welfare a carattere più spiccatamente territoriale e comunitario, capacitante dell'individuo e del suo contesto di vita.

Nel Lazio, la legge regionale n. 11 del 2016 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio” al comma 5 dell’art. 53 (presa in carico integrata della persona e budget di salute) recita testualmente che: *“La Regione, al fine di dare attuazione alle indicazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità sui “determinanti sociali della salute” e alle relative raccomandazioni del 2009 e in osservanza di quanto sancito dall’articolo 32 della Costituzione in merito al diritto alla salute, adotta una metodologia di integrazione sociosanitaria basata su progetti personalizzati sostenuti da Budget di Salute, costituiti dall’insieme di risorse economiche, professionali e umane necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale del soggetto assistito garantendo comunque le prestazioni socio-sanitarie essenziali”*.

Non è un servizio né un intervento che si aggiunge ad altri, ma una modalità di gestire e integrare risorse diverse - economiche, di competenze, di tempo disponibile – messe a disposizione dalle istituzioni, dalle famiglie, dalla comunità locale all’interno di un progetto partecipato al fine di corrispondere ad una logica collaborativa e abilitante per tutti i soggetti coinvolti.

In questo nuovo modello di governance gli Enti del Terzo Settore (ETS) sono chiamati a svolgere un ruolo determinante, collaborando da protagonisti alla costruzione e allo sviluppo di sistemi integrati, che favoriscano l’attivazione delle cittadine e dei cittadini, l’inclusione sociale e lavorativa, la permanenza nel proprio contesto di vita, abitativo e affettivo-relazionale, ed evitino l’istituzionalizzazione, attraverso la riconversione della spesa per la residenzialità.

Il ruolo degli ETS, alla luce del D.Lgs. 117/2017 “Codice del Terzo Settore” (CTS) e della successiva sentenza 131/2020 della Corte costituzionale, assume un valore imprescindibile. La Sentenza 131/2020 ha infatti sviluppato in modo esteso il tema della legittimità dell’art. 55 del CTS, che disciplina i rapporti tra enti pubblici e Terzo Settore, con un pronunciamento che sottolinea il legame diretto tra il citato art. 55 e l’art. 118, quarto comma, della Costituzione.

“È in espressa attuazione, in particolare, del principio di cui all’ultimo comma dell’art. 118 Cost., che l’art. 55 CTS realizza per la prima volta in termini generali una vera e propria procedimentalizzazione dell’azione sussidiaria”.

“Si è identificato così un ambito di organizzazione delle libertà sociali non riconducibile né allo Stato, né al mercato, ma a quelle forme di solidarietà che, in quanto espressive di una relazione di reciprocità, devono essere ricomprese tra i valori fondanti dell’ordinamento giuridico, riconosciuti, insieme ai diritti inviolabili dell’uomo, come base della convivenza sociale normativamente prefigurata dal Costituente”.

“Si instaura, in questi termini, tra i soggetti pubblici e gli ETS, in forza dell’art. 55, un canale di amministrazione condivisa, alternativo a quello del profitto e del mercato: la ‘co-programmazione’, la ‘co-progettazione’ e il ‘partenariato’ (che può condurre anche a forme di ‘accreditamento’) si configurano come fasi di un procedimento complesso espressione di un diverso rapporto tra il pubblico ed il privato sociale, non fondato semplicemente su un rapporto sinallagmatico. Il modello configurato dall’art. 55 CTS, infatti, non si basa sulla corresponsione di prezzi e corrispettivi dalla parte pubblica a quella privata, ma sulla convergenza di obiettivi e sull’aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico”.

In sostanza, la Corte costituzionale non si limita ad affermare la piena e indiscutibile legittimità dell’articolo 55, ma lo indica come norma che per prima rende operativo il principio di sussidiarietà previsto all’art. 118 della Costituzione riformata nel 2001. Il richiamo al principio di sussidiarietà è ulteriormente esplicitato nella sentenza, che ben inquadra, in coerenza con l’art. 118 della Costituzione, il ruolo attribuito al Terzo settore: *“si è quindi voluto superare l’idea per cui solo l’azione del sistema pubblico è intrinsecamente idonea allo svolgimento di attività di interesse generale e si è riconosciuto che tali attività ben possono, invece, essere perseguite anche da una ‘autonoma iniziativa dei cittadini’”,* conseguenza del *“riconoscimento della profonda socialità che connota la persona umana e della sua possibilità di realizzare una azione positiva e responsabile”.* Ne discende una concezione del Terzo settore *“come un insieme limitato di soggetti giuridici dotati di caratteri specifici, rivolti a perseguire il bene comune, a svolgere attività di interesse generale, senza perseguire finalità lucrative soggettive, sottoposti a un sistema pubblicistico di registrazione e a rigorosi controlli”;* tali enti, secondo la Corte, *“costituiscono sul territorio una rete capillare di vicinanza e solidarietà, sensibile in tempo reale alle esigenze che provengono dal tessuto sociale”.*

Il Budget di salute non si chiude quindi nel ristretto recinto delle istituzioni sanitarie e sociali, ma impegna queste e il Terzo Settore in un efficace lavoro di rete – condividendo linguaggi, metodologie e obiettivi comuni – che rappresenta oggi

la sfida più importante per percorsi clinico-assistenziali complessi. La necessità di rendere operativo ed efficace il sistema dei Servizi in ambito socio-sanitario ed educativo segna il superamento dell'erogazione di Servizi a valenza settoriale e di conseguenza ridefinisce le caratteristiche del lavoro di rete, ampliando gli spazi ed i luoghi per la progettazione integrata degli interventi.

Una buona governance del lavoro di rete si avvale anche di manutenzione programmata e continua della rete, della definizione dei ruoli, delle azioni, delle procedure e della gestione dei cambiamenti. Il lavoro di rete deve fondarsi sulla pianificazione di protocolli operativi che favoriscano gli scambi di informazione e definiscano i ruoli, i limiti e gli ambiti di competenza dei soggetti istituzionalmente e professionalmente coinvolti.

Parlare di qualità dell'integrazione vuol dire riconoscere lo spazio mentale del gruppo, dove si può progettare nella complessità e nella diversità, riconoscere le molteplici motivazioni e gli interessi di un gruppo, peraltro costituito da operatori provenienti da altri gruppi, con determinate competenze e missioni vicine, contigue, ma ben distinte: gruppi e servizi, con diversa storia, cultura, formazione, prassi operative consolidate o meno, costituiti da operatori di varie professionalità.

Costruire una rete è come costruire insieme un percorso condiviso, dove ognuno si riconosce nel proprio ruolo, dove ognuno sa chi fa cosa e dove tutto procede in modo fluido con una regia comune. Fondamentale alla costruzione del sistema è la formazione che viene rivolta non solo ai contenuti, cioè a quello che si vuole realizzare, ma soprattutto al processo attraverso cui viene raggiunto l'obiettivo. Ignorando il processo e le dinamiche alla fine anche il contenuto ne soffrirà, perché contenuto e processo sono in strettissima relazione.

Forse fra tutti i fattori necessari a costruire un sistema integrato, la condivisione è senz'altro il collante principale. Cominciare a gettare le basi di un percorso insieme, partendo dalla condivisione dei principi, permette la possibilità di lavorare favorendo che ciascuno possa proporre, mettendo a disposizione degli altri idee, possibili percorsi di lavoro comune, spazi mentali e tempo.

Il Budget di Salute nasce dal primo progetto pilota in Friuli-Venezia Giulia nel 1998 nell'ambito della salute mentale, come strumento in grado di contrastare l'istituzionalizzazione e sostenere le persone fragili, integra l'intervento terapeutico "sanitario", spesso insufficiente nelle malattie croniche e nella salute mentale, con l'intervento psicologico e sociale, e ha come obiettivo il reinserimento e l'attivazione delle reti sociali intorno al paziente. Esso è di fatto uno strumento amministrativo che non solo dà contenuto economico al PTRP, ma permette, attraverso il meccanismo del budget personalizzato, di sancire il passaggio da un *welfare assistenzia-*

lista ad un welfare di comunità.

Il Budget di Salute rappresenta uno strumento organizzativo-gestionale per la realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi individuali volti a soddisfare bisogni sociosanitari complessi. Promuove l'inclusione delle persone con disabilità, ricentrando l'intera rete dei servizi sociosanitari sul benessere sociale piuttosto che sulla malattia. Nel modello di comunità solidale, proposto da Righetti *"Il budget di salute e il welfare di comunità"* - 2014, i Servizi Pubblici non devono delegare la gestione di una parte delle proprie competenze al privato, ma piuttosto ricercare co-gestori per la costruzione/rimodulazione dei contesti ove intervenire sulle determinanti sociali.

"Il modello del Budget di Salute può rappresentare inoltre uno strumento per la riqualificazione della spesa sanitaria e sociale, perché permette la cogestione degli interventi sociosanitari integrati e non sostituisce ma integra, potenzia e rende efficace la presa in carico e la responsabilità degli utenti da parte delle Unità Operative competenti del Servizio Pubblico (ASL- Comune), portando vantaggi sul piano dell'efficienza gestionale, dell'efficacia nella pratica, dell'economicità". (Giancaterina F., Il budget di salute: gli elementi costitutivi, in *Disabilità complessa e servizi. Presupposti e modelli*, Gruppo Solidarietà, 2016, pagg. 26-32).

Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) ne è l'applicazione, rappresenta lo strumento di connessione tra competenze tecniche e bisogni delle singole persone e delle famiglie. Si tratta in sostanza di risorse multiple (individuali, comunitarie, istituzionali, sanitarie, sociali) definite all'interno di un "budget individuale" per programmare un progetto, in riferimento ai bisogni.

È ormai generalmente riconosciuto che, nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria, un intervento esclusivamente tecnico di tipo sanitario non è in grado di garantire prognosi positive ed addirittura può rivelarsi un fattore di cronicizzazione, come pure è ampiamente condiviso che gli interventi riabilitativi hanno necessità, per poter essere efficaci, di un contesto ambientale e relazionale che favorisca e sostenga il funzionamento sociale delle persone.

I Progetti Terapeutico Riabilitativo Personalizzati, strumento operativo del BdS, sono attualmente realizzati nella ASL Roma 6 dopo l'avvio della sperimentazione del Budget di Salute iniziata nel 2014 dal DSMDP in uno dei nostri Distretti in favore degli utenti in carico ai Servizi territoriali in condivisione con un gruppo di Cooperative Sociali iscritte in un Elenco Aziendale costituito con specifico Avviso Pubblico. Da quella sperimentazione è emersa la possibilità che anche negli altri cinque Distretti, pur non disponendo ancora di uno strumento di progettazione e di amministrazione comune per la gestione delle risorse, sanitarie, sociosanitarie e sociali, si potessero comunque impegnare risorse per i progetti terapeutico ri-

abilitativi personalizzati (PTRP) nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, con un progetto promosso inizialmente dalla ASL Roma 6 e allargato intanto alle cooperative sociali come partner in co-gestione.

Con i progetti personalizzati, resi utilizzabili da tutti i servizi, attraverso un avviso di manifestazione d'interesse rivolto agli Enti del Terzo Settore (non solo Cooperative Sociali) disponibili alla realizzazione di PTRP in co-gestione, sono state ampliate le opportunità di offerta nei percorsi di cura, con obiettivi che riguardavano gli ambiti della vita autonoma, della socialità e della formazione-lavoro. A questi tre ambiti, nell'ultimo avviso, si è aggiunto il quarto che riguarda apprendimento/espressività, che ha permesso di attuare interventi innovativi, flessibili, adattabili ai cambiamenti che si realizzano nel percorso di cura e che coinvolgono il sistema educante e affettivo. Ciò ha offerto l'opportunità di utilizzare i PTRP anche nell'ambito dei disturbi dello spettro autistico, permettendoci di declinare gli interventi in relazione all'età, alle risorse personali e al funzionamento, e in relazione all'ambiente e ai contesti di vita, aprendo la strada ad una successiva applicazione di tale metodologia alle altre fasce di fragilità di competenza dei Distretti sanitari.

Lavorare in co-gestione con gli Enti del Terzo Settore offre la possibilità di poter disporre di personale con specificità non ancora previste dal nostro sistema sanitario, più idoneo per un ruolo ponte da sanitario a sociosanitario, più innovativo, aperto ed esperto a raggiungere e realizzare gli obiettivi dell'inclusione sociale. Abbiamo potuto inserire nel PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) per i disturbi dello spettro autistico interventi previsti nelle linee guida, ma non realizzabili con il solo personale dei servizi. Ci riferiamo soprattutto agli interventi comportamentali ed educativi e al lavoro nei contesti di vita, ma anche a progetti innovativi per il miglioramento della qualità della vita dei ragazzi e delle loro famiglie. Nella formulazione dei PTRP rivolti a casi e bisogni diversi si è proceduto a realizzare progetti personalizzati basati su obiettivi declinati seguendo il modello biopsicosociale, sulla base della Classificazione Internazionale del Funzionamento dell'OMS (ICF - World Health Organization) che traduce i bisogni in opportunità di trattamento, guardando alla persona nel suo complesso biopsicosociale, mettendo al centro il suo funzionamento e non la condizione di malattia. L'ICF rappresenta il linguaggio comune, condiviso fra gli attori del PTRP, ed è essenziale a delineare un percorso in rete.

Lavorare in integrazione con altri servizi implica però un grosso impegno nella costruzione e nella manutenzione della rete. Devono essere chiari i ruoli e le competenze, senza sovrapposizione, deve essere definito un Case Manager, devono essere ben organizzati gli strumenti gestionali e amministrativi per le autorizzazioni

e le rendicontazioni. La famiglia diventa anch'essa partner del progetto, condivide modalità e obiettivi, partecipa ai momenti di verifica e monitoraggio, esprime il consenso, essenziale per qualsiasi atto.

Oggi anche nel Lazio disponiamo di altri strumenti normativi a sostegno dell'attuazione di un welfare di comunità. L'art. 55 della Riforma del Terzo Settore introduce la co-programmazione e la co-progettazione, come strumenti di programmazione territoriale che privilegiano il terzo settore. La Regione Lazio con DGR 326/2017 riporta le linee guida per la co-progettazione dei servizi sociali basate sulla creazione di sinergie e collaborazioni tra soggetto pubblico e privato, in applicazione del principio di sussidiarietà e nel rispetto dei principi di pari opportunità e trasparenza. La co-progettazione è una forma di regolazione del rapporto tra enti pubblici e no profit, diretta a coinvolgere soggetti del terzo settore per affrontare specifiche problematiche sociali attraverso una progettazione partecipata con l'obiettivo di realizzare interventi complessi che, attraverso il partenariato tra pubblica amministrazione e soggetti del terzo settore nell'ottica della sussidiarietà orizzontale.

La condivisione con gli Enti Locali e gli Uffici di Piano nei percorsi di co-programmazione e co-progettazione con gli ETS rappresenta un elemento innovativo che può potenziare tale progettualità proprio nell'ottica della costruzione del BdS e facilitare l'applicazione di tale metodologia alle altre fasce di fragilità di competenza dei Distretti sanitari.

Obiettivi

I disturbi dello spettro autistico (dall'inglese Autism Spectrum Disorders, ASD) sono un insieme eterogeneo di disturbi del neurosviluppo caratterizzati da deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in molteplici contesti e pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti, ripetitivi. Le persone che presentano questo disturbo hanno difficoltà a stabilire relazioni sociali normali, usano il linguaggio in modo anomalo o non parlano affatto, manifestano difficoltà di comunicazione e relazione con gli altri e presentano schemi comportamentali, interessi e/o attività limitati e spesso seguono routine rigide.

Sono considerati un insieme (spettro) di disturbi, poiché le manifestazioni variano ampiamente in termini di tipologia e gravità. Le caratteristiche della sintomatologia clinica possono essere estremamente eterogenee sia in termini di complessità che di severità e possono presentare un'espressione variabile nel tempo. Inoltre, le persone nello spettro autistico molto frequentemente presentano diverse co-morbilità neurologiche, psichiatriche e mediche di cui è fondamentale tenere conto per l'organizzazione degli interventi. In passato i disturbi dello spettro autistico erano

ulteriormente classificati in autismo classico, sindrome di Asperger, sindrome di Rett, disturbo disintegrativo dell'infanzia e disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato. Tuttavia la sovrapposizione era tale da rendere difficile fare distinzioni. I disturbi dello spettro autistico differiscono dal deficit intellettivo, sebbene molti bambini siano affetti da entrambi. Il sistema di classificazione enfatizza che, nell'ambito di un ampio spettro, un soggetto può manifestare diverse caratteristiche in maniera più o meno marcata. L'impatto che questi disturbi hanno sul percorso di vita costituisce un primo terreno comune fra Distretti e DSMDP per la costruzione del BdS, aprendo la strada all'applicazione di tale metodologia alle altre fasce di fragilità di competenza dei Distretti sanitari.

Attualmente, i dati internazionali indicano che la prevalenza del disturbo è stimata oscillare fra 1 su 54 e 1 su 160, con valori più alti se si prendono in considerazione le fasce di età inferiore. In Italia, si stima che 1 bambino su 77 (età 7-9 anni) presenti un disturbo dello spettro autistico con una prevalenza maggiore nei maschi: i maschi sono 4,4 volte in più rispetto alle femmine.

Nel territorio della ASL Roma 6 abbiamo rilevato nel 2020 una presenza del disturbo in 635 soggetti su una popolazione di circa 108.000 in età evolutiva (0-17 aa), riportando quindi una prevalenza di 1 su 170, superiore a quella rilevata nelle Regioni che dispongono di un Sistema Informativo dedicato (nel 2016 Piemonte 1 su 263, Emilia-Romagna 1 su 256), ma sicuramente più vicina ai dati internazionali e comunque suggestiva di una probabile sottostima del dato.

La diagnosi si basa sull'osservazione, segnalazioni di genitori e altre persone e test standardizzati specifici per lo screening dell'autismo.

La grave compromissione dello sviluppo e la sua specificità comportano la necessità di prevedere risposte articolate e modelli di intervento flessibili in grado di adattarsi a bisogni che si modificano nel corso del tempo tenendo conto della dimensione evolutiva. Nei soggetti con basso funzionamento, in cui è presente una comorbilità con un QI che non raggiunge 50 nei test standard, è molto probabile la necessità di assistenza più intensiva da adulti.

La complessità di tali disturbi ha rilevanti implicazioni di ordine sociosanitario ed importanti ricadute sul contesto familiare tali da richiedere un forte e concreto impegno, sia a livello delle istituzioni che dei servizi in raccordo con le associazioni dei familiari. L'intervento precoce rappresenta senza dubbio uno degli elementi più significativi a livello prognostico per incidere sulla traiettoria evolutiva del disturbo. Tuttavia, in tutte le fasi della presa in carico di tale disturbo in tutto il ciclo di vita è indispensabile il coinvolgimento attivo della famiglia nelle varie fasi: progettazione, attuazione e verifica.

L'intervento si caratterizza necessariamente come multidisciplinare e multimodale, in quanto il disturbo autistico coinvolge le varie aree di sviluppo che necessitano di supporto integrato. Particolare enfasi viene posta sugli interventi nei contesti di vita: la ricerca ha dimostrato che gli interventi nei contesti sociali dei bambini e in generale delle persone affette da questo disturbo hanno la massima efficacia nel potenziare la regolazione e le abilità sociali e comunicative, favorendo quindi l'inclusione scolastica e sociale. Diventa pertanto prioritario stabilire accordi e intese in ambito territoriale, con la scuola, con i Comuni e il privato sociale per programmare gli obiettivi e verificare l'efficacia dell'intervento in relazione alle problematiche emergenti nel ciclo di vita. L'obiettivo è quello di promuovere e favorire la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio e ambiente di vita, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili formali e informali e della funzione di capacitazione svolta dagli ETS, come alternativa o evoluzione della consueta assistenza residenziale o semiresidenziale in contesti separati. Il lavoro per contrastare e, se possibile, prevenire il processo di cronicizzazione, l'isolamento, l'istituzionalizzazione e lo stigma delle persone prese in carico dalla rete dei servizi sanitari territoriali con bisogni complessi sia sociali che sanitari, creando un legame tra il Sistema di Cura ed il Sistema di Comunità, finalizzato ad un utilizzo appropriato e integrato delle risorse di entrambi, rappresenta una sfida che vuole essere di modello per l'applicazione alle altre condizioni complesse di fragilità nella governance dei Distretti.

Materiali e metodi

Il modello del Budget di Salute, impegnato per la cogestione degli interventi socio-sanitari integrati, non sostituisce ma integra, potenzia e rende efficace la presa in carico e la responsabilità degli utenti da parte delle Unità Operative competenti del Servizio Pubblico (ASL- Comune).

L'applicazione di tale modello è indirizzata all'attuazione reale del principio della sussidiarietà orizzontale, attraverso la valorizzazione delle risorse formali ed informali, promuovendo ed incentivando il protagonismo delle forme associative territoriali, vero "capitale sociale" della comunità, e degli utenti stessi, che partecipano non più soltanto come consumatori ma diventando a loro volta produttori di beni e servizi.

Il Budget di Salute è stato applicato nel presente contributo come strumento organizzativo-gestionale per la realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi individuali volti a soddisfare bisogni sociosanitari complessi.

È stata promossa la presentazione di manifestazioni di disponibilità alla co-progettazione da parte dei soggetti del Terzo Settore, corredate da requisiti tecnici professionali e di affidabilità del soggetto proponente (**esperienza**) e elaborati progettuali

(competenza) riferiti a analisi dei problemi territoriali, obiettivi, metodi e modalità di intervento, proposta organizzativa e gestionale, analisi dei costi, impatto sul territorio. Si è quindi dato avvio alla procedura ad evidenza pubblica, con presentazione delle proposte progettuali da parte dei partecipanti, ammissione delle proposte e avvio della fase di co-progettazione, che è stata articolata in momenti diversi.

Acquisita la condivisione del contesto e della metodologia, si è proceduto con la fase creativa e generativa nei Tavoli di co-progettazione, attraverso negoziazioni e mediazioni, armonizzazione delle proposte progettuali, condivisione delle proposte operative d'intervento, modalità gestionali, ruoli, cronoprogramma, piano economico per uso risorse disponibili, modalità monitoraggio, rendicontazione: tutti aspetti che formeranno oggetto di atti amministrativi di formalizzazione degli accordi.

Attraverso tale metodologia sono stati predisposti nell'ambito della co-progettazione diversi set di risorse multiple (individuali, comunitarie, istituzionali, sanitarie, sociali) definiti all'interno di un "budget individuale" per la definizione di pacchetti personalizzati di prestazioni multiple che vengono programmate caso per caso non a prestazione ma a progetto, in riferimento ai bisogni, con un'offerta assistenziale tipicamente caratterizzata da un'elevata flessibilità, dalla strutturazione sui bisogni, e soprattutto dal non essere legata a un tipo particolare di servizio o ad uno specifico erogatore.

Per favorire ulteriormente la condivisione dei percorsi in un'ottica di integrazione si è quindi giunti a proporre la partecipazione di un referente degli Uffici di Piano dei Distretti Sociosanitari della ASL Roma 6 alle sedute dei Tavoli di Co-Programmazione finalizzati alla rilevazione dei bisogni per l'implementazione dei PTRP nei seguenti ambiti: casa/habitat sociale; formazione/lavoro; interventi socio-educativi per minori; affettività/socialità.

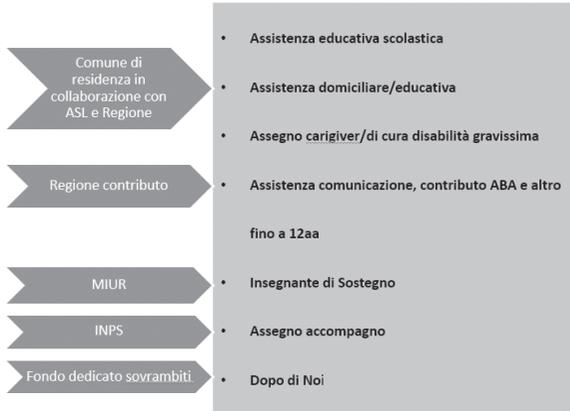
Tale iniziativa, attuata di concerto con le Direzioni dei Distretti Sanitari, intende consolidare un modello di Co-Programmazione che possa essere applicato anche alle altre fasce di fragilità.

Risultati

La realtà in cui si è calato il nostro intervento è caratterizzata dalla presenza di diverse risorse territoriali consistenti in diverse forme di assistenza diretta, tramite operatori specializzati, ed indiretta, nella forma di contributi economici alla famiglia a diversa destinazione, come illustrato nella pagina seguente.

Tenendo conto delle risorse a disposizione di ogni singolo caso e in relazione alle proposte emerse dalla co-progettazione con gli ETS, sono stati elaborati "pacchetti" di interventi di cui di seguito si riportano quelli relativi ai PTRP nel PDTA in

Risorse territoriali per disturbi dello spettro autistico:



adolescenza.

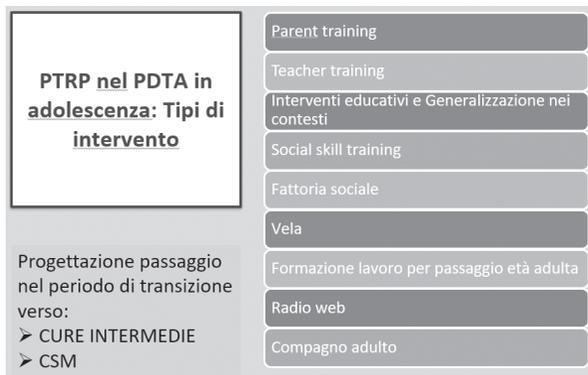
Si segnala come particolare attenzione sia stata posta alla necessità, emersa con evidenza nel corso degli interventi, di progettare percorsi diversi nel periodo di transizione verso l'età adulta, in relazione al livello di compromissione cognitiva e alle relative e specifiche necessità assistenziali. Nel 2021 sono stati attivati nel DSMDP in collaborazione con gli ETS, n. 451 PTRP con un impegno di

spesa di circa 2,8 milioni di euro di cui, a causa dei limiti imposti della pandemia, sono stati effettivamente erogate attività per circa 2,1 milioni di euro. Di questi, 144 PTRP sono stati indirizzati al disturbo dello spettro autistico con spesa effettiva di circa 450.000 euro.

Conclusioni

Il Budget di Salute appare la risposta più appropriata e coerente con i principi dell'integrazione sociosanitaria, ponendo al centro dell'intervento la capacità di un territorio di fornire risposte che integrino i bisogni di cura con quelli formativi/lavorativi, abitativi, di habitat e di comunità, di socialità/affettività sperimentando percorsi integrati e personalizzati di inclusione sociale.

L'esperienza da noi illustrata, lungi dall'essere immune da errori e problematiche, ha comunque permesso di enucleare alcune criticità degne di nota, relative ad aspetti organizzativi, con la tendenza ad assimilarsi alle



strutture piuttosto che ai percorsi e con livelli organizzativi dei servizi ancora poco aggiornati rispetto alle nuove esigenze.

La mancanza di strumenti informatici ha rappresentato un'ulteriore criticità.

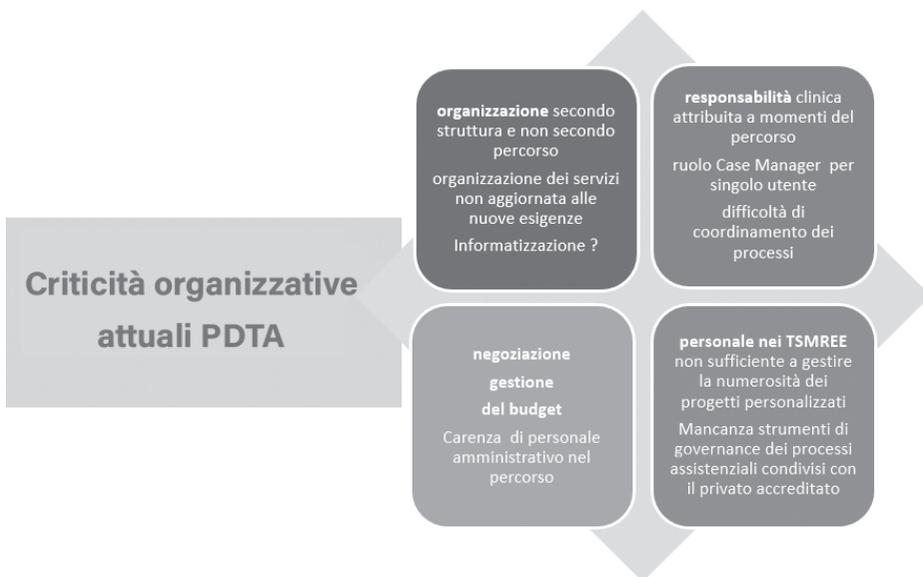
Si è rivelato necessario approfondire il tema della responsabilità clinica nei vari momenti del percorso e di come questa si rapporti con il ruolo del case manager, generando difficoltà nel coordinare i processi.

L'aspetto cruciale della negoziazione e della gestione del budget ha messo in luce la necessità di un maggiore supporto amministrativo, che si scontra con la cronica carenza di personale.

Anche i servizi sanitari risentono della carenza di personale che impedisce di gestire la numerosità dei progetti personalizzati.

A questo si aggiunge il tema della governance dei processi assistenziali condivisi con il privato accreditato ex art. 26, sul quale è sempre più indispensabile un intervento che definisca in modo più appropriato funzioni e competenze.

Di seguito riportiamo una SWOT Analysis, condivisa con quanti hanno partecipato a vario titolo alle attività, che cerca di sintetizzare gli aspetti cruciali, positivi e negativi, nella certezza che solo la sperimentazione pratica di questi modelli operativi può aprire la strada ad un approccio innovativo come quello del Budget di salute, troppo spesso celebrato ma ancora troppo poco sperimentato nella realtà dei percorsi di cura.



Swot analisi		Qualità utili al conseguimento degli obiettivi	Qualità dannose al conseguimento degli obiettivi
	<p>Elementi interni <i>(riconosciuti come costitutivi dell'organizzazione da analizzare)</i></p> <p>Elementi esterni <i>(riconosciuti nel contesto dell'organizzazione da analizzare)</i></p>	<p>Punti di forza: <i>Professionisti esperti Formazione continua Professionale e manageriale</i></p> <p>Opportunità: PRTP – BdS Protocolli rete</p>	<p>Punti di debolezza <i>Scarsità personale Criticità nel ricambio generazionale Organizzazione che non supporta i processi innovativi</i></p> <p>Minacce: Spinte alla medicalizzazione Spinta ad enfatizzare modelli d'intervento parziali</p>

Bibliografia e sitografia

- A. Righetti, *Il Budget di salute e il welfare di comunità*, Laterza 2014
- F. Giancaterina, *Il budget di salute: gli elementi costitutivi*, in *Disabilità complessa e servizi. Presupposti e modelli*, Gruppo Solidarietà, 2016, pagg. 26-32
- F. Starace (a cura di), *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute*, Carocci Faber 2011
- S. Di Biasi, D. Di Pietro, *Bambini e adolescenti a "distanza"*, *Alpes Italia* 2021
- https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15_14732/budget-salute-esperienze-regionali-e-dottrina-interesse.html
- http://www.fpcgilpiemonte.it/wp-content/uploads/2018/01/slide_di_croce_budget_di_salute.pdf
- <https://www.sanitainformazione.it/politica/budget-di-salute-lesame-della-proposta-di-legge-entra-nel-vivo-nel-dossier-le-prime-sperimentazioni-regionali/>
- <https://www.welforum.it/il-budget-di-salute-negli-indirizzi-nazionali/>

Riferimenti normativi

- L.R. 11/2016 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio"
- L. 112/2016 "legge sul Dopo di Noi"
- DCR Lazio 1/2019 Piano Sociale Regionale "Prendersi cura"
- L. 77/2020 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19"
- DM 77/2022 "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" e la relativa DGR 643/2022 di recepimento della Regione Lazio

Referente

- Giacomo Menghini: giacomo.menghini@aslroma6.it

La gestione territoriale dei pazienti oncologici: il modello “Aprilia”

G.P. Spinelli, *Dirigente Medico - Responsabile UOS c/o UOC Oncologia Territoriale (U) ASL Latina*

B. Rossi, *Direttore Distretto 1 (Aprilia-Cisterna) ASL Latina*

Riassunto

La malattia oncologica rappresenta una sfida per la capacità del SSN di gestione della relativa presa in carico dovendo coniugare una patologia complessa sotto il profilo diagnostico-terapeutico con complessi e delicati rapporti relazionali tra operatori e assistiti. L'esperienza del Covid ha evidenziato i limiti di una gestione ospedaliera – sviluppatasi/organizzatasi per la gestione di patologie complesse in tempi brevi e con modalità residenziale – nella gestione di patologie croniche e la necessità di promuovere nuovi modelli gestionali che sappiano coniugare, riducendo i costi, la complessità delle cure con una umanizzazione delle stesse in un ambiente vicino ai luoghi di vita degli assistiti e con l'inclusione delle comunità locali. In questa ottica ed al fine di valutare la possibilità di una gestione “territoriale” del paziente oncologico sin dal 2008, precorrendo i tempi, è iniziata presso l'oggi Casa della Salute di Aprilia (LT) una attività di gestione ambulatoriale del paziente oncologico che attualmente assicura una completa gestione degli assistiti assicurando tutte le prestazioni specialistiche oncologiche necessarie e che (flussi SIAS anno 2022), per volumi di attività (10.490) e numero di assistiti trattati (1.769), nulla ha da invidiare ad una struttura ospedaliera.

LA STRUTTURA DELLA UOC

La UOC Oncologia Territoriale quale prevista dal vigente Atto Aziendale (anno 2021) della ASL Latina e oggi pienamente operante è una struttura oncologica dell'azienda ASL a direzione universitaria (Polo Pontino dell'Università “La Sapienza” di Roma) che ha la propria sede principale presso la Casa della Salute di Aprilia e sedi secondarie nei comuni di Terracina e Formia. La sede di Aprilia, oggetto del presente contributo, si inserisce all'interno della Casa della Salute di Aprilia che

opera in un immobile di circa 2.000 mq e che rappresenta l'unica sede sanitaria pubblica del Comune di Aprilia (circa 75.000) abitanti e costituisce la sede di riferimento del Distretto 1 della ASL Latina che ricomprende 4 comuni (Aprilia, Cisterna di Latina, Cori e Roccamassima) per complessivi 125.000 abitanti.

Presso tale struttura la UOC occupa un settore definito ed autonomo in cui sono presenti gli ambulatori medici, l'ambulatorio infermieristico ed i locali per la somministrazione delle terapie (chemioterapiche e non) mentre per le altre esigenze (sala di attesa, CUP, spogliatoi del personale, magazzini generali ecc) fa riferimento agli spazi comuni della Casa della Salute. I farmaci vengono forniti settimanalmente dalla farmacia dell'Ospedale di Latina, come per le altre strutture che operano nella Casa della Salute, mentre i farmaci chemioterapici vengono preparati giornalmente presso l'UFA presente presso la farmacia dello stesso Ospedale e forniti quotidianamente entro le ore 9.30 da apposito servizio navetta dedicato. Per le prestazioni diagnostiche la UOC fa riferimento, principalmente, agli ambulatori specialistici presenti nella Casa della Salute (ecografie internistiche ecocardiografiche, esami di laboratorio, consulenze cardiologiche, odontoiatriche, chirurgiche ecc.) mentre per la diagnostica di secondo livello (TC – RMN ecc.) e per prestazioni specialistiche complesse (es. biopsie polmonari) può contare su una fitta rete, formalizzata e non, di rapporti di collaborazione/integrazione sia con l'Ospedale di Latina sia con le sedi dell'Università "La Sapienza" (Policlinico Umberto I – ICOT di Latina) sia infine su strutture convenzionate presenti sul territorio. Il personale attualmente assegnato è costituito da un Primario (universitario) da due dirigenti medici della Asl (è prevista l'assegnazione di un ulteriore dirigente) e quattro infermieri.

L'ATTIVITÀ

Clinica

L'attività clinica della UOC Oncologia Territoriale si esplica con la presa in carico del paziente oncologico, esclusivamente per pazienti con neoplasie solide.

Vengono pertanto effettuate prime visite oncologiche, visite oncologiche di controllo e follow-up, trattamenti chemioterapici, immunoterapici e con farmaci biologici. Inoltre, nell'ottica della presa in carico totale del paziente vengono effettuate visite per terapia del dolore e terapie di supporto.

Sono pertanto attivi diversi PDTA (Neoplasie della mammella, Neoplasie del Polmone, Neoplasie del colon, neoplasie della prostata) nei quali la UOC territoriale è parte attiva ed integrante.

Vengono svolti settimanalmente, per lo più via web, incontri di discussione multidisciplinare (Disease Management Team – DMT) per diverse patologie oncologiche

trattate (tabella 1) con i diversi team coinvolti nella relativa gestione.

Nella Unità complessa vengono inoltre erogate prestazioni infermieristiche come controllo e manutenzione degli accessi venosi centrali e periferici (Port a Cath, PICC), somministrazione di farmaci endovena e medicazione di ferite chirurgiche. Tutta l'attività e la presa in carico del paziente oncologico si è quindi tradotta in un aumento delle prestazioni effettuate presso la struttura oncologica di Aprilia, determinando non solo una diminuzione del fenomeno di "migrazione sanitaria" verso altre strutture della Regione e di altre Regioni, ma avendo anche un effetto attrattivo per pazienti provenienti da altri Distretti della ASL, da altre ASL della Regione ed anche da altre Regioni (tabella 2).

Scientifica

Grazie al sempre crescente afflusso dei pazienti presso la struttura Territoriale, al supporto dell'Azienda ASL di Latina ed alla vocazione Universitaria, la UOC complessa è frequentemente coinvolta in diversi studi clinici osservazionali o randomizzati, attualmente in corso o conclusi (es: MILES3, MILES4 ecc.) per diverse neoplasie solide. Negli ultimi anni, inoltre, l'Unità è risultata vincitrice di bandi di Ateneo per progetti di ricerca scientifica ed attualmente, anche dopo l'istituzione della UOS di Sperimentazione/Processi Innovativi partecipa a diverse attività di bandi per ricerca scientifica nazionali ed internazionali, oltre ad essere stata selezionata dalla Azienda ASL di Latina come uno dei centri di sperimentazione per l'informatizzazione della cartella clinica.

È inoltre in corso l'attivazione di un laboratorio di ricerca con particolare attenzione allo stoccaggio di materiale biologico liquido, che permetterà alla UOC Territoriale

Patologie trattate – UOC Oncologia Territoriale di Aprilia					
Tumori cerebrali	Neoplasie distretto Testa-Collo	Neoplasie del mediastino	Neoplasie del polmone	Neoplasie del fegato e vie biliari	Neoplasie del Pancreas
Neoplasie gastriche	Neoplasie Intestinali	Neoplasie Mammarie	Neoplasie del retto	Sarcomi	Melanomi e tumori cutanei
Neoplasie del testicolo	Neoplasie della prostata	Neoplasie ovariche	Neoplasie ginecologiche	Neoplasie vescicali e vie urinarie	Neoplasie renali
Terapia del dolore	Terapie di supporto	Gestione Cateteri Venosi centrali	Prelievi ematici	Medicazioni Ferite chirurgiche	Simultaneous Care?

Tabella 1 - Patologie oncologiche trattate/prestazioni nella UOC Oncologia Territoriale di Aprilia

ed in particolare alla UOS Sperimentazione/PI di poter partecipare ad altri numerosi trial clinici randomizzati nazionali ed internazionali.

L'integrazione con il territorio

Uno dei caratteri peculiari della struttura è stata sin dall'inizio dell'attività la stretta collaborazione attivata con il territorio sia in ambito istituzionale che di Terzo Settore costituendo un esempio di quel Welfare di Comunità e di integrazione socio-sanitaria che sono auspicati sia dal D.M. 77 del 2012, in attuazione del PNRR, sia dalla Regione Lazio in attuazione del piano oncologico regionale e nazionale.

Al riguardo stretti sono i rapporti con il Punto Unico di Accesso del relativo distretto socio-sanitario LT/1 che è attualmente pienamente operante nel Distretto ed il cui il front office è presente nella stessa Casa della Salute di Aprilia ove opera la UOC. Per il tramite del relativo sportello di front office gli assistiti della UOC possono ricevere tutte le informazioni necessarie per accedere ai benefici/sostegni previsti

Count of CodFis	Column Labels				
Row Labels	2018	2019	2020	2021	2022
Fuori Regione	7	3	8	12	28
Fuori Regione	7	3	8	12	28
Provincia LT	1.066	920	979	993	1.467
1. Distretto di residenza APRILIA-CISTERNA	704	595	630	510	438
2. Distretto di residenza LATINA	259	225	249	414	961
3. Distretto di residenza MONTI LEPINI	44	37	43	34	41
4. Distretto di residenza FONDI-TERRACINA	39	36	31	26	23
5. Distretto di residenza FORMIA-GAETA	20	27	26	9	4
Regione Lazio	179	212	170	190	271
102 - Azienda Sanitaria Locale Roma B	5	5			
101 - Azienda Sanitaria Locale Roma A	8	3			
103 - Azienda Sanitaria Locale Roma C	13	5			
104 - Azienda Unità Sanitaria Locale Roma D	4				
105 - Azienda Unità Sanitaria Locale Roma E	2				
106 - Azienda Unità Sanitaria Locale Roma F	3	1			
107 - Azienda Unità Sanitaria Locale Roma G	6	2			
108 - Azienda Sanitaria Locale Roma H	132	96			
112 - Azienda Sanitaria Locale di Frosinone	5	2	4	7	7
110 - Azienda Unità Sanitaria Locale di Rieti	1	1	2	1	2
201 - Azienda Sanitaria Roma 1	4	4	3	8	29
109 - Azienda Sanitaria Locale di Viterbo				2	1
202 - Azienda Sanitaria Roma 2		7	13	19	36
203 - Azienda Sanitaria Roma 3			4	4	11
204 - Azienda Sanitaria Roma 4		2	2	5	4
205 - Azienda Sanitaria Roma 5		4	6	4	8
206 - Azienda Sanitaria Roma 6		80	136	140	173
Stato Estero					3
Stato Estero					3
Grand Total	1.252	1.135	1.157	1.195	1.769

Tabella 2 - Numero di pazienti trattati presso La UOC Oncologia Territoriale di Aprilia negli anni

sia delle vigenti norme nazionali (assegno e pensione di inabilità ex L.118/'71, indennità di accompagnamento ex L.18/80, assegno ordinario ex L.222/84 ecc.) sia i benefici al riguardo previsti dalla vigenti normative regionali (contributi economico annuale ex D.G.R. Lazio n. 586/'20 – contributo per l'acquisto parrucche ex DGR 761/'21) per le quali la UOC provvede altresì a rilasciare direttamente le relative certificazioni specialistiche ove previste.

Sempre tramite il front-office del PUA è possibile attivare la relativa Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) per la predisposizione/attivazione dei relativi piani di presa in carico in caso di bisogni complessi socio-sanitari che richiedano tale tipologia di servizio.

Non meno importante è la collaborazione con le strutture di Volontariato operanti sul territorio. In particolare, nell'ambito della politica di integrazione / collaborazione portata avanti dalla Direzione del Distretto con le Associazioni di Volontariato; rapporti formalizzati di collaborazioni sono operanti con l'ANDOS (Associazione Nazionale Donne Operate al Seno) che opera per attività di supporto presso la stessa sede della UOC, con la Fondazione "Heal" che assicura il trasporto degli assistiti che ne abbiano necessità presso le sedi di erogazioni di prestazioni prevista dal piano di cura della UOC (esempio esecuzione di TAC presso gli ospedali e le altre strutture convenzionate, l'Associazione "il senso della vita", che supporta la UOC e la UOS nelle varie iniziative rivolte ai pazienti con particolare attenzione agli aspetti della ricerca scientifica, nonché con il Tribunale dei Diritti del Malato per la difesa/promozione dei relativi diritti. Ulteriori accordi sono in corso di definizione, ad esempio, con la locale sede della CRI per la consegna a domicilio dei farmaci in una ottica di sviluppo della telemedicina. Rapporto del tutto particolare sin dall'inizio si è instaurato con i Medici di Medicina Generale del Distretto con i quali i Sanitari della UOC hanno un reciproco, diretto rapporto telefonico e per i quali hanno svolto numerosi incontri di formazione nell'ambito degli incontri informativi/formativi che mensilmente (ogni secondo mercoledì del mese) il Distretto organizza con i MMG per discutere e condividere momenti formativi/informativi e che vede regolarmente la partecipazione di circa 60 MMG rappresenti oltre l'80% dei MMG del Distretto; attività che non si è interrotta neppure durante la recente pandemia proseguendo, in tale periodo, via web. Per ultimo l'integrazione ed il supporto di una intera collettività favorisce l'acquisizione diretta, a servizio delle attività e dei progetti della UOC, di risorse anche economiche come la recente donazione (complessivamente di un valore che supera 20.000 euro) di un frigorifero/congelatore di elevate caratteristiche e di centrifughe che permetterà a breve la raccolta e la conservazione in loco di campioni biologici per la partecipazione attiva a specifici progetti di ricerca anche internazionali.

Criticità (e vantaggi)

Rispetto a quanto si sarebbe potuto ipotizzare per la UOC non essere inserita in una struttura ospedaliera non ha mai rappresentato un problema per l'esecuzione degli accertamenti strumentali e le consulenze specialistiche/ultraspecialistiche che caratterizzano una gestione corretta ed aggiornata, come proprio in particolare di una struttura a vocazione universitaria, del paziente oncologico. Anzi il non essere vincolata all'offerta della struttura ospedaliera in cui si opera ha rappresentato e rappresenta un vantaggio potendo contare sul meglio di quanto, in termini qualitativi e di tempo di esecuzione, la vasta rete di rapporti, universitari e non, istauratasi mette a disposizione.

Anche la mancanza di propri posti letto non ha mai rappresentato un problema per una corretta gestione dei propri assistiti. La moderna oncologia relega infatti a casi eccezionali il ricorso al ricovero ospedaliero (es. gestione di eventuali fenomeni avversi) nel corso della esecuzione delle terapie oncologiche chemioterapiche che grazie alla ridotta tossicità dei protocolli attualmente utilizzati ed alle risorse farmacologiche oggi presenti per affrontarle (es. fattori di crescita) rende tale necessità un evento di fatto eccezionale. Rimango i casi, rari, in cui sono necessari contemporaneamente trattamenti complessi chemioterapici e di altra natura (es. radioterapici e/o chirurgici) in regime di ricovero in cui la rarità non può essere la giustificazione per prevedere come ordinaria la necessità di posti letto dedicati in strutture oncologiche anche di alto livello. Per altro nei rari casi in cui si è dovuto procedere al ricovero di propri assistiti, la ns. esperienza ha evidenziato che il ricovero in ambienti internistici, anche non specialistici, ha permesso grazie ad una attiva collaborazione con i relativi Sanitari di risolvere brillantemente il bisogno di ricovero, per altro, sempre di breve durata dovuto a presenza di fenomeni avversi. L'assenza della possibilità ordinaria di ricovero in propri posti letto ha al contrario sviluppato una particolare attenzione ai possibili effetti avversi delle terapie attuate ed all'instaurare preventivo delle misure atte a prevenirle ed ha evitato la "tentazione" di continuare a trattare assistiti in cui non vi era più alcuna possibilità di cura reale favorendo il passaggio nei tempi giusti alle cure palliative come doveroso, in termini etici ed economici, in questi casi. Le maggiori criticità, di fatto, si sono dimostrate pertanto non le caratteristiche proprie di una struttura oncologica totalmente ambulatoriale nella propria attività ma elementi "contingenti" quali la carenza di spazi che, con l'aumentare dell'attività, si stanno acuendo (ma è all'esame del competente Ministero un progetto, già approvato dalla Regione, per la costruzione di una nuova ala della Casa della Salute volta a risolvere definitivamente il problema) e l'insufficienza del personale medico che, con l'aumentare dei casi dovuto anche all'apprezzamento

che il modello “Aprilia” riscuote tra i possibili assistiti, si sta acuendo come anche la carenza di personale dedicato alla peculiarità della natura universitaria della struttura (es. un data Manager per la gestione dei progetti di ricerca in essere). Da ultimo non appare trascurabile la riduzione dei costi economici che una gestione del tutto ambulatoriale presenta rispetto ad una residenziale come quella propria di una qualsiasi oncologia inserita in un ambito ospedaliero; analogamente una struttura quale quella proposta ed attuata riduce notevolmente i costi “sociali”, nell’interpretazione più ampia del termine, della malattia per l’assistito ed i propri familiari.

Progetti e sviluppi futuri

I progetti che si vogliono portare avanti in un prossimo futuro sono volti essenzialmente ad esportare nella sua interezza, il modello “Aprilia” nelle sedi secondarie, già ospedaliere, che del tutto recentemente (2022) sono venute a confluire, a seguito dell’applicazione del nuovo Atto Aziendale, nella UOC territoriale proprio grazie ai risultati raggiunti e pienamente condivisi e supporti dalla Direzione strategica della ASL.

Contemporaneamente si punta, da un lato a formalizzare il network che la struttura ha sviluppato in questi anni e dall’altro ad ampliare l’attività di ricerca quale caratteristica intrinseca di una struttura a direzione universitaria. Al riguardo il vigente Atto aziendale ha previsto la creazione di una specifica UOS denominata “Studio e sperimentazione di processi innovativi” dove lo studio e l’innovazione non sono volte solo agli aspetti strettamente clinici, come doveroso, ma anche agli aspetti gestionali ed organizzativi non meno necessari, importanti e ricchi di prospettive future come la storia dalla UOC insegna.

In tale ambito è in corso di attivazione, con il ricordato supporto della CRI, un progetto di telemedicina volto ad evitare l’accesso alla struttura degli assistiti che assumono solo terapia per os con indubbi vantaggi sia economici e sociali per la ASL e i pazienti stessi e l’attivazione della banca dei tessuti quale sopra menzionata.

Campo tutto da esplorare, ma in cui l’essere inserito in un Distretto ben sviluppato in termini di integrazione con il proprio territorio, è infine la partecipazione quale soggetto attivo alla presa in carico degli assistiti da parte della COT aziendale e distrettuale quale prevista del DM 77/’22 nonché dalle diverse strutture (PACO, MDT, CRO) di cui alla specifica normativa regionale per la rete delle neoplasie sia in termini di gestione del processo di cura sia in termini passaggio tra setting assistenziali per quali si rimanda, in particolare alla specifica normativa regionale (per ultimo rispettivamente alla Determinazione GSA G02706 del 28/02/’23 e Determinazione GSA G01829 del 14/02/’23).

**Ruolo dei Medici di Medicina Generale,
nella Casa della salute di Pontecorvo, della ASL
di Frosinone, come parte integrante ed essenziale
dell'organizzazione sanitaria complessiva**
Esperienze Assistenziali Territoriali e Distrettuali
della Società CARD Lazio del Distretto D di Cassino -
Pontecorvo della ASL di Frosinone

A. Gabriele, *Direttore Distretto D di Cassino – Pontecorvo ASL Frosinone*

V. Colabove, *Coordinatrice Infermieristica UDI Casa della salute di Pontecorvo*

V. Gelfusa, *Referente II UCP Casa della salute di Pontecorvo*

L. Pio Di Murro, *Referente I UCP Casa della salute di Pontecorvo*

G. Narducci, *Coordinatore Infermieristico Poliambulatorio Casa della salute di Pontecorvo*

G.M. Tronci, *Coordinatore Casa della salute di Pontecorvo*

Introduzione

Con la specifica normativa di riferimento, la Regione Lazio ha inteso istituire strutture sociosanitarie, definite Case della Salute, tese a realizzare la migliore offerta di cure primarie ed intermedie nel territorio di afferenza; la più ampia integrazione con il sistema ospedaliero ed un efficiente rete assistenziale con i soggetti istituzionalmente tutori dei diritti dei cittadini (Enti Locali, Istituzioni e Terzo settore).

In particolare, con il D.C.A. 428/2013 [1], "Raccomandazioni per la stesura degli Atti Aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della Salute" [2], la Regione Lazio ha individuato le Case della Salute come articolazioni del Distretto, in rapporto con le altre attività da quest'ultimo garantite (tutela salute mentale, dipendenze, consultori) e le ha definite, richiamando le Linee Guida ministeriali del 2007 [3], "Strutture polivalenti e funzionali in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie, di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione; sedi pubbliche dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali; luogo di prevenzione e promozione della salute e del benessere sociale".

La denominazione Casa della Salute riassume i modelli utilizzati sino ad oggi nelle normative prodotte a livello regionale (CeCaD, PTP, Ospedali distrettuali) e viene utilizzata per individuare strutture nelle quali garantire alcune funzioni dell'assistenza primaria, contenitore fisico che accoglie nel suo contesto attività e prestazioni che sono spesso garantite in maniera dispersa nel contesto del Distretto. La riconduzione in un unico luogo fisico di funzioni fondamentali con la partecipazione di diverse figure professionali, rappresenta il cuore di questo modello organizzativo. Detto modello è di tipo modulare e prevede:

- funzioni di base – attività indispensabili, che connotano la struttura;
- moduli funzionali aggiuntivi – ad eventuale completamento dell'offerta dei servizi.

Con il successivo D.C.A. 40/2014 [4], "Approvazione dei documenti relativi al percorso attuativo, allo schema di intesa ed ai requisiti minimi della "Casa della Salute", la Regione Lazio ha definito le indicazioni attuative per l'attivazione delle stesse, precisando che la Casa della Salute è un luogo fisico immediatamente riconoscibile dai cittadini, in grado di erogare l'assistenza primaria e, se presenti modelli aggiuntivi, l'assistenza intermedia, che si colloca e si connette con l'ospedale e con gli altri servizi territoriali. Obiettivo della Casa della Salute è un'efficace presa in carico del paziente, in particolare del paziente cronico, in grado di ridurre gli accessi impropri al P.S. ed i ricoveri ripetuti in ospedale. Secondo il Chronic Care Model, tale modalità di presa in carico è protettiva e prevede la partecipazione del team multidisciplinare e multi professionale (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta ove presente, medico specialista territoriale e ospedaliero, infermiere e le altre figure professionali del caso). Le attività svolte all'interno della Casa della Salute dovranno essere in grado di facilitare l'accesso a tutti i soggetti fragili e in particolare alle persone non autosufficienti, anche anziane nonché la gestione della continuità assistenziale.

Nello stesso decreto sono richiamati i requisiti autorizzativi, di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo della Casa della Salute, per i quali si fa riferimento a quanto previsto dall'allegato C del D.C.A. 8/2001 [5], nel quale sono riportati i requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie. L'accertamento di detti requisiti è il presupposto per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e sociosanitaria da parte della struttura interessata al provvedimento, sia essa pubblica o privata, in modo da rappresentare la soglia di sicurezza per l'attività stessa, a garanzia del paziente.

Nella struttura di Pontecorvo, prima della sua trasformazione in Casa della salute erano presenti i seguenti servizi:

- Centro Unico di Prenotazione CUP;
- Continuità Assistenziale;
- Poliambulatorio:
- Angiologia;
- Cardiologia;
- Chirurgia;
- Dermatologia;
- Diabetologia;
- Endocrinologia;
- Fisiatria e Fisiokinesiterapia;
- Gastroenterologia;
- Geriatria;
- Medicina interna;
- Nefrologia;
- Neurologia;
- Oculistica;
- Odontoiatria;
- Ortopedia;
- Otorinolaringoiatria;
- Pneumologia;
- Urologia.

Nella struttura erano, inoltre, allocati altri Servizi quali:

- Medicina legale e Assistenza protesica;
- Dialisi;
- Uffici di Scelta/Revoca MMG/PLS ed Esenzione Ticket;
- Centro di Salute Mentale (C.S.M.);
- Consultorio;
- Servizio Vaccinazioni;
- Salute Mentale Riabilitazione Età Evolutiva (S.M.R.E.E.);
- Diagnostica per immagini;
- Centro Prelievi;
- Assistenza Farmaceutica Territoriale.

Obiettivo del Progetto

La individuazione della Casa della Salute di Cassino - Pontecorvo, è avvenuta nel rispetto di quanto previsto nei programmi operativi 2013 - 2015 [6], e precedenti

che hanno indicato le condizioni per la riconversione del Presidio ospedaliero “Pasquale del Prete” di Pontecorvo.

La ASL di Frosinone aveva già avviato presso il Presidio Ospedaliero una serie di adeguamenti verso modelli di assistenza che più si avvicinavano a quelle territoriali. Era dunque, già nelle intenzioni della Direzione Aziendale dare seguito a quanto previsto dalla normativa regionale vigente. È stato quindi agevolato il lavoro per la riconversione definitiva del Presidio in Casa della Salute, potenziando i rapporti e le reti con le Strutture Pubbliche e Private vicine, in particolare l’Ospedale di Cassino, per garantire l’integrazione Ospedale-Territorio, favorendo l’ingresso dei Medici di Medicina Generale all’interno della Struttura [7]. La Casa della Salute di Cassino - Pontecorvo, si caratterizza per una modalità di lavoro integrata e multidisciplinare necessaria a sostenere il coordinamento delle attività e dei percorsi clinico-assistenziali. La modalità operativa è quella del lavoro di gruppo ove, la complementarità delle competenze dei diversi professionisti, può generare quelle necessarie sinergie e risorse atte a fronteggiare la complessità dei problemi e dei bisogni della comunità di riferimento.

Per questi motivi è indispensabile che il lavoro di équipe sia ben programmato, adeguatamente strutturato e costantemente sottoposto a rivalutazione. Infatti, esso deve sviluppare il giusto grado di coordinamento tra diversi esperti, sanitari e sociali, favorendo la costruzione di una comunità professionale che opera in modo coerente, apprende dall’esperienza e riflette su quanto svolto.

È opportuno che l’équipe sia formalizzata attraverso l’individuazione di professionisti sociali e sanitari che vi operano in modo stabile, coordinati in maniera funzionale da un referente, ed è utile che si doti di strumenti atti a favorire la raccolta dei dati, la trasmissione delle informazioni, la sistematizzazione delle prestazioni. Per questo è previsto l’utilizzo di una scheda clinico assistenziale integrata che faciliti il monitoraggio del programma assistenziale e la raccolta della documentazione. Inoltre è necessario che vengano programmate periodicamente riunioni di lavoro che tendano a migliorare il confronto e la condivisione, circa gli obiettivi da raggiungere, sviluppando quel necessario clima collaborativo.

Con la trasformazione dell’Ospedale distrettuale in Casa della salute, avrebbero lavorato in équipe le seguenti figure:

- medici medicina generale (MMG);
- medici di continuità assistenziale;
- medici della medicina dei servizi;
- dirigenti medici-organizzazione dei servizi sanitari territoriali;
- specialisti ambulatoriali (convenzionati interni o dipendenti ospedalieri), in rela-

zione ai percorsi concordati, delle aree individuate;

- dirigenti psicologi;
- assistenti sociali (in relazione funzionale con gli enti gestori dei servizi socio assistenziali);
- infermieri, tecnici sanitari, operatori socio sanitari;
- personale amministrativo;
- personale tecnico non sanitario.

Il DCA 40 del 14.02.2014, nell'approvare il percorso attuativo della Casa della Salute, ha previsto la emanazione di un Regolamento in cui fossero disciplinati almeno i seguenti argomenti:

- accesso;
- percorsi assistenziali;
- gestione delle piccole urgenze;
- équipe multidisciplinari e multi professionali;
- modalità di funzionamento interno;
- modalità di relazione con gli altri nodi della rete;
- personale e risorse, anche in condivisione con gli altri servizi;
- audit, formazione;
- integrazione con il volontariato e la mutualità;
- sicurezza e gestione del rischio clinico;
- modalità di rilevazione del rischio clinico.

I Servizi che sono stati attivati nella CdS:

- Presidio Ambulatoriale Territoriale (P.A.T.), per l'Area delle piccole urgenze/emergenze;
- Unità di Cure Primarie: Medici di Medicina Generale;
- Area di sorveglianza temporanea;
- Punto Unico di Accesso (P.U.A.);
- Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale dedicata (U.V.M.D.);
- Ufficio Relazione con il Pubblico (URP);
- Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.);
- Area del Volontariato e della Mutualità;
- Sportello di Ascolto Antiviolenza;
- Attività Fisica Adattata (A.F.A).

I Modelli aggiuntivi attivati nella CdS sono stati i seguenti:

- Area delle cure intermedie a gestione infermieristica Unità di Degenza Infermieristica (U.D.I.). I medici del PAT, in turno, assicurano, oltre alla normale attività di istituto, le eventuali criticità che dovessero manifestarsi presso l'area delle cure intermedie a gestione infermieristica;
- Sportello per la prevenzione della violenza sulle donne;
- Assistenza farmaceutica;
- Attività di terapia fisica adattata (A.F.A.);
- Odontoiatria Sociale.

Materiali e metodi

La Casa della Salute realizza, attraverso la contiguità e la complementarietà, percorsi assistenziali integrati e livelli essenziali di intervento come chiaramente ed esplicitamente richiamati dal Decreto Legislativo 229/1999 [8], e dalla Legge 328/2000 [9], che pongono al centro del "bene salute" il concetto di integrazione degli interventi sociosanitari. Poiché i bisogni di salute essenziali della popolazione si realizzano soprattutto attraverso le cure primarie ed intermedie, la struttura che al meglio esprime tali potenzialità è quella in cui i MMG, i PLS, gli specialisti, gli infermieri, gli assistenti sociali e ogni altra figura professionale necessaria, operano affiancati, realizzando la multidimensionalità dell'offerta di salute: questa è la Casa della Salute. Nello specifico i professionisti della salute operano attraverso la l'U-VMD (Unità Valutativa Multi Dimensionale Distrettuale) che rappresenta lo strumento elettivo attraverso cui il case management gestisce la complessità del bisogno di salute richiesto.

La struttura per età e sesso della popolazione provinciale (**figura 1**), alla data del 01-01-2021, mostra una proporzione di maschi maggiore rispetto alle femmine fino a 40 anni di età circa mentre successivamente, nelle età più avanzate, il differenziale si inverte per effetto della più alta speranza di vita del sesso femminile. In particolare la popolazione residente in ciascun distretto al 31.12.2021 è costituita come di seguito [10]:

- Distretto A: 88.060 (maschi = 43.318; femmine = 44.742);
- Distretto B: 174.761 (maschi = 85.556; femmine = 89.205);
- Distretto C: 95.996 (maschi = 47.048; femmine = 48.948);
- Distretto D: 114.650 (maschi = 56.698; femmine = 57.952).

La proporzione di anziani di età 65-74 anni residenti nel territorio della ASL Frosinone con livello di fragilità elevato è pari all'1,5% nei maschi e all'1,8% nelle femmine (Distretto A: 1,2% M e 2,1% F. Distretto B: 1,4% M e 1,6% F. Distretto C:

Distribuzione per classi di età ASL Frosinone, Distretto D - Cassino - Pontecorvo - 2021

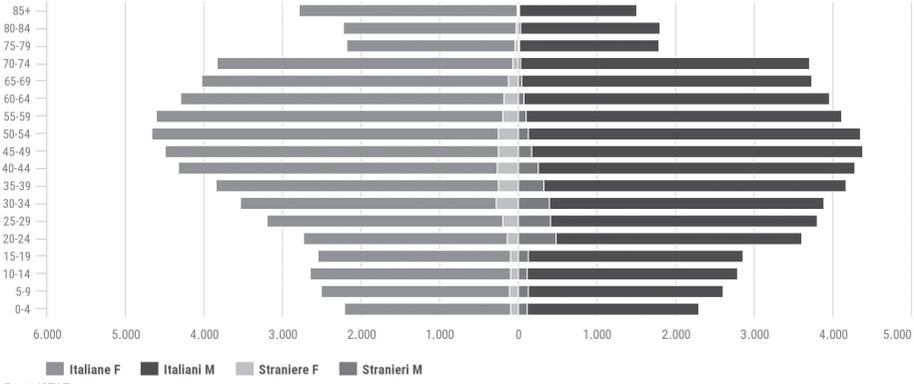


Figura 1

Andamento della popolazione provinciale

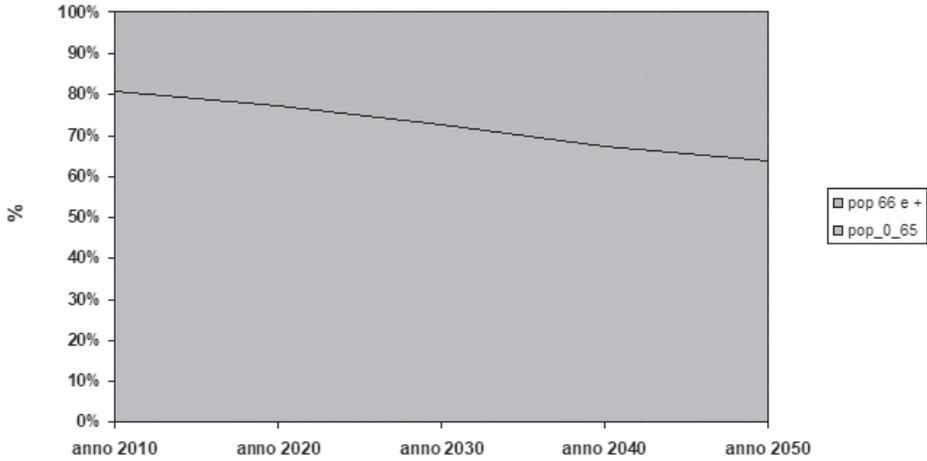


Figura 2 - Scenario demografico provinciale

1,1% M e 1,6% F. Distretto D: 2,3% M e 2,1% F).

Lo stesso indice nella fascia di età 75+ è pari al 5,4% nei maschi e al 7,9% nelle femmine.

(Distretto A: 5,8% M e 7,9% F. Distretto B: 4,6% M e 6,7% F. Distretto C: 5,0% M e 7,5% F. Distretto D: 6,8% M e 10,3% F.

Tali dati quindi dimostrano che nel Distretto “D” la proporzione di anziani “fragili” risulta più elevata, in entrambi i sessi, rispetto a quella degli altri Distretti.

Stime ISTAT [11], sull’evoluzione nel medio-lungo periodo della struttura della popolazione provinciale residente, costruite supponendo un miglioramento dei livelli di sopravvivenza, un aumento della fecondità e un incremento dei flussi migratori, disegnano lo scenario demografico provinciale fino all’anno 2050, rappresentato in **figura 2**, da cui si vede che il peso della popolazione ultrasessantacinquenne è destinato a crescere.

Tenuto conto che gli anziani sono forti consumatori di servizi sanitari ed ipotizzando invariati i loro modelli di consumo, è prevedibile un aumento di domanda di prestazioni soprattutto legate alla presenza di malattie cronic-degenerative, la cui incidenza e prevalenza aumenta con il crescere dell’età.

- Indice di vecchiaia della Regione = 173,4;
- Indice di vecchiaia Provincia FR = 196,7;
- Indice di vecchiaia del Distretto D = 189,3.

La **figura 3** mostra la stima dell’andamento della popolazione provinciale fino

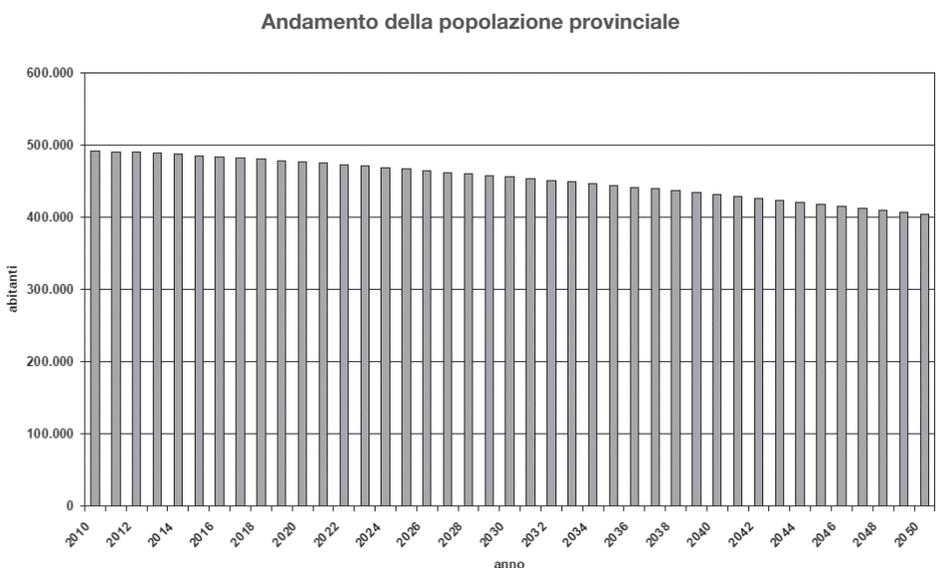


Figura 3 - Stima dell’andamento della popolazione provinciale

I Comuni sono stati localizzati in un raggio di prossimità alla Casa della Salute inferiore ai 20 km.

La presente relazione riguarda pertanto i Comuni sopraelencati.

I sotto elencati Comuni contano una popolazione complessiva di 49.516 abitanti così ripartita:

Comune	N° Abitanti
Aquino	4.932
Castrocielo	3.776
Colle San Magno	631
Esperia	3.549
Pico	2.634
Piedimonte San Germano	6.316
Pignataro Interamna	2.425
Pontecorvo	12.333
Roccasecca	6.866
San Giorgio a Liri	3.005
San Giovanni Incarico (Distretto B)	3.049
Totale	49.516

Risultati

I Medici di Medicina Generale, nella CdS di Pontecorvo, attraverso servizi e tecnologie disponibili, si sono integrati nell'equipe multidisciplinare e multiprofessionale, assicurando un livello assistenziale su misura del cittadino garantendogli assistenza 24 ore su 24 sette giorni su sette.

Di seguito la progressione degli Eventi che si sono succeduti nel tempo dopo l'inaugurazione avvenuta nel marzo del 2014.

Progressione nel tempo

Data	Evento		
31.03.2014	Inaugurazione CdS	I nella ASL di Frosinone	II nel Lazio
Giugno 2014	11 MMG si aggregano in 2 UCP	/	/
Giugno 2015	8 MMG trasferiscono il loro Studio Medico nella CdS	6 di 8 MMG sono massimalisti	/
	11 MMG Servizio come UCP	Lun - Ven 8.00 - 20.00 Sab 8.00 - 14.00	/
	11 MMG Servizio in UDI	Lun - Ven 9.00 - 15.00 Sab 11.00 - 14.00	/
Oggi	13 MMG totali su Pontecorvo	5 su 13 MMG sono esterni	3 dei 5 sono massimalisti

Presso la Casa della salute di Pontecorvo sono stati attivati tutti e 4 i PDTA approvati inizialmente dalla Regione Lazio:

1. Diabete;
2. BPCO;
3. Scompenso cardiaco;
4. TAO.

Nel 2019, il PDTA Scopenso Cardiaco è stato interrotto per decesso dello Specialista Cardiologo, di ruolo, mai più sostituito.

Dati UDI Anno 2022 - 10 Posti Letto

Intervallo di Turn Over	Indice di Rotazione P.L.	Giornate totali di Degenza	Indice di Occupazione	
13,5gg	11,2	3.200	87,67%	
Ricoverati	Dimessi	Degenza Media	Femmine	Maschi
168	163	19,5 gg	103	59

Dati Radiologia Anno 2022 - 2 Specialisti Ambulatoriali a 24 ore e 1 a 36 ore - 6 TSRM - 1 C.P.S. Infermiere - 1 OSS - 1 Amministrativo

Rx	Mammografie	Ecografie	MOC	TC senza e con M.d.C.	Rx domiciliari
6.321	878	2.129	4.406	5.125	955

Totale: 19.814 esami [12].

Dati P.A.T. Anno 2022 - 1 Medico e 1 C.P.S. Infermiere a turno h 24

Totale prestazioni effettuate: 10.324

Tipologia di prestazioni effettuabili nel P.A.T. della CdS di Pontecorvo [13]
Prima medicazione
Sutura di ferita superficiale
Successive medicazioni
Rimozione punti di sutura e medicazione
Cateterismo uretrale nell'uomo
Cateterismo uretrale nella donna
Tamponamento nasale anteriore
Fleboclisi (unica, eseguibile in caso di urgenza)
Lavanda gastrica
Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica
Iniezione sottocutanea desensibilizzante
Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili)

Di seguito, si riportano i dati, ricavati dal DEP della ASL Roma 1, su ricoveri e decessi per BPCO e Diabete di tutti e 4 i Distretti Sanitari della ASL di Frosinone.

Numero ricoveri per BPCO nei Distretti ASL Frosinone

Distretti	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
A	58	98	101	77	54	31	34
B	103	132	149	92	79	75	64
C	52	66	43	31	26	36	15
D	157	166	141	126	109	68	25

Numero ricoveri per Diabete nei Distretti ASL Frosinone

Distretti	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
A	49	49	45	29	25	24	17
B	102	92	72	74	57	33	32
C	50	64	45	32	31	15	18
D	83	92	83	75	60	41	41

Numero decessi per BPCO nei Distretti ASL Frosinone

Distretti	2015	2016	2017	2018	2019
A	36	31	29	43	36
B	77	67	86	86	101
C	27	28	37	48	43
D	43	44	42	45	50

Numero decessi per Diabete nei Distretti ASL Frosinone

Distretti	2015	2016	2017	2018	2019
A	28	31	35	47	33
B	59	70	62	86	80
C	48	45	25	44	38
D	46	51	40	50	39

Si condividono i dati del PDTA Diabete, richiamando il Piano Nazionale della Malattia diabetica [14, 15].

Flow chart del Percorso Diabetologico CdS Pontecorvo

Compiti del MMG:

- identifica, nella sua popolazione di assistiti, i soggetti ad alto rischio di sviluppare DM 2;
- invia l'assistito a rischio al PUA;
- effettua il follow-up dei soggetti con ridotta tolleranza glucidica (IGT) e alterata glicemia a digiuno (IFG);
- procede con la consulenza e l'educazione sanitaria;
- prende in carico del paziente con DM 2 non complicato, secondo il percorso individuato;
- monitora gli effetti collaterali delle terapie;
- invia il paziente alle strutture di Diabetologia nelle situazioni indicate nel percorso;
- al richiamo attivo delle persone riconosciute come diabetiche, ma non inserite nel PDTA, propone loro l'inserimento nello stesso, previa sottoscrizione del consenso informato.

Team coinvolto nel PDTA Diabete

- Operatori PUA;
- Medico di Medicina Generale;
- Infermiere;
- Assistente sociale;
- Diabetologo;
- Cardiologo;
- Oculista;
- Angiologo;
- Nefrologo;
- Vulnologo;
- Radiologo.

L'obiettivo prioritario del Team, è rallentare o prevenire il passaggio della persona presa in carico alla classe successiva di malattia rallentando più a lungo possibile l'insorgere delle complicanze [16].

Il supporto tecnologico è fondamentale per mantenere in piedi il PDTA organizzato in questo modo.

È stata elaborata una apposita Cartella Clinica Informatizzata, che si interfaccia con i Programmi dei MMG delle 2 UCP.

PDTA Diabete dal giugno 2015 al 30.04.2023

N. arruolati	Fasce di età		HBA1C ingresso	HBA1C controllo	BMI<25
2.380	35% età giovanile	65 % età avanzata	8 - 11%	6,7 - 7,2%	33% arruolati

Ridurre di un punto percentuale l'Emoglobina glicata determina:

- 14% in meno di rischio di infarto del miocardio;
- 37% in meno di rischi di complicanze micro vascolari;
- 21% in meno di decessi relativi al Diabete.

Punti di forza del Percorso:

- il compenso metabolico è migliorato;
- il dato è confermato dai valori della glicemia e della emoglobina glicata;
- l'adesione alla dieta e alla terapia è aumentato (grazie all'impegno educativo).
- I nostri sistemi informativi hanno calcolato, per il solo PDTA Diabete, un risparmio di 1.205.000 euro/anno con ricoveri e ingressi al PS pari al 25% in meno.

Conclusioni

La presenza di Ambulatori di Assistenza Primaria nelle CdS, o altre forme di Medicina d'iniziativa, sono, ancora, piuttosto modeste e, auspichiamo che possano aumentare nelle Case della Comunità di prossima realizzazione, ma, è verosimile che, la maggior parte dei MMG continuerà ad avere l'Ambulatorio al di fuori di esse.

Il PDTA Diabete, così, come è stato realizzato nella CdS di Pontecorvo, vuole essere da stimolo al cambiamento. Tutti i PDTA dovrebbero essere organizzati allo stesso modo per riuscire a dare all'assistito un servizio efficace ed efficiente.

Molte sono ancora le criticità da superare, ad iniziare dal numero sempre più crescente di arruolati al percorso per terminare con la difficoltà nel coinvolgimento completo e autonomo di tutti i Medici di Medicina Generale al Protocollo.

Il risultato finale sarà considerare la persona, con i suoi bisogni, il vero attore del processo di cura.

Si spera che lo sviluppo delle CdC possa contribuire all'attuazione del Piano Nazionale Cronicità, contenendo gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso.

La mission delle CdC, infatti, sarà di favorire, sempre di più, la multiprofessionalità e multidisciplinarietà dei servizi sanitari e sociosanitari, ma, a Pontecorvo, tutto questo è già realtà.

Bibliografia/sitografia

1. *D.C.A. 428/2013*
2. *D.C.A. n. 206 del 2013*
3. *Linee Guida Ministeriali/2007*
4. *D.C.A. 40/2014*
5. *D.C.A. 8/2001*
6. *Programmi operativi 2013 – 2015*
7. *Protocollo di Intesa ASL e OO.SS. della Medicina Generale - Anno 2014*
8. *Decreto Legislativo 229/1999*
9. *Legge 328/2000*
10. *Dati DEP ASL Roma 1 Open Salute Lazio - Anno 2023*
11. *Annuario ISTAT 2015*
12. *Relazione Obiettivi di Budget Distretto D ASL Frosinone - Anno 2022*
13. *Allegato D - Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale*
14. *Piano Nazionale sulla malattia diabetica - G.U. n. 32 del 07.02.2013 Suppl. ordinario n. 9*
15. *Piano Nazionale per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018 DCA n. U00581 del 14.12.2015*
16. *Rivista Medica Italiana Online - L. Valente; V. Nardone - Anno 2019*

Referente

- **Angela Gabriele:** angela.gabriele@aslfrosinone.it

Verifica e Controllo Soggetti Erogatori Privati e Strutture Socio Assistenziali: Unità Valutativa di Controllo Strutture Socio Assistenziali Ex L. 41/2003

G. De Matteis, *Responsabile U.O.S. "Verifica e Controllo Soggetti Erogatori Privati e Strutture Socio Assistenziali"*

M. Vescia, *Quality e Operation Manager ASL di Rieti*

G. Muratori, *U.O.S. "Verifica e Controllo Soggetti Erogatori Privati e Strutture Socio Assistenziali"*

E. Trinetta, *U.O.S. "Verifica e Controllo Soggetti Erogatori Privati e Strutture Socio Assistenziali"*

V. Spina, *Direttore UOC Integrazione Socio-Sanitaria*

A. De Luca, *Direttore Sanitario ASL di Rieti*

Abstract

La ASL di Rieti insiste su un territorio particolarmente disperso e si articola in due Distretti sanitari (Distretto 1: Rieti, Antrodoco, S. Elpidio e Distretto 2: Salario Mir-tense). La popolazione reatina risulta più vecchia della popolazione presente nella Regione Lazio con un indice di over 65 pari al 26,4% rispetto al 22,6% della media regionale. Nel territorio della ASL insistono circa 70 Strutture socioassistenziali di cui alla L.41/2003 con circa 953 e 500 operatori. L'Unità Valutativa di Controllo delle SSA, istituita a fine anno del 2018, ha lo scopo di accertare il corretto funzionamento delle strutture nel rispetto dei requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici e gestionali secondo gli standard e i principi di qualità individuati dalla normativa, con sopralluoghi programmati e contestuale valutazione clinico/assistenziale di ogni singolo ospite e indicazioni/prescrizioni alla struttura.

L'attività dal 2019 al 2023 con circa n.350 ispezioni e attività formativa e informativa nelle strutture ha portato ad una maggiore adesione alla normativa in parola con un miglioramento nell'assistenza ad una popolazione particolarmente fragile, per evitare dei deficit assistenziali con risvolti negativi sulla sicurezza e sulla cura degli ospiti.

Introduzione

Nel territorio della Asl di Rieti risiedono 151.335 abitanti (ISTAT 2021), di cui 45.907

nella sola città di Rieti (30,33%). La Provincia di Rieti ha un'alta percentuale di comuni montani che, insieme alla conformazione territoriale, contribuisce a rendere molto bassa la densità abitativa (55,1 abitanti per km²) e difficoltosa l'erogazione dei servizi specialmente ai cittadini dei comuni più interni, numerosi e difficilmente raggiungibili. Il territorio provinciale coincide con quello di competenza della ASL Rieti che è organizzata in due Distretti (figura n. 1):

- Distretto n. 1: Rieti - Antrodoto - S. Elpidio;
- Distretto n. 2: Salario - Mirtense.



Figura 1 - Territorio ASL di Rieti

In particolare, la popolazione over 65 del Distretto 1 raggiunge quasi il 27% del totale della popolazione, mentre quella del Distretto 2 supera il 24%, al di sopra della media regionale e italiana (vedi tabella n. 1). Il 16% degli assistiti dai MMG è considerata fragile (Fonte: Mi-Stral-DEP Regione Lazio 2020). L'art. 13 della Legge Regionale n. 41/2003 sottolinea l'importanza di mettere in atto tutte le azioni a

Dati ASL Rieti	
Distretto 1: Rieti, Antrodoto, Sant'Elpidio	
Popolazione distretto:	92.268
Over 65:	27%
Indice di vecchiaia:	246,9 (media nazionale 162,61)
Distretto 2: Salario-Mirtense	
Popolazione distretto:	59.067
Over 65:	24%
Indice di vecchiaia:	198,4 (media nazionale 162,61)

Tabella 1 - Dati popolazione ASL Rieti

tutela degli ospiti accolti nelle Strutture socio assistenziali, che rappresentano le fasce più anziane e particolarmente fragili della popolazione (anziani affetti da patologie cronico degenerative, disabili, persone con problematiche psico-sociali, minori, donne vittime di violenza fisica o psicologica anche con figli minori), a tal scopo con Deliberazione del 12/10/2018 è stata istituita l'Unità Valutativa di Controllo delle Strutture socioassistenziali (UVC).

L'UVC ha come mandato istituzionale quello di accertare il buon funzionamento delle Strutture socioassistenziali (SSA) operanti sul territorio provinciale nel rispetto dei requisiti strutturali, organizzativi e gestionali e, ove necessario, ricondurre le stesse a norma secondo gli standard e i principi di qualità individuati dalla disciplina normativa, con ispezioni programmate, "a sorpresa" con un'equipe multidisciplinare.

Inoltre, si occupa di:

- attività ispettiva ordinaria sulle strutture di cui all'art. 13 della Legge 41/2003 con sopralluoghi programmati e contestuale valutazione clinica e assistenziale di ogni singolo ospite ivi presente;
- attività ispettiva straordinaria al fine di monitorare le situazioni di particolare criticità;
- collaborazione con i Comuni della Provincia di Rieti per valutazioni congiunte;
- collaborazione con il reparto dei NAS per la valutazione delle necessità assistenziali degli ospiti nelle Strutture di cui alla Legge 41/2003 e s.m.i. insistenti nel territorio della ASL di Rieti.

Materiali e metodi

Considerato il forte mandato istituzionale, come prima azione, si è provveduto ad effettuare dapprima una mappatura di tutte le S.S.A. insistenti sul territorio tramite richiesta agli enti autorizzativi (Comuni).

Tale attività non priva di criticità, per la mancata e/o incompleta risposta di alcuni di essi, ha portato nel 2019, alla individuazione di circa 80 strutture di varia tipologia nei due Distretti Aziendali. Ad oggi a seguito della pandemia se ne registrano circa 70 suddivise tra i due distretti come indicato in tabella 2.

Inoltre, sin dall'inizio sono state improntate le basi per un lavoro di rete che ha visto e vede coinvolti i Comuni, la Regione, l'Autorità Giudiziaria, i Medici specialisti, il reparto NAS dei Carabinieri di Viterbo, i Medici di Medicina Generale; sono stati programmati ed effettuati incontri con i NAS, operatori e dirigenti dei Comuni, singoli Medici di medicina generale e con successiva produzione di procedure ad hoc per l'espletamento dell'attività di vigilanza e controllo.

Tipologia Struttura socio-assistenziale	n. strutture presenti	n. ospiti
Distretto 1: Rieti, Antrdoco, Sant'Elpidio		
Case di riposo	6	591
Comunità alloggio per anziani	30	
Comunità alloggio per disabili	3	
Casa famiglia per anziani	1	
Casa famiglia per minori	1	
Gruppo appartamento per minori	2	
Casa famiglia per donne in difficoltà	1	
Distretto 2: Salario-Mirtense		
Case di riposo	8	362
Comunità alloggio per anziani	13	
Casa-famiglia per disabili	1	
Casa-famiglia per anziani	1	
Casa-famiglia per minori	1	
Comunità familiare ad accoglienza mista	1	
Casa-famiglia per donne in difficoltà	1	
Totale	70	953

Tabella 2 - Strutture presenti sul territorio della ASL di Rieti

L'organizzazione dell'attività (vedi tabella n. 3) prevede sopralluoghi sulle strutture presenti in modo da evidenziare le criticità presenti, alcuni dei quali realizzati congiuntamente al personale dei Comuni ed altri effettuati in risposta a specifiche richieste dei CC NAS ed Enti.

A seguito della ispezione si redige una relazione che viene inviata al Comune competente, ai NAS di Viterbo, al responsabile di Struttura, alla Regione Lazio, alla Direzione Generale ASL di Rieti con emanazione di prescrizioni per la struttura, con scadenza dei tempi di attuazione delle stesse a cui segue attività di verifica, controllo e sollecito alla SSA e al Comune in caso di inadempienza

Nei primi mesi nel 2020, a seguito della dichiarazione dello stato di pandemia da parte dell'OMS, l'UVC ha subito un riassetto organizzativo, L'attività svolta infatti si è incentrata in particolar modo sull'emergenza Covid-19 e a seguito delle indicazioni dell'ISS e della Regione emanate ai fini di prevenzione e contenimento dell'epidemia all'interno delle strutture residenziali e sociosanitari.

Dati di attività	
Anno	n. accessi
2019	55
2020	80
2021	75
2022	116

Tabella 3 - Dati di attività UOS Verifica e controllo soggetti erogatori privati e strutture socioassistenziali

La Direzione Aziendale, infatti, ha posto l'indicazione di ispezionare nel più breve tempo possibile, tutte le altre SSA insistenti sul territorio al fine di monitorare la situazione e prevenire/monitorare cluster epidemici.

Si è quindi dato inizio ad un'attività capillare di sopralluoghi ed ispezioni presso tutte le Strutture socioassistenziali (SSA) insistenti sul territorio provinciale e al di là dei contestuali rilievi tecnici, per i quali sono stati emessi regolari verbali, si è implementata una check-list per il monitoraggio delle misure specifiche previste dalle linee guida elaborate dall' ISS e sono state effettuate le valutazioni cliniche dei residenti.

Si è proceduto in concomitanza a quanto sopra indicato anche a fornire elementi di formazione e informazione sul Coronavirus, a controllare la presenza all'interno delle strutture di idonei e sufficienti DPI e disinfettanti e verificata la correttezza dei comportamenti e provvedimenti adottati anche in riscontro a quanto stabilito dall'Ordinanze emesse dai sindaci inerenti alle misure di contenimento, di restrizione degli accessi e di prevenzione dal contagio dell'infezione.

Nei due mesi successivi alla dichiarazione dell'OMS sono state sottoposte a controllo tutte le 80 Strutture e solo dopo aver concluso la prima fase ispettiva si è tornati, ad ispezionare, con attività programmate, tutte le strutture non "attenzionate", non sede di cluster Covid e al di fuori della "zona rossa" iniziando da quelle del Distretto 1, per poi estendere l'attività a quelle appartenenti al Distretto 2 con valutazioni cliniche su tutti gli ospiti.

Nel corso dell'intero anno, varie sono state le SSA in cui si sono verificati cluster di infezione tra ospiti ed operatori con ricoveri, decessi e chiusure temporanee di attività.

In caso di presenza di ospiti affetti da infezione da Sars-Cov-2 che non necessitano di ricovero ospedaliero è stata e viene tutt'ora effettuata attività clinica da parte di personale medico del Dipartimento di Medicina con tempestiva presa in carico

in accordo con MMG e monitoraggio del decorso.

Contemporaneamente è stata svolta attività di:

- monitoraggio giornaliero delle temperature e sintomi respiratori degli ospiti e degli operatori di tutte le Strutture, secondo quanto definito dall'Ordinanza del Presidente monitoraggio dei report delle temperature e sintomi respiratori degli ospiti e degli operatori di tutte le Strutture, secondo quanto definito dall'Ordinanza del Presidente della Regione Lazio n. Z00034 del 18/04/2020 il report dapprima giornaliero è stato modificato in periodico (invio 3 volte al mese);
- monitoraggio dell'attività di invio della documentazione prevista dalla Determinazione della Regione Lazio n. 39088 del 17/06/2021 dapprima quindicinale è stato momentaneamente sospeso alla data del 01/07/2022 con obbligo di tenuta di tale documentazione presso la sede della struttura e oggetto di valutazione durante le ispezioni (sono stati effettuati circa 20510 monitoraggi da gennaio 2021 a dicembre 2021).

Nell'anno 2022, la UVC ha portato avanti l'attività ispettiva presso le Strutture, prevedendo crono-programmi quadrimestrali di attività con prioritizzazione, nello specifico:

- sopralluoghi/valutazioni nelle Strutture da più tempo ispezionate (dal I II semestre del 2021);
- sopralluoghi/valutazioni nelle Strutture sede di nuovi cluster Covid-2, seppur da poco ispezionate come previsto da procedura concordata con la Direzione Sanitaria ASL Rieti (Rev. 3 dell'08/01/2021);
- sopralluoghi/valutazioni nelle Strutture in cui sono emerse criticità organizzative non risolte e/o con prescrizioni non ottemperate entro il termine stabilito (sono stati effettuati circa 120 accessi nelle Strutture, di regola effettuati 1,2 max 3 accessi per singola Struttura in relazione al numero degli ospiti) e relativa elaborazione delle Relazioni con indicazione delle valutazioni clinico/assistenziali;
- sopralluoghi in strutture di nuova autorizzazione;
- consueta attività di reportistica, monitoraggio e continuità di collaborazione con gli Enti incaricati.

In considerazione all'andamento epidemiologico, a partire dal mese di luglio 2022 sono state stabilite periodicità differenti circa gli adempimenti da parte delle SSA e a tal fine sono stati adeguati i tempi reportistici della UVC, in particolar modo:

- monitoraggio dei report delle temperature e sintomi respiratori degli ospiti e

degli operatori di tutte le Strutture, secondo quanto definito dall'Ordinanza del Presidente della Regione Lazio n. Z00034 del 18/04/2020 dapprima giornaliero è stato modificato in periodico (invio 3 volte al mese);

- monitoraggio dell'attività di invio della documentazione prevista dalla Determinazione della Regione Lazio n. 39088 del 17/06/2021 dapprima quindicinale è stato momentaneamente sospeso alla data del 01/07/2022 con obbligo di tenuta di tale documentazione presso la sede della struttura e oggetto di valutazione durante le ispezioni.

Inoltre, su richiesta della Direzione Sanitaria è stata inserita a partire dal mese di Luglio 2022, attività di monitoraggio degli accessi al **Pronto Soccorso** comunicati dalle Strutture con relativa elaborazione del report in corso di approfondimento con la UOSD Sistemi Informativi Sanitari e Statistica Sanitaria.

Risultati

L'attività di controllo ha consentito all'Azienda di entrare in un mondo poco conosciuto e per il quale non sono ancora presenti strumenti istituzionali per la verifica dei requisiti minimi e/o di accreditamento.

Le più frequenti irregolarità riscontrate sono state le seguenti:

- personale sprovvisto di adeguata qualifica professionale per l'assistenza agli ospiti;
- personale in organico insufficiente per assicurare adeguata assistenza agli ospiti in base alle esigenze socio-assistenziali così come delineate nelle valutazioni soprattutto in relazione alla presenza di ospiti non autosufficienti;
- non corretta e completa compilazione dei documenti, quali registro delle consegne del personale, registro degli ospiti alloggiati, registro del personale, turnazione mensile;
- inesistenza o mancata autorizzazione;
- mancata istituzione o mancato aggiornamento dei PAI o mancata presa in carico da parte dei Comuni di appartenenza;
- organigramma e funzionigramma aziendale a volte incompleti o non aggiornati;
- persistenza delle medesime criticità emerse e segnalate nelle Relazioni precedenti non risolte e/o parzialmente risolte.

Da sottolineare che, l'approccio del personale durante i sopralluoghi è sempre stato di tipo collaborativo, per fare in modo che i responsabili delle strutture comprendessero l'importanza dei temi trattati e soprattutto si ponessero in atteggiamento

positivo di miglioramento e crescita.

Questo ha consentito alle strutture di migliorare gli standard presenti e di conseguenza è migliorata l'assistenza agli ospiti presenti.

Inoltre, dal 2023 sono state sviluppate azioni rivolte ad un maggior coinvolgimento dei responsabili e operatori con attività informative e formative volte a promuovere buone pratiche per la gestione del rischio associato:

- alla non corretta tenuta e somministrazione dei farmaci;
- al rischio di caduta degli ospiti;
- al corretto utilizzo dei presidi medici;
- alla prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione;
- alle infezioni correlate all'assistenza.

Alle ispezioni della UVC e/o ai sopralluoghi da parte dei NAS, in alcuni casi è seguita diffida da parte dei Comuni o della Regione ed emanazione di provvedimenti di sospensione e/o di chiusura a seguito di segnalazione di criticità importanti riscontrate e non risolte che ha fatto sì che, all'inizio del 2021, il numero delle SSA presenti subisse una sostanziale diminuzione, a seguito anche di riorganizzazioni/chiusure per un totale di 70 (ospitanti circa 985 ospiti e 505 operatori).

Conclusioni

L'attività messa in atto in questi anni ha portato a:

- una maggiore adesione alla normativa con un miglioramento nell'assistenza ad una popolazione particolarmente fragile, soprattutto in caso di non autosufficienza totale per evitare dei deficit assistenziali con risultati negativi sulla sicurezza e sulla cura degli ospiti.
- una conoscenza diretta di una realtà precedentemente sconosciuta.

Si evidenzia che persiste ancora ad oggi una certa reticenza da parte delle Strutture a adempiere alle prescrizioni indicate, in special modo qualora le stesse riguardino l'adeguamento del personale sia in termini numerici che di qualifiche professionali. Ne consegue che si possono creare dei deficit assistenziali con risvolti negativi sulla sicurezza e sulla cura degli ospiti, i quali sono così esposti al rischio di cadute e/o ritardo nel sostegno di cui necessitano e/o ritardo nel trattamento/prevenzione delle complicanze delle patologie di cui sono affetti.

Per concludere, dall'esperienze vissute in questi anni, sarebbe opportuno che le istituzioni sviluppassero dei sistemi di verifica e controllo delle attività di tali strutture, in modo da consentire una uniformità nelle verifiche sul territorio regionale.

La dimissione orientata nella ASL di Viterbo: progetto per l'integrazione tra ospedale e i diversi setting assistenziali territoriali

A. Proietti, DSA ASL Viterbo

Riassunto

Il progetto *Dimissione orientata* nasce con l'intento di integrare la "parentesi ospedaliera" all'interno del Progetto Individuale di Salute. Al centro del percorso l'intercettazione precoce dei bisogni sociosanitari della persona, non solo quelli che hanno portato al ricovero, e la presa in carico proattiva volta ad individuare le condizioni che favoriscono un potenziale prolungamento dell'ospedalizzazione. L'approccio è sistemico, con un processo valutativo a cascata gestito da un team multiprofessionale integrato e supportato dalle Centrali Operative.

Necessario il coordinamento con il Medico di Medicina Generale, primo responsabile del processo di cura, e il coinvolgimento attivo del paziente e delle persone che lo assistono: rientrare al proprio domicilio con indicazioni dettagliate offre alla persona la possibilità di scegliere tra le opzioni di cura, contribuire attivamente alla gestione della malattia, controllare il senso di ansia legato al ritorno a casa.

Assicurare appropriatezza con una scelta ragionata e condivisa della soluzione assistenziale genera benefici che impattano sulla qualità di vita, sulla qualità dell'assistenza, sugli esiti di salute e sulla spesa.

Il progetto

L'evidenza suggerisce che la pianificazione della dimissione dovrebbe iniziare fin dal momento del ricovero, anzi già dall'accesso al PS: questo comporta un approccio sistemico e un confronto continuo lungo un'asse temporale che coinvolge una pluralità di soggetti realizzando una rete di rapporti interprofessionali che si realizza attraverso strumenti informativi digitali e il supporto delle Centrali Operative Territoriali.

Tutti i pazienti che giungono al ricovero, sia in elezione sia in urgenza, vengono sottoposti, subito dopo l'ingresso, ad una valutazione, utile per individuare i "rischi" a cui è esposta la persona durante il ricovero.

Scopo e obiettivi

Lo scopo ultimo è quello di ottimizzare i percorsi assistenziali al fine di assicurare che il paziente sia dimesso al giusto momento nel setting appropriato rispetto alla propria situazione clinica:

- ottimizzare i percorsi assistenziali al fine di assicurare la continuità dell'assistenza e la continuità terapeutica;
- ridurre l'ansia legata all'uscita da un ambiente "sicuro" condividendo uno schema comunicativo per promuovere le azioni di autocura e fornire riferimenti utili per la convalescenza, il follow-up, nonché una guida utile all'orientamento all'interno del servizio sanitario;
- definire un set di informazioni cliniche ed assistenziali tra "chi invia e chi accoglie" il paziente;
- coinvolgere gli stakeholders nel percorso.

Dopo i vari step valutativi si definisce il piano di dimissione, concordandolo con il paziente, i familiari e il MMG. Con idoneo preavviso si organizza l'erogazione dei servizi distrettuali post-ricovero necessari, anche attivando, se necessario degli interventi ponte grazie all'azione dei team di Unità di Continuità Assistenziale (UCA). Tutte le azioni e gli interventi predisposti a garanzia della continuità delle cure vengono inseriti nell'**agenda di dimissione**.

Fase di accettazione

Questa è la fase di valutazione iniziale, da attuarsi entro le 48 ore dal ricovero, necessaria sia per individuare il rischio di dimissione difficile sia per intercettare bisogni semplici anche di natura non strettamente sanitaria. Nei ricoveri in elezione è opportuno identificare prima dell'ingresso i possibili bisogni del paziente, alla dimissione attuando già in questa fase una pianificazione che garantisca una ridotta permanenza in ospedale.

Per evitare che i dati raccolti, utili ai fini della pianificazione della dimissione, siano influenzati da elementi soggettivi, con conseguente scarsa efficienza organizzativa, è bene ricorrere all'utilizzo di strumenti validati e indici assistenziali condivisi.

Lo strumento che consente questa prima valutazione e dà il via al processo di pianificazione della dimissione è rappresentato dalla **Scheda di accertamento infermieristico**, costruita secondo i modelli funzionali definiti da Marjory Gordon (Gordon M, 1985; 1990; 2009). Viene compilata al momento del ricovero e comunque non oltre le 48 ore, tramite un'intervista fatta alla persona malata e/o al suo caregiver, integrata con l'osservazione e la rilevazione di segni e sintomi da parte dell'infermiere.

Sulla base degli score negativi rilevati nei vari domini funzionali indagati si proce-

Gli anziani subiscono alterazioni fisiologiche tipiche del processo di invecchiamento che li rendono più suscettibili agli eventi avversi durante il ricovero, che possono comportare una serie di complicanze estranee alla causa iniziale del ricovero. Queste complicanze possono portare ad una maggiore durata della degenza ospedaliera, al declino funzionale e ad una maggiore mortalità. Inoltre, un anziano su tre ospedalizzato perde la capacità di svolgere le attività della vita quotidiana (ADL) e almeno il 20% sviluppa delirio durante il ricovero. Anche così, l'evidenza suggerisce che gli operatori sanitari hanno bassi livelli di consapevolezza riguardo ai rischi di ricovero in questa popolazione. L'identificazione precoce degli individui a maggior rischio di complicanze ed esiti sfavorevoli consentirebbe un piano di trattamento più adeguato e una migliore allocazione delle risorse a disposizione del team multidisciplinare]. Inoltre, mentre è possibile ottenere una maggiore efficienza nei trattamenti proposti, i pazienti e le famiglie possono essere meglio preparati per le difficoltà successive alla dimissione dall'ospedale. A tal fine, può essere utile una valutazione sistematica al momento del ricovero in ospedale in particolare degli aspetti cognitivi, funzionali, sociali e nutrizionali, nonché la storia di cadute e il rischio di sviluppare lesioni da decubito che sono indici predittivi di ricoveri più lunghi.

Tabella 1 - I rischi nell'anziano ospedalizzato

La <i>continuità assistenziale</i> (prenotazione di visite di controllo sia presso il servizio di dimissione che verso altri centri, l'ingresso nei PDTA aziendali, l'invio a centri di riferimento regionale, l'invio ai punti di assistenza infermieristica).
La <i>continuità terapeutica</i> che prevede la consegna dei farmaci per il primo ciclo di terapia, la stesura del piano terapeutico, il rilascio dell'esenzione e di un foglio informativo su modalità di assunzione e avvertenze utili.
Il <i>piano nutrizionale e/o il piano di trattamento del dolore</i> (definiti dal team di esperti attivato in seguito allo screening ed alla successiva consulenza) Nel piano va definito anche il successivo controllo presso l'ambulatorio dedicato, a domicilio o in televisita.
L' <i>attivazione dei percorsi per la dimissione concordata</i> in seguito allo screening per la dimissione difficile (ADI, residenzialità).
Il <i>piano per il mantenimento/recupero nelle aree di autonomia</i> (attività di vita) e il piano di autocura nella fase di convalescenza o di gestione della malattia cronica (anche con l'ausilio di applicativi di telemedicina e la programmazione di sedute di educazione terapeutica).
La <i>scheda di dimissione integrata</i> : medica, infermieristica, sociale e riabilitativa. La dimissione è integrata perché comunque tutte le azioni saranno frutto di un unico processo concordato tra professionisti.

Tabella 2 - Oggetti della dimissione programmata

derà con l'attuazione di una sequenza di azioni predefinite: ad ogni disfunzione rilevata, o all'associazione di una di queste con i dati anagrafici e sociali, corrisponderà una successiva valutazione/azione (nel rispetto di timing concordati):

- somministrazione di ulteriori scale di valutazione, (Indice di BRASS, Scala di Braden, Scala di Conley, Malnutrition Screening Tool, VAS) per approfondire alcune aree considerate a rischio;
- attivazione di consulenze, quali quella del dietista, del fisioterapista o dell'algoologo, consulenze che possono intercettare e prevenire alcune complicanze spesso legate al ricovero (malnutrizione nell'anziano, disturbi del metabolismo in soggetti a rischio, dolore cronico e disturbi del sonno, rischio di sindrome da allettamento).

Percorsi di preparazione alla dimissione

La corretta programmazione della dimissione deve garantire che il paziente sia dimesso al tempo appropriato rispetto alla propria situazione clinica e che, con idoneo preavviso, sia organizzata l'erogazione dei servizi post-ricovero necessari, garantendo una rapida, sicura e agevole transizione dall'ospedale ad altro setting assistenziale, concordato con il paziente e i suoi familiari. Se necessario si potranno attivare le squadre UCA per supportare le prime fasi di cambio setting. Le aree da attenzionare nella programmazione della dimissione sono riassunte nella tabella 2.

Orientamento e servizi all'utenza in entrata e in uscita

All'ingresso la persona e i suoi famigliari dovranno ricevere tutte le informazioni sul funzionamento del reparto presso il quale sono ricoverati (sistema di chiamata,

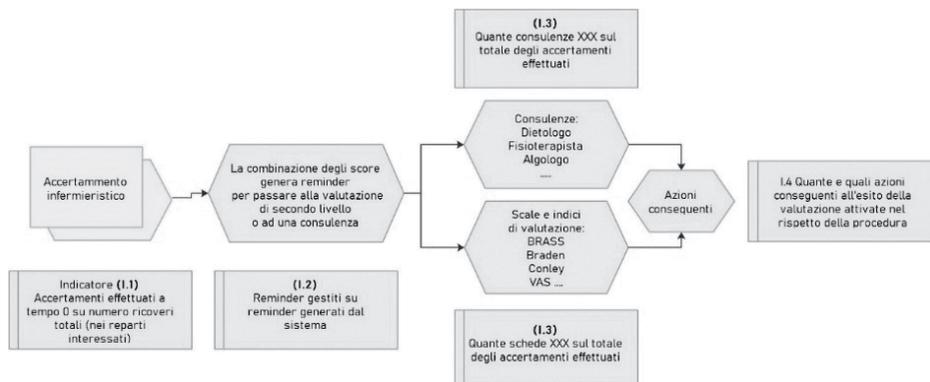


Figura 1- 1° parte del processo

1. Contatta i familiari per confermare la data e l'ora di dimissione.
2. Stabilisce gli accordi per il trasporto del paziente per i casi di pertinenza
3. Conferma gli accordi per:
 - il trasferimento presso altra struttura,
 - fornitura medica da fornire a domicilio (es. ossigeno terapeutico),
 - assistenza domiciliare.
4. Si accerta che la cartella clinica sia completa di tutti gli esami prescritti e dei referti correlati.
5. Si assicura che il paziente sia stato istruito in base alla sua patologia.
6. Si accerta che gli appuntamenti di follow-up siano stati fissati.
7. Si accerta della comprensione da parte del paziente/ familiare mediante la tecnica di "teach back"
8. Fornisce al paziente/familiari l'agenda di dimissione
9. Raccoglie la firma della persona o del caregiver sul foglio delle check list di dimissione.
10. Sigla e data lo stesso foglio e consegna l'originale al caregiver e conserva in cartella la copia.

Tabella 3 - Nurse check-list predimissione

orario visite e colloqui, orario dei pasti, regolamento per l'assistenza h24).

Alla dimissione il paziente e i famigliari dovranno ricevere tutte le informazioni utili al fine di orientarsi nel sistema sanitario sia per atti amministrativi che per bisogni sanitari o sociali, considerando anche le situazioni che potrebbero verificarsi in seguito all'evoluzione della malattia. Il malato dovrà essere aggiornato sui suoi diritti e sull'offerta disponibile così come dovrà sapere chi e come contattare in caso di necessità (ovviamente specificando la necessità di cui trattasi).

Nei diagrammi a seguire si riassumono le fasi del processo ed i relativi indicatori individuati.

Questa rappresentazione grafica ha consentito di guidare anche il processo di informatizzazione delle attività.

La dimissione

Il medico responsabile identifica il paziente eleggibile e stabilisce gli opportuni criteri di dimissione almeno 48-24 h prima della data stabilita, il team medico valuta clinicamente il paziente e prepara la lettera di dimissione. Il membro dello staff infermieristico competente monitorizza e documenta che siano soddisfatti i criteri clinici e organizzativi stabiliti per la dimissione, organizza la documentazione (Agenda di dimissione).

L'agenda di dimissione

È consigliabile realizzare le modalità di dimissione secondo un protocollo standardizzato, quale il discharge contract che noi chiameremo **agenda di dimissione**. La lettera di dimissione che rappresenta una forma di comunicazione unidirezionale e statica, non assolve completamente alla funzione di trasmissione delle informazioni, né in modo alcuno contempla la fase di educazione all'autocura e di orientamento ai servizi, inoltre spesso è troppo coincisa per gli aspetti terapeutici e per le azioni da attuare nella fase di convalescenza che spesso sono indicate oralmente ed in maniera veloce al momento della consegna del foglio di dimissione e danno poco tempo alla persona di elaborare domande e considerazioni.

L'agenda di dimissione consente di condividere informazioni riguardanti la permanenza in ospedale e le azioni da attuare nelle fasi successive.

Contempla quattro aree della comunicazione che corrispondono alle fasi e agli oggetti del processo:

- informazioni sensibili riguardanti la diagnosi, la prognosi e il trattamento ospedaliero e post-ospedaliero;
- informazioni relative al follow-up, dirette sia al paziente sia al caregiver, includendo gli aspetti pratici, i tempi, i farmaci, e la gestione dei fattori di rischio;
- informazioni che permettano al paziente di gestire la malattia o la fase di convalescenza e/o al familiare di effettuare con sicurezza e con la necessaria abilità il ruolo di caregiver del paziente;
- servizi di orientamento e contatti utili.

Nell'agenda sarà presente una parte di modulistica precompilata, inerente informazioni di carattere generale che possono essere utili alla persona (orientamento), ed una parte di modulistica personalizzata (autocura e percorsi di continuità): il foglio dei trattamenti prescritti, dei farmaci (incluse le interazioni cibo/farmaco), il piano nutrizionale, il livello di attività e il piano di appuntamenti di follow-up e le schede con le azioni di autocura. Inoltre saranno presenti i moduli della dimissione integrata (medica, infermieristica e se necessaria riabilitativa e sociale) e i nominativi delle persone da contattare, comprensivi di numeri telefonici, in caso di urgenze o problemi, così come eventuali piani terapeutici e certificazioni di esenzione per patologia.

Alla consegna dell'agenda l'infermiere selezionerà la parte di modulistica utile all'orientamento utile alla persona aggiungendo la parte di modulistica personalizzata compilata dagli attori del percorso andando così a comporre *l'agenda di dimissione della persona*.

Fondamentale la verifica della comprensione delle informazioni trasmesse e la

Moduli precompilati
Scheda 1. Informazioni per ottenere copia della cartella clinica
Scheda 2. Informazioni per ottenere copia della certificazione di ricovero, degenza e dimissione
Scheda 3. Informazioni per il riconoscimento dell'invalidità civile e legge 104/92
Scheda 4. Informazioni per il rilascio dell'esenzione per malattie croniche e per malattie rare
Scheda 5. Informazioni per richiedere l'assistenza protesica
Scheda 6. Informazioni per richiedere l'accesso in RSA
Scheda 7. Informazioni sull'hospice
Scheda 8. Informazioni per l'accesso ai servizi territoriali
Scheda 9. Informazioni per richiedere l'assistenza domiciliare
Scheda 10. Informazioni per accedere al Punto di assistenza infermieristica (PAINF)
Scheda 11. Informazioni sulla gestione della stomia
Scheda 12. Informazioni per accedere alla riabilitazione estensiva ambulatoriale
Scheda 13. Rete ambulatoriale di Prossimità per la Terapia del Dolore e le Cure Palliative
Scheda 14. Ufficio Relazione con il Pubblico (URP)
Moduli personalizzati
<ul style="list-style-type: none"> • Scheda di dimissione integrata: medica, infermieristica, sociale e riabilitativa • Piano di follow-up • Piano di terapia • Piano nutrizionale e/o il piano di trattamento del dolore • Piano di autocura e telemedicina

Tabella 4 - Composizione dell'agenda di dimissione

corretta composizione dell'agenda tramite una checklist che verrà firmata sia dal paziente/parente che dall'infermiere.

Utile è anche disporre di materiale educativo illustrato, opuscoli o altro, che sono integrativi e non sostitutivi del colloquio con il paziente e che possono arricchire l'agenda di dimissione.

La verifica delle capacità di autocura e il problema dell'aderenza terapeutica

L'educazione terapeutica si situa a livello della prevenzione secondaria e terziaria e consiste in un vero e proprio transfert, pianificato e organizzato, di competenze dal curante al paziente in una prospettiva in cui la dipendenza del malato cede il posto alla sua responsabilizzazione (D'Ivernois e Gagnayre, 2009).

L'educazione rappresenta quindi un processo di scambio interattivo che ha inizio fin dal primo approccio di presa in carico ed è continuativo nel tempo al fine di consentire al paziente e/o ai suoi famigliari di:

1. conoscere la malattia (sapere = conoscenza),

2. gestire la terapia in modo competente (saper fare = autogestione),
3. prevenire le complicanze evitabili (saper essere = comportamenti).

Pertanto è opportuno che tale processo abbia inizio fin dalle fasi iniziali della presa in carico sia essa in ambito ambulatoriale che ospedaliero. Nel primo caso l'obiettivo è proprio quello di evitare le ospedalizzazioni grazie ad azioni proattive coordinate di teleassistenza ed al corretto rispetto degli attori del patto di cura.

Nel secondo caso l'obiettivo è di *far arrivare alla dimissione il paziente ed i suoi famigliari con le competenze utili al fine di saper affrontare la sfida del rientro al domicilio o saper accettare soluzioni alternative* se non in grado di farsi carico della situazione. In caso di necessità o in situazioni particolari si potrà attivare un percorso di supporto in accordo con il servizio di psicologia.

Gli obiettivi formativi saranno declinati secondo i tre domini declinati sopra (saper, saper essere e saper fare) con il fine ultimo di garantire il raggiungimento dei seguenti livelli:

- percezione della propria salute;
- conoscenza;
- consapevolezza;
- disponibilità al cambiamento;
- assunzione di decisioni;
- cambiamento nei comportamenti.

Il metodo consigliato in ospedale quello del *teach back*: esporre i concetti uno alla volta e verificare che il paziente abbia compreso e sia in grado di ripetere quanto appena espresso, anche a distanza di alcune ore/giorni. Fondamentale l'addestramento all'utilizzo di device, protesi e ausili, e dispositivi medici. Lo sviluppo in interventi atti a promuovere la partecipazione del paziente si rivela sempre necessaria anche se con finalità diverse:

- nella fase di convalescenza per non compromettere il percorso di ripresa dopo un'acuzie o un intervento;
- nel caso sia previsto un percorso lungo e con rilevanti conseguenze nella vita quotidiana della persona (malattia cronica), per garantire l'aderenza al percorso e limitare/prevenire le complicanze;
- qualora siano presenti fattori di rischio correlati a stili di vita (senza ancora un danno di salute) per modificare alcune abitudini;
- nel caso di attivazione di processi di telemedicina (acquisizione di competenza digitale).

Le stime dell'OMS indicano che tra il 30% e il 50% dei farmaci prescritti non sono assunti come dovrebbero (OMS, 2003). Inoltre, tra il 30% e il 70% dei pazienti commette un errore o uno scambio involontario di farmaci, specie *quando passa da un regime o da un ambito di cura a un altro*. Da qui l'importanza della "decisione condivisa" e il "coinvolgimento della persona", come una componente essenziale del progetto individuale di salute. In questo un aiuto ci viene dalla telemedicina che ci permette di monitorare a distanza alcune situazioni a rischio e di fornire teleassistenza.

Tabella 5 - Estratto da raccomandazione civica per l'aderenza terapeutica, 2018

Altro passaggio importante è il momento della conciliazione della terapia e la definizione del contratto terapeutico che può essere utile per aumentare l'aderenza terapeutica dell'utente al processo di cura.

Il paziente segue correttamente la terapia quando *rispetta il contratto di cura*:

- rispetta tutte le norme di comportamento e quelle dietetiche;
- assume regolarmente i farmaci prescritti;
- usa correttamente le apparecchiature e gli strumenti tecnici (devices ed attrezzature sanitarie);
- si presenta regolarmente alle visite di controllo.

Le Centrali Operative possono in maniera proattiva farsi carico di alcune situazioni di rischio tramite azioni di telecontrollo e teleassistenza, attività di recall o mediante utilizzo di App di auto o telemonitoraggio.

Gestire le dimissioni "difficili"

Per **dimissione complessa o difficile** si intende la dimissione che, nel rispetto della continuità terapeutica ed assistenziale, necessita di un consumo di risorse economiche, umane ed organizzative che vanno oltre la potenzialità del paziente e dei suoi familiari implicando un coinvolgimento particolare di quei presidi territoriali comprendenti i medici di famiglia (MMG), i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI), le strutture accreditate nonché i rientri di ospiti già domiciliati presso case protette e case di riposo. Le variabili che sembrano essere correlate alle dimissioni difficili sono rappresentate dall'età avanzata, dalla perdita di autonomia fisica e cognitiva, dalla presenza di patologie croniche e da situazioni che conducono alla terminalità, a queste vanno aggiunte quelle di carattere economico e sociale (solitudine, povertà, condizioni abitative, ecc.).

Scopo del progetto è quello di garantire la continuità socio/assistenziale ai pazienti che sono dimissibili dall'ospedale perché hanno superato la "fase acuta" ma non hanno esaurito lo "stato di bisogno" (pazienti che hanno la necessità di uno o più interventi coordinati a cura di professionisti diversi).

Tutto questo *assicurando l'appropriatezza grazie ad una scelta ragionata e condivisa della soluzione assistenziale*, lavorando sulla facilitazione nei processi di attivazione e presa in carico sul territorio anche con interventi ponte e garantendo un supporto motivazionale ed educativo al paziente ed ai suoi famigliari.

I risultati attesi sono una riduzione delle giornate di degenza ospedaliera ed una

Esiti della valutazione	
0 – 10 rischio basso	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.
11 – 19 rischio medio	Soggetti a medio rischio di problemi dopo la dimissione: legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.
≥ 20 rischio alto	Soggetti ad alto rischio di problemi dopo la dimissione: perché hanno problemi clinici rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni.

Tabella 6 - Interpretazione punteggio BRASS

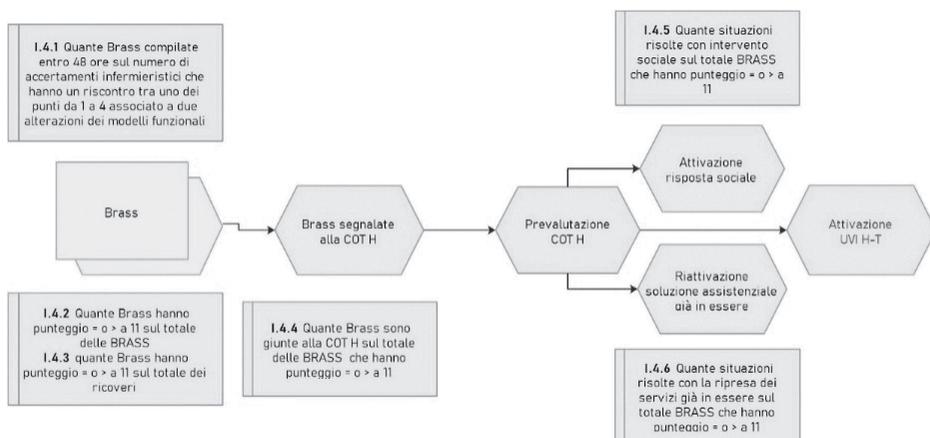


Figura 2 - II° parte del processo

riduzione dei tempi di presa in carico da parte del territorio, facilitando i processi di attivazione/erogazione di prestazioni extraospedaliere.

Fondamentale intercettare prima possibile i pazienti che possono presentare un momento di difficoltà al momento della dimissione, la fase dell'accertamento infermieristico si presta a rilevare gli alert che possono aiutarci in questa lettura dei bisogni.

Se, durante la raccolta dei dati, l'infermiere riscontra l'associazione di uno dei fattori di rischio (età superiore a 65 anni, polifarmacoterapia, recente uso dei servizi sanitari, PS o ricovero, e stato di solitudine) a degli score negativi riscontrati in almeno due dei modelli funzionali, procede con la valutazione di secondo livello. Lo strumento individuato per la valutazione di secondo livello è la **Scheda Blaylock Risk Assessment Screening Score – BRASS, Blaylock and Cason 1992**, uno strumento di semplice e rapido impiego utilizzato per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile che può essere adottato già dal momento dell'ammissione in reparto. La scheda contiene tutte le informazioni relative al paziente che rendono evidente la difficoltà della dimissione e non sono strettamente connessi alla diagnosi d'ingresso.

Casi gestibili dalla COT H	Casi da gestire in raccordo con la COT A e la COT D
<ul style="list-style-type: none"> • Bisogni sociali da prendere in carico in raccordo al servizio sociale dell'ente locale di riferimento; • attivazioni di servizi di volontariato anche in funzione delle risorse presenti sul territorio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Casi che necessitano solo di una riattivazione di un percorso territoriale già in essere; • attivazione di interventi intermedi; • attivazione della UV integrata H-T; • ingresso in percorsi di cura dedicati alla cronicità.

Tabella 7 - Casi tipo

Una volta individuata la classe di rischio la COT H (Centrale Operativa per l'integrazione Ospedale-Territorio) si farà carico delle segnalazioni con punteggio superiore a 11, in prima istanza attenzionando e cercando una soluzione ad eventuali bisogni sociali e coinvolgendo la COT A (Centrale Operativa Aziendale) per la risoluzione di bisogni sanitari di natura semplice e bisogni sociosanitari di natura complessa.

Procederà ad una prima valutazione l'Unità valutativa ospedaliera il cui core è composto da:

- responsabile del caso clinico;
- coordinatrice infermieristica UO e/o fisioterapista che ha in carico il caso;
- assistente sociale (servizio sociale ospedaliero).

L'équipe così composta si potrà avvalere del supporto di un geriatra o di un esperto in valutazione multidimensionale (UVMD) e potrà interfacciarsi con gli altri attori coinvolti nel percorso (medico palliativista, medico rianimatore, nutrizionista).

Il PAI definito dell'équipe valutativa sarà un PAI provvisorio e verrà riconfermato o modificato prima della scadenza dalla UVMD del distretto di competenza, sappiamo infatti che spesso il cambio di setting comporta anche dei repentini cambi delle condizioni cliniche della persona, spesso in senso migliorativo se questa ritorna al suo domicilio. Il passaggio di informazioni alla COT D, garantirà la verifica dell'appropriatezza della soluzione assistenziale proposta ed il rispetto del timing di rinnovo alla scadenza. In caso la presa in carico sul territorio non sia immediatamente disponibile alla dimissione potrà attivare un intervento ponte a carico delle UCA. Nei casi più complessi si potrà programmare l'accesso della UVI H-T in contesto ospedaliero.

In ogni caso la valutazione multidimensionale è da effettuarsi al massimo **entro la quarta giornata di ricovero**, poiché l'obiettivo è quello di avere l'intervallo di tempo giusto per attivare una risposta organica sul territorio al fine di non ritardare la dimissione.

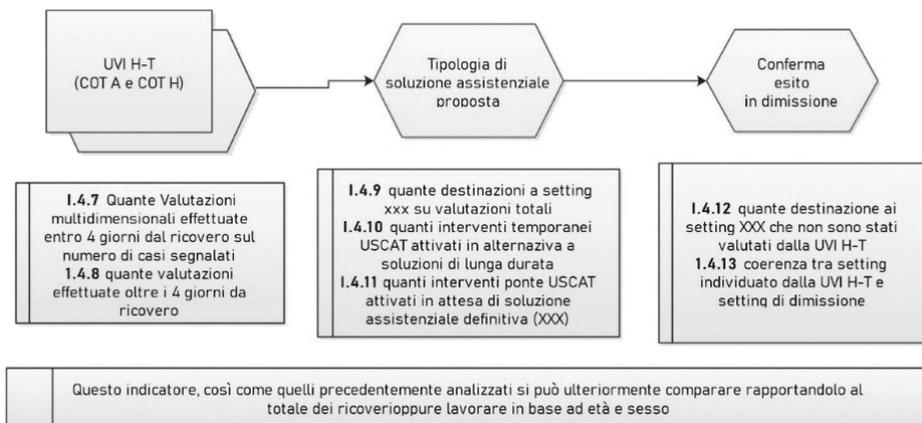


Figura 3 - III° parte del processo

Oltre alla valutazione del paziente in reparto si programmerà anche un colloquio con i famigliari da tenersi in un luogo che assicuri la privacy e la tranquillità necessarie per condividere le opzioni assistenziali proponibili che verrà gestito dall'assistente sociale, presente quotidianamente in ospedale. Inoltre l'assistente sociale provvederà ad effettuare un'analisi delle risorse familiari del paziente e, laddove inesistenti attiverà la rete coinvolgendo il Comune di residenza per avviare una presa in carico condivisa verificando anche le necessità istruttive e i fattori economici e ambientali.

Le prescrizioni di presidi e ausili verranno effettuate dalla UV al momento della valutazione ospedaliera per anticipare i tempi necessari per l'acquisizione degli stessi, sulla base della presenza dei requisiti di prescrizione, ad esempio se la persona è in possesso d'invalidità, farà seguito il percorso agevolato di autorizzazione presso il servizio protesico.

La data di dimissione vera e propria andrà possibilmente concordata o comunque comunicata prima possibile all'équipe di presa in carico territoriale (almeno 72 ore prima) o al setting di cura individuato (congruità liste d'attesa) fermo restando:

- il completamento dell'iter diagnostico e terapeutico, *si ricorda che la dimissione è una responsabilità del medico di reparto che ha in cura il paziente;*
- la condivisione con il paziente ed i suoi famigliari di *tutte le soluzioni assistenziali presenti sul territorio al fine di attuari scelte appropriate e consapevoli,* fermo restando la azione di counselling e supporto che faccia capire alla persona che non verrà in ogni caso lasciata sola;
- la rivalutazione del caso in seguito a complicanze durante il ricovero.

Garantire la continuità delle cure nella dimissione “semplice”

Lo scopo del lavoro è quello di stabilire una modalità condivisa di pianificazione delle dimissioni non solo dei pazienti complessi ma in generale di tutti quei pazienti che al ritorno a domicilio avranno bisogno di essere seguiti nel periodo di convalescenza o in quanto affetti da una patologia cronica. La persona dimessa dall'Ospedale non deve essere “persa di vista” e lasciata a navigare in un mare di difficoltà senza punti di riferimento.

La convalescenza dopo un evento acuto o dopo un intervento chirurgico è un momento delicato che può contribuire a determinare la buona riuscita dell'intervento clinico-assistenziale effettuato.

La diagnosi di una malattia cronica determina uno stato di ansia nella persona che si può fronteggiare inserendola da subito in un percorso di cure affinché essa non si senta sola ed abbandonata.

In particolare va attenzionata l'educazione all'autocura, il paziente dovrà essere preparato a gestire la terapia, eventuali presidi, osservare le medicazioni, essere addestrato ad eseguire semplici manovre. Se lui non è in grado di agire in piena autonomia l'addestramento e la formazione coinvolgerà il suo caregiver e i suoi familiari. Dovrà conoscere i possibili effetti collaterali dei farmaci e gli eventuali segni e sintomi da attenzionare. Avrà già un piano di cura predisposto con le date dei follow-up e dove questi verranno eseguiti, tenendo conto del principio della prossimità e conoscerà i contatti dei servizi e saprà chi chiamare in caso di difficoltà o segni di allarme. Il piano terapeutico e l'eventuale esenzione, così come altre pratiche amministrative saranno avviate già in contesto ospedaliero evitando alla persona di recarsi agli sportelli CUP una volta dimessa.

Dall'altro lato i professionisti deputati alla presa in carico dopo la dimissione avranno modo condividendo le piattaforme informatiche di conoscere in anticipo la situazione ed essere pre-allertati sulle azioni da pianificare in conseguenza alla dimissione. Lo stesso MMG verrà tenuto aggiornato.

In questo modo il ricovero diventerà una parentesi all'interno del PRIS e tutte le azioni di cura saranno condivise tra i professionisti che si faranno carico di prendere o riprendere in mano il percorso di cura senza interruzioni di continuità.

La Centrale Operativa potrà essere coinvolta nel processo di dimissione orientata laddove sia necessario un supporto per presa in carico territoriale del servizio specialistico di competenza, qualora la persona sia affetta da una o più cronicità, sia per la calendarizzazione di una prima visita in ambito specialistico (previo invio richiesta), sia per il reclutamento in PDTA aziendali, sia per il reinserimento in un altro ambito territoriale in una logica di prossimità. Potranno essere segnalati anche gli utenti così detti "*frequent user*" per eventuali percorsi di presa in carico o azioni proattive di monitoraggio.

Gli interventi intermedi a supporto del processo

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe mobile (medico e infermiere),

Gli interventi sono volti prevalentemente alla gestione di persone adulte e anziane con cronicità. Le condizioni che determinano un intervento a domicilio sono:

- paziente in isolamento per gestione della patologia Covid o di altre problematiche cliniche concomitanti;
- temporanea o definitiva impossibilità alla movimentazione (disabilità e non autosufficienza);
- paziente con fragilità e/o acuzie in atto che ne rendono rischioso il trasporto/ l'accesso in ospedale.

che interviene a domicilio del paziente, a livello territoriale distrettuale, su attivazione della Centrale Operativa Territoriale (COT A) per la gestione di situazioni clinico-assistenziali complesse, anche nelle fasi di transitional care. Non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico

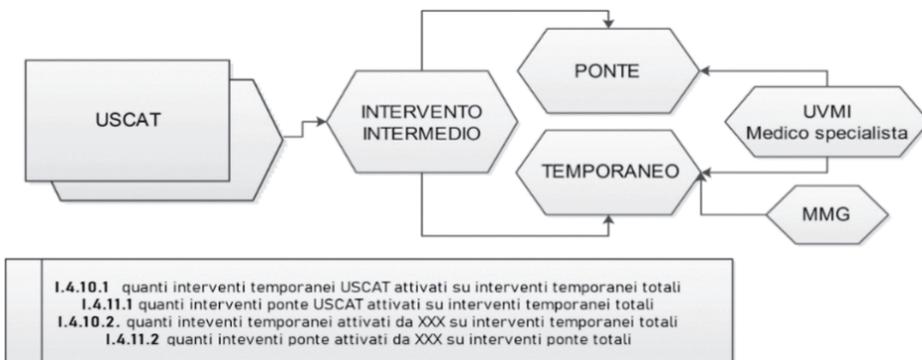


Figura 4 - IV° parte del processo

<p>L'infermiere presente in centrale raccoglierà le richieste, facendo una prima valutazione della congruenza delle stesse, contattando se necessario il servizio richiedente e il caregiver per raccogliere ulteriori informazioni (presenza del caregiver e competenza nel supportare gli interventi, idoneità dell'ambiente domestico).</p>
<p>Il modulo contiene la scala che definirà la prima traccia del setting d'intervento appropriato, fermo restando l'autonomia del medico e la volontà della persona coinvolta, la completezza delle informazioni consentirà di definire le giuste modalità d'intervento, il giusto timing nel rispetto della sicurezza dell'utente e dell'operatore.</p>
<p>Al concetto di stabilità/instabilità va rapportata l'età, la condizione di base e la possibilità di essere mobilitato/spostato. In ogni caso verrà coinvolto il MMG per la condivisione del piano di intervento.</p>
<p>La COT A allenterà l'UCA per contestualizzare l'intervento: se la richiesta è appropriata e risponde ai criteri definiti e condivisi si potrà procedere con la calendarizzazione e l'erogazione dell'intervento, altrimenti si potrà richiedere un approfondimento o valutare altra soluzione assistenziale.</p>
<p>Il medico che richiede l'intervento è comunque coinvolto nel processo di gestione della situazione clinico assistenziale ed in alcuni casi partecipa attivamente, anche mediante teleconsulto o visita in presenza.</p>

Tabella 8 - Il processo

definitiva del paziente, con interventi temporanei o ponte.

Lo scopo è quello di attuare tempestivamente una presa in carico temporanea finalizzata al superamento delle fasi di instabilità clinica o alla regolarizzazione del percorso assistenziale definitivo grazie all'erogazione di prestazioni compatibili con la domiciliarietà (giusto setting assistenziale, giusto timing di erogazione) al fine di limitare i ricoveri e favorire la deospedalizzazione precoce di persone anziane.

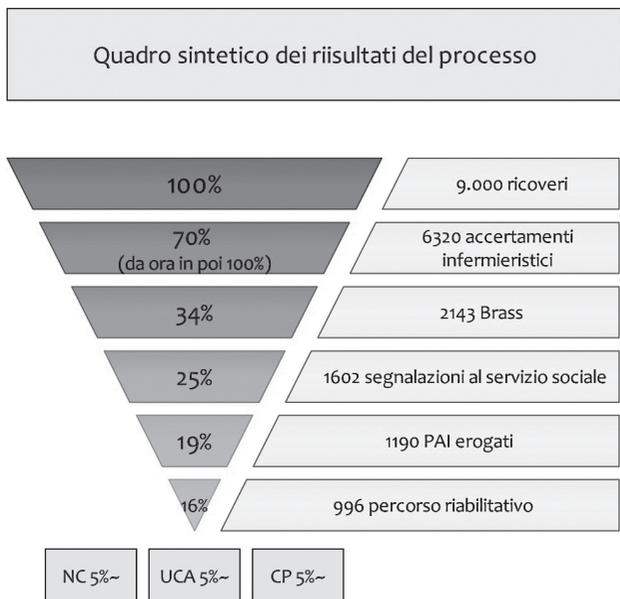
Gli interventi si distinguono in:

1. **intervento temporaneo** in pazienti che richiedono un episodio di cura limitato nel tempo:
 - per favorire una dimissione precoce garantendo a domicilio: la continuità terapeutica, i controlli delle condizioni cliniche nel post dimissione ad intervalli concordati con il servizio, anche attraverso l'esecuzione di esami ematici, ECG, EGA e spirometria, la gestione di situazioni complesse in supporto all'ADI (medicazioni, drenaggi, stomie) e altre eventuali necessità segnalate dalla UOC dimettente,
 - per evitare il ricovero di pazienti cronici noti grazie ad una valutazione a domicilio e l'eventuale trattamento necessario (concordando l'iter diagnostico terapeutico con il servizio di cura) qualora la situazione non presenti caratteri di urgenza,
 - nei casi Covid + oltre che per le situazioni già segnalate per tutte le necessità correlate alla malattia infettiva compreso l'esecuzione di tamponi o il controllo in follow-up delle condizioni cliniche;
2. **intervento ponte** per supportare momenti di transizione delle cure in attesa dell'organizzazione di una risposta assistenziale organica e definitiva.

Risultati

Nella fase di sperimentazione (febbraio 2022/febbraio 2023) sono stati effettuati 6320 accertamenti infermieristici, circa 2800 pazienti hanno necessitato di un ulteriore approfondimento della loro situazione in prossimità della dimissione. Sono state somministrate 2143 BRASS di queste 1602 avevano uno score uguale o superiore a 11 e quindi sono state segnalate al servizio sociale. In totale 1190 casi sono stati valutati dall'UVM e dimessi con un PAI già concordato almeno tre giorni prima della dimissione.

La riabilitazione attivata in maniera precoce, su ben 578 persone che avevano una BRASS con indice inferiore a 11 e 418 persone con BRASS uguale o superiore a 11, ha permesso di inviare a domicilio il 33% degli utenti, con alterata funzionalità nel modello attività fisica, con l'addestramento e la predisposizione di un piano



personalizzato autogestito.

Per il 6% degli utenti valutati è stato attivato il Centro di nutrizione clinica e/o il Servizio di terapia del dolore e delle cure palliative. Anche l'Unità di Continuità Assistenziale stima una percentuale di attivazione sovrapponibile.

Nello specifico per le UCA nel primo trimestre 2023 sono stati presi in carico 97 pazienti, per alcuni di questi sono

giunte più richieste per un totale di 165 attivazioni. La gestione dei casi ha comportato 258 accessi a domicilio con 704 prestazioni. Si nota un incremento costante delle attività nel tempo, in particolare del numero delle prestazioni grazie all'arricchimento del catalogo con le attività di telemedicina e telediagnostica. Le richieste provengono per il 65% dal territorio (MMG), che corrispondono ad altrettanti ricoveri evitati, e per il restante 35% dalle strutture ospedaliere per anticipare le dimissioni.

Conclusioni

La corretta programmazione della dimissione con l'attivazione precoce dei servizi post-ricovero necessari, favorisce una stretta connessione tra ospedale, attori preposti alla presa in carico territoriale e MMG, definendo anche il contributo che il malato e il caregiver possono dare al processo di cura.

Le informazioni dettagliate, la risposta tempestiva sul territorio, riducono l'ansia del malato e dei famigliari legata all'uscita da un ambiente "sicuro" e favoriscono la casa come primo luogo di cura.

Bibliografia

1. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021
2. Decreto Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione

- di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"
3. Blaylock A., Cason C. *Discharge Planning predicting patients'needs*, *Journal of Gerontological Nursing* 1992, 18 (7), 5-10
 4. Courtney M.D., Edwards H.E., Chang A.M., Parker A.W., Finlayson K., Hamilton K., *A randomized controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high-risk older adults: a study protocol*. *BMC Health Serv Res* 2011; 11:202
 5. Ferguson M., Capra S., Bauer J., Banks M., *Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients*, *Nutrition*, Volume 15, Issue 6, 1999, Pages 458-464, ISSN 0899-9007, [https://doi.org/10.1016/S0899-9007\(99\)00084-2](https://doi.org/10.1016/S0899-9007(99)00084-2)
 6. Girotto E., Roveron G., Bortolami E., Piva F., Ferrarese S., Pavanati P., Rossin M., & Chiari, P. *Utilizzo dell'indice di Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) nei reparti di Geriatria e Medicina dell'Azienda Ulss 18 di Rovigo - Studio prospettico*. *Professioni Infermieristiche*, (2019) 69(2). <http://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/244>
 7. Gordon M., *Nursing diagnosis*, *Annual Review of Nursing Research*, 1985, 3, 127-146
 8. Gordon M., *Toward Theory-Based Diagnostic Categories*. *Nursing Diagnosis*, 1990, 1, 5-11
 9. Gordon M., *Diagnosi Infermieristiche. Processo e applicazione*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2009
 10. Mabire C., Dwyer A., Garnier A., Pellet J. *Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review*. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2016 Sep; 14(9):217-260. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003085. PMID: 27755325
 11. Mennuni M., *Position paper ANMCO: Gestione della dimissione ospedaliera*, *G Ital Cardiol* 2016; 17(9):657-686
 12. Zampieri S., Cirio L., Montanaro A., Ferrone R., Toso M.L. & Fabbri S., *Il caregiver del paziente a rischio di dimissione difficile: un'analisi dei bisogni in area medica*. *Professioni Infermieristiche*, (2019) 71(4). <http://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/569>

Referente

- Antonella Proietti: antonella.proietti@asl.vt.it

ABSTRACT

Intelligenza Epidemiologica e Committenza nell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1

G. Quintavalle, G. D'Agostino, R. Volpini, E. Gullino, S. Ippolito, P. Parente,
M.G. Martelli, A. Barbara, L.C. Barone

Introduzione

Il Gruppo di Lavoro Nucleo Intelligenza Epidemiologica opera integrandosi con le altre componenti della Centrale Distrettuale ed è inserito a livello distrettuale quale articolazione funzionale della UOC Analisi dei Bisogni, Programmazione e Committenza del Distretto.

La capacità di eseguire valutazioni a partire da flussi informativi sanitari correnti regionali / aziendali e la stratificazione della popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette una differenziazione delle strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.

Obiettivo

Fornire un supporto strategico per il governo del Distretto e per la programmazione degli interventi di prossimità che faccia leva sulla stima dei bisogni assistenziali e socioassistenziali (analisi della domanda, dell'offerta e del contesto), sia espressi sia inespressi, per permettere l'ottimizzazione delle strategie di intervento mediante l'analisi dei flussi informativi aziendali e mediante lo studio delle statistiche socio-demografiche correnti e l'integrazione tra questi e la conoscenza dei servizi aziendali ed extra-aziendali presenti sul territorio.

La definizione di livelli di stratificazione dei bisogni sanitari e sociali della popolazione è un punto cardine per l'individuazione di priorità di intervento, con particolare rilievo ai determinanti sociali di salute.

Materiali e metodi

La mappatura delle risorse distrettuali è stata effettuata con appositi software GIS (QGis, ArcGIS, Mymaps, Batchgeo, ecc.) e strumenti istituzionali (Sezioni di Censimento ISTAT, Zone Urbanistiche, Municipi) di rappresentazione e lettura cartografica. Le informazioni inerenti le risorse sanitarie e socio-sanitarie sono integrate con quelle sociali come le associazioni di volontariato, le parrocchie, le scuole pubbliche e private, mense sociali e centro di ascolto, al fine di effettuare una analisi il più possibile completa e puntuale del contesto di riferimento per individuare/pianificare/programmare azioni prioritarie di contrasto e riduzione delle disuguaglianze in salute. Nell'ottica di rappresentare e fare emergere i bisogni delle comunità, ovvero organizzare adeguatamente i servizi e programmare in maniera appropriata l'erogazione delle prestazioni, si è reso necessario individuare una suddivisione dei Distretti per "zone" Urbanistiche. Questa suddivisione può essere usata per definire le aree di pertinenza dei servizi (es. Case della Comunità) e per descrivere lo stato di salute o i bisogni di salute della popolazione con un livello di dettaglio maggiore all'interno del distretto.

Nell'attività di mappatura delle risorse sanitarie/ MMG/PLS abbiamo proceduto con la stratificazione dei MMG secondo cut off di età (under 40; 40-45; 50-65; over 65) considerando come parametro utile l'età di pensionamento.

Risultati

L'esperienza maturata ha evidenziato come il Nucleo attraverso la mappatura delle risorse distrettuali si occupa di monitorare periodicamente i bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione di riferimento, eventualmente condividendo i risultati di tale monitoraggio attraverso la produzione di report per i servizi aziendali, per MMG/PLS. In particolare i report MMG/PLS risultano molto utili nella individuazione di zone carenti in relazione alle zone urbanistiche distrettuali.

Conclusione

L'attività del gruppo di Lavoro del Nucleo intelligenza Epidemiologica ha come scopo finale quello di orientare le scelte di governance dei sistemi sanitari territoriali e di implementare così il sistema di committenza dei servizi sociosanitari.

Il paziente cronico al centro delle Cure Primarie: un'esperienza di formazione trasversale che si conferma nel tempo

V. Mastrilli, *UOC Direzione D 9*

R. Gallo, *UOC Direzione D 9*

D. Ingrassia, *UOC Direzione D 9*

A. Lancia, *UOC Casa della Salute D 9*

E. Megli, *UOC Direzione D 9*

Introduzione

La gestione dei pazienti cronici richiede la formazione agli aspetti clinici e alla gestione condivisa di percorsi attuati da team multiprofessionali. La formazione continua in sanità resta ancora ampiamente da valorizzare per le attività degli operatori, richiamata anche nella Missione 6 del PNRR. Nel corso del 2022, nel Distretto 9 - ASL Roma2 è stato organizzato un corso di formazione accreditato ECM, inserito nel Piano Formativo Aziendale (PFA), indirizzato a tutti gli operatori della cronicità.

Obiettivo

Descrivere il percorso e i risultati dell'esperienza formativa pilota, già stata riprogrammata per il PFA 2023.

Materiali e metodi

Il corso si è svolto in modalità blended: 24 ore formative (18 ore online in 3 incontri di 6 ore + 6 ore di formazione sul campo in presenza sull'educazione terapeutica). Il corso si è avvalso della metodologia e collaborazione della Scuola di Formazione AMD (Associazione Medici Diabetologi), attraverso un approccio attivo ed interattivo ed *engagement* dell'operatore sanitario e persona con malattia cronica, in particolare con diabete. Utilizzati questionari on-line, inviati ai partecipanti prima dell'inizio del corso, finalizzati alla valutazione delle aspettative e bisogni, e al termi-

ne del corso per la valutazione della soddisfazione. Prima di ogni incontro è stato inviato un ulteriore link contenente una domanda specifica di riflessione, oggetto di discussione durante il corso, per confrontare il punto di vista degli operatori sanitari e dei pazienti (hanno risposto alla stessa domanda posta dal team). Per simulare la corretta attuazione del PDTA diabete, sono stati rappresentati dei casi clinici raccontati da più voci (Medico Medicina Generale - MMG, diabetologo, infermiere e paziente).

Risultati

Al corso hanno partecipato 40 operatori sanitari: 23 infermieri, tra cui infermiere di Famiglia, 6 medici internisti, 1 cardiologo, 1 diabetologo, 4 medici di Distretto e Dipartimento di Prevenzione, 5 MMG. Al termine del corso 80% dei rispondenti ritiene alto il proprio livello di conoscenza sull'engagement del paziente con malattia cronica (vs. 66% inizio corso). Il 96% riferisce di avere una percezione più concreta di come ciascun operatore può effettuare interventi di prevenzione, promozione della salute e educazione durante il lavoro quotidiano con i pazienti cronici; il 96% dei rispondenti crede di essere più motivato alla presa in carico del paziente cronico. La modalità interattiva ha favorito una riflessione teorica e pratica, grazie all'analisi degli aspetti della cura e dei bisogni dei pazienti e degli operatori, mettendo in risalto gli elementi di comunicazione e educazione terapeutica strutturata.

Conclusioni

Tale processo di formazione *evidence based* ha come obiettivo il miglioramento delle competenze professionali e delle capacità organizzative di tutti coloro che sono coinvolti nei percorsi di cura, in un'ottica di efficacia e di efficienza, e la creazione di un sistema di pensiero comune di gestione del percorso che sia di *team* e di processo.

Il ruolo della famiglia nel percorso di cura dei pazienti affetti da Disturbo da Gioco d'Azzardo

*“Tutte le famiglie felici sono uguali,
ogni famiglia infelice è infelice a modo suo”.*

da “Anna Karenina” di L.N. Tolstoj

F. Maione, *Dirigente Psicologo*

R. Solli, *Dirigente Medico*

C. Pierlorenzi, *Dirigente Psicologo Responsabile UOS*

N. Corinaldesi, *Assistente Sociale, UOS Patologie da Dipendenza D 9 ASL Roma 2*

Introduzione

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è una patologia che non coinvolge solo i giocatori ma tutte le persone che ruotano attorno ad essi: familiari, amici, colleghi di lavoro, famiglia allargata. In particolare la famiglia del giocatore d'azzardo patologico manifesta una importante sofferenza e peggioramento della qualità di vita a vari livelli: economico, relazionale, psicologico e fisico.

Obiettivo

Da queste premesse a partire da ottobre 2021 abbiamo introdotto una modalità di intervento sui giocatori d'azzardo patologici che prevede anche un focus specifico sui familiari, ritenendo che il coinvolgimento degli stessi migliori i risultati terapeutici, l'accettazione e la permanenza in trattamento dei pazienti.

Mentre per i giocatori in carico al Servizio è previsto, oltre al lavoro individuale a carattere diagnostico e psicoterapico, anche un lavoro di psico-educazione in gruppo che prevede un minimo di 8 incontri gestiti dall'équipe multidisciplinare, per i

familiari vengono organizzati 5 incontri di gruppo della durata di 2 ore con somministrazione di un questionario pre e post intervento sulle conoscenze del DGA.

Materiali e metodi

Negli incontri con i familiari viene utilizzata una dinamica di gruppo che a partire dall'informazione si evolve poi in esperienza condivisa.

Nel I° incontro di gruppo vengono forniti contenuti rispetto alle patologie da dipendenza in generale, rispetto al DGA e alla psicopatologia del giocatore.

Nel II° incontro di gruppo vengono fornite informazioni e strategie di gestione economica della persona con DGA come per esempio il tutoraggio economico, la possibilità di nomina di un amministratore di sostegno o la possibilità di counseling finanziario presso sportelli antiusura o altre realtà che offrono servizi di tutela finanziaria.

Nel III° incontro di gruppo vengono fornite informazioni sull'eventualità della ricaduta, sempre presente in una patologia recidivante come il DGA.

Nel IV° e V° incontro di gruppo è prevista la partecipazione anche dei pazienti giocatori che con i familiari creano un momento di confronto che mira al rafforzamento del sentimento di appartenenza del paziente alla famiglia e viceversa.

Risultati

Fino ad oggi abbiamo organizzato n. 3 gruppi familiari per un totale di n.15 incontri.

Conclusioni

Dato il numero ancora limitato dei partecipanti al gruppo le nostre conclusioni possono essere del tutto preliminari ma, sicuramente, è possibile effettuare delle riflessioni.

La nostra esperienza ci ha permesso di comprendere finora che offrire uno spazio di ascolto e di condivisione alle famiglie dei giocatori d'azzardo patologici e soprattutto informarli sul fatto che essere giocatori d'azzardo significa essere portatori di un vero e proprio comportamento disfunzionale che necessita di una riabilitazione specifica e globale, esita in una precoce ripresa delle comunicazioni e delle relazioni intra-familiari e implementa la motivazione al cambiamento del paziente che non si sente più solo nel suo percorso di recupero.

L'infermiere di famiglia e di comunità e la sanità d'iniziativa: un'esperienza di prossimità nel Distretto 9 ASL Roma 2

R. Gallo, *UOC Direzione Distretto 9*

L.S. Iaià, *UOC Assistenza alla Persona*

M. Ciotti, *UOC Assistenza alla Persona*

G. Cairella, *UOSD Promozione della salute, piani della prevenzione e medicina dello Sport*

A. Lancia, *UOC Casa della Salute D 9*

E. Megli, *UOC Direzione Distretto 9*

C. Puleio, *UOC Assistenza alla Persona*

F. Boldrini, *UOC Assistenza alla Persona*

B. Porcelli, *UOC Assistenza alla Persona*

Introduzione

La intercettazione precoce dei fattori di rischio e l'intervento sugli stili di vita modificabili costituisce la modalità cost-effective e di provata efficacia nel contenimento delle MCNT.

Obiettivo

Obiettivo del lavoro è descrivere l'esperienza dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) nel Distretto 9 ASL Roma 2, in raccordo con il Medico di Medicina Generale (MMG), il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Salute mentale (DSM) e gli altri servizi presenti sul territorio distrettuale.

Materiali e metodi

I soggetti, 45-65enni assistiti nel Distretto 9, sono stati reclutati a partire dai database dei MMG. Durante il primo incontro è somministrato un questionario di 30 items per individuare le aree di rischio comportamentali e le conseguenti aree di

intervento. Sono effettuate valutazioni periodiche durante le quali si monitorano gli interventi e si rivalutano gli obiettivi di salute.

Risultati

Il progetto è stato avviato nel primo trimestre 2022 e ha visto aderire un numero progressivo di Medici di Medicina Generale fino ad arrivare a 12, con 4 infermiere di Famiglia e di comunità, 52 i pazienti presi in carico. Sono state effettuate riunioni periodiche con gli attori coinvolti ogni bimestre fino al novembre 2022. Sulla base dell'analisi del percorso sono stati individuati come punti di Forza: l'ottenimento dei primi risultati sugli stili di vita già dopo pochi incontri con IFeC; la creazione dei percorsi di facilitazione per l'adesione ai programmi di screening oncologici e nutrizionista; la costruzione di un canale di comunicazione con Il SerD (Servizio per le Dipendenze) e il DSM. In fase di creazione il supporto informatico. Le IFeC hanno inoltre partecipato insieme alla UOSD Promozione della salute, piani della prevenzione e medicina dello Sport all'iniziativa di promozione della Salute nel Distretto 9 che si è tenuta il 12 novembre 2022, che si ripeterà nel giugno 2023. È in programma l'apertura ad altre metodologie di reclutamento per aumentare la platea dei rispondenti.

Conclusioni

L'offerta attiva di un percorso che nella prossimità offre un servizio di sanità d'iniziativa si è rivelata uno strumento utile non solo per la rilevazione precoce dei bisogni non espressi, ma anche per far conoscere e facilitare l'uso corretto dei servizi territoriali. Non ultimo, oltre ad un accompagnamento dei cittadini in un percorso dedicato, è stata una proficua occasione per creare reti tra i servizi appartenenti a Dipartimenti diversi, utilizzando come anello di congiunzione la presa in carico dei bisogni nel contesto del territorio distrettuale. La figura dell'IFeC, valorizzata anche nei documenti di recepimento del DM77 in Regione Lazio, si è finora confermata come elemento chiave nel raccordo di queste attività.

L'offerta attiva degli screening oncologici a persone con patologia cognitivo-comportamentale e caregivers:

il ruolo della prossimità infermieristica per l'equità di accesso

S. Venezia, C. Salamandro, M. Trinito, C. De Marchi, D. Marotta, F. Amadori, F. Arrivi, V. Pettinicchio, O. Petrignani, B.I. Corbo, R. Facchini, A. Palazzesi

Introduzione

In Italia sono attivi tre programmi di screening oncologici che si propongono di identificare e trattare lesioni precancerose e neoplastiche in stadio iniziale: lo screening mammografico, lo screening cervicale e lo screening coloretale. I programmi sono rivolti alla popolazione generale in un'ottica di bassa soglia di accesso ed equa offerta. Il Progetto Curare con Cura della ASL Roma 2 prende in carico persone con patologie cognitivo-comportamentali e rispettivi caregivers.

A dicembre 2022 è stato stipulato un protocollo operativo tra Coordinamento Aziendale Screening Oncologici e Progetto Curare con Cura della ASL Roma 2 per favorire la partecipazione ai programmi di screening della popolazione con patologie cognitivo-comportamentali e dei caregivers.

Obiettivo

Descrivere i dati relativi al primo trimestre di attività di promozione del test di screening del tumore coloretale in due Distretti.

Materiali e metodi

Il personale infermieristico di Curare con Cura è stato formato sugli screening oncologici e sul funzionamento del portale regionale dedicato (SIPSO 2.0) in modo da poter fare attività di promozione e offerta attiva degli stessi, occupandosi di consegnare, ritirare e recapitare presso il Laboratorio di riferimento il kit per la ricerca del sangue occulto fecale (FIT).

Risultati

Il 1° gennaio 2023 è stato avviato il progetto pilota nei distretti 8 e 9, con la formazione e l'abilitazione a SIPSO2.0 di tre infermiere.

Secondo i dati preliminari, il test per lo screening coloretale è stato offerto a 83 persone.

Hanno aderito alla proposta 56 utenti (67%), 19 persone con disabilità e 37 caregivers. Tra le principali ragioni di mancata adesione vi era l'aver effettuato un recente FIT, una colonscopia o aver già ricevuto diagnosi di tumore del colon.

Il test è risultato negativo nel 95% dei casi (53/56); dei 3 campioni risultati positivi, 2 sono attribuiti a persone con disabilità.

Il 70% (39/56) dei FIT eseguiti appartenevano a persone che non avevano mai aderito allo screening coloretale.

Conclusioni

Il progetto ha permesso di raggiungere persone fragili, che hanno difficoltà ad accedere ai programmi di prevenzione offerti dal Sistema Sanitario Regionale. Questa difficoltà è legata sia alla complessità dei bisogni dei pazienti con patologia cognitivo-comportamentale, che all'elevato carico di cura che pesa sui familiari, agendo da barriera all'accesso agli screening oncologici, per mancanza di tempo o di risorse mentali ed emotive. Questa strategia, basata sulla centralità dei pazienti e dei loro familiari invece che sulla centralità dei servizi, consente una maggiore equità di fruizione.

Dal 1° maggio 2023 il progetto si estenderà al Distretto 5 e dal 1° giugno 2023 anche i Distretti 4, 6, e 7, con un totale di 10 infermier* format* e abilitat* all'uso di SIPSO2.0.

Inoltre, l'offerta attiva riguarderà anche gli screening mammografico e citologico attraverso:

- prenotazione della mammografia;
- prenotazione del Pap-test o HPV-DNA test.

Digitalizzazione della Presa in Carico del paziente cronico e del Piano di Salute Individuale: “Per TE”

G. Casati, *Direttore Generale ASL Roma 2*

A.S. Miglietta, *Direttore UOC Percorsi Clinico Assistenziali e Telemedicina ASL Roma 2*

L.D. Barberini, *Dirigente Amministrativo UOC Controllo di Gestione ASL Roma 2*

Introduzione

La Asl Roma 2 con il progetto “Per TE” persegue un nuovo approccio nato dalla consapevolezza aziendale di avviare un cambiamento culturale, organizzativo ed operativo, per superare progressivamente l'autoreferenzialità che caratterizza ogni attore assistenziale, ospedaliero o territoriale, e per costruire una rete integrata di attori riconoscibili, nella quale il paziente possa muoversi avendo riferimenti digitali documentalmente affidabili e stabili, dei quali deve poter percepire il valore e la differenza all'interno di un disegno unitario.

Obiettivi

Il progetto “Per TE” mira a:

- attuare un modello di presa in carico multidisciplinare per il paziente affetto da patologie croniche, armonizzando i PDTA tramite il Piano di Salute Individuale (PiaSI) ed eseguendo le prestazioni nei tempi indicati;
- garantire la prenotazione delle prestazioni allo studio del MMG e l'esecuzione nel Centro erogatore più vicino al domicilio, eliminando i tempi dedicati agli spostamenti per lo svolgimento di tali attività e, di conseguenza, migliorandone la qualità della vita;
- ottimizzare le agende dedicate alla Specialistica ambulatoriale tramite il monitoraggio delle prestazioni basate sui PiaSI ed il dimensionamento dinamico delle stesse.

Materiali e metodi

Il progetto realizza un modello di presa in carico dei pazienti cronici per creare e

gestire i PiaSI tramite una Piattaforma digitale condivisa tra MMG e Specialisti. L'applicativo consente al medico prescrittore di prenotare presso gli ambulatori specialistici aziendali le prestazioni del PiaSI senza intermediari né spostamenti o attese per il paziente.

Queste vengono acquisite in agende dedicate a disposizione dei PDTA aziendali consentendo l'associazione ottimale tra necessità clinica (domanda) e possibilità di erogazione (offerta) e garantendo l'esecuzione di ogni prestazione nelle tempistiche elaborate nel Piano.

La Piattaforma prevede l'integrazione con servizi regionali (ASUR, ReCUP) e database di diagnostica per immagini e di laboratorio aziendali e la funzione di messaggistica tra i professionisti per condividere informazioni aggiuntive.

Risultati

Il Progetto è attualmente in fase sperimentale (30 MMG, 40 specialisti ambulatoriali aderenti).

Attualmente è operativo per il Diabete mellito di tipo 2 e la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) con un'adesione di circa 240 MMG (40 MMG per ognuno dei 6 distretti aziendali, 26% del totale) entro il 31/12/2023.

Si prevede l'implementazione di nuovi PDTA (prossimo rilascio: scompenso cardiaco), una Dashboard di monitoraggio dei KPI relativi al progetto e simulazione di "case scenarios" tra MMG e Specialisti tramite applicativo come strumento di formazione ed aggiornamento professionale.

Conclusioni

"Per TE" introduce una visione innovativa di gestione e organizzazione dell'offerta dei servizi sanitari aziendali, attraverso la gestione del percorso di cura senza orizzonte temporale, che assicuri la presa in carico in ogni punto del sistema ponendo in connessione i professionisti mediante l'introduzione di soluzioni informatiche di condivisione dei dati.

Liberi@mo la Salute: Telemedicina negli istituti penitenziari

G. Casati, *Direttore Generale ASL Roma 2*

A.S. Miglietta, *Direttore UOC Percorsi Clinico Assistenziali e Telemedicina ASL Roma 2*

L.D. Barberini, *Dirigente Amministrativo UOC Controllo di Gestione ASL Roma 2*

Introduzione

La protezione del diritto alla salute dei soggetti privati della libertà personale è uno dei temi di massima attenzione da parte delle istituzioni nelle società moderne.

Al fine di applicare il principio di eguaglianza a tutela di queste persone è necessario un forte impegno poiché il raggiungimento dell'obiettivo implica la "rimozione degli ostacoli" (art. 3 Il comma, Cost.) rappresentati da oggettivi svantaggi situazionali.

Obiettivo

La Asl Roma 2 con Liberi@mo la Salute si propone di realizzare un progetto prototipale di Telemedicina come strumento di supporto alla cura e di garanzia di continuità assistenziale per i pazienti detenuti, effettuando così un passo concreto verso l'innovazione organizzativa nel processo assistenziale per tali soggetti.

Gli obiettivi di tale progettualità sono:

- garantire una continuità assistenziale;
- ridurre i tempi di attesa per le visite specialistiche;
- ottimizzare i tempi della risposta diagnostico-terapeutica;
- incrementare la cooperazione e il coordinamento delle attività assistenziali attraverso formazione e knowledge sharing tra gli attori ospedalieri e presso le Case Circondariali;

- riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso e dei ricoveri impropri in ospedale;
- realizzazione della cartella clinica digitale.

Materiali e metodi

Mediante l'utilizzo di dispositivi di Telemonitoraggio e di una piattaforma digitale è stato possibile attivare servizi di Teleassistenza, Teleconsulto e Telecooperazione sanitaria, tra l'istituto Penitenziario di Rebibbia e P.O. Sandro Pertini.

Le aree della Telemedicina attivate sono:

- Teleconsulto, tra medico Spoke e medico Hube, se necessario, la possibilità per il paziente di interagire direttamente con lo specialista hub al quale è stato richiesto il teleconsulto;
- Telerefertazione Diagnostica di laboratorio/immagini, degli ECG e dell'RX torace;
- Eco-fast;
- Emogasanalisi, qualora reputato necessario, potrà essere eseguito il prelievo presso l'infermeria della Casa Circondariale dove verrà analizzato ed il referto reso disponibile su piattaforma informatica;
- Monitoraggio dei seguenti parametri:
 - Ematodinamici (FC, PA, GC),
 - Ematochimici (Emocromo, PCR, VES, azotemia, creatinina, glicemia, bilirubina e transaminasi).

Risultati¹

Il totale delle cartelle digitalizzate caricate è di 1.243 distribuite tra:

- Nuovo complesso: 570
- Femminile: 673

Tra le patologie riscontrano:

- Diabete: 52
- BPCO: 34

Cardiopatie: 117 esami strumentali refertati

- RX: 24
- ECO: 99
- ECG: 125
- ortopantomiche: 1
- mammografie: 8

¹ Dati aggiornati al 13/04/2023

Diari clinici registrati (visite e referti): 1.204

Conclusioni

La Direzione Strategica ha valutato la possibilità di estendere il modello in ambulatori di gitali esterni, a partire dalla Casa di Comunità di Torrenova, con possibilità di effettuare il Teleconsulto con il Pronto Soccorso e Televisite con Specialisti Ospedalieri con pazienti fragili che maggiormente affluiscono al Pronto Soccorso e alle corsie di reparto degli ospedali a gestione diretta, evitando così l'impegno di risorse in modo inappropriato per pazienti cronici riacutizzati.

Percorso per il diabete in gravidanza nel Distretto 9 - ASL Roma 2

G. Ciampittiello, *Specialista ambulatoriale D 9*

M. Ciotti, *UOC Assistenza alla Persona*

S. Cardillo, *UOC Assistenza alla Persona*

D. Salimbene, *UOC Assistenza alla Persona*

M. Cannistraci, *Responsabile Poliambulatorio Viale Sabatini D 9*

A. Lancia, *UOC Casa della Salute D 9*

E. Megli, *UOC Direzione D 9*

Introduzione

Il diabete gestazionale (GDM) è una condizione caratterizzata da una ridotta tolleranza ai carboidrati che insorge tipicamente durante la 24-28 settimana di gravidanza, nella quasi totalità delle donne scompare dopo il parto ma può ripresentarsi a distanza di anni come diabete di tipo 2.

Secondo i dati di prevalenza nazionali circa 11-15 % di tutte le gravidanze è complicato dal diabete (in Italia ogni anno quindi su 400.000 gravidanze circa 40.000 sono complicate da GDM). Nelle donne obese questa prevalenza si stima possa raggiungere circa il 53%. Il diabete in corso di gravidanza è gravato da un'elevata morbilità materna e fetale. Si stima che il diabete in gravidanza, sia maggiormente accertato in ritardo o non diagnosticato tra la popolazione migrante, anche a causa delle difficoltà da parte dell'utenza all'accesso ai servizi.

Obiettivi

Obiettivo del Progetto è la presa in carico tempestiva delle donne allo scopo di effettuare una diagnosi precoce di diabete gestazionale e un buon controllo metabolico dopo la diagnosi, per evitare il rischio delle complicanze durante il parto. A tale scopo è stato organizzato il percorso del diabete in gravidanza presso la Casa della Salute di via Camillo Sabatini nel Distretto 9, instaurando anche un filo diretto ospedale-territorio-ospedale.

Materiali e metodi

È stata creata un'Agenda Interna nell'ambito del PDTA Diabete, esclusiva per il diabete gestazionale, prenotabile dalla specialista diabetologa e dagli infermieri case manager. La gestante può entrare nel percorso sia inviata dal MMG, dallo specialista diabetologo, dal ginecologo ospedaliero o territoriale.

Tale percorso garantisce alla donna non solo la visita medica specialistica ma soprattutto la presa in carico del team multiprofessionale fornendo alla gestante tutte le informazioni necessarie al fine di modificare lo stile di vita, le abitudini alimentari non corrette e renderla autonoma nella gestione dell'automonitoraggio della glicemia e alla somministrazione dell'insulina.

Il percorso accompagna la donna in tutti gli eventuali accertamenti diagnostici e rende facilmente accessibile il secondo livello ospedaliero, quando necessario.

A 6 mesi del parto la donna viene richiamata per effettuare una visita endocrinologica di controllo che dovrà valutare la persistenza o meno del diabete.

Risultati

Sono state prese in carico, dal giugno 2021 ad oggi, 209 donne con il diabete in gravidanza.

Il lavoro dell'équipe multiprofessionale e multidisciplinare del percorso ha permesso di superare le barriere linguistiche e culturali che spesso rappresentano un ostacolo al percorso di cura, rendendolo fruibile da gestanti con abitudini alimentari, culturali, religiose e condizioni socio-culturali diverse.

Conclusioni

Il legame ospedale territorio ha facilitato l'accesso al servizio di Diabetologia della Casa della Salute del Distretto 9, attraverso la creazione di un percorso di cura dedicato.

Tutti gli strumenti, che possono semplificare il dialogo con la paziente, pur all'interno di diverse culture e provenienze geografiche, possono fare davvero la differenza sugli esiti finali della patologia.

Progetto consultoriale “Spazio Giovani D9: educazione all’affettività e alla sessualità”

Équipe Consulteri Familiari D9 via Stame 162 - Via Silone 100

Introduzione

I Consulteri Familiari della ASL Roma 2, hanno istituito uno ‘Spazio Giovani’ dedicato esclusivamente a ragazze e ragazzi, con accesso libero, gratuito, in fascia oraria pomeridiana.

Si tratta di uno spazio di accoglienza, ascolto e orientamento dedicato ad adolescenti nella fascia di età 14-24 anni. I professionisti presenti offrono consulenze e supporto psicologico, sociale, consulenze e visite ginecologiche. Sono previsti incontri di sensibilizzazione e informazione presso gli istituti scolastici su tematiche riguardanti: *identità di genere, disturbi del comportamento alimentare, bullismo, dipendenza da internet, da sostanze, da alcool e dal gioco, disagi relazionali con i genitori e con i coetanei.*

Obiettivo

- Raggiungere un numero sempre più ampio di giovani;
- promuovere attività consultoriale e spazio giovani;
- aumentare la consapevolezza dei ragazzi in tema di rapporti sessuali e stimolare la conoscenza dei metodi contraccettivi e di prevenzione di MST e gravidanze indesiderate;
- fornire informazioni specifiche nelle aree della sessualità, dell’affettività e della socializzazione;
- intercettare e prevenire situazioni di violenza, violenza di genere e violenza intrafamiliare;
- offrire attività psicoeducativa relativa a varie tematiche: bullismo, cybersex, dipendenza da internet, da sostanze, da alcool, dal gioco, problematiche di identità di genere, LGBTQ+, disturbi del comportamento alimentare, autoleSIONISMO e disturbi d’ansia.

Materiali e metodi

L'équipe consultoriale dedicata allo Spazio Giovani è costituita da ginecologo, psicologo, assistente sociale, ostetrica, infermiera.

Gli incontri a scuola prevedono due giornate, una di presentazione dell'équipe consultoriale e dello Spazio Giovani con formulazione di domande libere anonime (Question Box) da parte dei ragazzi, dibattito. L'altra giornata prevede incontri tematici di gruppo in base alle sollecitazioni dei ragazzi.

Gli strumenti utilizzati durante gli incontri a scuola sono: materiale multimediale, materiale divulgativo (opuscoli, depliant, filmati).

È prevista la condivisione interdisciplinare con i referenti delle scuole sull'andamento del progetto tramite riunioni online, mail, contatti telefonici.

Risultati

Raggiungimento annuo (2022) di oltre 2.500 ragazzi nelle scuole.

Indicatori di monitoraggio: risposta positiva da parte degli istituti scolastici al progetto proposto e richiesta di avvio degli interventi nelle scuole, dove sono stati raggiunti 2.550 ragazzi.

Consulenze sociologiche, psicologiche e ginecologiche effettuate nell'ambito dello Spazio Giovani: n. 227.

Indicatore di valutazione: numero di consulenze totali effettuate: 227.

Incontri realizzati a scuola durante i quali sono stati raggiunti 2.550 adolescenti. Audit di valutazione (revisione regolare e sistematica del lavoro effettuato mediante riunioni d'équipe).

Conclusioni

Il lavoro di sensibilizzazione e informazione portato avanti nelle scuole ha consentito di raggiungere un buon numero di ragazzi che hanno usufruito dello Spazio Giovani per richieste di consulenze. È stato possibile rilevare situazioni di disagio psicoemotivo, sociale, relazionale e offrire un supporto nella sfera della sessualità e della contraccezione.

Progetto di alfabetizzazione digitale nel Distretto 9 - ASL Roma 2

S. Cardillo, *UOC Assistenza alla Persona*

L. Magliano, *UOC Assistenza alla Persona*

S. Zonetti, *UOC Assistenza alla Persona*

M. Ciotti, *UOC Assistenza alla Persona*

S. Venezia, *UOC Assistenza alla Persona*

A. Lancia, *UOC Casa della Salute D 9*

E. Megli, *UOC Direzione D 9*

Introduzione

L'accesso ai servizi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) tramite il canale esclusivamente digitale sicuramente semplifica le procedure ma può escludere una fetta di assistiti e non rispondere all'imprescindibile requisito dell'equità. Il progetto si colloca a supporto dei percorsi di alfabetizzazione digitale della popolazione residente, afferente ai presidi del Distretto 9, con particolare riferimento alla popolazione che ha difficoltà di accedere e/o utilizzare internet: anziani, migranti, fragili per motivi socioeconomici e/o altro tipo di disagio, donne non occupate o in particolari condizioni di emarginazione. L'azione si avvale della collaborazione dei giovani volontari dell'Ufficio del Servizio Civile Universale in un'ottica di promozione dell'inclusione sociale.

Obiettivo

Promuovere e favorire processi di autonomia e indipendenza digitale dell'utenza che affersce presso i presidi sanitari Distretto 9 della ASL Roma 2, attraverso un Punto di Accoglienza del cittadino.

Materiali e metodi

In ognuno dei 3 Presidi ambulatoriali è stato creato un Punto di Accoglienza del cittadino dove operano i volontari debitamente formati dagli operatori locali di progetto (OLP). L'accoglienza si realizza in un incontro "one to one" per l'affiancamento pratico in un percorso di facilitazione ed erogazione dei servizi digitali richiesti

(iscrizione online – creazione password – attivazione indirizzo email, SPID, Fascicolo Elettronico). Per valutare la conoscenza dei Servizi della ASL e per meglio indirizzare gli utenti, in base all'età ed ai fattori di rischio, ai percorsi di prevenzione e/o di presa in carico, viene somministrato un questionario ad hoc. Nell'incontro, in base al bisogno rilevato, è anche possibile e concordare un eventuale appuntamento. I dati raccolti sono stati informatizzati con excel vers. 7.0.

Risultati

Lo Sportello ha intercettato, dall'avvio il 13.3.23 al 30.3.23, n. 172 utenti che hanno ricevuto un affiancamento per la risoluzione di difficoltà di accesso digitale al SSN, informazioni utili sull'accessibilità dei Servizi ASL, non facilmente reperibili sul sito web istituzionale e/o sulla carta dei servizi aziendale ed appuntamenti se necessari. Il 43% degli assistiti (75/172) hanno effettuato la prenotazione degli screening oncologici con l'aiuto degli operatori del Servizio Civile, tramite il sistema di prenotazione online riservato ai cittadini.

Conclusioni

Il progetto ha aiutato utenti fragili ed è diventato strumento di intercettazione dei bisogni assistenziali delle persone che non conoscono tutte le opportunità che il Sistema Sanitario pubblico può offrire.

Andrà riproposto come linea di attività anche nei prossimi bandi del Servizio Civile Universale ed esteso a tutti i Presidi del Distretto 9 e dell'intera ASL Roma 2.

Questo Progetto ha permesso inoltre ai giovani volontari di essere non solo parte attiva nell'accoglienza ma anche di acquisire conoscenze sulla complessità dell'organizzazione della ASL e del Distretto e competenze e professionalità nel lavoro di gruppo.

Progetto di miglioramento della comunicazione sul contrasto alla violenza di genere nel Distretto 9 - ASL Roma 2

A. Lancia, *UOC Casa della Salute D 9*

R. Gallo, *UOC Direzione Distretto 9*

P. Magliocchetti, *UOC TSDEE*

B. Fionda, *UOC TSDEE*

S. Marocchini, *UOC TSDEE*

D. Saraceni, *UOC TSDEE*

M. Ciotti, *UOC Assistenza alla Persona*

E. Megli, *UOC Direzione Distretto 9*

Introduzione

La violenza contro le donne rappresenta un importante problema di sanità pubblica, oltre che una violazione dei diritti umani. La violenza ha effetti negativi a breve e a lungo termine, sulla salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva della vittima. Gli effetti della violenza di genere si ripercuotono sul benessere dell'intera comunità. La ASL Roma 2 già dal 2019 ha avviato un percorso di presa in carico delle donne vittime di violenza di genere, denominato "Percorso Aiuto Donna", nel contesto del quale i Pronto Soccorso, i servizi territoriali, le FFOO e i Centri Antiviolenza sono in rete con il Centro Unico di Riferimento (CUR) della ASL Roma 2. L'analisi dei dati della presa in carico suggerisce che ancora il percorso non è realmente conosciuto dalle residenti che troppo spesso accedono prevalentemente in modalità emergenziale.

Obiettivo

Nell'ambito dei lavori del Piano Sociale di zona del Municipio 9 è stato istituito un tavolo permanente per il contrasto alla violenza di genere, al quale partecipano attivamente operatori sociali del Municipio 9, diverse Associazioni di volontariato e i tutti i Servizi della ASL Roma 2 attivi nella rete. La Direzione del Distretto 9, con la UOC Casa della Salute, si è posta l'obiettivo di rilanciare una campagna di comu-

nicazione sul tema del contrasto alla violenza di genere per poter raggiungere tutte le cittadine residenti nel Municipio.

Materiali e metodi

Il gruppo di lavoro distrettuale costituito dagli operatori sanitari e sociali di tutti i Servizi coinvolti (Casa della Salute, PUA, TSDEE Consultori Familiari, SerD, TSMREE, Servizio Vaccinazioni) ha analizzato il materiale informativo aziendale redatto all'avvio del "Percorso Aiuto Donna", ha realizzato una revisione condivisa e definito un Piano della comunicazione locale che descrivesse, per ogni segmento della popolazione target, l'obiettivo e lo strumento di comunicazione più adatto.

Risultati

Sono stati redatti e stampati una Locandina (A3) e un foglio informativo (A4) con informazioni, indirizzi e contatti locali (Distretto e Municipio): un esempio reale di integrazione socio-sanitaria. Questo materiale è stato presentato e distribuito in occasione delle riunioni di governance del Distretto 9 ed è stato diffuso a tutti gli operatori sanitari compresi i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

Conclusioni

La via d'ingresso del percorso Aiuto Donna, non in emergenza, è quella del Consultorio Familiare (CF). Tutti gli operatori sanitari del Distretto 9 potranno rappresentare un importante nodo della rete intercettando situazioni di disagio espresso o non, prima che evolvano in situazioni ad alto rischio, tali da necessitare un intervento in emergenza. A tal fine, l'informazione della popolazione e la formazione degli operatori è un elemento chiave per l'intercettazione dei casi e l'orientamento delle donne.

Progetto per la costruzione di un PDTA tumore del polmone integrato ASL Roma 2

R. Gallo, *UOC Direzione D 9*

A. Lancia, *UOC Casa della Salute D 9*

F. Mondera, *Specializzando Igiene La Sapienza*

S. Orlandi, *Specializzando Igiene La Sapienza*

L. Cirillo, *UOC Assistenza alla Persona*

B. Porcelli, *UOC Assistenza alla Persona*

A.S. Miglietta, *UOC Percorsi Clinico Assistenziali e Telemedicina*

E. Megli, *UOC Direzione D 9*

Introduzione

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono strumenti di gestione che attraverso indicazioni operative e organizzative consentono di coordinare e razionalizzare gli interventi sanitari e le prestazioni specialistiche previste e garantirne la presa in carico degli assistiti secondo i principi di equità, prossimità, efficacia (o efficienza) e tempestività. Favoriscono l'applicazione delle Linee Guida (LG) relative ad una patologia o condizione clinica nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria. Nella Regione Lazio ad oggi non è strutturato un PDTA tumore del polmone ma sono attivi dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) che tuttavia non consentono di prendere in considerazione la componente assistenziale. Nel territorio del Distretto 9 Asl Roma 2 insistono due strutture di eccellenza nel campo oncologico: Istituti Fisioterapici Ospedalieri (IFO) e Policlinico Campus Biomedico (PCBM).

Obiettivo

Obiettivo del Progetto è la costruzione di un PDTA integrato tra ASL Roma 2, IFO e PCBM per il tumore del polmone, a partire dall'implementazione di un precedente percorso interaziendale già deliberato nel 2018. Il PDTA risponderà alla nuova organizzazione territoriale prevista dal DM 77, alle indicazioni contenute nelle Linee Guida della Regione Lazio sulla stesura dei PDTA (determinazione n. G15691 del 2020) e al Manuale operativo PDTA ASL Roma 2.

Materiali e metodi

La Direzione Generale ASL Roma 2 ha deliberato, con entrambe le Strutture esterne che insistono sul territorio della ASL, un accordo quadro per la definizione di una progettualità condivisa individuando il Direttore del Distretto 9 quale referente per i rapporti con le stesse. È stato costituito un Gruppo di Lavoro (GdL) multiprofessionale e multidisciplinare che comprende tutte le figure coinvolte nel percorso: Pneumologi, Oncologi, Radiologi, Radioterapisti, Chirurghi toracici, Infermieri, Medici di Direzione Sanitaria, Medici di Medicina Generale (MMG). In considerazione della numerosità dei partecipanti, per rendere più efficiente il lavoro si è diviso il GdL in tre sottogruppi:

- a. accesso al percorso;
- b. percorso clinico;
- c. percorso digitalizzato.

Ogni struttura ha individuato un facilitatore che ha un ruolo di interfaccia con la Direzione del Distretto e garantisce un raccordo tra i sottogruppi.

Risultati

Sono state realizzate, in fase iniziale, riunioni da remoto con tutti gli attori e, in una fase successiva, in presenza con gruppi ristretti. Sono stati definiti i nodi principali del percorso ed è iniziata la fase di revisione e stesura del documento. In particolare per la fase d'accesso è stato individuato il MMG come protagonista principale per l'avvio del PDTA ed è stato affidato all'infermiere case manager della Centrale Operativa Territoriale (COT) un ruolo strategico nell'informare ed orientare il paziente, nel facilitare la gestione territoriale e domiciliare della malattia e nel favorire i cambiamenti di setting assistenziale.

Conclusioni

La diagnosi di malattia oncologica impatta non solo sui pazienti ma anche sulle famiglie. Garantire la gestione della patologia e degli aspetti ad essa correlati nella prossimità, accompagnando il paziente nelle diverse fasi del percorso e erogando le prestazioni più appropriate nel minor tempo possibile e nel setting più adeguato, sono i punti cruciali di un'assistenza che abbia come valore la centralità e la partecipazione dei soggetti coinvolti in percorsi di diagnosi e cura che vadano sempre più nella direzione di un tailored approach.

Progetto consultoriale “Spazio Giovani D 4: educazione all’affettività ed alla sessualità: portare consapevolezza tra i genitori e gli insegnanti

Équipe Consultori Familiari D4 via San Benedetto del Tronto, 9 e via Pietralata, 497

Introduzione

Premesso che i Consultori Familiari della ASL Roma 2, hanno istituito uno spazio di accoglienza, ascolto e orientamento per adolescenti nella fascia di età 14-24 anni: lo ‘Spazio Giovani’ con accesso libero e gratuito dove i professionisti offrono consulenze e supporto psicosociale, consulenze e visite ginecologiche.

Premesso che sono stati avviati incontri di informazione presso gli istituti scolastici su varie tematiche: *contraccezione, sessualità, Malattie Sessualmente Trasmissibili, gravidanze indesiderate, tematiche LGBTQ+ legate all’identità di genere ed all’orientamento sessuale, disturbi del comportamento alimentare, bullismo, dipendenza da internet, da sostanze, da alcool e dal gioco, disagi relazionali con i genitori e con i coetanei.*

A supporto dei genitori, organizziamo degli incontri in presenza ed online per aggiornarli sulle tematiche e renderli più informati, più empatici e comprensivi verso i propri figli.

Anche con gli insegnanti ci rendiamo disponibili per approfondimenti sugli argomenti trattati in classe.

Obiettivo

- Aumentare la consapevolezza anche tra i genitori, sulle tematiche sopra indicate;
- sostenere i genitori durante la difficile fase di crescita dei ragazzi;
- coinvolgere gli insegnanti rispetto alle attuali tematiche legate al tempo che viviamo, essendo figure di supporto nella crescita personale degli adolescenti al fine di promuovere con gli studenti rapporti basati sulla comprensione;

- fornire informazioni specifiche nelle aree della sessualità, dell'affettività e della socializzazione;
- intercettare e prevenire situazioni di violenza, violenza di genere e violenza intrafamiliare;
- raggiungere un numero sempre maggiore di giovani e famiglie attraverso le scuole;
- promuovere lo Spazio Giovani e le attività consultoriali di supporto alle famiglie.

Materiali e metodi

L'équipe consultoriale dedicata allo Spazio Giovani è costituita da ginecologo, psicologo, assistente sociale, infermiera, ostetrica.

Sono previsti incontri interdisciplinari e di aggiornamento con i referenti delle scuole online, o in presenza.

Sono previsti incontri con i genitori, in presenza ed online, per aumentare la loro consapevolezza rispetto alle problematiche attuali, evidenziate dagli stessi giovani che noi incontriamo.

Gli strumenti utilizzati durante gli incontri con genitori e insegnanti sono: materiale multimediale, materiale divulgativo (opuscoli, depliant, filmati), dibattito.

Risultati

Raggiungimento delle famiglie attraverso le scuole.

Indicatori di monitoraggio: richiesta di avvio degli interventi da parte degli insegnanti e dei genitori.

Indicatore di valutazione: audit di valutazione (revisione regolare e sistematica del lavoro effettuato mediante riunioni d'équipe e feedback da parte delle scuole).

Conclusioni

Il lavoro di sensibilizzazione e informazione ha permesso di raggiungere un buon numero di famiglie ed insegnanti considerando il Consultorio Familiare un valido punto di riferimento.

L'accoglienza delle persone sorde nell'accesso ai servizi della ASL Roma 3.

Adozione di una Guida nella Lingua dei Segni Italiana - LIS per favorire la comunicazione socio-sanitaria

D. Sgroi, *Direttore Sanitario Aziendale Asl Roma 3*

E. Zuchi, *Dirigente Infermieristico Asl Roma 3*

M. Germano, *Dirigente Assistente Sociale Asl Roma 3*

A. De Angelis, *Direttore F.f. U.o.c. Servizio Infermieristico ed Ostetrico delle Cure Primarie Asl Roma 3*

L. Rotondi, *Presidente Emergenza Sordi Aps*

M. Zuddas, *Vice presidente Emergenza Sordi Aps*

F. Milito, *Direttore Generale Asl Roma 3*

Introduzione

La comunicazione rappresenta il mezzo attraverso il quale ottenere informazioni utili a garantire il miglior percorso di cura del paziente che si rivolge ai servizi socio-sanitari della ASL Roma 3.

L'introduzione di uno strumento con illustrazioni ed indicazioni nella Lingua Italiana dei Segni (LIS), elaborato in collaborazione con l'Associazione Emergenza Sordi APS, può favorire la trasmissione di informazioni nel caso si accolgano persone sorde.

Ne consegue che eventuali limitazioni nella comprensione delle necessità dell'utente si ripercuotono nella difficoltà a garantire la presa in carico più appropriata oltre ad esporre a potenziali rischi di salute il paziente.

Metodo

Adozione di un manuale sintetico riassuntivo e figurativo della lingua dei segni italiana, con indicazione delle principali situazioni di interesse nell'approccio ai servizi socio-sanitari ospedalieri, territoriali, e di emergenza-urgenza attraverso un percorso di sensibilizzazione e consolidamento delle esperienze comprensivo della

formazione LIS in modalità FAD ECM per n. 30 operatori e n. 2 giornate di Seminario per approfondimento teorico – pratico patrocinati dall'Associazione. Elaborazione di un elenco di link video raffiguranti situazioni di particolare difficoltà comunicativa (concetti astratti – iter burocratici) interpretati da componenti dell'Associazione Emergenza Sordi APS in LIS.

Risultati

Facilitazione nella comprensione delle informazioni date dall'utente sordo e garanzia dell'appropriatezza nella presa in carico e trattamento clinico-assistenziale da parte degli operatori con diminuzione del rischio di malpractice. Partecipazione nelle necessità dell'utente e nelle prestazioni e servizi necessari per il proseguimento delle cure.

Discussione

Le persone che sono nate con un deficit uditivo grave, vengono rappresentate come “sorde”, alcune di loro usano la LIS come lingua madre per comunicare. Per agevolare la comunicazione viene adottato un sistema di trasmissione visiva che permette di rappresentare le diverse informazioni, mediante la trasposizione della simbologia LIS: le forme delle mani o configurazioni, i movimenti, le espressioni facciali e il movimento del corpo nella Lingua dei Segni Italiana. La Guida figurativa, composta da 2 sezioni, una dedicata alla degenza ospedaliera ed una per le situazioni di Emergenza Urgenza e Pronto Soccorso, viene arricchita da una ulteriore sezione composta da link video pubblicata sulla pagina Internet aziendale ASL Roma 3 alla sezione Servizi A-Z; Sordità e quindi disponibile sia per gli operatori che per gli utenti.

Conclusioni

L'introduzione di una Guida di traduzione LIS e di un elenco di link video, disponibili nel sito internet aziendale ed in dotazione ai servizi socio-sanitari della ASL Roma 3, ha permesso la facilitazione della presa in carico e del percorso di cura della persona sorda, diminuendo le incomprensioni e favorendo l'inclusione e la compliance dell'utente.

Ti curo a casa. I Servizi di telemedicina della ASL Roma 3

D. Sgroi, *Direttore Sanitario Aziendale Asl Roma 3*

T. Chiriaco, *Dirigente Medico Responsabile U.O.S. Telemedicina e Governo Unitario dei P.u.a. Asl Roma 3*

C. Magni, *Dirigente Psicologa Asl Roma 3*

S. De Simone, *Direttore Dipartimento Salute Mentale Asl Roma 3*

F. Milito, *Direttore Generale Asl Roma 3*

Introduzione

Nella ASL Roma 3 la popolazione residente è pari a 575.585 persone di cui il 9.8% della popolazione, è affetta due o più patologie, in maggioranza anziane, che necessitano di un'assistenza multiprofessionale e multidisciplinare per prevenire le ulteriori complicanze, garantendo, ove possibile, la permanenza nell'ambiente socio-familiare, con un approccio rispettoso e tutelante la dignità di vita della persona e della famiglia.

Ispirandosi ai principi dell'eguaglianza ed equità, la ASL è da anni impegnata nella ricerca delle migliori soluzioni organizzative che consentano ai cittadini, soprattutto quelli con maggiore fragilità e disabilità, di usufruire dell'assistenza presso il domicilio.

E dunque, continua ad investire nel potenziamento dei servizi digitali e di telemedicina quali strumenti di innovazione dei percorsi di cura, dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali e di promozione delle competenze dei pazienti e degli operatori adempiendo, quindi, alle indicazioni del PNRR e DM 77/2022.

La pandemia da SARS-CoV-2, è noto, ha imposto la ricerca di modalità erogative delle prestazioni sanitarie che consentissero la risposta sanitaria ai bisogni complessi dei pazienti seguiti, la presa in carico dei nuovi utenti e l'assistenza ai pazienti Covid-19 in isolamento domiciliare in un'ottica di sanità pubblica e di contenimento del rischio nella popolazione generale.

Nella ASL l'esperienza pluriennale in Telemedicina ha reso possibile l'attivazione di

risposte immediate, diversificate e personalizzate alle diverse esigenze, che continuano ad ampliarsi con l'avvio di ulteriori linee di attività. Nello specifico, presso il Poliambulatorio di Acilia, Palidoro e del Presidio Ospedaliero G.B. Grassi, sono attivi alcuni percorsi specifici di telemedicina per le patologie croniche, tra cui alcuni ambulatori di televisita di controllo per i pazienti afferenti agli ambulatori aziendali di cardiologia, diabetologia, endocrinologia, geriatria, neurologia, pneumologia. Nel sito web aziendale, nella sezione piani terapeutici, sono indicati i dettagli per facilitare l'accesso da parte dei cittadini a tale servizio ed al Fascicolo Sanitario Elettronico. Da oltre dieci anni, inoltre, presso la UOC Cardiologia del P.O. G.B. Grassi è attivo un servizio di telemonitoraggio e teleassistenza dedicato ai pazienti portatori di devices cardiaci (pacemaker, defibrillatori e loop recorder), mentre presso la UOC Nefrologia da circa 3 anni è attivo un servizio di teleassistenza in favore dei pazienti che effettuano il trattamento dialitico presso il proprio domicilio. Infine, da marzo 2020, è stato attivato un servizio infermieristico di teleassistenza in favore dei pazienti Covid-19 in gestione domiciliare e di assistiti con patologie croniche o in condizioni di fragilità durante la campagna di prevenzione regionale "Ondate di Calore", in collaborazione con i Coordinamenti Distrettuali ed i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta di riferimento per gli assistiti.

Obiettivo

Promuovere l'assistenza di prossimità consentendo alle persone di rimanere quanto più a lungo possibile nel proprio ambiente di vita, garantire la continuità delle cure in un'ottica di integrazione tra servizi, contenere il ricorso alla ospedalizzazione e gli accessi al Pronto soccorso, ricorrendo all'uso del sistema ICT. Per tale motivo, al fine di integrare pienamente la Telemedicina con la rete dei servizi ospedalieri e territoriali, parte dei servizi di telemedicina sono stati integrati all'interno della COT Aziendale.

Materiali e metodi

PC, Webcam, Microfono, Procedura e Modulistica aziendale, app, saturimetro e kit telepneumologia.

Risultati

- Da luglio 2020 oltre **5.435 Televisite** di follow-up per pazienti afferenti agli ambulatori di cardiologia, diabetologia, endocrinologia, geriatria, neurologia, pneumologia;
- **1.450 Telemonitoraggi** a pazienti portatori di devices cardiaci integrato negli

- ultimi 3 anni con televisita di follow-up;
- 30 pazienti in Teledialisi peritoneale seguiti con televisita e teleassistenza
 - dal 2019 oltre 7.000 pazienti afferenti ai PDTA aziendali seguiti in Teleassistenza tramite App;
 - dal 2020 1.777 Teleconsulti tra il Pronto Soccorso del POU G.B. Grassi per le reti dell'emergenza, trauma, ictus, malattie infettive, cardiologia e AO San Camillo e INMI L. Spallanzani;
 - da marzo 2020 43.954 pazienti Covid-19 con malattia lieve-moderata in Teleassistenza in integrazione con ARES 118, SISP, MMG/PLS.

Inoltre, nel triennio 2020-2021, i professionisti dei TSMREE e CSM hanno seguito a distanza 4.272 pazienti (2.032 di età 0-17 aa e 2.240 \geq 18 aa) per un totale di 11.651 prestazioni, tra cui consulenze, valutazioni cliniche, visite mediche, colloqui, psicoterapie, nonché attività di raccordo con gli Enti coinvolti nel singolo caso.

Conclusioni

La sfida attuale e futura è di sfruttare al meglio le risorse del PNRR per potenziare i servizi di Telemedicina, favorire la digitalizzazione e riorganizzazione dei processi di presa in carico e una nuova modalità di interazione tra ASL e assistiti, riducendo le distanze, ponendo al centro il paziente nell'ottica di considerare il domicilio il primo luogo di cura e aumentandone le competenze digitali e di autocura.

Il distretto accoglie e risponde

A. Ghimenti, *Medico Responsabile della Casa della Salute Distretto 2 ASL Roma 4*

T. Di Giovanni, *I.O. 1 qualità, umanizzazione e comfort alberghiero ASL Roma 4
Dipartimento delle professioni sanitarie e sociali*

Introduzione

La legislazione italiana raccomanda la creazione di sistemi integrati finalizzati alla presa in carico di pazienti cronici. In questa tipologia rientrano le patologie cronico degenerative, le malattie mentali, le malattie genetiche, le patologie oncologiche che rispondono a trattamenti a lungo termine. La popolazione con patologia cronica può necessitare anche di emotrasfusioni. Tali pazienti, precedentemente al 2019 venivano trattati in ambiente ospedaliero, soprattutto in Pronto Soccorso. Visto il sovrappopolamento del Pronto Soccorso, soprattutto in periodi critici dell'anno (epidemie influenzali) si è ritenuto di dover rispondere al cittadino con prestazioni assistenziali di prossimità, liberando i Presidi Ospedalieri di attività attribuibili ad altro setting assistenziale.

Obiettivo

Rispondere alle richieste di trasfusione della popolazione del Distretto 2 e 3 grazie all'attribuzione presso la Casa della Salute del Distretto 2, in particolare nell'ambulatorio infermieristico tradizionale, nell'ambulatorio infermieristico di cure palliative e nell'Unità di degenza infermieristica, del processo trasfusionale.

Materiali e metodi

La rete trasfusionale si avvale di procedure e percorsi informatici e di teleconsulto. Le richieste possono essere inoltrate direttamente dal MMG, da specialisti e/o da strutture ospedaliere/universitarie (cure simultanee) presso le quali il paziente è in trattamento. L'accesso del paziente viene gestito direttamente dall'équipe costituita dal medico della CdS e dagli infermieri dell'ambulatorio infermieristico

tradizionale e di cure palliative. In esito alla visita vengono definiti gli appuntamenti per l'esecuzione del prelievo per le indagini immuno-ematologiche previste dal protocollo trasfusionale. L'accesso quindi avviene in modo diretto nella data concordata, dietro presentazione di richiesta/impegnativa rilasciata dal MMG o dallo specialista. Le provette ed il modulo specifico di richiesta vengono trasportate al centro trasfusionale dal servizio di trasporto sangue aziendale. Le sacche vengono preparate e trasportate dal centro trasfusionale alla casa della salute il giorno pre-stabilito, in genere quello successivo alla richiesta. Il Medico, in collaborazione con gli infermieri dell'ambulatorio infermieristico, procedono alla somministrazione, che si conclude nell'arco della mattinata.

Risultati

L'attività trasfusionale è iniziata nell'anno 2019 con n. 18 accessi. Nel 2020 gli accessi sono stati 24, nel 2021 n. 5 e nel 2022 n. 31. Le richieste sono pervenute da: nel 76% dei casi dal MMG, nel 15% dei casi dagli specialisti territoriali/ospedalieri, nel 9% dalle cure palliative/simultanee

L'età media è di 86,4 anni.

Conclusioni

La gestione in prossimità della trasfusione, riesce a dare risposte immediate all'utente, garantisce la sua permanenza a domicilio evitando i ricoveri ospedalieri e accessi nei Pronto Soccorso, migliora l'alleanza con le strutture sanitarie distrettuali, prevede un maggior coinvolgimento del MMG e diminuisce il disagio della famiglia legata agli spostamenti. Le criticità osservate sono attribuibili alla difficoltà nel raggiungere tutti gli stakeholder interessati alla prescrizione delle emotrasfusioni per comunicare la presenza di questo servizio.

Coordinamento strategico dell'integrazione ospedale-territorio nell'ambito dell'attuazione del PNRR: il modello COT-0 della ASL Roma 5

V. Bruno, *Direttore f.f. UOC Cure Primarie e Tutela della Salute della Coppia Asl Roma 3*

M.T. Calandro, *Coord. Inf. COT Aziendale*

L. Carboni, *Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie*

G. Cerone, *Dirigente Medico Staff della Direzione Sanitaria Aziendale*

F. Cortellessa, *Direttore Sanitario Aziendale f.f.*

A. De Arcangelis, *Direttore Distretto Sanitario Tivoli*

L. Gatta, *Direzione Sanitaria Aziendale*

F. Mogliuzzi, *Direzione Sanitaria Aziendale*

Introduzione

La ASL Roma 5 è caratterizzata da una popolazione di oltre 500.000 abitanti ed articolata su 70 Comuni, di cui 48 classificati come intermedi, periferici o ultraperiferici.

Il territorio è fortemente eterogeneo, caratterizzato da aree pianeggianti e ben collegate attraverso importanti arterie stradali, intervallate ad aree collinari e montane, con notevoli disagi nei collegamenti. L'Azienda è organizzata in sei Distretti Sanitari e cinque Presidi Ospedalieri.

Al fine di garantire la massima prossimità dell'offerta alla popolazione, il piano aziendale di attuazione del PNRR si è focalizzato su un innovativo modello di "ambulatorialità diffusa", che prevede l'attivazione capillarmente distribuita sul territorio aziendale di 28 (tra CdC e OdC) punti di accesso alla rete sanitaria.

Il Piano aziendale prevede altresì l'attivazione di 7 centrali operative territoriali, di cui una centralizzata con funzione di coordinamento e supervisione della presa in carico e dei processi assistenziali dell'Azienda, denominata COT "0" – Strategica.

Obiettivo

L'obiettivo della COT "0", attivata a gennaio 2023, è garantire una il coordinamento

organizzativo delle 6 COT-D e di tutta l'attuazione del Piano Aziendale di Ripresa e Resilienza, integrando le proprie linee di attività con quelle della Centrale Operativa Aziendale e del *Bed Management*, garantendo, nell'ambito delle proprie funzioni, la presa in carico globale del paziente sia nei percorsi "longitudinali" sul territorio, sia nei percorsi "trasversali" in fase *step-up* e *step-down*.

Materiali e metodi

Nella migliore rappresentazione dell'integrazione ospedale-territorio la COT-0 è stata collocata nel contesto del principale Presidio Ospedaliero, in area non dedicata all'assistenza, ove garantisce:

- gestione globale della presa in carico degli assistiti fragili e affetti da cronicità e supervisione dei processi assistenziali che si svolgono nell'azienda e al di fuori dell'azienda;
- agevolazione delle transizioni tra livelli assistenziali;
- interazione con erogatori accreditati del territorio e con i CAD;
- accordi "di confine" con aziende ospedaliere romane;
- precoce individuazione di potenziali dimissioni difficili e ricerca di soluzioni di appropriata collocazione post-ricovero;
- monitoraggio appropriatezza giornate di degenza;
- agevolazione erogazione prestazioni strumentali e di specialistica ambulatoriale;
- supporto ai MMG per la presa in carico di assistiti fragili e affetti da cronicità nei setting domiciliare, intermedio e per acuti;
- individuazione precoce dei potenziali bisogni di salute della popolazione assistita e predisposizione dell'offerta tarata sul bisogno individuale.

Risultati

Sono stati complessivamente presi in carico 722 assistiti di cui 58 Covid. Si è registrato, in esito alle attività di presa in carico degli assistiti fragili nell'ambito di specifici percorsi e agli interventi di agevolazione delle deospedalizzazioni, un significativo decremento degli accessi ripetuti di PS e delle giornate di degenza in area medica.

Conclusioni

I risultati riportati, seppure preliminari e riferiti a un breve periodo di osservazione, costituiscono elemento di valutazione positiva e spunto per proseguire nell'attività osservazionale, anche con l'implementazione di specifici cruscotti di monitoraggio.

Progetto “Strategia Area Interna 3 Monti Simbruini”

M. Colazingari, Assistente Sociale Coordinatore ASL Roma 5, componente commissione interdisciplinare di redazione della Progettualità Aree Interne

Introduzione

Il territorio dell'Area Interna 3 Lazio, dei Monti Simbruini e Terre d'Aniene, interessa 24 Comuni, tutti all'interno della Città Metropolitana di Roma Capitale e della Comunità Montana X della Valle dell'Aniene.

L'Area dei Monti Simbruini e Terre d'Aniene è un'area di circa 570 kmq, con una popolazione residente, al 31/12/2022, di 32.725 abitanti con densità abitativa pari quasi ad 1/3 del dato medio delle aree interne del Lazio.

L'economia locale si basa prevalentemente su:

- commercio e turismo;
- edilizia;
- agricoltura.

Emerge inoltre il problema, di portata regionale, che riguarda le differenti velocità a cui viaggiano la domanda e l'offerta di servizi/interventi socio - sanitari pubblici.

Obiettivi intervento

- La promozione della qualità della vita degli anziani, spesso al limite dei bisogni primari;
- prevenzione del disagio diffuso nei minori e nei giovani, con interventi di supporto alle famiglie, con diversi livelli d'intervento, nell'ambito educativo e formativo;
- l'inserimento sociale e lavorativo dei soggetti svantaggiati, o meglio non “sufficientemente avvantaggiati”.

Sotto il profilo demografico, si evidenzia come la composizione demografica dell'Area Interna 3, delinea l'immagine di una società anziana, con un indice di

vecchiaia del 22,7%.

Esistono dati da attenzionare:

- un tasso di ospedalizzazione evitabile elevato;
- una scarsa efficienza del sistema di soccorso territoriale.

Alla luce di quanto sopra nella progettazione “Strategia Area Interna 3 Monti Simbruini”. È data una particolare attenzione ai due aspetti di sotto riportati:

1. Potenziamento assistenza domiciliare integrata – bassa, media, alta intensità. L'intervento prevede l'acquisto di strumentazioni elettromedicali e l'incremento dei servizi di specialistica ambulatoriale a domicilio.

Si rende necessario potenziare l'assistenza domiciliare integrata (ADI) nei Comuni coinvolti, promuovendo, particolarmente fra il personale medico, un modello assistenziale, domiciliare, che preveda l'effettiva collaborazione fra le diverse specialità al fine di conseguire l'erogazione di un'offerta sanitaria appropriata.

Implementazione di n. 44 ore per settimana di specialistica domiciliare.

2. Teleassistenza e Telemedicina

Attivazione di servizio di collegamento, mediante appositi accessori, con i pazienti affetti da pluripatologie adeguatamente selezionati residenti nei comuni interessati, ed i centri di assistenza nei servizi territoriali.

Si prevede di inserire pazienti che presentino nell'area della comorbidità problematiche cardiache e respiratorie, che necessitano di monitoraggio continuo di carattere medico.

Risultati attesi

- Potenziamento ed adeguamento dei servizi alla persona in maniera per dare risposte coerenti con le esigenze ed i fabbisogni della popolazione, soprattutto di quella con maggiore difficoltà di spostamento per le cure e si vogliono quindi offrire servizi domiciliari potenziati, anche di tipo ospedaliero, quando possibile.

Conclusioni

“Ora et labora”. È la frase chiave della “regola benedettina”, il principio ispiratore di San Benedetto.

È una frase di partenza di stimolanti meditazioni, uno dei cardini storici della nostra cultura, di una identità radicata e diffusa. dando origine a combinazioni irripetibili e ad un territorio che non ha eguali.

Definizione del profilo di ruolo e identificazione delle competenze e skill dell'Infermiere di Famiglia e Comunità

C. Sandroni, *Direttore UOC Professione Infermieristica ASL Roma 6*

C. Pizzicannella, *Coordinatore Distretto Sanitario H3 e IFEC ASL Roma 6*

C. Federici, *Dirigente delle Professioni Infermieristiche area Territoriale ASL Roma 6*

Background

Le politiche sanitarie, caratterizzate da una progressiva riduzione delle risorse disponibili, unitamente ai fenomeni dell'invecchiamento e della cronicità, hanno dato impulso allo sviluppo di nuove strategie per la gestione delle stesse, con l'implementazione di modelli organizzativi improntati alla sostenibilità del SSN. Questa trasformazione investe tutte le aziende del SSN, pubbliche e private.

Sono necessari, nella ridefinizione organizzativa ospedaliera e territoriale, nuovi profili di ruolo che fungano da cerniera nei contesti ospedale-territorio e territorio-territorio. Il raccordo delle esigenze cliniche e sociali del paziente cronico è svolto dall'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), che garantisce una presa in carico "olistica" nonché l'integrazione interdisciplinare "a rete" fra i vari attori che seppur con visioni diverse, li accomuna "il triplo valore" (allocativo, tecnico e personale) del Value Based HealthCare Management.

Obiettivi

Definizione del profilo di ruolo ed identificazione delle competenze e skill dell'IFeC, per garantire azioni di processo e di esito con ricadute positive nell'ambito dell'Azienda Sanitaria e benefici ed esito negli stakeholder di riferimento.

Metodi

Per la definizione del ruolo si è utilizzato il Dizionario delle Competenze Ce.Ri.S. Ma.S e la Balanced Scorecard (BSC). Con la tecnica del focus-group, un campione di 6 professionisti, esperti in assistenza territoriale, si è incontrato quattro volte,

ciascuno dalla durata massima di due ore. Gli indicatori di performance sono stati estratti dal BSC.

Risultati

L'IFeC è un professionista dotato di autonomia professionale, capace di interagire con l'équipe multidisciplinare e con il medico di medicina generale (MMG), con conoscenza dei piani integrati, necessari per la presa in carico della persona e delle loro famiglie.

Migliora la gestione dei percorsi, la dinamica dei flussi e l'attivazione della rete assistenziale con conseguente ottimizzazione delle risorse e contenimento dei costi. L'IFeC contribuisce al contenimento dei costi perché ha capacità di pianificare e realizzare interventi informativi ed educativi alla famiglia e comunità diventando il fulcro del miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

Emerge, inoltre, un'accezione innovativa di Operations Manager, in grado di organizzare i percorsi delle persone fra le diverse "aree produttive".

Limiti

Resistenza al cambiamento verso il nuovo processo organizzativo ed approccio assistenziale.

Conclusioni

Definizione del ruolo dell'IFeC, figura con alto livello di conoscenze teoriche, della struttura e delle procedure aziendali, con una visione d'insieme fortemente orientata al lavoro in Team Work. È un professionista atto a prevenire ed intercettare i problemi di salute, di educare le persone alla scelta di stili di vita sani, di sostenerle nel potenziamento delle proprie capacità di autocura e favorire il mantenimento dello stato salute. Promotore di soluzione dei problemi e garante del migliore utilizzo delle risorse sociali e sanitarie disponibili nella comunità. Facilitatore e mediatore fra la Azienda Sanitaria-cittadino e MMG. Con l'IFeC sarà possibile contribuire alla riorganizzazione della rete territoriale ed ospedaliera.

Attivazione di uno Studio di Medicina Generale all'interno del Campus Universitario dell'Università degli Studi Cassino e del Lazio Meridionale

A. Gabriele, M. Guerrieri, A. Incagnoli, F. Salera, G. Paolozzi, A. Zanon

Introduzione

L'Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale negli ultimi anni ha registrato un notevole incremento di studenti fuori sede, la maggior parte con cittadinanza straniera, iscritti alle diverse facoltà, rendendo, dunque, necessario sia un'innovazione didattica, sia un piano strategico di accoglienza. Nel Marzo di quest'anno, è stato siglato un Protocollo di Intesa tra la ASL di Frosinone, nella figura del Direttore Generale e l'Università, con il suo Magnifico Rettore. Dopo la stipula dell'accordo, il Direttore del Distretto Sanitario di Cassino – Pontecorvo, la Dottoressa Angela Gabriele, in collaborazione con l'Università stessa, attraverso la partecipazione dell'Ente Regionale per il Diritto allo Studio e alla Conoscenza, DiSCo Lazio, ha provveduto all'allestimento di uno studio medico funzionale, al fine di agevolare l'assistenza sanitaria dei suddetti studenti durante la loro permanenza in Ateneo.

Obiettivo dello studio

Lo scopo del presente progetto è di organizzare un ambulatorio di Medicina Generale, presso l'Università di Cassino e del Lazio Meridionale, concesso ad uso gratuito, per gli studenti ivi presenti.

Materiali e metodi

Il progetto, iniziato il 19 Aprile di quest'anno, coinvolge 850 studenti, iscritti presso l'Università di Cassino, con permanenza, in Italia per, almeno, un anno. Nell'Ambulatorio attivato sono presenti tre Medici di Medicina Generale, che si alternano

tre volte la settimana, per un totale di sei ore complessive. I locali che fungono da Ambulatorio sono resi idonei, ben areati ed opportunamente adeguati alle esigenze richieste.

Risultati

Lo studio prende in carico 850 studenti, sia di sesso maschile, sia femminile, con un range di età dai venti a quarant'anni. Per quanto riguarda gli studenti italiani, gli stessi, sono residenti in Province diverse da quella di Frosinone, relativamente agli stranieri, invece, essi, provengono da Paesi Europei, ma, anche, dagli Stati Uniti, Asia e Africa.

Conclusioni

La presenza dell'Ambulatorio di Medicina Generale all'interno dell'Università garantisce agli studenti l'assistenza sanitaria primaria gratuita.

Il cambio di direzione dal paziente verso l'ospedale... al sistema salute verso il cittadino

Progetto pilota di telemedicina nel comune di Arpino

I. Malandrucchio, *UOSD Endocrinologia e Malattie del Ricambio Ospedale Fabrizio Spaziani ASL Frosinone*

F. Celletti, *UOSD Endocrinologia e Malattie del Ricambio Ospedale Fabrizio Spaziani ASL Frosinone*

Introduzione

La gestione delle persone con patologie croniche ha un forte impatto sociale ed economico per il sistema salute. Un'analisi della popolazione insistente sul territorio della Asl di Frosinone mostra che circa il 27% dei residenti ha una o più cronicità, con diversi livelli di complessità¹. In questo scenario è importante sviluppare sistemi che rendano l'assistenza sempre più efficiente, efficace e sostenibile. In particolare, nella gestione della persona con diabete (30.000 persone nella ASL di Frosinone) è necessario favorire modelli, come la telemedicina, che vadano incontro alla complessità del paziente e che siano orientati al Chronic Care Model mettendo in campo strategie che prevedano consulti ed interazioni dinamiche e facilmente fruibili tra il team di diabetologia e la persona con diabete. Tuttavia, nella popolazione esiste una eterogeneità nel livello di alfabetizzazione digitale e nella disponibilità di accesso ai device che rende la telemedicina non fruibile da tutti alla stessa maniera. Sviluppare strategie che colmino questo gap potrebbe consentire di andare verso una medicina di precisione e di equità.

Obiettivo

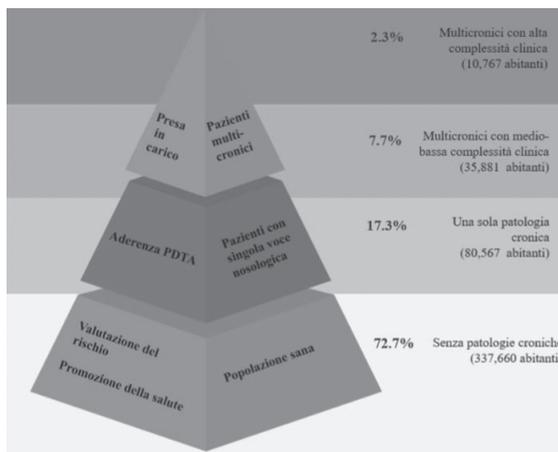
Il progetto si propone di mettere in campo un cambio di direzione, ossia dal paziente che si sposta verso l'ospedale al sistema salute che va verso il cittadino, in un'ottica di medicina di iniziativa che renda la telemedicina uno strumento fruibile

¹ Fonte: "Stima dei bisogni assistenziali per la programmazione e la presa in carico ASL di Frosinone" elaborato dal Dipartimento di epidemiologia del SSR del Lazio

N. patologie croniche	Classe d'età								Totale	
	0-14		15-34		35-64		65+		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
0	51,243	94.1	83,957	90.9	150,880	75.4	51,580	43.8	337,660	72.6
1	2,846	5.2	7,179	7.8	35,823	17.9	34,719	29.5	80,567	17.3
2+	354	0.7	1,254	1.4	13,479	6.7	31,561	26.8	46,648	10.0
Totale	54,443	100	92,390	100	200,182	100	117,860	100	464,875	100

per il più alto numero possibile di persone che possono beneficiarne.

Il progetto pilota coinvolge la ASL di Frosinone e il Comune di Arpino ed è rivolto alle persone con diabete tipo 1, tipo 2, diabete in gravidanza e alle persone con patologie endocrine.



Materiali e Metodi

Il progetto ha visto la predisposizione, presso i locali del Comune di Arpino, di uno spazio di accoglienza dedicato alla televisita per i pazienti che hanno necessità di supporto nell'accesso delle tecnologie necessarie alla televisita. Nello specifico, i pazienti arruolati si recano, previo appuntamento, nella struttura del Comune di Arpino e svolgono la televisita usufruendo degli spazi e dei device dedicati alla telemedicina con il supporto del personale del Comune specificatamente formato per accogliere e supportare le persone nell'utilizzo delle tecnologie.

I criteri di arruolamento per i pazienti sono:

- essere residenti nel Comune di Arpino o nei comuni limitrofi;
- necessitare di una visita endocrinologica di controllo che può essere svolta in telemedicina.

Conclusioni

Il progetto pilota intende esplorare una nuova frontiera della telemedicina che la renda uno strumento fruibile da una popolazione sempre più ampia e che la veda vicina anche ai pazienti non digitalmente alfabetizzati ma che per motivi geografici, sociali o di salute possono trarre beneficio in termini di salute e qualità di vita dalla telemedicina.

L'utilizzo della Stimolazione Cognitiva con attività motoria programmata negli anziani con Alzheimer

presso i Centri Diurni Alzheimer collocati
nella rete territoriali dell'ASL di Frosinone

A.M. Abbatecola, *UOC Assistenza Domiciliare ASL di Frosinone*

M. Russo, *UOC Assistenza Domiciliare ASL di Frosinone*

C. Calabrese, *UOC Assistenza Domiciliare ASL di Frosinone*

A. De Vendictis, *UOC Assistenza Domiciliare ASL di Frosinone*

D. Crispino, *UOC Assistenza Domiciliare ASL di Frosinone*

R. Di Stefano, *UOC Assistenza Domiciliare ASL di Frosinone*

E. Bottoni, *Servizio Sociale Comune di Cassino (FR)*

Introduzione

La Demenza Alzheimer (AD) è la più comune forma di demenza per cui attualmente non esiste una terapia specifica che possa bloccarne l'avanzamento. Considerando il limitato uso della terapia farmacologica nei pazienti con AD in fase moderata, studi clinici hanno dimostrato che la terapia non farmacologica, come la Stimolazione Cognitiva (CST) e l'attività fisica sono sovrapponibili alla terapia farmacologica, agendo sul processo cognitivo del paziente.

Obiettivo

Migliorare l'assistenza erogata ai pazienti con AD attraverso l'utilizzo combinato della terapia farmacologica e delle terapie non farmacologiche, come la CST e l'attività fisica.

Materiale e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale su 62 pazienti con AD nel periodo tra il 2017 e il 2019 per confrontare i risultati raggiunti con la combinazione di CST e attività motoria. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi:

- Gruppo A: pazienti con AD (lieve o moderata) in terapia con farmaci anti-demenziali (> 12mesi) tra coloro che frequentano un Centro Diurno per Alzheimer – CDA – (n = 32);
- Gruppo B: pazienti affetti dalla stessa malattia che non frequentano il centro (n = 30).

I pazienti del gruppo A sono stati sottoposti a due sedute settimanali di 60 minuti di CST e attività motoria programmata. I due gruppi sono stati selezionati con medesime caratteristiche valutando la fase della malattia, l'età, gli anni di scolarità, la terapia farmacologica per un complessivo di 62 pazienti. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a valutazione dello stato cognitivo (Mini-Mental-Status-Examination (MMSE), psico-affettivo (Cornell), funzionale (Activities-of-Daily-Living-ADL-), autonomia nell'uso di strumenti per le attività di vita quotidiana (IADL), funzionalità degli arti inferiori (SPPB, Tinetti), Stress (Caregiver-Burden Index-CBI-) al tempo iniziale (T 0) ed ad intervalli di follow-up di 6 mesi per 24 mesi. Le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando il test T-di-studente l'ANOVA.

Risultati

Non sono state osservate differenze nelle caratteristiche tra i due gruppi al tempo T0. I soggetti, per lo più donne (73,5%), avevano un'età media di 80±5. Dopo 24 mesi di follow-up, i pazienti appartenenti al gruppo A hanno mostrato una stabilità nelle funzioni cognitive (p-for-trend NS). I pazienti appartenenti al gruppo A hanno mostrato un significativo miglioramento dei seguenti parametri dal momento iniziale al primo follow-up (6-mesi): Performance fisica (SPPB: 8,4±2,1 vs. 9,3±2,2; p<0.001), Tinetti: 20,5±5,6 vs. 21,5±6,1; p=0,002), tono dell'umore (Cornell: 5,8±2,2 vs. 5,5±2,0; p=0,006), e qualità della vita (QoL:30,6±6 vs. 31,7±6,3; p=0,017), mentre a 24 mesi mostravano una stabilità nei tali parametri (p-for-trend NS). I pazienti del gruppo B hanno invece mostrato una significativa riduzione delle funzioni cognitive e fisiche a 24 mesi.

Conclusioni

I risultati suggeriscono effetti positivi sulla stabilità a 24 mesi delle funzioni cognitive e fisiche dei pazienti con AD che svolgono attività nei CDA territoriali. Il servizio dai CDA, inoltre, offre un notevole beneficio sulla riduzione dello stress dei caregiver.

Herpes zoster: una proposta sfidante per la salute dei nostri anziani

A. De Luca, *Direttore Sanitario ASL Rieti*

A. Martini, *Vice-Coordinamento Aziendale Piano Aziendale di Prevenzione*

L. Barbante, *Dirigente Medici UOC ISP*

M. Gentile, *Dirigente Medici UOC ISP*

A. Boncompagni, *Direttore Distretto Sanitario 1*

F. Mancini, *Direttore Distretto Sanitario 2*

G. Fovi De Ruggiero, *Direttore UOC ISP ASL Rieti - Coordinatore Piano Aziendale di Prevenzione*

Introduzione

Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019, per il quale è stata richiesta una proroga fino all'approvazione del nuovo PNPV, ha introdotto fra le nuove vaccinazioni quella contro l'Herpes Zoster, identificando l'offerta gratuita delle vaccinazioni dell'adulto sia per rischio infettivo legato all'età sia legato a eventuali malattie o terapie concomitanti che possano comportare un rischio aumentato di infezione.

Obiettivo

Il piano di prevenzione e promozione vaccinale 2023 della Asl di Rieti si propone l'obiettivo innovativo di creare un percorso vaccinale, per la prevenzione dell'Herpes Zoster, ad hoc per i soggetti fragili/immunodepressi, ospiti delle RSA del territorio di Rieti e provincia rispondendo all'esigenza di implementare sul territorio interventi di promozione della salute e prevenzione intersettoriali coordinati dal Centro di Prevenzione della UOC Igiene e Sanità Pubblica della ASL di Rieti in alleanza con i Distretti Sanitari collegati con le RSA della provincia. Pur rientrando nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) validi su tutto il territorio nazionale, le vaccinazioni nei soggetti fragili e immunodepressi, come quella per l'Herpes Zoster, appaiono in Italia ancora molto poco conosciute.

Materiali e metodi

Un'équipe del Centro di Prevenzione della UOC Igiene e Sanità Pubblica della ASL di Rieti promuoverà la vaccinazione ai soggetti fragili/immunodepressi, ospiti delle RSA del territorio di Rieti e provincia, favorendo la vaccinazione direttamente presso il luogo di ospitalità del paziente e garantendo, in questo modo, un accesso più facile e diretto alla vaccinazione. Questa azione di prevenzione di assistenza sanitaria territoriale e distrettuale include la forte motivazione degli operatori sanitari che certamente hanno la *mission* di sensibilizzare la popolazione sull'importanza della vaccinazione anti-zoster e prevenire le malattie correlate.

Risultati

Per la valutazione della azione di prevenzione si utilizzeranno i seguenti indicatori: numero di pazienti candidabili per RSA, numero di aderenti alla vaccinazione per RSA, numero di vaccinazioni eseguite per RSA, numero di prelievi rifiutati documentati/numero di utenti candidabili per RSA, tasso di ospedalizzazione per patologia.

Conclusioni

La vaccinazione anti-herpeszoster è considerata il principale mezzo di prevenzione primaria di malattia nonché fondamentale intervento di sanità pubblica efficace per ridurre i costi sanitari e sociali legati a questo virus che ha tra le sue particolarità quella di restare inattivo nel tessuto nervoso riattivandosi anni dopo con manifestazioni molto dolorose e conseguenze anche invalidanti.

L'innovativa esperienza di gestione clinica dell'Herpes Zoster è complessa ma virtuosa ed ogni anno sarà incrementata per raggiungere un'immunità di comunità vaccinando tutte le persone estremamente vulnerabili per controllare efficacemente la malattia e ridurre l'ospedalizzazione.

L'utilizzo del project management per la riorganizzazione distrettuale dei servizi di prevenzione e promozione della salute

A. De Luca, *Direttore Sanitario ASL Rieti*

M. Vescia, *Operation Manger ASL di Rieti*

G. Carocci, *Responsabile UOS Coordinamento Screening*

M. Gentile, *Dirigente Medico ISP referente linea attività gestione eventi pandemici*

A. Aureli, *I.O. Coordinamento Screening*

A. Gemrolè, *Direttore Dipartimento Tecnico Patrimoniale*

A. Boncompagni, *Direttore Distretto Sanitario 1*

F. Mancini, *Direttore Distretto Sanitario 2*

G. Fovi, *Direttore Dipartimento della Prevenzione e UOC ISP*

Introduzione

La ASL di Rieti negli ultimi sei anni ha intrapreso un processo di cambiamento dei suoi modelli organizzativi, i cui principi sono anche contenuti in Mission e Vision aziendali, da sempre orientate all'integrazione orizzontale delle diverse UU.OO sulla scorta del modello Value Based Healthcare e alla tutela della salute della popolazione da realizzarsi non solo con le attività cliniche ma attraverso tutte le attività di prevenzione e promozione della salute.

Per perseguire tale scopo, nel Distretto Sanitario 1 è stata istituita l'Area di Prevenzione e Promozione della salute dove lavorano in modo integrato le U.U.O.O "Coordinamento Screening", "Programmi Vaccinali" e linea di attività Gestione Eventi Pandemici" con la UOSD Igiene degli alimenti e della nutrizione ed il Distretto.

Obiettivo

L'obiettivo è stato quello di realizzare un servizio centralizzato di gestione delle attività di prevenzione sul territorio inteso sia come sede ambulatoriale fissa che,

come servizio itinerante. Per fare questo sono stati utilizzati strumenti e metodologia di project management per favorire una visione organica e trasversale.

Materiali e metodi

Per riorganizzazione della nuova area siamo partiti dalla costituzione del team di progetto di cui hanno fatto parte il personale di tutte le UU.OO, la Direzione Sanitaria e l'ufficio Tecnico, che si è occupato dell'analisi dello stato attuale ("as-is") andando ad effettuare una mappatura dei processi esistenti comprensiva di:

- linee di attività di tutti i servizi coinvolti;
- personale presente;
- bisogni degli stakeholders interni ed esterni;
- planimetrie del distretto sanitario n. 1.

Quest'analisi ci ha permesso inquadrare la situazione nel modo più critico possibile, individuando chiaramente i gap da colmare per la realizzazione di un piano strategico per la riorganizzazione dei servizi ed il miglioramento delle prestazioni erogate.

Risultati

Tendendo conto di tutto quanto sopra riportato, si è proceduto con:

1. progettazione degli spazi in logica di patient oriented;
2. focus su formazione del personale e corretta comunicazione;
3. aumento dell'offerta di servizi: attivazione ambulatorio di nutrizione preventiva;
4. progettazione di "Eventi di Comunità: per l'uso consapevole dei servizi sanitari.

In questo modo all'interno di una unica area l'utente può trovare risposte in tema di vaccini, screening e prevenzione delle patologie legate ad una non corretta alimentazione ed avere informazioni utili a migliorar i suoi stili di vita.

Conclusioni

La nuova area così come concepita dalla Direzione Strategica è diventata un punto di riferimento per la prevenzione territoriale della ASL, oltre che punto di aggregazione per la comunità che con il Distretto Sanitario organizza nei locali degli incontri a tema per favorire la comunicazione con gli utenti le associazioni di categoria.

Inoltre, questa esperienza ha rafforzato la convinzione che solo attraverso l'integrazione di esperienza e risorse l'organizzazione può crescere e migliorare offrendo ai suoi utenti servizi sempre più innovativi e funzionali.

Le unità di continuità assistenziale nella ASL di Viterbo: gli interventi intermedi a supporto dei servizi di cura

A. Proietti, *Direttore Sanitario Aziendale ASL Viterbo*

Introduzione

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe mobile (medico e infermiere), che interviene, a livello territoriale distrettuale, su attivazione della Centrale Operativa Territoriale (COT) per la gestione di situazioni clinico-assistenziali complesse e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico, anche nelle fasi di transitional care. Non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico definitiva del paziente, con interventi temporanei o ponte. La COT accoglie le richieste, le classifica e le indirizza verso la giusta soluzione secondo i criteri di eleggibilità alle diverse soluzioni assistenziali.

Obiettivo

Attuare tempestivamente una presa in carico temporanea finalizzata al superamento delle fasi di instabilità clinica o alla regolarizzazione del percorso assistenziale definitivo grazie all'erogazione di prestazioni compatibili con la domiciliarità (giusto setting assistenziale, giusto timing di erogazione).

Materiali e metodi

Per garantire appropriatezza e sicurezza degli interventi è stato condiviso un catalogo delle prestazioni erogabili, le stesse sono poi declinate in una rubrica degli interventi clinico assistenziali poiché la prestazione non è fine a sé stessa ma parte di una serie di azioni valutative, diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali necessarie al raggiungimento dell'obiettivo di salute.

Le prestazioni diagnostiche in telemedicina sono assicurate grazie alla telerefertazione e dal teleconsulto con gli specialisti delle reti della cronicità.

Le UCA erogano inoltre prestazioni in telecontrollo e teleassistenza. Condizioni che

determinano un intervento a domicilio:

- paziente in isolamento per patologia Covid;
- temporanea o definitiva impossibilità alla movimentazione;
- paziente con condizioni di fragilità che ne rendono rischioso il trasporto e l'accesso in ospedale.

I criteri di esclusione:

- situazioni di emergenza-urgenza;
- interventi erogabili in altri setting assistenziali;
- prestazioni non compatibili con la domiciliarità.

Risultati

Il primo trimestre 2023 sono stati presi incarico 97 pazienti, per alcuni di questi sono giunte più richieste per un totale di 165 attivazioni. La gestione dei casi ha comportato di 258 accessi a domicilio e dell'erogazione di 704 prestazioni. Si nota un incremento costante delle attività, in particolare del numero delle prestazioni che vedono l'arricchimento del catalogo grazie ai dispositivi diagnostici per la telemedicina. Le richieste provengono per il 65% dal territorio (MMG) e per il restante 35% dalle strutture ospedaliere.

Conclusioni

Si conferma e rafforza nel tempo la potenzialità del servizio in particolari frangenti che incidono anche sul piano di contrasto al sovraccollimento del PS. In particolare: favorire una dimissione precoce garantendo a domicilio la continuità terapeutica e assistenziale e il follow-up post dimissione; evitare il ricovero di pazienti cronici attraverso la valutazione ed il trattamento a domicilio qualora la situazione non presenti caratteri di urgenza, garantire interventi ponte a supporto delle fasi di transizione delle cure in attesa dell'organizzazione di una risposta assistenziale definitiva e ovviamente la gestione domiciliare dei casi Covid positivi.

**CASE DELLA
COMUNITÀ
DEL LAZIO**

Case della Comunità nella Regione Lazio: una proposta di indirizzo

A cura del Gruppo di Lavoro:

R. Gallo, UOC Direzione del Distretto 9 e della Committenza, ASL Roma 2 - Dip. di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma. Coordinatrice del Gruppo di Lavoro

A. Lancia, UOC Casa della Salute Distretto 9 ASL Roma 2. Coordinatrice del Gruppo di Lavoro

F. Beato, UOSD Strutture Sanitarie, Dipartimento di Prevenzione ASL Roma 6

M.C. Bernucci, Medico Specialista in formazione in Igiene e Medicina Preventiva Università, "Sapienza" Università di Roma

D. Ciciarella Modica, Distretto H4, Asl Roma 6

V. Iannucci, UOC Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione ASL Roma 4

E. Megli, UOC Direzione del Distretto 9 e della Committenza, ASL Roma 2

A. Pancaldi, Medico Specialista in formazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

G. Sessa, Medico Specialista in formazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Con la collaborazione del Comitato Tecnico Scientifico CARD Lazio:

G. Damiani, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

C. De Vito, Università Sapienza di Roma

M. Maurici, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

R. Mete, Presidente Card Lazio

A. Panà, Vice presidente Centro Superiore di Studi Sanitari Giuseppe Cannarella

PARTE GENERALE: IL CONTESTO

Popolazione e demografia

Struttura della popolazione

Al 1° gennaio 2022, la popolazione residente nella Regione Lazio si compone di 5.708.215 persone, di cui il 52% femmine; l'andamento temporale, a partire dal

2006, mostra un lieve incremento della consistenza demografica regionale, che dopo essersi stabilizzato, negli ultimi anni mostra un lieve decremento (figura 1). La quota di residenti stranieri, nel 2018, è pari all'11%.

La popolazione regionale è costituita, per circa il 22,6%, da anziani con 65 anni e più, mentre è composta di grandi anziani (ottantenni e oltre) per circa il 6,5%; il 13% è costituito da minorenni (0–14 anni), poco meno del 65% della popolazione si colloca nella fascia d'età tra 15 e 64 anni (elaborazione tuttitalia.it).

Nella tabella 1 si riportano a seguire alcuni dati demografici ed epidemiologici relativi alle Aziende Sanitarie Regionali.

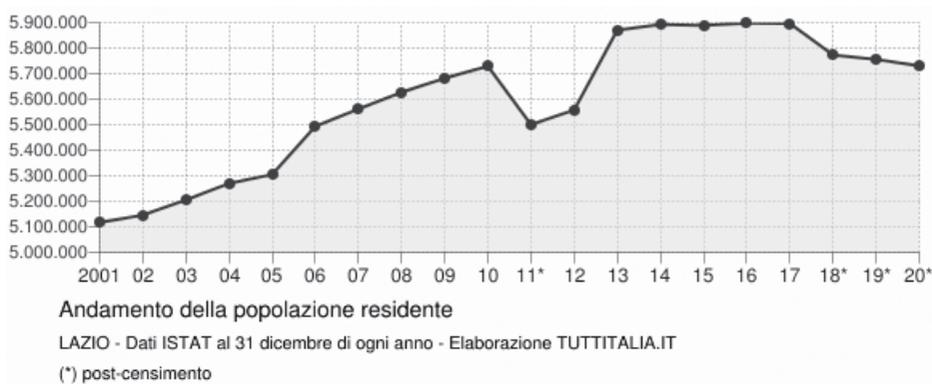


Grafico 1- Andamento della popolazione residente della Regione Lazio. Fonte: Elaborazione grafica di TUTTITALIA.IT da dati ISTAT al 31 dicembre 2020.



Grafico 2 - Struttura per età della popolazione (%) della Regione Lazio (anni 2002- 2020). Fonte: Elaborazione grafica di TUTTITALIA.IT da dati ISTAT al 31 dicembre 2020.

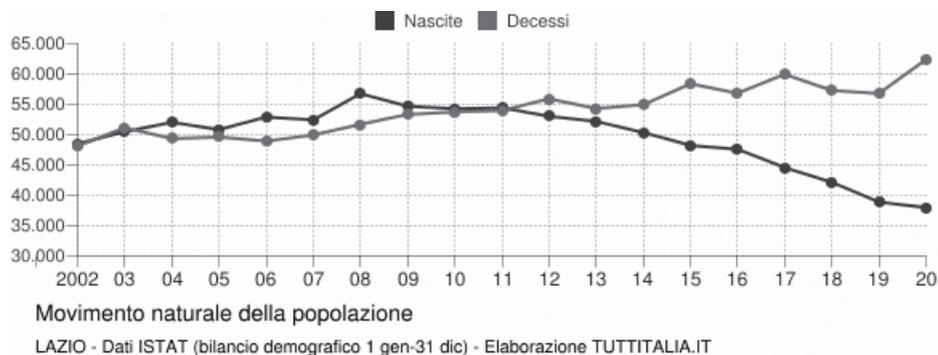


Grafico 3 - Movimento naturale della popolazione nella Regione Lazio (anni 2002- 2020).

Fonte: Elaborazione grafica di TUTTITALIA.IT da dati ISTAT al 31 dicembre 2020.

	ASL RM 1	ASL RM 2	ASL RM3	
Superficie (km2)	524	466,9	648,07	
Densità abitativa (ab/km2)	1913, 01	2707,22	916,11	
Popolazione residente (2021) <i>Fonte: open lazio</i>	1002415	1263999	593641	
Percentuale residenti stranieri (2021) <i>Fonte: open lazio</i>	133059 (13,3%)	150410 (11,9%)	67256 (11,3%)	
Indice di vecchiaia (2021) <i>Fonte: open lazio</i>	192.0	171.3	165.7	
Indice di dipendenza strutturale (2021) <i>Fonte: open lazio</i>	56.5	54.5	54.9	
Tasso di natalità (2020) <i>Fonte: open lazio</i>	6.2	6.9	6.4	
Tasso di mortalità infantile (0-356gg) (2018) <i>Fonte: open lazio</i>	2,7	3,49	4,17	
Incremento demografico (2019) * <i>Fonte: Tuttitalia</i>	-0.24%	-0.24%	-0.24%	
Aspettativa media di vita alla nascita (2017) * <i>Fonte: ISTAT</i>	82.7	82.7	82.7	
Reddito pro capite (2019) dato regionale <i>Fonte: open lazio da ISTAT</i>	14.428 €	14.428 €	14.428 €	
* dato disponibile solamente a livello provinciale				

Tabella 1 - Caratteristiche demografiche per ASL

Contesto epidemiologico

Frequenza di malattie - prevalenza Regione Lazio 2020

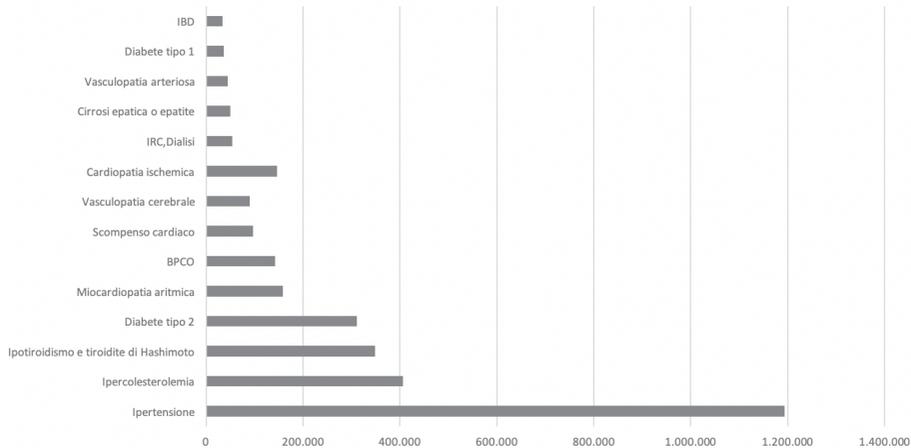


Grafico 4 - Frequenza di malattie - Anno 2020

Modificato da www.opensalutelazio.it

Le quattro patologie maggiormente presenti nella Regione Lazio risultano essere, in ordine decrescente: ipertensione, ipercolesterolemia, ipotiroidismo e diabete tipo 2. La loro prevalenza nella popolazione appare abbastanza omogenea sul territorio, seppur con alcuni discostamenti. In particolar modo, per quanto riguarda l'ipertensione il triste primato va alla ASL di Frosinone, che appare quella con un tasso standardizzato maggiore di casi (211,5 casi per 1.000 residenti), al contrario della ASL RM1, che invece risulta essere quella con il tasso inferiore (158 casi per 1.000 residenti).

Tumori maligni

Il numero di patologie maligne diagnosticate, considerando un arco temporale

	2010	2014	2018
K COLON-RETTO	86,3 (83,9-88,8)	82,7 (80,5-85,1)	74,1 (72,0-76,2)
K MAMMELLA	141,8 (137,6-146,1)	142,6 (138,6-146,6)	145 (141,0-149,2)
K PROSTATA	134,5 (130,0-139,3)	108,4 (104,4-112,5)	99,2 (95,6-103)
K CERVICIE UTERINA	8,5 (7,5-9,6)	8,5 (7,5-9,6)	7,3 (6,4-8,3)

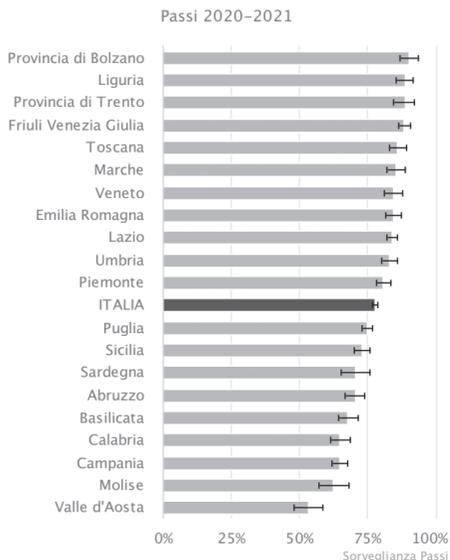
Tabella 3 - Tasso di incidenza standardizzato dei Tumori maligni nella Regione Lazio. Periodo 2010-2018
Popolazione di riferimento per la standardizzazione: Regione Lazio 2011.

Modificato da www.opensalutelazio.it

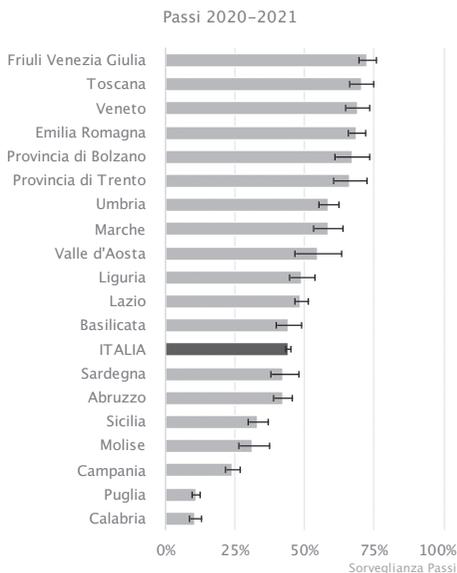
TASSO STANDARDIZZATO 2019 (X 100.000 RESIDENTI)	
ASL ROMA 1	559,8 (546,2-573,7)
ASL ROMA 2	577,4 (564,8-590,2)
ASL ROMA 3	568,1 (550,0-586,8)
ASL ROMA 4	578,8 (553,7-605,1)
ASL ROMA 5	602,1 (581,0-624,1)
ASL ROMA 6	565,5 (546,4-585,2)
ASL FROSINONE	516,0 (497,0-535,7)
ASL LATINA	520,3 (502,4-539,0)
ASL RIETI	494,4 (463,0-527,9)
ASL VITERBO	539,6 (516,0-564,2)
REGIONE LAZIO	558,9 (553,1-564,8)

Tabella 4 - Tasso standardizzato dei Tumori maligni nella Regione Lazio. Anno 2019. Modificato da www.opensalutelazio.it

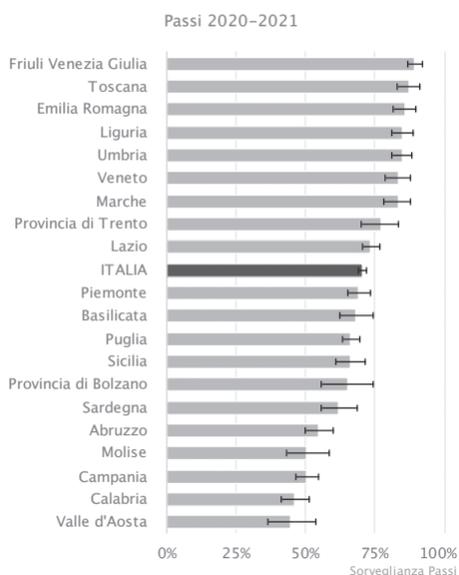
Copertura screening cervicale totale per regione di residenza



Copertura screening coloretale totale per regione di residenza



Copertura screening mammografico totale per regione di residenza



Grafici 5-6-7 - Copertura screening oncologici per regione. Dati standardizzati. Sorveglianza Passi 2020-21.

Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

compreso tra il 2010 e gli ultimi dati relativi al 2018, si è mantenuta attorno a valori costanti, seppur denotandosi un aumento per quanto concerne il valore del tasso di incidenza di alcuni tumori (es. mammella femminile) e una diminuzione di altri, come quelli del colon-retto e della prostata (tabella 3). Si sottolinea come questi dati, ricavati tramite Opensalutelazio (che definisce “un caso potenzialmente incidente” se corrisponde al primo ricovero o ad un decesso, non preceduto da ricovero, avvenuto nel periodo 2010-2017), siano indicativi di quanto un maggior coinvolgimento delle popolazioni target sia fondamentale per la riuscita delle campagne di screening e il conseguente abbattimento di diagnosi più tardive.

I dati dalla Sorveglianza Passi 2020-21 evidenziano una partecipazione agli screening oncologici lievemente superiore alla media nazionale per quanto riguarda lo screening mammografico (73.6% Lazio vs 70.5% Italia) e cervicale (84.1% Lazio vs 77.7% Italia), così come per lo screening del colon-retto (48.8% Lazio vs 44% Italia), i cui dati di copertura risultano tuttavia ancora bassi.

Cause di morte

L'andamento dei casi di morte distinti per causa risulta interessante da analizzare (tabella 5). In effetti, seppur ci si potrebbe attendere un aumento dei casi riferibili a patologie del sistema circolatorio, si rileva, al contrario una loro diminuzione (probabilmente grazie all'utilizzo di nuovi farmaci, ma anche alla sempre più crescente

per 100.000 residenti	2016	2019
MALATTIE SIST. CIRCOLATORIO	409,3 (403,6-415,1)	290,2 (286,2-294,3)
TUMORI MALIGNI	285,9 (281,3-290,5)	243,0 (239,2-246,8)
PATOLOGIE PSICHIATRICHE	13,6 (12,5-14,7)	27,3 (26,1-28,5)
PATOLOGIE APP. RESPIRATORIO	55,5 (53,4-57,6)	75,2 (73,2-77,3)

Tabella 5 - Tasso di incidenza standardizzato delle Cause di morte Regione Lazio. Periodo 2016 e 2019.

Popolazione di riferimento per la standardizzazione: Regione Lazio 2011.

Modificato da www.opensalutelazio.it

TASSO STANDARDIZZATO 2019 (X 100.000 RESIDENTI)	
ASL ROMA 1	765,5 (750,6-780,6)
ASL ROMA 2	822,6 (808,3-837,1)
ASL ROMA 3	817,1 (796,2-838,6)
ASL ROMA 4	929,8 (897,5-963,3)
ASL ROMA 5	944,9 (918,2-972,4)
ASL ROMA 6	914,8 (890,2-940,1)
ASL FROSINONE	918,8 (894,6-943,7)
ASL LATINA	870,0(847,0-893,7)
ASL RIETI	898,2 (858,7-939,6)
ASL VITERBO	943,2(913,4-974,1)
REGIONE LAZIO	855,7 (848,8-862,8)

Tabella 6 - Tasso standardizzato delle Cause di morte Regione Lazio. Anno 2019.
Modificato da www.opensalutelazio.it

TASSO STANDARDIZZATO 2021 (X 100.000 RESIDENTI)	
ASL ROMA 1	6.032,9 (5.986,3-6.079,8)
ASL ROMA 2	6.110,6 (6.068,6-6.153,0)
ASL ROMA 3	6.115,7 (6.054,1-6.117,9)
ASL ROMA 4	6.536,4 (6.448,9-6.625,2)
ASL ROMA 5	6.569,8 (6.498,2-6.642,2)
ASL ROMA 6	7.096,3 (7.027,1-7.166,3)
ASL FROSINONE	6.212,0 (6.143,1-6.281,8)
ASL LATINA	6.536,5 (6.470,8-6.602,9)
ASL RIETI	5.855,4 (5.739,6-5.973,6)
ASL VITERBO	5.766,8 (5.684,9-5.849,9)
REGIONE LAZIO	6.269,2 (6.249,1-6.289,4)

Tabella 7 - Tasso standardizzato delle Cause di ricovero Regione Lazio. Anno 2021.
Modificato da www.opensalutelazio.it

attenzione di caregiver e sanitari nei confronti di questi pazienti). Al contrario, le patologie che hanno riscontrato un drastico aumento dei casi di morte sono le patologie dell'apparato respiratorio, seguite da quelle più silenziose, ma allo stesso tempo non meno letali: le patologie psichiatriche.

Cause di ricovero

Comprendere quale sia l'effettiva pressione esercitata dai ricoveri sui nosocomi della nostra Regione risulta fondamentale, ai fini di una programmazione adeguata per l'accudimento dei pazienti, sia in ospedale, sia a domicilio. Si evince tramite l'analisi dei dati esposti in grafico 8 e in tabella 7, come la Asl RM 6 sia quella maggiormente sottoposta ad eventi di ricovero, mentre quella di Viterbo sia la meno colpita.

L'ordine di frequenza delle cause di ricovero risulta essere simile tra le varie Asl e può essere riassunto come segue:

- Patologie cardiocircolatorie (circa 18%);
- Patologie pneumologiche (circa 12%);
- Tumori e patologie gastroenterologiche (circa 10% ciascuno).

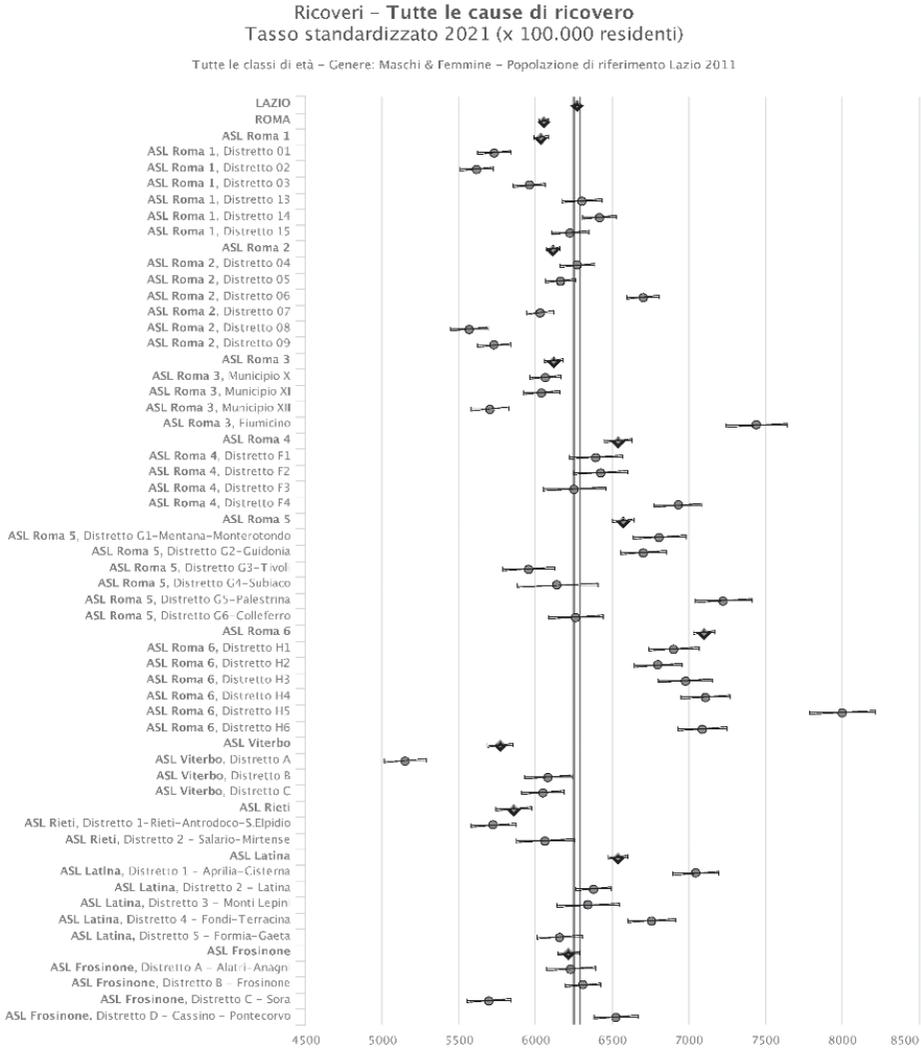


Grafico 8 - Tasso standardizzato delle Cause di ricovero Regione Lazio. Anno 2021.

Fonte: www.opensalutelazio.it

TERRITORIO

Struttura del territorio

La Regione Lazio ha una superficie di 17.231,72 km². La densità abitativa più alta si registra nella Città Metropolitana di Roma Capitale, che ha anche una estensio-

ne maggiore rispetto a ciascuna delle altre quattro province (Città Metropolitana di Roma 5.363,22 km², Comune di Roma 1.286,8 km²). In vista della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, tuttavia, appare doveroso mettere l'accento anche sulle cosiddette aree interne. Le aree interne rappresentano un'ampia porzione del territorio nazionale – che, anche a causa di carenze in infrastrutture e mezzi di trasporto, ha subito gradualmente nel tempo un processo di marginalizzazione che si è tradotto in declino demografico, calo dell'occupazione e uso e tutela del suolo non adeguati. Allo stesso modo appare difficoltosa l'erogazione di servizi, non solo sanitari, ma anche educativi e sociali che rappresentano una sfida sempre maggiore. Di fronte a questa sfida il modello Casa della Comunità in rete e la presenza di diverse CdC Spoke può diventare un elemento di risoluzione del problema. Di seguito la rappresentazione delle Aziende Sanitarie nella Regione Lazio con la attuale localizzazione della Case della Salute.

Le Case della Salute presenti in Lazio

Sulla base di quanto riportato dai siti istituzionali aziendali e dal sito istituzionale SaluteLazio, al dicembre 2022 in Lazio risultano essere presenti 24 Case della Salute (per collocazione vedi figura 5):

1. Casa della Salute Prati- Trionfale (ASL RM 1)
2. Casa della Salute Labaro-Prima Porta (ASL RM 1)
3. Casa della Salute Nuovo Regina Margherita- Trastevere (ASL RM 1)
4. Casa della Salute Tenuta di Torrenova (ASL RM 2)
5. Casa della Salute Santa Caterina della Rosa (ASL RM 2)
6. Casa della Salute via Antistio (ASL RM 2)
7. Casa della Salute di Ostia (ASL RM 3)
8. Casa della salute di Palidoro (RM 3)
9. Casa della Salute di Ladispoli – Cerveteri (ASL RM 4)
10. Casa della salute di Zagarolo (ASL RM 5)
11. Casa della salute di Palombara Sabina (RM 5)
12. Casa della salute di Anzio (ASL RM 6)
13. Casa della Salute Rocca Priora (ASL RM 6)
14. Casa della Salute di Pontecorvo (ASL Frosinone)
15. Casa della Salute di Atina (ASL Frosinone)
16. Casa della Salute di Ceprano (ASL Frosinone)
17. Casa della Salute di Ferentino (ASL Frosinone)
18. Casa della Salute di Ceccano (ASL Frosinone)
19. Casa della Salute di Sezze - Monti Lepini (ASL Latina)

20. Casa della Salute di Priverno (ASL Latina)
21. Casa della Salute di Aprilia (ASL Latina)
22. Casa della Salute Magliano Sabina (ASL Rieti)
23. Casa della Salute di Soriano nel Cimino (ASL Viterbo)
24. Casa della Salute di Bagnoregio (ASL Viterbo)



Figura 5 - Le ASL nel Lazio e localizzazione delle Case della Salute.

Fonte: Web (immagine muta), Salutelazio.it, Siti Aziendali ASL.

La normativa di riferimento nazionale e regionale

Si inizia a parlare di Case della Salute come modello organizzativo sperimentale di assistenza territoriale nel 2007, con il Decreto Ministero della Salute 10 luglio 2007, attuativo della Legge 27 dicembre 2006 n. 296 (Legge Finanziaria 2007). Questo modello viene quindi approvato e confermato nel patto della salute governo-regioni 2014-2016. Se da un lato i documenti nazionali parlavano solo genericamente, alcune regioni, come la Regione Lazio, legiferavano su requisiti e caratteristiche che una Casa della salute doveva possedere. Sono stati prodotti in tal senso dap-

prima i DCA n. 428 del 2013 e il n. 040 del 2014 e successivamente nel 2017 il DCA n. 228. A livello nazionale nel contesto post-pandemico e poi del PNRR, nel progetto di una complessiva riforma dell'assistenza territoriale, la Casa della Salute diventa Casa della Comunità nell'ottica di restituire una maggiore enfasi al ruolo della comunità (già presente in tutti i testi precedenti). Si arriva così al Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23/05/2022 che indica, tra l'altro, i requisiti minimi per le Case della Comunità.

La Regione Lazio recepisce il DM 77/2022 con la Delibera n. 643 del 26/07/2022, con la Determina n. 18206 del 20/12/2022 e successivamente, a seguito della costituzione di tavoli congiunti e gruppi di lavoro *ad hoc*, con la Delibera n. 2706 del 28/02/2023.

Di seguito viene proposta una tabella sinottica che sintetizza le normative salienti e permette un agevole confronto tra la normativa della Regione Lazio sulle CdS e quanto previsto dal DM 77/2022.

Assistenza primaria (MMG, PLS, MCA, UCP, UCPP)
Continuità assistenziale (ex guardia medica, copertura medica h 24)##
Attività specialistica ambulatoriale
Ambulatorio infermieristico
Attività di diagnostica strumentale di primo livello (diagnostica per immagini, punto prelievi)
Area dell'accoglienza
Sportello CUP
PUA
Area del volontariato e della mutualità/Partecipazione della comunità e valorizzazione co-produzione
Area della sorveglianza temporanea
Presenza o raccordo funzionale con la postazione più vicina del punto di soccorso mobile 118, dotato di personale medico a bordo presente 24 ore su 24
Integrazione con i servizi sociali#
Centro Assistenza Domiciliare (CAD)
Area delle cure intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica;
Assistenza ambulatoriale complessa (ad es. chirurgia ambulatoriale, Day service)
Centri per i disturbi cognitivi e demenze - Centri territoriali esperti
Centro/Sportello anti violenza
Consultori e attività rivolte ai minori
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza
Assistenza farmaceutica (a tale riguardo vedi anche rapporti con le farmacie territoriali)
Attività fisica adattata
Medicina dello sport
Trattamento del dolore cronico, nell'ambito delle specifiche reti
Per le Case della Salute di maggiori dimensioni, nelle aree non metropolitane, può essere previsto un punto di primo intervento in collegamento con i più vicini Pronto Soccorso e DEA
Telemedicina
Screening
Vaccinazioni e altri interventi di sanità pubblica
Altri servizi sanitari e sociosanitari territoriali, secondo le necessità e le risorse del territorio, da attivarsi secondo le specifiche normative vigenti

Tabella 8. Confronto dello storico normativo nel Lazio con il DM 77/22. Fonte normativa: Decreto del Commissario ad Acta(DCA) Regione Lazio n 040/2014, Decreto del Commissario ad Acta(DCA) Regione Lazio n 228/2017, Decreto del Ministero della salute n 77/2022.

Legenda: * indicate nella normativa regionale della Regione Lazio come modulo base costituente le Case della Salute; ** indicato nella normativa regionale della Regione Lazio come modulo aggiuntivo

	Requisiti CdS Regione Lazio DCA 040/2014	Requisiti CdS Regione Lazio DCA 228/2017	DM 77/2022 CdC Hub	DM 77/2022 CdC Spoke
	Obbligatorio*	Obbligatorio*	Obbligatorio	Obbligatorio
	Obbligatorio ##	Obbligatorio ##	Obbligatorio	NR
	Obbligatorio*	Obbligatorio*	Obbligatorio	Obbligatorio
	Obbligatorio*	Obbligatorio*	Obbligatorio	Obbligatorio
	Obbligatorio*	Obbligatorio*	Obbligatorio	Facoltativo
	Obbligatorio*	Obbligatorio*	NR	NR
	Obbligatorio*	Obbligatorio*	Obbligatorio	Obbligatorio
	Obbligatorio*	Obbligatorio*	Obbligatorio	Obbligatorio
	Obbligatorio*	Obbligatorio*	Obbligatorio	Obbligatorio
	Obbligatorio*	NR	NR	NR
	Obbligatorio*	NR	NR	NR
	Obbligatorio#	Obbligatorio#	Obbligatorio	Obbligatorio
	NR	Facoltativo**	Obbligatorio	Obbligatorio
	Facoltativo**	Facoltativo**	NR	NR
	Facoltativo**	Facoltativo**	NR	NR
	Facoltativo**	Facoltativo**	NR	NR
	Facoltativo**	Facoltativo**	NR	NR
	NR	NR	Facoltativo	Facoltativo
	NR	NR	Raccomandato	Raccomandato
	Facoltativo**	NR	NR	NR
	Facoltativo**	Facoltativo**	NR	NR
	NR	NR	Raccomandato	Raccomandato
	Facoltativo**	Facoltativo**	NR	NR
	Facoltativo**	NR	NR	NR
	NR	Facoltativo**	NR	NR
	NR	Facoltativo**	Facoltativo	Facoltativo
	NR	Facoltativo**	Facoltativo	Facoltativo
	NR	Facoltativo**	NR	NR

delle Case della Salute; # nella normativa regionale della Regione Lazio viene intesa tra le funzione cardine del modello casa della salute, senza tuttavia elencarla tra i requisiti del modulo base; ## nella normativa regionale della Regione Lazio il servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) viene inserito tra i moduli base delle case della salute sotto la voce delle attività di Assistenza Primaria. NR = Non Riportato requisito non presente nelle normative analizzate

DALLE CASE DELLA SALUTE ALLE CASE DELLA COMUNITÀ

Premessa

Le Case della Comunità (CdC) sono dunque la naturale evoluzione della Casa della Salute, strutture di Sanità Pubblica gestite dal Distretto. Si configurano come un disegno partecipato, che si basa su un'alleanza tra tutti i protagonisti della salute e del benessere dei cittadini di una determinata comunità, per garantire pari dignità a tutte le persone e migliorare l'equità nell'accesso alle prestazioni. Le Case della Comunità sono intese come strutture sociali e sanitarie di prossimità, aperte alla partecipazione dove realizzare interventi adeguati ai nuovi bisogni di salute e realizzare ogni forma d'integrazione.

Le CdC diventano quindi promotrici di un modello di intervento multiprofessionale, nonché luoghi privilegiati per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria. Per la comunità di riferimento esse costituiranno l'accesso unitario fisico ai servizi di assistenza primaria e di integrazione sociosanitaria, pertanto dovranno essere ben visibili, facilmente accessibili ed adeguatamente dimensionate. Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello Hub & Spoke.

Requisiti strutturali tecnologici e organizzativi

Secondo il PNRR, la Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare rivolti ai malati cronici e sarà il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso una infrastruttura informatica e la strumentazione polispecialistica necessaria, con il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento.

Le Case della Comunità sia Hub che Spoke propongono un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia e comunità, altri professionisti sanitari e presenza di tecnologie diagnostiche di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.). Nello specifico, la Casa della Comunità è compresa nella Submisura 1.1 M6C1 del PNRR, nell'ambito del quale è prevista la realizzazione di 1 CdC hub ogni 44.000 ab. Ai sensi dell'articolo 2 comma 6-bis del DL 77/2021 il finanziamento complessivo è stato ripartito attribuendo il 40% delle risorse alle regioni del Mezzogiorno e il 60% alle regioni del Centro-Nord.

Per garantire l'erogazione delle funzioni previste per le Case di Comunità, come

Servizi	Modello organizzativo	
	CdC Hub	CdC Spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la CdC hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la NPIA	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	FACOLTATIVO	
Interventi di Salute pubblica (includere le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	
Medicina dello Sport	RACCOMANDATO	

Tabella 9 - Standard della Casa della Comunità. Modificato da Decreto del Ministero della salute n. 77/2022

definite dai documenti nazionali e regionali, viene preso come riferimento lo standard di dotazione indicato nei documenti AGENAS.

Le strutture deriveranno preferenzialmente da ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture già esistenti come ad esempio strutture territoriali ambulatoriali o reparti ospedalieri da riconvertire. Qualora queste non fossero disponibili potranno essere costruite *ex novo*.

Preliminarmente è importante prendere in considerazione alcuni aspetti resi ancora più evidenti in occasione del corrente evento epidemico, con la difficoltà di controllare e contingentare gli accessi, e anche con l'attivazione del punto vaccinale.

Percorsi: l'organizzazione della struttura deve essere pensata in modo tale suddividere adeguatamente i differenti flussi (utenti ordinari, logistica, ecc.) destinando ciascun percorso ad una funzione specifica.

Flessibilità: la struttura organizzativa e formale dell'edificio dovrà essere studiata in modo da garantire la possibilità di introdurre funzioni differenti, oltre che di potervi apportare modificazioni nel tempo senza che questo ne comprometta l'intrinseca coerenza. Sussistono distinti livelli di flessibilità: interna edilizia, interna funzionale ed esterna planimetrica.

Umanizzazione: già in sede di documento preliminare alla progettazione si dovrà porre una grande attenzione all'umanizzazione della struttura, intesa come centralità della persona e delle sue esigenze nell'elaborazione del progetto. L'edificio cioè, deve essere percepito come un organismo a misura d'uomo, ovvero confortevole ed accogliente da una parte, comprensibile e fruibile dall'altra.

La sostenibilità ambientale: l'edificio, ovviamente, dovrà rispettare tutte le normative vigenti sul risparmio energetico e sulla qualità edilizia e, quindi, i livelli di progettazione dell'edificio dovranno prevedere l'adozione di tutti i dispositivi necessari a garantire il contenimento dei consumi, il risparmio energetico, il comfort acustico.

Caratteristiche architettoniche

Modularità e flessibilità

L'impianto complessivo della struttura sanitaria e le soluzioni tecnico-costruttive devono garantire diversi gradi di flessibilità di scala differente: per l'intero complesso, per aree funzionali, per singolo ambiente. Nello specifico:

- il primo livello di flessibilità è quello dell'impianto complessivo, che deve consentire che siano già individuate le possibili aree di ampliamento e che queste siano coerenti con l'impianto originario, anche con strutture temporanee e tensostrutture;
- il secondo livello di flessibilità che deve essere assicurato investe la effettiva trasformabilità delle aree funzionali;
- il terzo livello di flessibilità, altrettanto importante, è la trasformabilità delle singole aree funzionali, ovvero la possibilità di modificare agevolmente le unità ambientali di base e questo implica l'uso di materiali e soluzioni tecnologiche appropriate.

Caratteristiche costruttive

Le scelte costruttive devono poter garantire caratteristiche di flessibilità. In relazione alla tipologia di intervento (nuova costruzione e riuso), l'edificio dovrà essere realizzato con una struttura e sistemi di compartimentazione con caratteristiche REI secondo i riferimenti di legge relativi alle strutture sanitarie e i materiali utilizzati per le finiture dovranno avere un'adeguata resistenza al fuoco. In aggiunta, sempre in relazione alle disposizioni di legge, l'edificio dovrà essere pensato in modo tale da garantire il minimo disagio in caso di sisma e/o emergenza ambientale.

Materiali di finitura

Un tema di notevole importanza negli ambienti sanitari è quello relativo alle infezioni ospedaliere e alla persistenza delle cariche batteriche sulle superfici. Ad oggi è buona pratica adoperare materiali comuni, quali il PVC o linoleum, pannelli metallici, ecc. che garantiscono una facile manutenzione e sanificazione, poiché assenti di fughe. Nel nuovo approccio per il progetto di queste strutture sanitarie risulta necessario adoperare materiali sempre più performanti, duraturi e facilmente sanificabili in relazione alle esigenze. Naturalmente l'assenza di materiali antibatterici e antivirali può però essere facilmente superata da un'attenta, regolare e costante sanificazione.

Ingressi alla struttura

L'ingresso alla struttura sanitaria per i cittadini deve essere uno e facilmente identificabile e accessibile. Per i servizi logistici invece si suggerisce di garantire almeno un accesso per facilitare l'ingresso e l'uscita delle merci. A partire dalla recente emergenza da Covid-19 e anche nella logica di garantire una struttura resiliente, si suggerisce di garantire accessi secondari che possano essere adoperati per diversi scenari ed esigenze organizzative della struttura sanitaria, quali per esempio: garantire l'estensione della struttura con componenti prefabbricati e/o tenso-strutture, garantire accessi compartimentali utili per le attività di primo soccorso e/o similari.

Distribuzione orizzontale e verticale

Si suggerisce che i flussi siano differenziati tra utenti diurni e personale sanitario:

- percorso pubblico: gli utenti accederanno all'atrio dall'ingresso principale della struttura, in corrispondenza dell'area di accoglienza e del CUP;
- percorso sanitario/tecnico: il percorso del personale è generalmente separato da quello pubblico e può coincidere con il percorso tecnico/logistico.

In generale l'organizzazione dei percorsi della struttura è uno degli aspetti più importanti che definiscono l'assetto funzionale della struttura sanitaria ed è realizzata tenendo in considerazione la tipologia edilizia:

- se a sviluppo orizzontale, diventa strategico garantire un adeguato sistema di wayfinding che permetta agli utenti di raggiungere le diverse aree sanitarie e non;
- se a sviluppo verticale, oltre a garantire un sistema di wayfinding chiaro e immediato, gli ascensori devono essere facilmente riconoscibili, devono essere correttamente dimensionati per garantirne l'utilizzo a persone non autosufficienti con carrozzina e accompagnatore. Questi ultimi devono inoltre essere differenziati per i due differenti percorsi.

Centralità dell'utente e benessere

La qualità ambientale e gli aspetti sociali degli spazi sanitari sono aspetti fondamentali, il cui sviluppo e approfondimento vanno di pari passo con quelli delle discipline scientifiche relativi alla salute delle persone. Diverse ricerche riconoscono l'importanza delle *soft qualities* per il raggiungimento di un'efficiente qualità degli ambienti per tutte le diverse tipologie di utenti ospedalieri in cui forma, illuminazione, viste, materiali di finitura e scelte cromatiche, nonché arredi, ergonomia, ecc. contribuiscono fortemente alla realizzazione di spazi più accoglienti e rassicuranti. In generale "Universal Design" nell'edilizia sanitaria comporta particolare attenzione alle necessità fisiche, psicologiche e sociali di tutti gli utenti (pazienti, personale sanitario e visitatori).

Presenza del verde

Come per tutte le strutture sanitarie, la relazione e l'accesso allo spazio verde diventa un elemento chiave. A tal fine sono auspicabili: giardini sulle coperture, cortili interni, unitamente alle pareti verdi, nonché le viste sui parchi in prossimità della struttura sanitaria.

Illuminazione naturale e artificiale

Deve essere garantita la presenza di luce naturale in tutti i locali operativi e dove c'è persistenza di utenti, attraverso la presenza di viste verso l'esterno, corti verdi ecc. In ogni caso, a supporto delle attività da svolgersi, si suggerisce che la quantità di luce artificiale deve essere variabile in termini di intensità.

Aerazione naturale

Trattandosi di strutture sanitarie è prevista la presenza di sistemi di ventilazione

meccanizzati, a partire dall'esperienza pandemica Covid-19, per quanto concerne l'areazione naturale, il ricambio dell'aria deve essere garantito in parte dalle finestre che verranno previste sull'involucro esterno.

Caratteristiche tecnologiche e impiantistiche

Nella fase di progettazione e realizzazione occorre una particolare attenzione a tutte le componenti edilizie e impiantistiche per assicurare agli impianti non solo la totale idoneità e affidabilità per il loro funzionamento, ma anche per poterne assicurare il mantenimento del valore e della funzionalità nel tempo. Risulta opportuno privilegiare soluzioni che permettano una regolare gestione e manutenzione degli impianti, nonché un'adeguata igienizzazione e sanificazione per la sicurezza di lavoratori e utenti. Una particolare attenzione deve essere ricondotta alla riduzione dell'impatto ambientale di tali strutture con strategie di efficientamento energetico. Di fondamentale importanza, infatti, è l'attenzione all'impiego di mezzi di generazione al miglior livello tecnologico di efficienza e quando possibile il ricorso all'integrazione della produzione termica ed elettrica, tramite l'installazione di impianti cogenerativi.

Il comfort necessario per gli ospitati in condizioni di fragilità deve essere elevato: in questa ottica particolare rilevanza assumono le condizioni termo-igrometriche che devono essere sempre garantite. In generale, pertanto, la Casa di Comunità deve essere dotata di un'impiantistica di condizionamento che garantisca un comfort opportuno per tutti, e al contempo garantisca un'adeguata qualità dell'aria, come indicato anche nei documenti suggeriti dall'Istituto Superiore di Sanità.

Di seguito un *focus* sui requisiti strutturali, tecnologici ed impiantistici per CdC Hub e Spoke, a cui segue un approfondimento sui servizi indicati come facoltativi e raccomandati, in considerazione della presenza già nella documentazione nazionale e regionale di sezioni dedicate ai servizi obbligatori.

Requisiti di carattere generale e specifico

Requisiti Strutturali Generali

Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti di carattere generale di cui al punto 0.1. del DCA 8/2011 e s.m.i.

Requisiti Strutturali Specifici (Casa di Comunità HUB)

L'organizzazione che eroga l'assistenza territoriale di prossimità dispone di locali e spazi quali:

- sala d'attesa che consente l'ospitalità degli utenti garantendo condizioni di comfort e sicurezza con posti a sedere in numero sufficiente per garantire l'accoglienza a tutti gli utenti mediamente presenti;

- locale destinato a bagno per gli utenti opportunamente dimensionato anche per i diversamente abili con caratteristiche strutturali, impiantistiche e dotazioni corrispondenti a quelle indicate dalla normativa vigente;
- locali per le attività di accettazione, amministrazione e archivio le cui caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni adeguate al numero degli assistiti e all'attività svolta – PUA;
- spogliatoi del personale con servizi igienici annessi rapportati al numero delle persone presenti in ogni turno di lavoro;
- servizi igienici divisi per sesso, per il personale, locali almeno un servizio ogni 10 operatori presenti;
- locali visite e medicazioni “Ambulatorio Medico”;
- locali visite e medicazioni “Ambulatorio Odontoiatrico” come da DCA 8/2011;
- locali per attività “Ambulatorio Recupero e Riabilitazione funzionale” come da DCA 8/2011;
- locali visite per “Centri Vaccinali”;
- punto prelievi;
- se previsto: “punto raccolta sangue”;
- ambulatori per i Servizi Infermieristici con le caratteristiche dell'ambulatorio medico;
- locali di lavoro per l'Assistenza Domiciliare;
- locali/ spazi ad uso deposito del materiale pulito;
- locali/ spazi ad uso magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative in materia di tenuta dei farmaci e dei presidi sanitari;
- locale/spazio per deposito di materiale sporco, con uno spazio adibito al lavaggio, nonché alla sterilizzazione dei materiali laddove non venga utilizzato solo materiale monouso o non ci si avvalga di servizi esterni di sterilizzazione;
- locale dedicato al Medico di Guardia;
- locale dedicato all'infermiere di Guardia qualora previsto nelle H24;
- locali per l'attività del Servizio di Continuità Assistenziale qualora previsto nelle H24;
- area dei programmi di prevenzione e di promozione della salute (es. screening, educazione alimentare ecc.
- attività consultoriali: spazio dedicato ai servizi per la promozione e la tutela della donna, del bambino, della coppia e della famiglia, erogati grazie alla presenza di ginecologi, psicologi, assistenti sociali, ecc.
- area servizi sociali del Comune: all'interno di questa area sono disponibili servizi dedicati ai minori, agli anziani, ai disabili e il raccordo con il terzo settore presenti su quel territorio.

Saranno presenti sale riunioni dedicate all'incontro e alla condivisione di problematiche e percorsi al fine di rendere più fluida la condivisione di informazioni e l'analisi di casi complessi.

Requisiti impiantistici e tecnologici (Casa di Comunità HUB)

L'organizzazione garantisce che tutti i locali presentino:

- illuminazione naturale;
- ventilazione naturale (superficie finestrata \geq ad 1/8 della superficie del pavimento) o artificiale;
- pavimenti lavabili e disinfettabili, e pareti con rivestimento impermeabile e lavabile sino ad un'altezza di 2 m;
- impianto di illuminazione generale, progettato secondo i criteri illuminotecnici previsti dalle vigenti normative per la tipologia di ambienti;
- impianto di climatizzazione tale da garantire che la temperatura estiva e invernale sia compatibile con il benessere termico dei ricoverati, ossia temperatura interna tra i 20° e i 24°;
- impianto di erogazione ossigeno stabile o mobile ove necessario;
- carello per la gestione dell'emergenza;
- dotazioni tecnologiche idonee a garantire assistenza ordinaria e in emergenza, compresi dispositivi diagnostici di base;
- se previsto: locali e dotazioni tecnologiche idonee a garantire la Diagnostica per Immagini di I e II Livello;
- strumenti di telemedicina;
- attrezzature per mobilitazione/mobilità compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti.

In caso di locali seminterrati/interrati la struttura deve essere in possesso dell'autorizzazione in deroga secondo la vigente normativa

Tutti i locali devono essere in possesso di requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente.

Requisiti strutturali specifici (Casa di Comunità Spoke)

L'organizzazione che eroga l'assistenza territoriale di prossimità dispone di locali e spazi quali:

- sala d'attesa che consente l'ospitalità degli utenti garantendo condizioni di comfort e sicurezza con posti a sedere in numero sufficiente per garantire l'accoglienza a tutti gli utenti mediamente presenti;

- locale destinato a bagno per gli utenti opportunamente dimensionato anche per i diversamente abili con caratteristiche strutturali, impiantistiche e dotazioni corrispondenti a quelle indicate dalla normativa vigente;
- locali per le attività di accettazione, amministrazione e archivio le cui caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni adeguate al numero degli assistiti e all'attività svolta – PUA;
- spogliatoi del personale con servizi igienici annessi rapportati al numero delle persone presenti in ogni turno di lavoro;
- servizi igienici divisi per sesso, per il personale, locali almeno un servizio ogni 10 operatori presenti;
- locali visite e medicazioni “Ambulatorio Medico”;
- locali visite e medicazioni “Ambulatorio Odontoiatrico” come da DCA 8/2011;
- locali per attività “Ambulatorio Recupero e Riabilitazione funzionale” come da DCA 8/2011;
- punto prelievi;
- ambulatori per i Servizi Infermieristici con le caratteristiche dell'ambulatorio medico;
- locali/ spazi ad uso deposito del materiale pulito;
- locali/ spazi ad uso magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative in materia di tenuta dei farmaci e dei presidi sanitari;
- locale/ spazio per deposito di materiale sporco, con uno spazio adibito al lavaggio, nonché alla sterilizzazione dei materiali laddove non venga utilizzato solo materiale monouso o non ci si avvalga di servizi esterni di sterilizzazione;
- locali per l'attività del Servizio di Continuità Assistenziale;
- Al fine di rispondere in modo capillare alle differenti esigenze del territorio, ove possibile prevedere:
 - area dei programmi di prevenzione e di promozione della salute (es. screening, educazione alimentare ecc.);
 - attività consultoriali: spazio dedicato ai servizi per la promozione e la tutela della donna, del bambino, della coppia e della famiglia, erogati grazie alla presenza di ginecologi, psicologi, assistenti sociali, ecc.;
 - area servizi sociali del Comune: all'interno di questa area sono disponibili servizi dedicati ai minori, agli anziani, ai disabili e il raccordo con il terzo settore presenti su quel territorio.

Requisiti impiantistici e tecnologici (Casa di Comunità Spoke)

L'organizzazione garantisce che tutti i locali presentino:

- illuminazione naturale;
- ventilazione naturale (superficie finestrata \geq ad 1/8 della superficie del pavimento) o artificiale;
- pavimenti lavabili e disinfettabili, e pareti con rivestimento impermeabile e lavabile sino ad un'altezza di 2 m;
- impianto di illuminazione generale, progettato secondo i criteri illuminotecnici previsti dalle vigenti normative per la tipologia di ambienti;
- impianto di climatizzazione tale da garantire che la temperatura estiva e invernale sia compatibile con il benessere termico dei ricoverati, ossia temperatura interna tra i 20° e i 24°;
- impianto di erogazione ossigeno stabile o mobile ove necessario;
- carello per la gestione dell'emergenza;
- dotazioni tecnologiche idonee a garantire assistenza ordinaria e in emergenza, compresi (facoltativo) dispositivi diagnostici di base;
- strumenti di telemedicina;
- attrezzature per mobilitazione/mobilità compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti.

In caso di locali seminterrati/interrati la struttura deve essere in possesso dell'autorizzazione in deroga secondo la vigente normativa

Tutti i locali devono essere in possesso di requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente.

Moduli funzionali facoltativi e raccomandati

DM 77/Legge 144 del 2022

- Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori (F);
- interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18) (F);
- programmi di screening (F);
- servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (R);
- medicina dello sport (R);
- servizi diagnostici di base (O/F);
- continuità Assistenziale (O/F);
- punto prelievi (O/F).

F = facoltativo

R = raccomandato

O = obbligatorio (hub)

Attività consultoriali e attività rivolta ai minori (F)

Scopo: protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie.

Standard strutturali: 1 consultorio familiare (CF) ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali.

Attività: prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie.

Figure professionali: medico ginecologo, medico pediatra, psicologo, assistente sociale, ostetrica, infermiere, assistente sanitario e altro personale sanitario: educatore professionale con funzioni sociosanitarie, personale amministrativo, altre figure come il mediatore linguistico culturale, mediatore familiare, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE), tecnico della riabilitazione psichiatrica (TERP), avvocato.

Integrazione professionale con: MMG, PLS.

Integrazione organizzativa con: servizi degli enti locali (servizi sociali), scuole.

Possibili articolazioni:

1. Sportelli antiviolenza e minori.
 - a. Sportello Antiviolenza:
 - Figure professionali: psicologi, avvocati, educatori, mediatori linguistici
 - funzione: supporto ed assistenza alle donne vittime di violenza ed abusi; contrasto della violenza di genere e la violenza assistita;
 - gestione: partecipazione di associazioni, cooperative sociali, ONLUS;
 - integrazione con: MMG, servizio di Assistenza Domiciliare.
 - b. Sportello minori:
 - figure professionali: assistenti sociali, psicologi, avvocati, educatori, mediatori linguistici;
 - funzione: servizi di consulenza e di informazione per genitori, adolescenti.
 - c. Servizi TSMREE (Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva):
 - funzione: prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale;
 - rivolto a: assistiti in età evolutiva (0-18 anni) e che presentano disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico

- e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale;
 - figure professionali: neuropsichiatri Infantili, psicologi, terapisti della Neuropsicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE), Terapisti della Riabilitazione (TdR), Logopedisti, Educatori, Assistenti Sociali.
2. Sportello Legale (anche con la collaborazione associazioni legali volontarie e degli enti locali).
 3. Sportello Famiglia (anche con la collaborazione associazioni legali volontarie e degli enti locali).

Interventi di salute pubblica (F)

Ruolo del Dipartimento di Prevenzione: promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale; promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita. Supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica. Azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona.

Standard: 1 dipartimento ogni 500.000 abitanti.

Servizi ed attività nelle CdC:

1. centro vaccinale;
2. figure professionali: medici, infermieri, personale amministrativo;
3. integrazione con: MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, consultorio.

Progetti di promozione della salute: promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro, promozione dell'attività fisica, contrasto del fumo di tabacco, ecc.

Organizzazione e controllo di centri e/o programmi per la promozione ed effettuazione dell'attività fisica adattata (AFA) (D.Lgs. 36 del 28/02/2021).

Programmi di screening (F)

1. Screening oncologici: tumore della mammella, tumore del colon-retto, tumore del collo dell'utero.
 - Figure professionali: medici (inclusi specialisti in ginecologia, diagnostica per immagini, gastroenterologia), infermieri, tecnici (laboratorio, radiologia), personale amministrativo.
 - Integrazione professionale con: MMG, personale dei servizi diagnostici (laboratorio analisi, laboratorio anatomia patologica, servizio di diagno-

stica per immagini), personale della medicina specialistica (ginecologia, oncologia, chirurgia).

- Integrazione organizzativa: Casa di Comunità – Strutture ospedaliere.

Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (R)

Dipartimento di salute mentale (DSM), istituito con L.180/78: insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale.

Possibili articolazioni all'interno della CdC:

- centri di salute mentale (CSM);
- Centri diurni e day hospital, per attività riabilitative in regime semi-residenziale;
- SeRD;
- servizi psichiatrici di diagnosi e cura (negli OdC).

1. CSM.

Figure professionali: almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere. professionale.

Attività:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni, day hospital, strutture residenziali, ricoveri;
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici;
- consulenze per altri servizi (SeRD, strutture residenziali per anziani, ecc.).

Integrazione professionale con MMG, PLS, altri specialisti.

Integrazione organizzativa: CdC-centri ospedalieri; intese e accordi di programma con Comuni/enti locali, collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali.

2. Centri diurni.

Struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative. È previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana.

Attività:

- attuare percorsi terapeutici nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati.

Figure professionali: infermiere, fisioterapista, terapeuta occupazionale, animatore/

educatore, operatore socio assistenziale. Eventuale integrazione e collaborazione con operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato.

3. SerD

Funzione: accoglienza, diagnosi, cura e riabilitazione di persone affette da dipendenze patologiche (da sostanze stupefacenti, alcool, tabagismo, farmaci, ecc.).

Attività:

- visite mediche, valutazioni psicodiagnostiche, trattamenti, counseling, consulenze, certificazioni.

Figure professionali: medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, amministrativi.

Medicina dello sport (R)

1. Attività clinica: visite per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica di attività sportive agonistiche, non agonistiche e ludico motorie.
2. Attività nell'ambito della prevenzione:
 - controllo di qualità delle strutture private di medicina dello sport nonché la sorveglianza del rispetto, di tutti i requisiti previsti dalla vigente normativa, da parte delle società sportive;
 - consulenza in materia di antidoping;
 - collaborazione a programmi di Attività Fisica Adattata (AFA).

Figure professionali: medico specialista, infermiere.

Integrazione professionale: MMG, PLS, specialisti ambulatoriali.

Servizi diagnostici di base (O/F)

1. Laboratorio analisi.

Normativa: DPCM 10/02/1984.

- Figure professionali: tecnico di laboratorio (TSLB), medico (patologia clinica, ematologia), biologo (patologia clinica), personale amministrativo.
- Integrazione professionale con: MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, personale delle Unità di Continuità Assistenziale.
- Integrazione organizzativa: CdC-strutture ospedaliere, CdC hub-CdC spoke.

2. Servizio di diagnostica per immagini.

- Figure professionali: tecnico di radiologia medica, medico specialista (diagnostica per immagini), infermiere, personale amministrativo.

- Integrazione professionale con: MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, personale delle Unità di Continuità Assistenziale.
- Integrazione organizzativa: CdC-strutture ospedaliere, CdC hub-CdC spoke.

Punto prelievi (O/F)

Figure professionali: medico, infermiere, OSS, personale amministrativo.

Integrazione professionale con: MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, personale delle Unità di Continuità Assistenziale.

Integrazione organizzativa: CdC-strutture ospedaliere, CdC hub-CdC spoke, servizi di logistica per il trasporto campioni.

Unità di Continuità Assistenziale (O/F)

Équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

- Figure professionali: medico, infermiere.
- Integrazione professionale con: MMG, PLS, specialisti ambulatoriali.
- Integrazione organizzativa: CdC-strutture ospedaliere, CdC hub-CdC spoke.

Si ritiene valutabile la possibilità della presenza di servizi di **Assistenza protesica e Medicina Legale**.

IL DISTRETTO E LA CASA DELLA COMUNITÀ: LA PROPOSTA DEL GRUPPO DI LAVORO CONGIUNTO

La Casa della Comunità (CdC) Hub o Spoke è una struttura di sanità pubblica gestita dal Distretto nel quale insiste territorialmente. In questo contesto, il ruolo del Distretto è non solo quello di coordinamento delle diverse funzioni che tale struttura garantisce ma di coinvolgimento diretto nell'organizzazione della gestione di tutte le linee di attività e di erogazione delle prestazioni.

Il DM 77 sottolinea che "Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali" e più avanti "A seconda dei modelli organizzativi regionali, il Distretto può quindi avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono". La Direzione del Distretto è quindi la cabina di regia per la funzione di network building che, come si evince da tutti i documenti nazionali e regionali, la Casa della Comunità riveste rispetto a tutti i Servizi

territoriali e non solo. Il Distretto programma gli interventi da realizzare nel proprio territorio con le Case della Comunità utilizzando i dati forniti dai flussi informativi e dal Dipartimento di Epidemiologia Lazio per la stima dei bisogni assistenziali e la prioritizzazione degli interventi stessi.

Nel Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità Agenas si sottolinea che “La CdC rappresenta un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la Direzione del Distretto e proprio per questo adotta meccanismi di coordinamento strutturale a rete in 4 direzioni: rete intra-CdC, rete inter CdC, rete Territoriale e rete Territoriale integrata”.

La Casa della Comunità lavora in un’ottica di sanità pubblica in modalità proattiva. Si condivide che la Casa della Comunità possa essere connotata come illustrato nel Documento “Prima la Comunità” (tabella 10).

Il suo ruolo centrale nella sanità territoriale, in raccordo anche con il Dipartimento di Prevenzione, la caratterizza evidentemente come una struttura “pubblica” a gestione diretta senza alcuna ipotesi di appalto/committenza all’esterno.

Valori/obiettivi	Aree d’azione
Andare verso	Far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza.
Cercare chi non arriva	Porre in essere azioni preventive, curative e sociali che raggiungano fisicamente persone ad alto rischio di vulnerabilità.
Sviluppare una visione condivisa di salute	Promuovere la realizzazione d’interazioni di conoscenza, di collaborazione, di attività (progettuali) con la comunità e le sue Istituzioni formali e informali. Implementare modalità organizzative che permettono l’integrazione tra settore sanitario e sociale, tra diversi professionisti nell’ottica di valorizzare il coordinamento e la collaborazione in contesti multidisciplinari, e tra soggetti istituzionali e non.
Rendere operativa la sostenibilità tecnica, sociale ed economica.	Realizzare strumenti per la gestione e la rendicontazione delle risorse attivate a livello di ciascuna CdS.
Favorire il protagonismo della persona	Sviluppare percorsi di salute, diritti, inclusione sociale nella relazione che ha cura.
Favorire il protagonismo della comunità	Dotarsi di strumenti formali e sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, erogazione dei servizi e nella valutazione dei risultati.

Tabella 10 - Obiettivi e aree d’azione per la Casa della Comunità.

Fonte: Progetto “La Casa della Comunità”, a cura dell’Associazione “Prima la Comunità”

Indicatori

La valutazione è l'elemento fondamentale di ogni progetto per capire se si sta andando nella giusta direzione. Il significato e i criteri per la valutazione, nonché gli elementi da valutare, sono variabili dipendenti dalle mete e dai valori che le hanno guidate. Obiettivo delle Case della Comunità è rafforzare la capacità del SSR di operare come sistema vicino alla Comunità progettato per le persone e con le per-

Area assistenziale	Indicatore
CARDIOVASCOLARE	IMA: aderenza alla politerapia dopo il ricovero - % ADJ
	IMA: eventi maggiori cardio-cerebrovascolari (MACCE) dopo il ricovero - % ADJ
	Scompenso cardiaco: aderenza al trattamento dopo il ricovero - % GREZZA
	Ospedalizzazioni per scompenso cardiaco - TASSO x 1000 ADJ
CEREBROVASCOLARE	Ictus ischemico: aderenza al trattamento dopo il ricovero - % GREZZA
	Ictus ischemico: eventi maggiori cardio-cerebrovascolari (MACCE) dopo il ricovero - % ADJ
METABOLICA	Diabete: almeno una misurazione di emoglobina glicata in un anno - % GREZZA
	Diabete: almeno una misurazione di colesterolemia in un anno - % GREZZA
	Ospedalizzazioni per complicanze a breve e lungo termine del diabete - TASSO x 1000 ADJ
RESPIRATORIA	BPCO: aderenza al trattamento dopo il ricovero - % ADJ
	Ospedalizzazioni per BPCO - TASSO x 1000 ADJ
PERCORSO NASCITA	Gravidanza: utilizzo di farmaci potenzialmente inappropriati - % GREZZA
	Gravidanza: donne con meno di 3 ecografie - % GREZZA
FARMACO UTILIZZAZIONE	Assistiti di età ≥ 80 anni: utilizzo di statine - % GREZZA
	Assistiti in età adulta (18-84 anni) che utilizzano antibiotici - % GREZZA
	Bambini in età prescolare che utilizzano cortisonici per aerosol - % GREZZA
ACCESSI IN PS	Pazienti con patologie croniche: accessi potenzialmente inappropriati in PS - % GREZZA

Tabella 11 - Indicatori di qualità e prioritizzazione degli interventi per la Casa della Comunità.
Modificato da: "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 maggio 2022, n. 77"

sone, per perseguire i principi fondamentali di universalità, uguaglianza ed equità. Ogni CdC ha una sua popolazione di riferimento che andrà “geolocalizzata” e per la quale andranno calcolati gli indicatori di qualità e prioritizzazione degli interventi così come previsti dalle LLGG regionali (tabella 11).

Tali indicatori andranno calcolati all’avvio dell’implementazione/attività delle CdC e dovranno essere disponibili per il livello macro (Distretto) ma anche a livello locale (aree sub-distrettuali riferimento delle CdC). La disponibilità di tali dati è garantita dai flussi informativi aziendali e dal Dipartimento di Epidemiologia del Lazio (DEP). È fondamentale infatti stabilire le misurazioni al base line che consentiranno di valutare la qualità dell’assistenza territoriale prima dell’intervento di riordino prevista dal PNRR Mission 6 e poi seguirne l’andamento nel tempo.

A questi indicatori sarebbe importante aggiungere i dati dei sistemi di Sorveglianza di popolazione sugli stili di vita quali PASSI, PASSI d’Argento, Okkio alla Salute non solo a livello aziendale: si potrebbe valutare la possibilità di un sovra campionamento tale da ottenere dati significativi anche a livello distrettuale. Per valutare l’impatto delle CdC sulla salute pubblica è necessario disporre di dati subdistrettuali/geolocalizzati anche sulle coperture vaccinali e gli screening oncologici di popolazione e la qualità dell’assistenza nel suo complesso, comprese le interazioni tra CdC e Dipartimento di Prevenzione.

Nella proposta di indicatori per la Casa della Comunità Hub e Spoke si è tentato di superare la logica di “vedere il territorio dalla finestra dell’Ospedale” e quindi accanto ai classici indicatori su accessi ripetuti in Ospedale, ricoveri per complicanze e accessi impropri al Pronto Soccorso, che evidenziano un *drop out* dalla presa in carico territoriale, ne sono inseriti ulteriori sulle seguenti direttrici.

Risorse umane

I documenti in attuazione del PNRR Missione 6 sono molto spostati sulle strutture “contenitori” e relativi modelli organizzativi, ma non ci sono grandi indicazioni, al di fuori dell’infermiere di famiglia e di comunità, su gli standard di personale che potranno far diventare le Case della Comunità realmente funzionanti.

Se la casa della Comunità lavorerà sulla presa in carico dei fragili in maniera proattiva, avrà bisogno di medici igienisti con competenze di sanità pubblica che sappiano leggere i bisogni del territorio, creare percorsi, lavorare in équipe multi professionali e multidisciplinari, creare rete ed alleanze, progettare interventi di promozione della salute rivolti alla comunità, valutare quanto messo in campo.

A titolo d’esempio, occorre ragionare anche sui Moduli considerati “obbligatori” nel DM 77 quali ad esempio Radiologia di Base per CdC Hub e PUA per le CdC

Hub e Spoke: per renderli attivi saranno necessari radiologi, tecnici di radiologia ed assistenti sociali.

Andare verso la comunità

È importante ipotizzare oltre agli indicatori classici di processo che indagano sul volume delle prestazioni erogate di avere degli indicatori che misurino la capacità del servizio di effettuare una “chiamata attiva” a partire dell’elenco dei fragili, così come definiti dal DEP, già disponibili per ogni Distretto del Lazio. La CdC dovrà essere il luogo privilegiato della presa in carico della cronicità ponendo in secondo piano l’erogazione prestazionale che potrà essere anche soddisfatto da accordi di Committenza che la ASL potrà sottoscrivere con strutture accreditate presenti sul territorio.

Cercare chi non arriva

La “lente dell’equità”, attraverso l’utilizzo di strumenti come quello del Health Equity Audit (HEA), dovrà guidare la progettazione di interventi per rendere il SSR e quindi le CdC più accessibili ai cittadini svantaggiati per condizioni socio-economiche. Occorrerà valutare la CdC anche misurando le disuguaglianze nell’accesso al servizio emettere in campo eventuali interventi correttivi.

Valorizzare il ruolo della persona e della comunità

La riforma della sanità territoriale prevista dal PNRR individua la Comunità non solo come destinatario delle prestazioni/interventi ma anche con un ruolo di co-progettazione e soprattutto di valutatore.

Sulla scorta della lunga esperienza della Regione Toscana e della Scuola Superiore del S. Anna, Laboratorio di management sanitario, si può ipotizzare di introdurre nella Regione Lazio il sistema di indicatori PREMS (Patient Reported Experience Measures) e PROMS (Patient Reported Outcome Measures) che vedono il cittadino protagonista.

Governance e job description

L’“epidemia della cronicità” si affronta non solo con la presa in carico degli assistiti ma *in primis* con una strategia che abbia impatto sulla modifica degli stili di vita della popolazione e che si emancipi dalla medicina d’attesa e dalla cura di tali patologie in *setting* per acuti. Per andare in questa direzione è quindi necessario ragionare in un’ottica di sanità d’iniziativa quale modello di prevenzione e di gestione delle malattie croniche, orientato alla promozione della salute e alla presa in carico proattiva.

I documenti regionali di programmazione di interventi di riordino territoriale in attuazione del PNRR ed in applicazione del Decreto Ministeriale n. 77/2022 definiscono funzioni, strutture e relativi modelli organizzativi. Appaiono meno dettagliate, in termini quantitativi e qualitativi di *job description*, le indicazioni sugli standard di personale, fondamentale per garantire il reale funzionamento delle Case della Comunità. Ciò ad eccezione delle indicazioni riportate nella Determina regionale G18206 del 20/12/2022 relative a infermieri, assistenti sociali e personale di supporto e nella Determina G02706 del 28/2/2023, che definisce il particolare le figure del Direttore di Distretto e dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

Per garantire la *governance* di tutte le attività che confluiscono in una CdC, che sia capace di essere un luogo di PHC, in grado di prendere in carico, produrre e promuovere salute, essere di riferimento per gli individui e le comunità in una visione che sia realmente ed efficacemente *community based*, appare necessario che questa sia dotata di medici di sanità pubblica con competenze di epidemiologia, organizzazione dei servizi sanitari, comunicazione e che abbiano nondimeno funzione di gestione di gruppi, facilitazione, *problem solving*.

I medici in staff nelle CdC dovranno infatti interfacciarsi e fare rete con la Direzione del Distretto, con la COT Distrettuale, con l'Équipe della Prevenzione, così come definita nella Determina G02706 del 28/2/2023, e con tutti i servizi all'interno e all'esterno della CdC, che insistono sullo stesso territorio, compresi i MMG e PLS. In quest'ottica è importante che le Direzioni di Distretto, in concerto con gli staff in capo alle CdC, definiscano i bacini di utenza delle CdC stesse con i profili epidemiologici e bisogni assistenziali della popolazione afferente alle strutture. Si delinea così un modello di *governance* che, per essere efficace, si articola su più livelli, saldamente interconnessi. Di seguito alcune figure professionali necessarie per l'implementazione delle funzioni delle CdC.

- **Medici igienisti/Medici di comunità - almeno 3 unità/CdC Hub - almeno 2 unità CdC Spoke**

- Serviranno medici specificatamente formati per svolgere tutte le azioni che sono previste per rendere operativa una CdC, a titolo di esempio un sintetico elenco:
 - lavorare in équipe multidisciplinari e multiprofessionali;
 - realizzare la sanità d'iniziativa in raccordo con le AFT/MMG del proprio bacino d'utenza;
 - organizzare di concerto con tutte le altre figure professionali della CdC interventi di sanità pubblica, di provata efficacia, rivolti all'intera comunità;
 - realizzare l'integrazione socio-sanitaria grazie alla presenza del PUA e alla

sua messa in rete con tutti i servizi distrettuali;

- gestire la sanità di prossimità con tutti i suoi aspetti organizzativi: UCA, Medico H12 o H24, ambulatori Cure Primarie (festivi), AFT all'interno e all'esterno della CdC e raccordo con gli studi dei MMG/PLS;
- organizzare, sulla base del fabbisogno aziendale, distrettuale e territoriale, le attività di specialistica ambulatoriale erogabili sul territorio;
- organizzare *audit* clinici per il miglioramento e per l'appropriatezza prescrittiva;
- gestire, monitorare e migliorare i PDTA per le cronicità attivati e progettare di nuovi in base ai bisogni assistenziali del bacino d'utenza;
- implementare le attività di telemedicina;
- promuovere le vaccinazioni e gli screening oncologici attraverso un miglioramento dell'accesso al servizio, in un'ottica di equità che vada incontro agli *hard to reach*, in raccordo con il Dipartimento di Prevenzione.

- ***Personale amministrativo - almeno 1 unità/CdC***

È utile prevedere la presenza di almeno una unità di personale amministrativo per CdC, a supporto dello staff sanitario e di riferimento per ciascuna sede.

- ***Assistenti sociali - almeno 2 unità/CdC Hub - almeno 1 unità CdC Spoke***

Figure di riferimento per l'integrazione socio-sanitaria e nell'attività dei PUA (punto unico d'accesso), la cui presenza va prevista per ciascuna sede. Si rappresenta che nella Decreto Ministeriale n.77/2022 e nella Determina regionale G18206 del 12/02/2022 per queste figure si prevede 1 assistente sociale e 5-8 unità di personale di supporto (socio-sanitario/amministrativo) per ogni CdC Hub.

- ***Infermiere di Famiglia e di Comunità - almeno 7 IFeC/ CdC Hub - almeno 5 IFeC/ CdC Spoke.***

La *job description* di questa figura è trattata nella sezione dedicata della Determina G02706 del 28/2/2023.

- ***Tecnici di radiologia - almeno 2 unità/CdC Hub.***

Nelle CdC Hub in cui siano presenti apparecchi di radiodiagnostica, va prevista la presenza di personale per tale servizio.

- ***Tecnici informatici - almeno 1 unità/Distretto.***

In un'ottica di digitalizzazione dei servizi appare utile prevedere la presenza di al-

meno una unità di personale tecnico informatico funzionalmente di riferimento per ciascun Distretto.

Si ravvede, in aggiunta a quanto sopra specificato, la necessità di rimarcare l'importanza di tutti i profili delle professioni sanitarie che, dalla promozione della salute alla riabilitazione e alla transizione di *setting* assistenziale, garantiscono risorse e professionalità che all'interno delle CdC possono essere valorizzate e utilizzate strategicamente per favorire uno *skill mix change* e il perseguimento degli obiettivi di salute che comportano l'educazione, l'*empowerment* e l'*engagement* dei cittadini.

L'ingresso di nuove figure e organizzazioni rende necessario ribadire la centralità di formazione differenziata, costante e a cascata.

La Determina G02706 inoltre introduce la definizione di "équipe della Prevenzione", che prevede il lavoro in concerto dei medici igienisti del Distretto e del Dipartimento di Prevenzione e degli infermieri, il profilo dell'IFeC sembra essere il più indicato, e di altri professionisti sanitari eventualmente individuati, al fine di svolgere le azioni di prevenzione e promozione della salute previste dal Piano Regionale della Prevenzione. Nel Lazio esperienze di integrazione tra i servizi e professionisti sono state sperimentate, con buoni risultati, durante la pandemia da Covid-19 con i Coordinamenti Distrettuali Covid. Questa funzione, che sarà supportata dalle Aziende come già richiesto dalla Regione Lazio nella nota U0471529 del 02/05/2023, potrà sostenere l'attività di promozione della salute nella prossimità.

Bibliografia e sitografia

- <https://www.tuttitalia.it/lazio/statistiche/> ultimo accesso 07/12/2022
- <https://www.opensalutelazio.it/salute/> ultimo accesso 07/12/2022
- <https://www.epicentro.iss.it/passi/> ultimo accesso 07/12/2022
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
- Decreto Ministero della Salute 10 luglio 2007. "Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano"
- Decreto del Commissario ad Acta (DCA) Regione Lazio n. 40 del 14/02/2014 e ss.mm.ii "Approvazione dei documenti relativi al Percorso attuativo, allo Schema di Intesa ed ai Requisiti minimi della "Casa della Salute"
- Decreto del Commissario ad Acta (DCA) Regione Lazio n. 228 del 22 giugno 2017 "Casa della Salute: aspetti organizzativi e funzioni, requisiti minimi autorizzativi e schemi di Intesa per l'attivazione"
- Decreto del Ministero della salute n. 77 del 23.05.2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"
- D.G.R. n.643 del 26/07/2022. "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività

- previste dal PNRR e dal D.M. n. 77 del 23/05/2022”*
- *Determinazione Regione Lazio n.18206 del 2022 “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 in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77” quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell’Art.1 comma 2 del citato provvedimento”*
 - *Determinazione Regione Lazio n. G02706 del 28 febbraio 2023 “Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022”*
 - *AGENAS “Documento di Indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità” - I Quaderni, Supplemento alla rivista semestrale Monitor 2022*
 - *Camera dei deputati, Servizio Studi - Dipartimento Affari Sociali. Documentazione e ricerche. Dossier n. 144 del 01/03/2021 “Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale”*
 - *L.R. n. 4 del 03.03.2003 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”*
 - *R.R. n. 20 del 06/11/2019 “Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, di autorizzazione all’esercizio e di accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie in attuazione dell’articolo 5, comma 1, lettera b), e dell’articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4”*
 - *DCA n. 8 del 10/02/2011 e ss.mm.ii “Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”*
 - *D.G.R. n. 149 del 02/03/2018 “Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l’integrazione sociosanitaria. Attuazione dell’articolo 51, commi 1-7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2”*
 - *D.G.R. Sardegna n.23/15 del 21.07.2022 “Requisiti Generali autorizzativi Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie”*
 - *Sacchetti L., Oberosler C. Architetture resilienti per la sanità territoriale. Linee guida per la progettazione: un nuovo modello di Ospedale di Comunità. Milano, Franco Angeli, 2022, Ricerche di tecnologia dell’architettura*
 - *Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 3782/CSR). Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell’Ospedale di Comunità*
 - *Documento di Fattibilità delle Alternative Progettuali Azienda U.S.L. di Parma – Schede Case di Comunità. Febbraio 2022*
 - *D.G.R. Lombardia n. 5195 del 06/09/2021 “Linee di Progetto per l’attuazione di Case e Ospedali di Comunità nella Città di Milano”*
 - *<https://www.santannapisa.it/it/istituto/management/mes/prems-proms> ultimo accesso 01/05/2023*
 - *Progetto “La Casa della Comunità” a cura dell’Associazione “Prima la Comunità”, 23 aprile 2021. Link: <https://www.primalacomunita.it/documenti/>*

ALLEGATI

CASE DELLA COMUNITÀ DEL LAZIO

Proposta di un set di indicatori di sintesi tra il vecchio paradigma e le novità introdotte dal PNRR

Categoria	Area	Descrizione	Indicatore	
Risorse	Tutte le funzioni	Medici igienisti/Medici di comunità Medici igienisti/Medici di comunità Medici igienisti/ Medici di comunità	Almeno 2 unità/CdC	
Risorse	Gestionale	Pesonale amministrativo	Almeno 1 unità/CdC	
Risorse	Integrazione socio-sanitaria	Assistenti sociali	Almeno 2 unità/CdC	
Risorse	Diagnostica	Tecnici di radiologia	Almeno 2 unità/CdC Hub	
Risorse	Cure primarie	Infermiere di famiglia	Almeno 7 IFeC per CdC	
Risorse	Digitalizzazione	Tecnici informatici	Almeno 1 unità/Distretto	
Risorse	Digitalizzazione	Sistemi informativi per la presa in carico e la telemedicina	Portale digitale o app per la telemedicina e il teleconsulto	
Processo	Rischio clinico	Procedura formalizzata per identificazione dell'assistito	Procedura presente e approvata dalla funzione Rischio clinico	
Processo	Chiamata attiva	Reclutamento attivo dei pazienti cronici (soggetti vulnerabili)	% pazienti cronici con PAI/totale dei soggetti individuati da chiamare	
Processo	Digitalizzazione	Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate per specialista	% dematerializzazione > 70%	
Processo	Rete con la Comunità	Numero incontri con la Comunità Locale presso la CdC	Almeno 2/anno per CdC	
Processo	Rete con la Comunità	progetti con la Comunità Locale	Almeno 2/anno per Distretto	
Processo	Rete con i servizi ASL	Integrazione della Casa della Comunità con i servizi territoriali e ospedalieri	Almeno 2 procedure di integrazione implementate	
Processo	Screening oncologici	Adesione allo screening coloretale	N. Kit consegnati presso le CdC/totale aderenti screening del Distretto	
Processo	Integrazione socio-sanitaria	Creazione di rete con il Municipio/Comune e i Servizi esterni (es.servizi comunali)	almeno 2 procedure-progetti/anno	
Processo	Integrazione socio-sanitaria	Integrazione dei servizi ASL con il Municipio per la presa in carico dei casi complessi	% UVMD attivate/ totale dei casi complessi presi in carico dal PUA	

	Fonte	Note
	Fonte ASL	Il lavoro di rete tra servizi, prioritizzazione e programmazione degli interventi, reclutamento dei pazienti e progettualità con la Comunità richiede risorse competenti nell'area della sanità pubblica
	Fonte ASL	
	Fonte ASL	L'integrazione socio-sanitaria e il PUA devono essere garantiti in ogni CdC
	Fonte ASL	Fondamentale per il Servizio Radiologia
	Fonte ASL	Numerosità indicata da Agenas
	Fonte ASL	
	Fonte ASL - Servizi Informatici	Documento Agenas cap. Metaprogetto funzionale: 1 coordinatore Infermieristico, 2-3 Ifec per attività ambulatoriali, 1-2 valutazione bisogni di salute, 4-6 per l'assistenza domiciliare, prevenzione e teleassistenza
	Fonte ASL	È fondamentale azzerare il rischio di identificare non correttamente l'assistito in fase di accesso e di erogazione delle prestazioni per evitare errori ovviamente nella refertazione e registrazioni dei dati
	Fonte ASL - DEP	
	Fonte ASL - Farmaceutico	
	Fonte ASL	Coinvolgimento della Comunità Locale negli interventi di promozione della salute e nei progetti avviati per la salute dei cittadini
	Fonte ASL	
	Fonte ASL	
	Fonte ASL: CdC e Screening	
	Fonte ASL	
	Fonte ASL	

Categoria	Area	Descrizione	Indicatore	
Processo	Presa in carico	Numero incontri multiprofessionali su casistica Pdta attivi (anche ospeda	Almeno 10 incontri su casistica per CdC / anno	
Processo	Presa in carico	Impatto del PDTA sulla patologia cronica (prevalenza)	Pazienti con BPCO presi in carico PDTA /tot pazienti con BPCO	
Processo	Cure primarie	Volumi delle prestazioni erogate dagli Ambulatori Cure Primarie generici e pediatrici (festivi)	Numero assoluto prestazioni/ mese per CdC Hub	
Processo	Tempi di attesa	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	
Processo	Tempi di attesa	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	
Processo	Appropriatezza	Numero di MMG e Specialisti convocati in audit di verifica appropriatezza prescrittiva per i farmaci target Reg. Lazio	Almeno 10 /anno/ Distretto	
Processo	Aderenza alla terapia	Percentuale di diabetici presi in carico PDTA in buon controllo glicemico/ Totale diabetici presi in carico PDTA		
Processo	Presa in carico	Volumi per visita di controllo cardiologica	N assoluto/mese per CdC	
Esito	Copertura vaccinale	Copertura per influenza nei pazienti presi in carico PDTA	% di diabetici/BPCO presi in carico e vaccinati per antinfluenzale/totale dei pazienti presi in carico PDTA Diabete/BPCO	
Esito	Copertura vaccinale	Copertura per pneumococco nei pazienti presi in carico PDTA	% di diabetici/BPCO presi in carico e vaccinati per antimeningococcico/ totale dei pazienti presi in carico PDTA Diabete/ BPCO	

	Fonte	Note
	Fonte ASL	Valutare il lavoro interdisciplinare e multiprofessionale e la rete con i servizi ospedalieri
	Fonte DEP per il denominatore	
	Fonte ASL	
	Fonte ASL - Liste d'attesa: per le prestazioni più critiche: prima visita cardiologica; ecc.	
	Fonte ASL - Liste d'attesa: per le prestazioni più critiche: prima visita cardiologica; ecc.	Indicatore D11Z NO CORE NSG
	Fonte ASL - Servizio Farmaceutico	
	Fonte ASL	
	Fonte ASL	Valuta quantitativamente la presa in carico
	Fonte ASL - Vaccinazioni e PDTA	
	Fonte ASL - Vaccinazioni e PDTA	



Categoria	Area	Descrizione	Indicatore	
Processo	Presenza in carico	Impatto del PDTA sulla patologia cronica (prevalenza)	Pazienti diabetici presi in carico PDTA/tot pazienti diabetici	
Esito	Copertura vaccinale	Copertura per Zoster nei pazienti presi in carico PDTA	% di diabetici/BPCO presi in carico e vaccinati per Zoster/totale dei pazienti presi in carico PDTA Diabete/BPCO	
Esito	Governo della spesa farmaceutica e dispositivi	Spesa farmaceutica convenzionata pro capite	Euro/pro capite/ popolazione afferente CdC	
Esito	Integrazione ospedale territorio	% di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC	% di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC/totale ricoveri con la stessa MDC	
Esito	Integrazione ospedale territorio	Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente	Tasso di accessi nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab.residenti adulti)	
Esito	Ricoveri evitabili	Frequent users PS	Accessi in PS ripetuti / totale accessi PS in un anno	
Esito	Ricoveri evitabili	Accessi in PS per ACSC	Accessi in PS per ACSC/ totale accessi PS in un anno	
Esito	Ricoveri evitabili	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	
Esito	Ricoveri evitabili	Tasso di ospedalizzazione per amputazione in diabetici per 100.000 residenti	Tasso di ospedalizzazione per amputazione in diabetici per 100.000 residenti	

	Fonte	Note
	Fonte DEP per il denominatore	
	Fonte ASL - Vaccinazioni e PDTA	
	Fonte ASL - Servizio Farmaceutico	
	Fonte SIO	
	Fonte SIES	Indicatore D05C NO CORE NSG
	Fonte SIES	
	Fonte SIES	ACSC = ambulatory care sensitive conditions
	Fonte SIO	Indicatore D04C CORE NSG
	Fonte SIO	

Il ruolo del Distretto nella governance della CdC quale struttura pubblica dell’SSN. Come è definito in questi documenti (è privilegiato il ruolo di erogatore diretto o quello di committenza)?

Allegato 1 del DM 77/22
<p>Il Distretto è un’articolazione organizzativo-funzionale della ASL sul territorio e costituisce il centro di riferimento per l’accesso a tutti i servizi. Il ruolo svolto dal Distretto è sia di committenza che di erogatore: capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni di salute della comunità, persegue l’integrazione tra le diverse strutture sanitarie in modo da assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione, l’uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell’offerta. Eroga in forma diretta o indiretta i servizi sanitari e sociosanitari di cui al D.Lgs 502/1992 anche attraverso le Case di Comunità.</p>
Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità. AGENAS
<p>Nel Metaprogetto funzionale (§3.1) si chiarisce che la CdC rappresenta il nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la Direzione del Distretto e per questo adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro Direzioni: rete intra CdC, rete inter CdC, rete territoriale e rete territoriale integrata.</p> <p>Si privilegia la funzione di erogatore diretto pubblico, non si fa riferimento al ruolo di Committenza.</p>
D.G.R. n. 643 del 26/07/2022 Regione Lazio. “Linee Guida [...] in applicazione delle attività previste dal PNRR e dal D.M. n. 77 del 23/05/2022”
<p>Non viene esplicitato se l'erogazione sia a gestione diretta oppure tramite Committenza. Si parla di scambio e collaborazione (pag. 42), ma non dal punto di vista economico.</p>
Determinazione n. G02706 del 28/02/ 2023 Regione Lazio. “Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio[...]” I
<p>Il ruolo del Distretto è maggiormente descritto in questo documento, nel quale si specifica come “l’assetto organizzativo del DSS [DSS: Distretto Socio-Sanitario] rappresenta il punto di equilibrio uniforme tra funzioni “essenziali” condivise su scala regionale ed il rispetto di esigenze locali”.</p> <p>Inoltre, si definisce che “il DSS è chiamato ad interpretare una missione di comunità:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. intercettando i bisogni di salute attraverso gli strumenti di analisi della domanda delle popolazioni di riferimento offerti dal DEP; b. facilitando i percorsi di presa in carico intermediando l’equilibrio tra domanda ed offerta di servizi (erogati direttamente e da soggetti terzi); c. valutando la qualità dei percorsi di presa in carico a partire dalla lettura dei servizi erogati per specifici target di popolazione; d. monitoraggio del conseguimento degli esiti di salute”.

Sono poi indicate le linee di attività. “Le “linee di attività” di diretta competenza distrettuale, considerato il nuovo modello di sviluppo dell’assistenza territoriale identificate nel DM 77 e recepite dalla normativa regionale, possono essere riassunte nel modo seguente:

- Attività di Committenza (analisi stato di salute e bisogni, analisi dell’offerta esterna e interna, programmazione sanitaria e socio-sanitaria, gestione dei rapporti con erogatori interni ed esterni, gestione dei rapporti con i portatori di interesse);
- Integrazione Socio-sanitaria (tra Distretto sanitario, Distretto socio-sanitario e Terzo settore Legge n. 11/2016);
- Gestione diretta dell’offerta assistenziale (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, Percorsi di continuità Territoriali ed Ospedale-Territorio, Attività specialistica ambulatoriale e domiciliare);
- Gestione delle Strutture di Prossimità (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali);
- Gestione delle transizioni (dal domicilio alle diverse forme di residenzialità e viceversa);
- Gestione diretta delle condizioni di “Cronicità, Complessità, Fragilità” (Assistenza domiciliare, Disabilità in età adulta, RSA/Hospice, Cure palliative) anche in integrazione con il Dipartimento della Salute Mentale e con le UOC Dipendenze;
- Assistenza Primaria con particolare attenzione ai nuovi modelli organizzativi AFT, UCCP, Continuità assistenziale, Ambulatori di Continuità Assistenziale, oltre alla pianificazione dell’attività delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA);
- Attività di prevenzione e promozione della salute in stretta sinergia e collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione;
- Attività consultoriali di tutela della salute materno-infantile e familiare”.

Si definisce che “il DSS diviene forza trasversale in grado di coordinare tutti i setting assistenziali, tutte le strutture, i professionisti e i livelli di cura, attraverso strumenti quali i piani di prevenzione, i PDTA, i Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) e i Progetti Riabilitativi Individuali (PRI)” e che “il DSS, quindi, necessita di strumenti operativi propri di gestione per una compiuta attività di committenza e di produzione, semplificando i processi decisionali in modo tale da ridurre la distanza tra la direzione strategica dell’azienda e l’articolazione di governo del territorio”.

Proposte CARD

Il Distretto, in base alle normative nazionali, si configura come macrostruttura a valenza dipartimentale con autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria e si prevede una contabilità separata all’interno del bilancio dell’azienda sanitaria.

Il Distretto orienta il proprio sistema di Servizi, compresa la CdC, verso le esigenze di salute globale della popolazione, governa la domanda sanitaria, attraverso la valutazione sistematica dei problemi multidimensionali, assicura la risposta ai casi acuti o riacutizzati gestibili in ambito territoriale, ma anche in via prevalente ai bisogni legati alle multi problematicità sanitarie e socio assistenziali, le patologie croniche e alla disabilità.

Nuove competenze per la CdC. Sono indicati i profili del responsabile/ coordinatore degli staff multi professionali (nelle molteplici funzioni di: analisi del bisogno, coinvolgimento della comunità e progettazione degli interventi e dei servizi)?

Allegato 1 del DM 77/22
<p>Nel documento sono elencate le figure professionali coinvolte facenti parte di équipe multiprofessionali nelle quali i professionisti sanitari possono assumere di volta in volta il ruolo di “case manager” (gestore della complessità) delle diverse fasi: analisi del bisogno, coinvolgimento della comunità e progettazione degli interventi e dei servizi. Il Direttore di Distretto è la figura responsabile dell’attività di programmazione del Distretto in termini di risposta alle esigenze di salute della popolazione, di disponibilità di risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. È responsabile della gestione dei percorsi assistenziali di propria competenza in raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell’ospedale.</p>
Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità. AGENAS
<p>Non c’è un focus sulle risorse umane quindi manca questo approfondimento.</p>
D.G.R. n. 643 del 26/07/2022 Regione Lazio. “Linee Guida [...] in applicazione delle attività previste dal PNRR e dal D.M. n. 77 del 23/05/2022”
<p>Non vi è una esplicita indicazione sul responsabile di staff multiprofessionale. Si rappresenta tuttavia come più volte più volte nel documento si faccia riferimento al ruolo dell’IFeC (Infermiere di Famiglia e di Comunità) come coresponsabile del Progetto di Salute e si sottolinea come l’IFeC “assolva le azioni di presa in carico, divenendo il riferimento diretto del paziente e/o caregiver”.</p>
Determinazione n. G02706 del 28/02/ 2023 Regione Lazio. “Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio [...]” I
<p>Nel documento il Distretto socio sanitario anche attraverso le CdC svolge un ruolo trasversale in grado di coordinare tutti i setting assistenziali, tutte le strutture, i professionisti e i livelli di cura, attraverso strumenti quali i piani di prevenzione, i PDTA, i Piani assistenziali individuali (PAI) e i Progetti Riabilitativi Individuali (PRI). In capo al Direttore del DSS vi è la prerogativa di identificare e armonizzare competenze tra loro molte eterogenee dei diversi professionisti che operano in quanto staff della direzione. Ruolo cardine nel contesto delle CdC e degli interventi domiciliari è svolto dalla “équipe della prevenzione” il cui coordinamento è affidato a un dirigente del ruolo sanitario del Dipartimento di Prevenzione che opera di concerto con il Direttore DSS o suo delegato. Nel documento si parla dell’IFoC (o IFeC), altra figura presente nel gruppo multidisciplinare che deve avere capacità di educare e fornire consulenze sui corretti stili di vita, individuare i comportamenti a rischio per la salute, di attivare strategie preventive di sanità pubblica e di costruire reti sia tra i servizi dell’area sanitaria e sociale che con le risorse presenti nella comunità di riferimento. Pur non riportato espressamente nella Determina del 28.02.2023, si ritiene che un medico igienista possa essere un valido professionista di supporto per il Direttore Sanitario del DSS ed un dirigente infermieristico con una formazione di base e un master specialistico in “Infermieristica di famiglia e comunità” può essere di aiuto per entrambe le figure svolgendo un ruolo di coordinatore, come riportato anche nel documento CARD in fase di redazione. Si evidenzia inoltre, che all’interno della TOH (Team Operativo Ospedaliero) il coordinatore degli staff multiprofessionali è un infermiere. È supportato da un team di professionisti con competenze cliniche, gestionali, relazionali e sociali e coordina le azioni finalizzate a facilitare, in caso di situazioni non rientranti nell’emergenza, l’esecuzione di procedure di rientro in Ospedale di pazienti in carico alle strutture sanitarie/sociosanitarie/socioassistenziali o inserite nei percorsi di cronicità della rete territoriale, sempre in raccordo con le COT-A e le COT-D.</p>

Proposte CARD

Le figure a coordinamento degli staff multiprofessionali devono essere figure formate in sanità pubblica, il riferimento possibile è quello dei:

- medici specialisti in Igiene e Medicina Preventiva o specialisti in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie;
- infermieri (ad esempio, con qualifica di infermieri di famiglia e comunità) che abbiano conseguito un master universitario professionalizzante.

Integrazione con la prevenzione.

Come il Dipartimento di Prevenzione si integra con la Casa della Comunità?

Allegato 1 del DM 77/22

Il Dipartimento di Prevenzione agisce in stretto raccordo con il Distretto e sue articolazioni per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona. Gli elementi cardine di questa organizzazione sono: la valutazione dell'impatto sanitario e identificazione del rischio attraverso l'uso di dati epidemiologici e del Profilo di salute ed equità; azioni di promozione della salute e prevenzione nel rapporto salute-ambiente; azioni di preparazione e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo-ambientale; cultura e pratica di prevenzione ancorate alle prove di efficacia equità e sostenibilità; approccio sistemico; comunicazione come veicolo di efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione; formazione continua degli operatori.

Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità. AGENAS

Si fa riferimento al Dipartimento di Prevenzione nell'ambito dell'integrazione funzionale tra i diversi erogatori di servizi che si prevede avvenga all'interno delle CdC, in particolare a coordinamento delle azioni di prevenzione e promozione della salute realizzati nella prossimità dall'équipe sanitaria della CdC.

D.G.R. n. 643 del 26/07/2022 Regione Lazio. "Linee Guida [...] in applicazione delle attività previste dal PNRR e dal D.M. n. 77 del 23/05/2022"

Nel documento è indicato come le CdC devono poter garantire in modo coordinato, tra le loro funzioni, "la prevenzione e promozione della salute anche attraverso il coordinamento con il dipartimento di prevenzione e sanità pubblica aziendale grazie a iniziative proattive progettate in coerenza con le caratteristiche dei diversi territori".

Inoltre è specificato che "la CdC nelle sue articolazioni a rete garantisce l'accesso ai seguenti servizi e competenze professionali attraverso opportuni interventi di riorganizzazione aziendale: [...] programmi di screening ed altre iniziative di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica; [...]"

- attività di erogazione di servizi e interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consulenti Familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (raccomandato facoltativo);
- attività di profilassi vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono coordinate dal Dipartimento di Prevenzione aziendale".

Determinazione n. G02706 del 28/02/ 2023 Regione Lazio. “Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio[...] I

Il ruolo del dipartimento di prevenzione nell'ambito della riforma dell'assistenza territoriale e il suo rapporto con la CdC è descritto sia nell'Allegato 1 in modo sintetico sia nell'Allegato 3, dedicato a questo specifico tema, in modo esteso.

Riportando quanto espresso proprio nell'allegato 3 al paragrafo 6 *“Affinché gli interventi di promozione della salute e prevenzione, previsti dal modello della Sanità di Iniziativa trovino omogenea ed efficace attuazione nel Distretto, e in particolare nel contesto delle CdC e degli interventi domiciliari, in maniera coerente e coordinata con la programmazione del PRP/PAP e le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione, è necessario prevedere la definizione di una “Équipe della Prevenzione” (EdP) che afferisce al Distretto e che ha sede operativa nel Distretto.*

Il coordinamento funzionale delle Équipe della Prevenzione (d'ora in avanti EdP) operanti nella ASL è affidato a un Dirigente del ruolo sanitario, medico o non medico del Dipartimento di Prevenzione di concerto con la Direzione del Distretto. Ciò è in linea con quanto indicato dal DM n. 77/2022, richiamato dalla Determinazione n. G18206 del 20/12/2022 che indica tra gli obiettivi delle CdC “la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'équipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione.

L'équipe della Prevenzione è una unità multiprofessionale funzionale che opera in stretta collaborazione con MMG/PLS – nelle forme organizzative dell'AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) – e con gli altri professionisti dell'équipe multiprofessionale territoriale delle CdC, come richiamato dal Documento applicativo della DGR n. 643/2022, approvato con Determinazione n. G18206 del 20/12/2022”.

A seguire sempre nello stesso allegato 3 al paragrafo 6 vengono poi elencati i target di riferimento, gli standard organizzativi dell'équipe della prevenzione e le attività per garantire gli standard essenziali delle “risposte di prevenzione” previste nel Progetto di Salute di cui al DM n. 77/2022. Inoltre si sottolinea la necessità di favorire la definizione/adattamento degli strumenti informativo-informatici a supporto dell'équipe della Prevenzione, anche nell'ambito della Telemedicina.

Proposte CARD

La Casa della Comunità è il luogo dove si realizza l'integrazione operativa con i Dipartimenti dell'Asl, con particolare riferimento al Dipartimento di Prevenzione.

Integrazione con la comunità. Dove come e perché la Comunità partecipa alle iniziative della CdC?

Allegato 1 del DM 77/22
<p>La CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi; è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare; è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità. È il luogo dove la comunità ricomponde e interpreta il quadro dei bisogni locali, definendo priorità di azione, servizi e sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.</p>
Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità. AGENAS
<p>Nel Modello organizzativo (§ 3.1) si specifica che la CdC è un progetto di innovazione in cui la Comunità degli assistiti non è solo destinataria dei servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa. Si definisce uno "spazio" fisico nella CdC destinato alle attività della comunità, non la modalità di coinvolgimento che si demanda all'organizzazione interna. La CdC avrà spazi per il PUA e sarà funzionalmente connessa ai servizi di integrazione socio-sanitaria.</p>
D.G.R. n. 643 del 26/07/2022 Regione Lazio. "Linee Guida [...] in applicazione delle attività previste dal PNRR e dal D.M. n. 77 del 23/05/2022"
<p>Nel documento, focalizzato principalmente sulle modalità di inter relazione tra i professionisti sanitari, non è esplicitamente descritto in che modo la cittadinanza verrà coinvolta nei progetti della CdC. Si menziona, però, (§ 2.1.1.): "La CdC è il luogo in cui la comunità in tutte le sue espressioni interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio Progetto di Salute, la priorità di azione e i correlati servizi, inclusi gli interventi non sanitari, che è possibile realizzare in una logica di community care". E ancora, più avanti: "il target di riferimento sarà [...] la comunità, sia attraverso le iniziative di salute pubblica, sia attraverso quelle di community building e coproduzione". Più volte viene inoltre menzionata la figura del <i>caregiver</i> come primo attore.</p>
Determinazione n. G02706 del 28/02/ 2023 Regione Lazio. "Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio [...]" I
<p>L'integrazione con la comunità è un tema a cui si fa riferimento lungo tutto il documento. Già al paragrafo 1.3 viene evidenziato l'intento di un percorso di monitoraggio e valutazione partecipato. Testualmente: "<i>tale percorso non può che avvalersi degli organismi di partecipazione strutturata delle Associazioni di tutela dei pazienti... con i quali sarà possibile condividere gli ambiti oggetto di monitoraggio e co-progettare gli strumenti di rilevazione quali-quantitativa</i>". Vengono inoltre individuate delle "sentinelle civiche" che effettueranno un monitoraggio con cadenza periodica nelle singole Aziende Sanitarie. Successivamente, al paragrafo 3.5 viene descritta come competenza del DSS e del suo team di lavoro, quella relativa allo sviluppo della capacità di ascolto e di relazione/integrazione con attori "esterni" (tra cui Terzo Settore, Volontariato e Associazionismo). Viene quindi implicitamente sottolineata l'importanza dell'attività collaborativa di tali Enti.</p>

Anche nella restante parte del documento viene continuamente rimandato il concetto relativo alla fondamentale collaborazione tra comunità e attori della CdC, come si può notare, ad esempio, nei paragrafi relativi all'IFoC e all'attività della COT-D).

L'Allegato A: "Principi e indicazioni operative per favorire l'inclusione, l'equità e la partecipazione dei cittadini" risulta, comunque, la sezione che maggiormente evidenzia l'importanza della cooperazione e partecipazione da parte della comunità.

Ad esempio, al paragrafo 3.4 si dichiara come sia fondamentale la "collaborazione intersettoriale con i Sindaci, le risorse informali e del volontariato presenti sul territorio per attività specifiche a partire dalla prevenzione".

È però, il paragrafo 3.7 "La co-progettazione e la co-produzione con cittadini e Associazioni" a sviluppare in maniera esaustiva come riuscire a raggiungere l'obiettivo di partecipazione e collaborazione. In particolare, esso rimanda all'Atto di indirizzo del 3 ottobre 2022, con cui il Ministero della Salute "ha definito le modalità di partecipazione delle Associazioni o Organizzazioni dei cittadini e dei pazienti, impegnate su tematiche sanitarie, ai propri processi decisionali, individuando sette modalità a seconda delle situazioni e delle problematiche da affrontare".

Si descrivono, così, le seguenti attività (vedi par. 3.7.1 All. A):

1. Partecipazione come consultazione
2. Partecipazione nella definizione dell'Agenda
3. Partecipazione nella co-progettazione dell'intervento
4. Partecipazione come supporto all'implementazione dei programmi di politica sanitaria
5. Partecipazione come generazione delle evidenze
6. Partecipazione come valutazione e monitoraggio
7. Partecipazione come possibilità di appello

Proposte CARD

La Casa della Comunità è un'evoluzione della Casa della Salute e ha come prerogativa l'alta integrazione, quindi dovrà essere:

- una Struttura di Sanità Pubblica "aperta al confronto con la popolazione" gestita dal Distretto dove si preveda la presenza di un PUA "forte" in cui si realizzi la reale integrazione con il Municipio e i suoi servizi;
- il luogo dove si realizza l'integrazione operativa con i Dipartimenti dell'Asl, con particolare riferimento al Dipartimento di Prevenzione.

La Casa della Comunità è il luogo dove si realizza l'integrazione operativa con i Dipartimenti dell'Asl, con particolare riferimento al Dipartimento di Prevenzione.

Il ruolo del Medico di famiglia nella Casa della Comunità.

È indicato come il MMG lavorerà dentro e con gli operatori della Casa della Comunità? Le attuali proposte del CCNL (Contratto Collettivo Nazionale) del MMG risponde alle esigenze della CdC?

Allegato 1 del DM 77/22
<p>Il MMG è una delle figure che costituiscono l'équipe multiprofessionale, referente del caso in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito in tutta la sua globalità ed in tutte le fasi della vita. Gli ambulatori di MMG e PLS si trovano fisicamente all'interno delle CdC oppure possono essere a queste funzionalmente collegati. I MMG potrebbero svolgere attività ambulatoriale aggiuntiva rispetto a quella nei confronti dei propri assistiti. Nell'ipotesi del CCNL ci sono richiami dei compiti dei MMG nelle CdC come ad esempio per l'individuazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) i cui compiti sono: a) assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti ai sensi dell'articolo 46; b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente; c) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico. I medici del ruolo unico di assistenza primaria, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina di iniziativa, ed in particolare operano per garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in primis, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi di tutte le età.</p>
Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità. AGENAS
<p>Il ruolo del MMG è definito nella Macroarea delle Cure Primarie. Si specifica che i MMG/PLS dovranno lavorare in gruppo (nelle diverse forme associative) e in équipe con le altre figure professionali che operano nella CdC, non si entra nel dettaglio dei processi. Nell'area funzionale Cure Primarie è previsto un "luogo fisico" dell'Ambulatorio del MMG/PLS. La proposta Nazionale sembra rispondere all'esigenza dell'organizzazione delle CdC: occorre valutare come sarà poi tutto declinato negli accordi regionali integrativi soprattutto per quello che riguarda il "debito orario" sui progetti distrettuali.</p>
D.G.R. n. 643 del 26/07/2022 Regione Lazio. "Linee Guida [...] in applicazione delle attività previste dal PNRR e dal D.M. n. 77 del 23/05/2022"
<p>Nel documento si specifica come in Lazio sia già attiva una rete territoriale di Case della Salute, chiamate a trasformarsi in CdC che si caratterizzano per:</p> <p>a) l'integrazione con le attività dei MMG sia quando operanti all'interno sia quando funzionalmente integrati con la CdC. Le CdC promuovono un modello di intervento integrato e multiprofessionale, in sedi privilegiate per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari in stretta integrazione con interventi sociali. Esse presuppongono, infatti, un'organizzazione delle attività che permetta un'azione d'équipe/integrazione funzionale multiprofessionale tra MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni – anche nelle loro forme organizzative – IFeC (o IFoC), altri professionisti della salute, quali ad esempio logopedisti, fisioterapisti, dietisti, tecnici della riabilitazione e assistenti sociali, anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali del comune di riferimento.</p>

Si rappresenta poi come le forme associative dei MMG e dei PLS, già presenti nel Lazio con le UCP e le UCPP, costituiscono il primo anello della rete di assistenza territoriale e sono parte integrante delle CdC, sia quando operano in esse, sia quando integrate funzionalmente. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza in forma di medicina d'iniziativa e di presa in carico della comunità di riferimento con un maggior grado di prossimità.

Il MMG, avrà, poi, opportunità di attivare l'IFeC, l'UCA, l'OdC, la COT-A, l'assistenza domiciliare (di base e integrata) e le CDP. In particolare, per l'assistenza domiciliare, questa potrà essere attivata – anche attraverso le relazioni con l'IFeC – solo dopo una valutazione del bisogno con approccio sistemico e multidimensionale integrato, utilizzando strumenti quali l'InterRAI. Inoltre, il MMG potrà revisionare il Progetto di Salute con l'IFeC. Potrà, poi, richiedere telemonitoraggio o telecontrollo, attraverso idonei sistemi di gestione.

Nell'ultimo Accordo Collettivo Nazionale si parla genericamente di un rapporto funzionale tra Aggregazioni Funzionali al Territorio (AFT) e Unità complesse di cure Primarie (UCCP) assimilabili alle Case della salute (CdS)/comunità (CdC). In base a tale ACN il referente di AFT (che includerà circa 20 MMG) farà accordi con le UCCP (vedi artt 8-10 ACN 2016-2018) con la riserva di una maggiore definizione in sede di Accordo Integrativo Regionale, ovvero la declinazione regionale di tale accordo nazionale, si profila quindi il mantenimento di un collegamento prevalentemente funzionale tra MMG e CdC.

Determinazione n. G02706 del 28/02/ 2023 Regione Lazio. “Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio [...]” I

L'indicazione delle modalità con cui il MMG lavorerà in forme organizzative mono e multiprofessionali è data come rimando della Determinazione regionale n. G18206 del 20/12/2022 che prevede “l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), quali forme organizzative monoprofessionali” e “lo sviluppo in ambito regionale di forme organizzative multiprofessionali, denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), in cui andranno a confluire le singole AFT, a superamento degli attuali modelli organizzativi della regione Lazio (UCP e UCPP)”. In particolare, il riferimento alle organizzazioni dei MMG/PLS è presente nelle sezioni dedicate al ruolo del Direttore di Distretto e alla sanità di iniziativa, in quella dedicata all'integrazione tra i percorsi di prevenzione e cura e nella definizione di CdC riportata nel documento.

Proposte CARD

La Casa di Comunità dovrà essere una struttura del Distretto aperta e dove si preveda la presenza di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta aggregati in UCP quale fulcro dell'Assistenza e collante fra le iniziative e i percorsi di presa in carico che sono presenti. Le UCP si integrano in maniera coordinata con gli altri servizi presenti nella Casa della Comunità collaborando direttamente con gli altri professionisti dell'assistenza primaria. I Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta svolgono un ruolo strategico nel favorire l'adesione del paziente al “Patto di cura” con la determinante collaborazione degli Infermieri di Famiglia e di Comunità. La direzione sembra essere quella del superamento della visione di lavoro autonomo-monoprofessionale, lavorando anche sull'accordo collettivo nazionale (ACN) della Medicina Generale.

Mappatura del livello di implementazione delle Case della Salute nella Regione Lazio

	Moduli funzionali	N di CdS in cui sono presenti/ N totale CdS	% sul totale CdS
Funzioni di base	Assistenza primaria (MMG, PLS, UCP, UCPP)	11/24	46%
	Ambulatorio Cure Primarie (ACP) festivi	13/24	54%
	Continuità assistenziale (ex guardia medica, copertura medica h 24)	22/24	92%
	Attività specialistica ambulatoriale	24/24	100%
	Ambulatorio infermieristico	23/24	96%
	Punto prelievi	24/24	100%
	Presidio di diagnostica per immagini	22/24	92%
	Area dell'accoglienza	21/24	88%
	Sportello CUP	23/24	96%
	PUA	23/24	96%
	Area del volontariato	13/24	54%
Moduli Funzionali aggiuntivi	Area delle cure intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica	8/24	33%
	Centri per i disturbi cognitivi e demenze (CDCD) - Centri territoriali esperti	5/24	21%
	Centro/Sportello antiviolenza	8/24	33%
	Centro Assistenza Domiciliare (CAD)	12/24	50%
	Assistenza ambulatoriale complessa (ad es. APA, Day service)	2/24	8%
	Attività fisica adattata	1/24	4%
	Trattamento del dolore cronico, nell'ambito delle specifiche reti	7/24	29%
	Telemedicina	3/24	13%
	Screening colonretto I livello	8/24	33%
	Screening cervicale I livello	3/24	13%
	Screening mammografico I livello	8/24	33%
	Vaccinazioni	13/24	54%

Fonti: siti istituzionali aziendali e sito istituzionale SaluteLazio (dicembre 2022)

Finito di stampare:
Giugno 2023

Tipografia PressUp - Zona Industriale Settevene (VT)



**DISTRETTO
PROMOTORE
DI SALUTE**

ISBN 979-12-80397-12-6