

**QUADERNI CARD**

**CONFERENZA NAZIONALE  
PDPA E CURE PERSONALIZZATE**  
STRATEGIA DISTRETTUALE PER LA LOTTA ALLE DISEGUAGLIANZE

---

Atti del XVI CONGRESSO NAZIONALE CARD  
Bari, 24-26 Maggio 2018





# INDICE

<b>Presentazione</b> .....	6
----------------------------	---

## SESSIONE PLENARIA

### **I – Gli strumenti di governo delle cronicità**

L'uso dei dati socio-economici ed epidemiologici per l'analisi delle diseguaglianze in salute nel Distretto di Bologna. G. Cavazza, V. Gentilini, I. Camplone, L. Pizzi .....	10
Provincia che respira: costruzione del PDTA della BPCO nella Provincia di Alessandria. G. Pacileo, G. Gentili .....	12
Il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per le persone affette da demenza ed i loro familiari, quale strumento di forte integrazione tra ospedale e territorio. A. Fasanelli, D. Zanon, C. Moser .....	14
Presenza in carico della BPCO e ipertensione: prevenzione e percorsi formativi "Special Interest". S. Pasquinucci, D. Ponticelli, R. Ponticelli, G. Panico .....	16
Cronicità e farmaco-economia. Quali elementi per la sostenibilità del SSN: generici e risparmio. G. L. Colombo .....	18
La presa in carico del paziente cronico in Lombardia: prospettive di sviluppo del nuovo modello di cura". G. Cassavia, S. Casazza, S. Chirchiglia .....	20
La Rete Oncologica nella ASL Napoli 1 Centro. T. Spinosa .....	22
Da un sistema di reti ad una rete di sistema: l'integrazione a sostegno dei PDTA nelle aree remote. G. Donigaglia .....	24
PDTA DIABETE. Una nuova proposta. F. Gentile .....	26

### **II – Cure primarie, intermedie e reti**

Le cure intermedie in Toscana all'interno dei percorsi di cura. L. Rossi, L. Roti, S. Memmini .....	30
La nutrizione artificiale - Modalità organizzative in Abruzzo... un possibile modello. P. P. Carinci, R. Borgia .....	32
La messa in rete dei servizi a tutela delle persone "invisibili". <<The Invisible Network>>. S. Casazza .....	34
Interventi sulla integrazione socio-sanitaria. La buona prassi della ASL Lecce. A. Cappelluti Tasti .....	36
Lotta alle disuguaglianze nell'Area Interna Basso Sangro Trigno - Abruzzo. P. Falasca, V. Orsatti, R. Borgia .....	38
Ruolo della farmacovigilanza nei percorsi assistenziali. U. Trama .....	40
La presa in carico del paziente cronico in Lombardia: Prospettive di sviluppo del nuovo modello di cura. G. Cassavia, S. Casazza, S. Chirchiglia .....	42
Il distretto come volano dell'innovazione sociosanitaria nelle regioni disagiate. O. Borgia, G. Budano, P. Camboa, A. Maggio, N. Pastore, L. Vantaggiato .....	44
Domiciliarità e Telemedicina: un binomio con-vincente per la gestione del paziente fragile. L'esperienza della ASL Brindisi. F. Galasso .....	46





## **Introduzione alla III sessione**

Universalismo diseguale: dall'uguaglianza all'equità per favorire l'empowerment responsabile del paziente.

E. Mallarini ..... 50

## **III – Il piano delle prevenzioni: dalle vaccinazioni agli screening**

La vaccinazione antinfluenzale: inquadramento, nuove prospettive, governance.

N. Venturella ..... 54

Modello integrato per favorire l'aumento della copertura vaccinale nel corso della stagione influenzale: l'esperienza dell'ASP di Catanzaro.

M. Rocca ..... 55

La vaccinazione pneumococcica: strumento nazionale del piano di prevenzione per la protezione dell'adulto a rischio.

A. Fedele ..... 56

Meta-analisi su immunogenicità e sicurezza del vaccino multicomponente anti-meningococco B (4CMenB).

L. Manzoli ..... 58

## **SIMPOSI**

### **I – Le professioni sanitarie e la lotta alle disuguaglianze**

Equità nella gestione delle richieste in riabilitazione nell'AUSL della Valle d'Aosta.

A. Lacroix ..... 62

L'infermiere di comunità in Friuli Venezia Giulia a 20 anni dalla sua sperimentazione: il modello, l'esperienza, i risultati e gli sviluppi.

M. Pordenon ..... 63

La tecnologia mobile nelle cure infermieristiche; Distretto di Cuorgnè (ASL TO4).

C. Toso, F. Beanato, E. Personnettaz, L. Mortoni ..... 64

Riassetto dei servizi sociali e sanitari nel piano regionale di programmazione della rete assistenziale in regione Campania.

M. D'Auria ..... 66

La Farmacia dei Servizi nella Prevenzione dell'Obesità Infantile. Innovazione dei processi organizzativi e gestionali in Regione Molise.

G. Gentile ..... 68

Lo psicologo nei Centri di Assistenza Primaria del Friuli Venezia Giulia.

C. Zago, R. Sisto, B. Mazzoleni, S. Paulon, N. Zulian, L. Calabrese, D. Molli, L. Pilot ..... 70

### **II – “Malattie rare e complessità assistenziale”**

Rete malattie rare: il modello Puglia.

A. Di Gregorio ..... 74

Farmaci innovativi: monitoraggio spesa farmaceutica regionale.

F. Colasuonno, S. Cherchi, P. D'Andrea ..... 75

Governance scopenso cardiaco Regione Basilicata: esperienza dell'ambulatorio dedicato.

S. Gubelli, M. Caivano ..... 77

Poster ..... 80

Conclusioni ..... 130





## PRESENTAZIONE

Questo XVI Congresso Nazionale di Bari 2018 nasce in continuità con il Congresso Nazionale CARD di Napoli 2016, di cui riprende il documento finale, approvato all'unanimità dell'Assemblea dei Soci CARD, intitolato: "CARTA CARD NAPOLI 2016 PER LA RIDUZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE", che assumeva valore di programma per le attività del successivo triennio.

A Bari, quindi, proseguiamo nell'impegno prioritario di CARD per potenziare e diffondere nei Distretti e nei Servizi Territoriali il tema delle disuguaglianze di salute, evidenti nelle differenze osservabili sia tra le varie Regioni del Paese, sia addirittura a livello intra-regionale, tra le diverse Aziende Sanitarie dei SSR locali.

CARD vuole farsi portavoce della volontà diffusa tra i Soci per un maggiore impegno nel promuovere nei nostri servizi ed anche nelle nostre comunità la crescita della sensibilità, della consapevolezza, degli interventi di possibile contrasto e riduzione alle disuguaglianze di salute.

Riproponiamo quindi il tema delle responsabilità del lavoro multi professionale nei Distretti e, come da nuovo indirizzo statutario, nei servizi territoriali in generale. In queste riunioni annuali creiamo l'occasione per acquisire maggiori conoscenze sulle disuguaglianze, accentuate dal prolungarsi della lunga crisi economica. Sono ormai perfino troppe le prove della rinuncia alle cure da parte di vasti strati della popolazione, incapace di sostenerne i costi. E riteniamo importante sottolineare la discrepanza tra la crescita della spesa sanitaria privata (in aumento) mentre cala quella pubblica.

L'appello alla necessità di mantenere un Servizio Sanitario Pubblico non è più sufficiente ad assicurare l'uguaglianza e l'equità, cui non ci si avvicina volendo ottenere solamente ulteriore efficienza. Serve altro!

Sappiamo che le disuguaglianze nella salute molto dipendono dai determinanti sociali, di cui ogni Distretto dovrebbe essere chiamato da una Sfera Politica illuminata ad occuparsi di più e meglio. Ma per questo occorre che siano aggiornate, in aumento, le risorse a disposizione dei Distretti, anche perché non ci sfugge che sono i Servizi Sanitari Territoriali, a baricentro distrettuale, ad avere responsabilità nel gestire approcci corretti quantomeno per: a) non contribuire a generare nuove disuguaglianze; b) operare attentamente per ridurre l'impatto delle disuguaglianze date; c) valutare costantemente esiti ed impatti degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione; d) rendere ancora più solidi e diffusi i principi che orientano i cambiamenti organizzativi, i modelli comunicativi, il controllo del rispetto di regole che devono però sempre tendere a privilegiare la protezione dei soggetti fragili, e, più in generale, le persone più vulnerabili a causa della bassa posizione sociale.

In questo scenario il Convegno Nazionale, che ritorna a Bari dopo quattordici anni, intende mettere a fuoco la strategia INTEGRANTE del DISTRETTO di espandere l'uso dei PDTA, innanzitutto per le principali malattie ad alto impatto sociale - insufficienza cardiaca e respiratoria, tumori, diabete mellito, demenze e salute mentale - riuscendo a coniugare il percorso standardizzato con il programma individuale personalizzato.

I PDTA permettono di superare logiche prestazionali frammentate, di ridurre il rischio, oggi sempre più elevato, di discriminazioni nell'accesso ai servizi e nella loro fruizione, di una valida presa in carico, di una continuità efficace anche nel lungo termine. I Piani/Programmi di Assistenza Individualizzata (PAI e PRI di uso corrente nei Distretti) riconoscono le differenze grazie al lavoro multidisciplinare integrato e sempre pongono attenzione alle esigenze individuali della persona ed al raggiungimento degli obiettivi di cura.

Per tentare di congiungere validamente PDTA e PAI terremo come punti cardinali di riferimento il Piano Nazionale delle Cronicità, ricchissimo di eccellenti indicazioni e buoni principi.





Ci sembra di grande rilievo il fatto che puntualizzi "Disuguaglianze sociali, fragilità e/o vulnerabilità". Il Decreto sui nuovi LEA ci indica cosa doverosamente dobbiamo erogare e cosa effettivamente il cittadino deve ricevere.

PNC e LEA possono quindi essere coppia inscindibile per ridurre la dissociazione tra principi e pratiche, ed apportare equità. I LEA diventano strumento di riduzione delle disuguaglianze quando soddisfano il criterio della giusta percezione dei bisogni e del giusto esito delle cure offerte a tutti, per cui i Distretti possono essere i "giusti" protagonisti per raccordare al meglio cure ospedaliere, ambulatoriali, domiciliari e residenziali. Quindi per meglio integrare cure primarie e secondarie, anche in aree geografiche "disuguali" (marginali).

Lo scopo finale è ridurre eventi evitabili nei milioni di persone con malattie di lunga durata, temine che in CARD vorremmo sostituisse quello di "cronicità" (secondo noi da abbandonare perché può indurre rassegnazione e passività, anziché proattività).

Nel Convegno parleremo anche di Prevenzione, di vaccinazioni e screening oncologici, interventi ad alto valore di equità, sempre più attuati nei nostri Distretti.

I temi affrontati spazieranno pertanto dai settori più tradizionali delle malattie croniche e delle polipatologie (cardiovasculopatie, broncopneumopatie, malattie metaboliche e diabete, ecc.), ad aperture innovative verso la gestione delle malattie rare, dell'empowerment del paziente, dell'alleanza terapeutica e dell'aderenza alle cure, delle nuove possibilità offerte dalla ICT per il miglioramento dell'integrazione e delle cure integrate.

Infine, come è prassi consolidata negli eventi CARD, la nostra priorità rimane l'ascolto della voce dei Distretti. Grande è l'impegno di tutte le Presidenze delle Associazioni Regionali a raccogliere contributi scientifici degli operatori dei Distretti e dei Territori (Soci e non), che sono anche la migliore testimonianza del grado di "salute" dei nostri servizi.

**Presidente CARD**

*Gennaro Volpe*

**Presidente CARD PUGLIA**

*Vincenzo Gigantelli*







# Sessione Plenaria

---

## **I** Gli strumenti di governo delle cronicità





**Gabriele Cavazza\*, Valeria Gentilini\*\*, Ilaria Camplone\*\*\*, Lorenzo Pizzi\*\*\*\***

*\* Medico sanità pubblica, Ausl Bologna*

*\*\* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università di Bologna*

*\*\*\* Azienda AUSL Bologna, Centro di Salute Internazionale - (APS)*

*\*\*\*\* Azienda AUSL Bologna*

## L'uso dei dati socio-economici ed epidemiologici per l'analisi delle disuguaglianze in salute nel Distretto Di Bologna

### Premessa e obiettivi

Lo studio nasce dalla collaborazione tra il Distretto di Bologna, il Dipartimento di Sanità Pubblica, il comune di Bologna e Centro di Salute Internazionale-(APS), collaborazione che conferisce un carattere fortemente multidisciplinare (statistici, epidemiologi, medici di Sanità Pubblica e antropologi) ed interistituzionale. Considerate le forti evidenze in letteratura sull'impatto dei fattori demografici, economici, sociali e culturali nel determinare disuguaglianze in salute nelle diverse aree geografiche anche all'interno della stessa città lo studio vuole raggiungere i seguenti obiettivi: descrivere la distribuzione delle disuguaglianze in salute (accesso ai servizi ed esiti) nella città di Bologna, individuare le aree più vulnerabili, individuare i determinanti locali che agiscono nelle aree scelte, proporre interventi di contrasto alle disuguaglianze e promozione all'equità insieme alla comunità locale e decisori politici, verificare la possibilità di un sistema di sorveglianza delle disuguaglianze a partire dai dati correnti.

### Materiali e metodi

Grazie alla disponibilità dei dati, che il comune di Bologna produce dal 2016, sulla distribuzione della vulnerabilità demografica, sociale ed economica nelle 90 aree statistiche della città, e dei dati sanitari relativi sia all'accesso che agli esiti di salute di ciascun residente, abbiamo sviluppato uno studio osservazionale retrospettivo sulle disuguaglianze in salute a livello cittadino attraverso la correlazione tra i dati sanitari, analizzati per area statistica, e gli indicatori del comune. Sono stati quindi selezionati 18 indicatori di cui 9 di accesso (tra cui accessi al PS, ricoveri ordinari,...) e 9 di esiti di salute (mortalità, prevalenza diabete,...); per l'analisi della distribuzione sono stati presi in considerazione tassi, SMR e BMR.

### Risultati

I primi risultati hanno evidenziato una notevole variabilità degli indicatori esaminati con differenze significative tra alcune zone e i dati medi della città. A titolo di esempio si cita la prevalenza del diabete in cui si evidenziano ben 17 aree con SMR con valori osservati statisticamente superiori a quelli attesi. L'analisi ha anche evidenziato una correlazione significativa tra l'andamento di alcuni indicatori e la distribuzione delle vulnerabilità sociali ed economiche (ad esempio tra gli indici di vulnerabilità sociale ed economica e i tassi di prevalenza del diabete). Lo studio ha poi evidenziato le aree nelle quali i valori degli indicatori negli esiti di salute e nell'accesso ai servizi sanitari (inizialmente 9 indici) sono critici tenendo conto della collocazione delle Aree nei 2 decili peggiori; a titolo di esempio l'area del Pilastro compare critica 8 volte seguita da una decina di aree che presentano 6/7 indicatori critici sui 9 considerati.

L'analisi ha quindi consentito di individuare le aree nelle quali l'accesso e gli esiti di salute sono significativamente peggiori.





### Commento

I dati di questa prima parte dello studio consentono di passare alla seconda fase che prevederà l' utilizzo di metodiche quali-quantitative per individuare i determinanti sociali che incidono localmente, i bisogni di salute non soddisfatti e le risorse disponibili. La terza fase del progetto prevederà invece la messa in atto di strumenti partecipativi per la pianificazione di azioni/politiche territoriali di contrasto alla riproduzione delle disuguaglianze e il ripensamento delle forme di assistenza verso una maggiore equità da parte del Distretto e del Comune.





**Guglielmo Pacileo\*, Gilberto Gentili\*\***

*\* Dirigente medico, ASL AL - Alessandria*

*\*\* ASL AL - Alessandria*

## Provincia che respira: costruzione del PDTA per la BPCO nella provincia di Alessandria

### Premessa

Nella costruzione del PDTA il principale riferimento sono state le linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento in Piemonte del Piano Nazionale della Cronicità. Nelle linee guida le cure primarie attraverso i PDTA dovranno realizzare l'integrazione tra MMG, specialisti e le risorse della comunità. I PDTA costituiscono inoltre uno strumento di governance multidisciplinare che consente di incentrare sulla persona il processo assistenziale. La scelta della BPCO dipende sia dalla larga diffusione sia dai numerosi problemi collegati alla presa in carico, rappresentando in maniera paradigmatica tutta una serie di difficoltà che le aziende sanitarie hanno nel seguire i pazienti cronici. La ASL AL e l'Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria hanno sviluppato un progetto di rafforzamento della presa in carico attraverso lo sviluppo di un percorso condiviso frutto di un approccio che ha incluso tutti gli attori e gli stakeholder coinvolti.

### Obiettivi

Rafforzare quindi la qualità dei servizi agendo su sei dimensioni: sicurezza, tempestività, efficacia, efficienza, centralità della persona e equità.

### Materiali e metodi

Il ciclo dello sviluppo del PDTA prevede 4 fasi: analisi, riprogettazione, gestione del cambiamento e monitoraggio. Il progetto ha sinora implementato le prime due fasi attivando due gruppi di lavoro: gruppo di "analisi dei dati amministrativi", composto da direttore sanitario, referenti del governo clinico e del controllo di gestione, farmacista ed epidemiologo. Il secondo gruppo di "progettazione del PDTA" è stato costruito sul concetto di "Comunità di pratica", includendo professionisti di tutte e due le aziende: MMG, Specialista pneumologo e internista, Specialista della fragilità, Direttore di distretto, Infermiere, Farmacista, Direzione medica di PO e Governo clinico.

### Risultati

Attraverso l'analisi dei dati amministrativi è stato possibile stimare la prevalenza di pazienti BPCO nel 2016 (5,1%) e la loro età media (73,5 anni). È stato inoltre valorizzato il consumo di risorse pari a 3.629 euro nel 2016, così suddivisi: ricoveri €1,970 (67%); specialistica €463 (16%) e terapie farmacologiche €499 (17%). Nella fase di riprogettazione sono stati individuati gli standard di presa in carico e i relativi indicatori così ripartiti. Indicatori di processo: follow up (visita pneumologica, spirometria, emogasanalisi), trattamento (aderenza terapia farmacologica, appropriatezza, riabilitazione respiratoria, vaccinazione antiinfluenzale, disassuefazione al fumo), post ricovero (rivalutazione, riabilitazione respiratoria) e indicatori di outcome (ricoveri ripetuti a 30 gg, mortalità a 30gg dal ricovero). Per il raggiungimento o il consolidamento degli standard di cura sono state condivise dieci azioni di miglioramento relative a: verifica della diagnosi, gestione del follow up spirometrico, ossigenoterapia, emogasanalisi, rivalutazione e riabilitazione post ricovero, aderenza terapeutica, appropriatezza prescrittiva, vaccinazione anti influenzale e percorso di disassuefazione al fumo.





Come da indicazioni regionali i pazienti con BPCO in stadio I e II vengono di norma seguiti dal MMG. I pazienti con BPCO in stadio II e III vengono seguiti in modo coordinato tra MMG e specialista. I pazienti affetti da BPCO severa che richiedono interventi come la Ventilazione Non Invasiva domiciliare devono essere controllati regolarmente dagli specialisti.

**Commento**

La gestione del cambiamento dovrà prevedere di esplicitare la governance del PDTA (regia distrettuale e gruppo di lavoro permanente sul PDTA) e di favorire la collaborazione multiprofessionale. Le leve da attivare riguardano: formazione, budget, sistema informativo e comunicazione sia interna sia rivolta all'esterno. Il monitoraggio si baserà sulla misurazione degli indicatori di PDTA e consentirà di definire quali azioni attuare per consentire il rafforzamento della qualità del processo erogativo collegato alla presa in carico dei pazienti con BPCO.





**Andrea Fasanelli**

*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Trento Servizio Territoriale Unità Operativa Cure Primarie*

*Dott.ssa Daniela Zanon, Inf. Claudio Moser*

## **Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per le persone affette da demenza ed i loro familiari: uno strumento di forte integrazione tra ospedale e territorio**

### **Premessa**

L'OMS ha definito la demenza una priorità mondiale di salute pubblica (prevalenza anno 2010 35,6 Mln di persone affette); le stime prevedono un raddoppio nel 2030 e la triplicazione dei casi nel 2050. In Italia il numero dei pazienti è stimato nel 2015 in oltre un milione ed in Trentino le persone con demenza sono circa 8.500 rispetto ad una popolazione di circa 500.000 abitanti.

L'impatto economico ed organizzativo per le famiglie e i servizi socio-sanitari risulta essere rilevante: i costi annuali diretti per ciascun paziente sono stimati fra i 9.000 ed i 16.000 euro a seconda dello stadio della malattia; per ogni paziente le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza sono 3.

Nel rapporto OMS 2012 viene raccomandato a tutti i Paesi di prevedere nei loro programmi di salute pubblica strategie per affrontare questa emergenza .

### **Obiettivi**

Il miglior setting di cura per le persone con demenza è il loro domicilio ed è compito di tutti gli "attori" favorire un progetto assistenziale individualizzato ricercando la collaborazione fra ospedale e territorio. Nella costruzione del PDTA vanno considerati quali punti irrinunciabili: approccio multidisciplinare e multiprofessionale; centralità della figura del MMG nel percorso; garantire sostegno alle famiglie, favorendo la domiciliarità; continuità e flessibilità del percorso di cura, dall'esordio, alla gestione delle criticità, al fine vita; forte collegamento dei CDCD con il territorio; integrazione e lavoro in rete tra i vari Servizi territoriali del sociale, del volontariato, terzo settore e famiglie coinvolte nella progettualità; PUA e UVM come momenti nodali del percorso di presa in carico; pianificazione e verifica di progetti assistenziali individualizzati (PAI); formazione e aggiornamento del personale; verifica e monitoraggio della qualità del servizio e della validità del PDTA; focus sull'utilizzo di sistemi informativi, sulla qualità della documentazione con report sull'assistenza e sugli indicatori definiti nel PDTA.

### **Materiali e metodi**

il metodo impiegato nella costruzione del PDTA demenza è stato quello partecipativo con la costituzione di un gruppo di lavoro allargato a professionisti dell'area sanitaria, sociale, del volontariato e rappresentanti dei pazienti/familiari. Partendo dall'analisi della letteratura e della bibliografia è stato definito l'impatto della demenza nel contesto Trentino; sono stati vagliati i servizi presenti ed attivi sul territorio, messi in rete ed implementati, favorendo l'integrazione fra loro. È stata data voce alle rappresentanze dei familiari per raccogliere le loro esigenze e le aspettative.





### Commento

Il Medico di Medicina Generale rappresenta nel contesto trentino il primo interlocutore dei pazienti/familiari; egli nel sospetto di un caso di demenza acquisisce le informazioni anamnestiche, effettua l'esame obiettivo, prescrive una batteria di esami di laboratorio / specialistici e somministra il CPCOG, test di orientamento validato per l'inquadramento del caso sospetto per demenza. Se il medico rileva la necessità di una valutazione più approfondita, specie in presenza di disturbi comportamentali, invia il paziente al CDCD di riferimento che rappresenta il primo livello specialistico territoriale. Nel CDCD è presente un'equipe specializzata composta dal medico specialista (geriatra, neurologo, psichiatra), infermiere dedicato, neuropsicologo esperto nella somministrazione di test specifici orientati ad identificare i disturbi cognitivi, individuare possibili strategie terapeutiche ed assistenziali per sostenere il paziente ed i familiari / caregiver. Il CDCD è fortemente connesso con i Servizi territoriali di riferimento per residenza (PUA / UVM) che sono in grado di farsi carico dei bisogni dei pazienti e delle loro famiglie, definendo un PAI. Punto di forza di PUA/UVM è la stretta integrazione dei Servizi vicini al paziente: MMG; Infermiera delle Cure Domiciliari, Assistente Sociale, Assistente domiciliare. Nel PAI vengono considerati tutti i Servizi / Strutture presenti sul territorio finalizzati a sostenere le famiglie come di seguito elencati:

Centri di ascolto Alzheimer; Centri servizi per anziani; Servizio pasti a domicilio o presso strutture; Servizio Assistenza Domiciliare; Servizio Telesoccorso - Telecontrollo; Alloggi protetti; Co-Housing; Centri diurni Anziani / Alzheimer; Assistenza Domiciliare Persone affette da Demenza (ADPD); Prestazioni domiciliari occasionali infermieristiche; Assistenza Domiciliare Programmata medica e infermieristica; Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); Assistenza Domiciliare Integrata Cure Palliative (ADICP); Residenzialità in RSA su posto di sollievo o definitivo o in nuclei Alzheimer. Futuri programmi da implementare in Trentino sono la formalizzazione di percorsi di secondo livello specialistico e l'applicazione di strategie volte alla prevenzione della malattia dementigena.





**Sergio Pasquinucci**

*Direttore Responsabile Distretto 30 ASL NA1*

*Dr D.Ponticelli\*\*, Dr R.Ponticelli\* Dr. G.Panico\**

*\* Distretto 30 Asl Napoli 1*

*\*\* Università degli studi della Campania L.Vanvitelli*

## **Presenza in carico della BPCO e ipertensione: prevenzione e percorsi formativi "Special Interest"**

### **Premessa**

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) si associa a numerose comorbidità; tra queste sono frequenti l'ictus, la cardiopatia ischemica, lo scompenso cardiaco e l'ipertensione arteriosa.

La BPCO e l'ipertensione arteriosa rappresentano due delle principali cronicità identificate a livello mondiale. Le stime di prevalenza della BPCO nella popolazione generale sono del 4-6%, con circa 3 milioni di pazienti in Italia e circa 300 mila in Campania. Un fattore eziopatogenetico comune a entrambe le patologie è il fumo. Il fumo è presente nel 25-43% degli ipertesi ed è la causa più importante per lo sviluppo di BPCO (70-80% dei casi). E' necessario che i fumatori vengano correttamente informati sul rischio che il fumo comporta, adattando l'informazione al livello di comprensione dei soggetti e alle strategie da adottare: interventi di assistenza attraverso counseling con suggerimenti di centri antifumo e utilizzo di trattamenti farmacologici.

Inoltre la BPCO e l'ipertensione arteriosa gravano fortemente sulla spesa sanitaria, in particolare per la BPCO, i costi sono prevalentemente concentrati nelle fasi più avanzate del decorso clinico e sono legati alle riacutizzazioni ed alle ospedalizzazioni. Premessa indispensabile per ottimizzare l'utilizzazione delle risorse è un intervento mirato nel miglioramento della gestione di tali patologie da parte del Medico di Medicina Generale con un corretto meccanismo di presa in carico del paziente. L'attuale gestione della BPCO e dell'ipertensione è caratterizzata da una serie di criticità: Sottodiagnosi; Inappropriatezza diagnostica (sovradiagnosi); Inappropriatezza terapeutica rispetto alle indicazioni delle linee guida; Scarsissima aderenza alla terapia.

Il Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) è lo strumento regolatorio che ha il compito di ridurre tali criticità attraverso il recepimento e la contestualizzazione delle Linee guida in ambito regionale: attraverso il PDTA si intende avviare un processo per migliorare la prevenzione primaria e l'educazione del paziente, migliorare la capacità quantitativa e qualitativa della diagnosi della BPCO e dell'ipertensione senza peggiorare i tempi di attesa, favorire una corretta gestione di tali pazienti da parte della Medicina Generale, in particolare nella nuova realtà del Distretto, che può governare i punti di intercezione del paziente facendo leva sulla specialità territoriale e sulle aggregazioni della medicina, prevenire le riacutizzazioni della BPCO e definire il corretto setting della ospedalizzazione e della riabilitazione respiratoria.

### **Obiettivi**

Migliorare l'approccio alla prevenzione individuale e la gestione pratica e integrata del percorso assistenziale della BPCO e dell'ipertensione arteriosa, considerando in particolare le difficoltà e l'inappropriatezza della diagnosi e terapia. Attraverso la promozione dell'Evidence-Based Medicine (EBM) e la diffusione e condivisione delle linee guida, l'ampliamento della conoscenza del PDTA e l'acquisizione degli strumenti e strategie di management e il perfezionamento delle abilità diagnostiche e di utilizzo di strumentazioni di competenza specialistica.





### **Materiali e metodi**

Organizzazione di percorsi formativi, sulla base dell'esperienza dell'ASL Napoli 2 attraverso il progetto "AGIRE", centrato sul trasferimento di conoscenze e competenze dallo specialista al MMG.

Tali percorsi possono infatti costituire, nelle condizioni attuali, il primo passo per un miglioramento complessivo nella gestione della BPCO e ipertensione.

I percorsi formativi si potranno svolgere in Centri Specialistici in cui saranno individuati i formatori, costituiti da almeno 4 figure per la BPCO: 2 pneumologi esperti; 1 tecnico di fisiopatologia respiratoria; 1 MMG già adeguatamente formato in precedenti esperienze.

Mentre per quanto concerne l'ipertensione, i formatori dovranno essere costituiti da almeno tre figure:

2 cardiologi esperti; 1 MMG già adeguatamente formato in precedenti esperienze.

### **Risultati e Commento**

I destinatari della formazione saranno i MMG organizzati in gruppi costituiti da un massimo di 10 medici. Alle ASL attraverso i Direttori di Distretto è affidato il compito di identificazione dei MMG da formare. Al termine dell'intero percorso formativo verrà attestato da parte delle Società Scientifiche che le AFT hanno adottato il PDTA della BPCO individuato da Regione Campania. Il coordinatore della AFT sarà responsabile della adozione del PDTA avvenuto secondo il percorso formativo regionale. Attraverso tali percorsi formativi i risultati attesi sono rappresentati da:

Appropriatezza diagnostica; Emersione della patologia (case finding); Appropriatezza terapeutica; Aderenza alla terapia; Riduzione delle ospedalizzazioni

L'efficacia di tali interventi formativi verrà valutata con cadenza trimestrale attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di esito previsti dal PDTA (es. "numero di pazienti con diagnosi di BPCO e spirometria sul numero di pazienti con diagnosi di BPCO"; "numero di terapie ambulatoriali erogate sul numero di terapie ambulatoriali erogate nel periodo precedente; "dati di aderenza al trattamento rilevati al tempo zero ed a 12 mesi"). Sarà inoltre effettuata un'indagine qualitativa con cadenza annuale per l'individuazione di eventuali criticità.

Negli ultimi anni la Regione Campania ha compiuto diversi passi per innovare l'approccio alla gestione delle patologie croniche creando sperimentazioni di pratiche cliniche e organizzative nell'ambito della riorganizzazione delle cure primarie.

Tali strategie dovranno abbandonare il tradizionale approccio attendista e sintomatico a favore di un atteggiamento prognostico e preventivo che comprende la promozione di uno stile di vita adeguato e la corretta presa in carico nel tempo dei pazienti prevenendo accessi inappropriati a strutture di secondo livello o errato consumo di farmaci e/o di prestazioni ambulatoriali.

Sulla base del Chronic Care Model si deve tendere a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici attraverso un approccio "proattivo" tra il personale sanitario e i pazienti stessi.

Il paziente viene posto al centro del sistema, sottoscrive un "patto di salute" con il proprio medico di fiducia, viene reso esperto e consapevole dei rischi della propria malattia con opportuni interventi educativi di informazione e addestramento (empowerment) e interagisce, attraverso un insieme di attività personalizzate e condivise, con il team multiprofessionale delle Cure Primarie composto da Medici di Medicina Generale, Specialisti, Infermieri e Operatori Socio-Sanitari

La comunità scientifica propone diverse strategie per la presa in carico del paziente, dalla creazione di PDTA sino alla costituzione di veri e propri ambulatori dedicati.

Per realizzare il Piano Operativo Implementazione e compiere un ulteriore salto di qualità in Regione Campania si ritiene necessaria una collaborazione tra le Società scientifiche, le Istituzioni Regionali e le Imprese per instaurare una sinergia innovativa tra pubblico e privato e la realizzazione di un percorso formativo e gestionale per la Presa In Carico del Paziente da parte della Medicina Generale e della Specialistica.





**Giorgio Lorenzo Colombo**

*Docente di Organizzazione Aziendale dell'Università degli Studi di Pavia e Direttore Scientifico S.A.V.E.*

## La Telemedicina a supporto della gestione domiciliare del paziente diabetico

### **Premessa**

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

### **Obiettivi**

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

### **Materiali e metodi**

In fase preliminare è stata condotta un'analisi di letteratura per individuare l'evidenza disponibile in merito a cronicità e impatto clinico ed economico dei farmaci generici. Per la definizione dei potenziali benefici dei farmaci generici in Italia sono stati presentati i risultati di uno studio retrospettivo osservazionale sui dati amministrativi di 5 Aziende Sanitarie Locali in Lombardia. Lo studio ha confrontato le differenze di outcome tra medicinali generici e medicinali a marchio commerciale a brevetto scaduto (branded) nella pratica clinica reale. Le aree terapeutiche e i farmaci traccianti sono stati: diabete: metformina - A10BA02; ipertensione: amlodipina - C08CA01; dislipidemia: simvastatina - C10AA01; psichiatria: sertralina - N06AB06; cardiologia: propafenone - C01BC03; osteoporosi: alendronato - M05BA04. Gli outcome misurati sono stati: persistenza e compliance alla terapia, mortalità, altro consumo di risorse (ospedalizzazioni, visite specialistiche, altri farmaci) e costi totali.

### **Risultati**

In merito al tema della cronicità, l'analisi di dati provenienti dalla Regione Lombardia ha consentito di evidenziare la correlazione fra progressivo invecchiamento della popolazione, ampliamento dell'area della cronicità e incremento dell'impiego di risorse sanitarie, risultato in linea con quanto definito nel piano nazionale delle cronicità. Per quanto riguarda l'impiego del farmaco equivalente, i dati di real world evidence hanno confermato come anche in Italia questo rappresenti un'opportunità terapeutica di elezione in funzione degli esiti clinici e delle ricadute economiche sia per il Servizio Sanitario Nazionale sia per il cittadino, tenendo in considerazione che la differenza di prezzo fra i farmaci branded e generici è completamente a carico del paziente. Dopo 34 mesi di osservazione, compliance e persistenza sono risultate a favore dei farmaci generici in tutte le aree terapeutiche, e statisticamente significativi nei gruppi metformina, amlodipina, simvastatina e sertralina. Gli esiti clinici (ospedalizzazioni, mortalità e altri costi sanitari) non hanno evidenziato differenze significative fra i medicinali generici e branded off-patent.





### Commento

L'ingresso dei farmaci equivalenti nel mercato farmaceutico mondiale è un fenomeno di notevole interesse in termini economico-sociali, che ha modificato significativamente sia le strategie aziendali, sia i comportamenti di tutti gli attori coinvolti nella spesa sanitaria e nella prescrizione dei farmaci. L'impiego dei farmaci a brevetto scaduto in luogo dei corrispettivi farmaci branded si è dimostrato internazionalmente uno meccanismo di controllo della spesa farmaceutica in grado di aumentare l'efficienza del sistema economico agendo sulla concorrenzialità e stimolando la "price competition" dei produttori, consentendo il raggiungimento della medesima efficacia terapeutica ma con un miglior l'impatto sui payers.





**Galdino Cassavia\*, Silvano Casazza\*\*, Saverio Chirchiglia\*\*\***

*\* Direttore del Dipartimento Cure Primarie, ATS Città Metropolitana di Milano*

*\*\* Direttore Socio Sanitario, ATS Città Metropolitana di Milano*

*\*\*\* Presidente CARD Lombardia*

## La presa in carico del paziente cronico in Lombardia: prospettive di sviluppo del nuovo modello di cura

### Premessa

Con l'innalzamento della speranza di vita sono aumentati i pazienti che soffrono di patologie croniche. Ad oggi in Lombardia le persone affette da malattie croniche sono 3,5 milioni, pari a circa il 30% della popolazione, una proporzione relativamente contenuta ma destinata ad aumentare nei prossimi anni.

### Obiettivi

Il Sistema Sanitario Lombardo ha così deciso di adottare dei percorsi di cura specifici per una corretta presa in carico dei cittadini affetti da queste patologie. Lavorando nel rispetto delle indicazioni fornite dal Piano Nazionale delle cronicità e in continuità con gli "Indirizzi regionali per la presa in carico delle cronicità e delle fragilità", in Lombardia sono stati approvati, nel 2017, due provvedimenti fondamentali per l'avvio del nuovo percorso di presa in carico di pazienti cronici e fragili: la delibera del "Governo della Domanda" e quella sul "Riordino della rete di offerta".

### Materiali e Metodi

La prima stratifica tutta la popolazione regionale in base alle caratteristiche cliniche e ai consumi delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, individuando circa 3,5 milioni di persone affette da patologie croniche che impegnano il sistema sanitario e sociosanitario con differenti bisogni di cura e assistenza.

La delibera del Riordino della Rete d'Offerta stabilisce i ruoli, le modalità, le risorse e le condizioni per la presa in carico dei pazienti cronici da parte di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private.

Con successiva delibera n. X/7655 del 28.12.17 sono state inoltre fornite agli Enti sanitari e sociosanitari le indicazioni utili a dare avvio operativo al processo di presa in carico dei pazienti a partire da metà gennaio 2018.

Dai primi mesi del 2018 in Lombardia ha preso avvio, quindi, un nuovo modello di presa in carico per i cittadini affetti da patologie croniche.

Nel nuovo modello un gestore organizza tutti i servizi sanitari e sociosanitari per rispondere ai bisogni del singolo paziente, programmando prestazioni ed interventi di cura specifici, prescrivendo le cure farmacologiche più appropriate, alleggerendo così il paziente dalla responsabilità di prenotare visite ed esami.





### **Risultati e Commento**

I pazienti cronici che lo desiderano, potranno aderire e godere di tutti questi benefici.

Accettato l'invito, il cittadino sceglie il Gestore che prenderà in carico i suoi bisogni di salute e che con lui sottoscriverà un "Patto di Cura" di validità annuale.

Successivamente, in base alle specifiche necessità cliniche, per ogni cittadino viene redatto il "Piano di Assistenza Individuale" (PAI), anch'esso di validità annuale, che contiene tutte le prescrizioni necessarie alla gestione delle patologie croniche da cui è affetto.

Da quel momento il Gestore accompagna il paziente nel percorso di cura, programmando visite, esami ed altre necessità di cura, affiancandolo nell'attuazione dell'intero piano terapeutico.

L'adesione al nuovo percorso consente al paziente:

1. La scelta di un Gestore di fiducia, che garantisce il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura e i vari attori del Sistema Sanitario e Sociosanitario;
2. Svolgono funzione di Gestore i soggetti risultati idonei a seguito di valutazione da parte delle Agenzie di Tutela della Salute e nello specifico:
  - Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta in forma associata;
  - Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate. Ad ogni paziente è assegnato un "Clinical Manager", cioè un medico che per lui redige e sottoscrive il Piano di Assistenza Individuale (PAI).
3. Cure personalizzate: Il paziente ufficializza la scelta del proprio gestore, dichiarando la sua formale adesione al nuovo percorso di accompagnamento e stringendo un Patto di Cura, di durata annuale non tacitamente rinnovato;
4. Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) è lo strumento per la pianificazione personalizzata del percorso di cura. Al suo interno sono racchiuse tutte le prestazioni e le terapie che un paziente cronico deve effettuare nell'arco di un anno, relativamente alla sua patologia;
5. Grazie alla presa in carico, il paziente è accompagnato nella gestione di tutti gli adempimenti burocratici collegati alla patologia.

#### *SI TRATTA DI UN OBIETTIVO SFIDANTE:*

- CULTURALE: nuovo approccio ai bisogni, sia dal punto di vista degli attori del Sistema che dal punto di vista del paziente
- ORGANIZZATIVO: nuovi processi, nuove modalità, nuovi percorsi
- GESTIONALE: nuove reti di servizi e nuove responsabilità

#### **LE AZIONI DA METTERE IN CAMPO**

- Riorganizzazione dell'erogazione e della rete di offerta sanitaria e sociosanitaria
- Interventi di prevenzione di genere o delle patologie croniche
- Responsabilizzazione ed empowerment del cittadino/paziente





**Tiziana Spinosa**

*Direttore Distrettuale ASL NA 1, Responsabile della rete oncologica ASL NA 1*

## La Rete Oncologica nella ASL Napoli 1 Centro

### **Premessa**

La complessità e la rilevanza dell'assistenza oncologica impongono scelte di programmazione sanitaria che tengano conto della peculiarità della domanda e della razionalizzazione su livelli di appropriatezza dell'offerta. In particolare la domanda per patologia oncologica si caratterizza per essere diffusa, complessa e sempre ad alto impatto emotivo, per cui i bisogni assistenziali richiedono risposte che abbiano le seguenti caratteristiche: tempestività ed omogeneità; elevata integrazione professionale; appropriatezza e qualità diffusa; percorsi assistenziali condivisi e caratterizzati dalla presa in carico e dalla continuità di cura; accessibilità e disponibilità dell'eccellenza e dell'innovazione con accessi guidati.

Un'adeguata razionalizzazione e gestione della domanda deve obbligatoriamente passare attraverso l'implementazione di Programmi di Prevenzione che migliorino gli attuali tassi di copertura aziendali, la definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali condivisi e validati a livello aziendale per ciascuna delle patologie gestite dalla Rete oncologica regionale e la definizione di Linee Guida condivise e validate a livello regionale per ciascuna delle citate patologie. Nell'ambito dei programmi di screening è in attuazione l'art. 14 dell'Accordo Integrativo Regionale che prevede un ruolo attivo della Medicina Generale. Presso i Distretti Sanitari sono in via attivazione ambulatori dedicati alla prevenzione oncologica.

Nella ASL Napoli1 Centro l'offerta si è strutturata con la realizzazione della Rete Oncologica Aziendale, che sarà oggetto di atto deliberativo, in recepimento ed attuazione del DCA 98/2016, secondo un modello di integrazione multidisciplinare, che preveda soprattutto l'integrazione tra territorio (screening, fase diagnostica e cure palliative anche domiciliari) ed ospedale (diagnostica e terapia). In tale contesto la multidisciplinarietà ha soprattutto l'obiettivo di uniformare ed ottimizzare i percorsi assistenziali, diagnostici, terapeutici e di prevenzione delle patologie tumorali e renderli facilmente accessibili alla popolazione interessata. La Rete Oncologica Aziendale va ad integrarsi nel più complesso quadro della Rete Oncologica Regionale (DCA 98/2016) offrendo le proprie competenze specialistiche alla realizzazione dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) dei CORP/CORPUS incidenti nell'area metropolitana "in attesa dell'operatività dell'Ospedale del Mare", che verrà individuato come CORP per le caratteristiche di alta specializzazione.

### **Obiettivi**

Dare risposta ai bisogni del paziente; Potenziare e strutturare le collaborazioni inter-istituzionali; Ottimizzare gli investimenti in alta specializzazione; Aumentare la capacità del sistema di modularsi in base alla variabilità della domanda; Aumentare la capacità di fornire informazioni al paziente ed ai suoi familiari (Umanizzazione delle cure e Comunicazione); Perseguire la sostenibilità economica delle reti; Formazione degli operatori





## Materiali e Metodi

Al fine di rendere operativa la Rete nel territorio, aumentandone l'appropriatezza e l'efficacia, è necessario strutturare un Centro Oncologico di Riferimento Territoriale (CORT), che rappresenterà la congiunzione tra territorio ed alta complessità (CORP). Nelle more dell'attivazione del CORP presso l' "Ospedale del Mare", ma comunque nella logica dell'integrazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA) Oncologici di eccellenza nel territorio aziendale, gli specialisti individuati nel CORT, parteciperanno ai GOM patologia specifici che si verranno ad istituire integrandosi con le Aziende e con l'Istituto dei Tumori di Napoli, sede di CORPUS/ CORP.

Il CORT è costituito dall'integrazione dei due Presidi Ospedalieri Ascalesi/S.Giovanni Bosco ed Incurabili/Pellegrini, così come previsto nell'Atto Aziendale adottato con delibera 208 del 26.09.2016 ed attualmente in corso di revisione in seguito alle osservazioni regionali. Lo stabilimento Ascalesi, sede di una U.O. di Oncologia Medica con 10 PL di DH. è stato individuato come Centro di I livello nell'ambito della Rete Oncologica Campana. In ottemperanza a quanto previsto dal citato DCA 98/2016 sarà avviato il percorso di confluenza della casistica chirurgica oncologica nei centri chirurgici della ASL, potenziandone le dotazioni tecnologiche ed umane, individuando così, nello stabilimento Incurabili, il P.O. chirurgico aziendale con indirizzo oncologico, nell'ambito del CORT. Tale P.O. Incurabili lavorerà in uno con il P.O. Ascalesi, già individuato nella Rete Oncologica Regionale come UOSD di Oncologia Medica, collaborando anche con la UOC di Chirurgia Generale insistente sul P.O. Gli stabilimenti Pellegrini e S. Giovanni Bosco saranno deputati alle urgenze di tipo oncologico nell'ambito del CORT.

Tutti i processi collegati alla gestione della domanda ed alla gestione dell'offerta nell'ambito della Rete Oncologica Aziendale verranno resi evidenti agli utenti con diffuse modalità di comunicazione istituzionali ed attraverso il sito WEB aziendale.

## Risultati e Commento

La valutazione dell'andamento della Rete Oncologia Aziendale, l'individuazione di possibili interventi migliorativi ed il controllo dell'operatività, richiedono la presenza di un modello di controllo delle performance cliniche, economiche ed organizzative e l'individuazione dei soggetti deputati al controllo stesso. Pertanto tale attività sarà demandata ad un Gruppo tecnico di monitoraggio e valutazione delle performance oncologiche aziendali, costituito da esperti aziendali del governo delle Reti Assistenziali integrate ospedali-territorio, flussi informativi territoriali e SDO, pianificazione e programmazione, sistemi informativi e contabilità, con sede presso la Direzione Strategica. In particolare dovranno essere definiti: Ruoli e responsabilità di controllo a livello aziendale e per struttura. Indicatori chiave di performance (KPI) per costi, appropriatezza clinica, appropriatezza organizzativa e di outcome. Strumenti di raccolta dati e personale dedicato attraverso l'informatizzazione di tutti gli step del processo.





**Gianni Donigaglia**

*Direttore di Zona Distretto Isola d'Elba A.T.N.O.*

## Da un sistema di reti a una rete di sistema. L'integrazione a sostegno dei pdta nelle aree remote.

### **Premessa**

La presa in carico delle problematiche complesse dei bisogni socio/sanitari espressi, si realizza attraverso percorsi assistenziali (PDTA) multi professionali e multidisciplinari che devono tenere conto del contesto in cui la problematica si manifesta e delle risorse di cui si ha disponibilità. L'integrazione fra le differenti competenze e attività degli attori del percorso presuppone la condivisione di una visione comune di rete che prevede la definizione dei ruoli e delle attività nonché la condivisione delle informazioni.

### **Obiettivi**

Gestire per PDTA le cronicità o, meglio, le "complessità" come descritto in premessa presuppone la costruzione di un modello basato sulle relazioni, che sta alla base di tutte le "reti" e che costituisce la strategia per realizzare una vera integrazione nel contesto estremamente articolato del Distretto. L'efficacia nel riuscire a governare un PDTA dipende dal quanto si riesce a realizzare un sistema di relazioni "etiche" che si devono intendere su più livelli: interpersonale (il principale), interdipartimentale, interstrutturale, interprofessionale. In tale modo si eliminano le gerarchie all'interno della rete in un rapporto peer-to-peer fra i differenti attori che garantisce la definizione di una pluralità di soggetti con ruolo definito ove lo scambio di informazioni è una normale modalità operativa, in cui le responsabilità vengono condivise e la componente "specialistica" diviene complementare.

### **Materiali e Metodi**

Lo sviluppo delle "reti" così come sopra definite consente infatti di ottimizzare e massimizzare l'efficacia di tutto quello che può favorire le interconnessioni fra strutture e stakeholders, l'universo I.C.T, che altrimenti rimane confinato e limitato sulla singola prestazione o sulla applicazione episodica, su "progetto" e non "di sistema".i prenotare visite ed esami.

### **Risultati e Commento**

La costruzione di reti basate sull'eticità delle relazioni, in cui non si riconoscono gerarchie – "reti non gerarchiche" costituisce la base per la costruzione di un modello virtuoso in cui l'integrazione fra le diverse reti supera il concetto di "reti di sistema" e realizza un "sistema di reti" modificando nella sostanza la gestione piramidale dei nostri abituali modelli di risposta ai bisogni.





La presa in carico di rete consente quindi, oltre l'ottimizzazione delle risorse, l'integrazione in maniera virtuosa tutti i sistemi hub & spoke che favoriscono la remotizzazione dei processi e l'estensione delle best practices dei Centri di eccellenza sia attraverso l'applicazione diretta sia attraverso percorsi di formazione che vengono in tal modo facilitati sia nella fruizione che nell'efficacia.

Nei territori disagiati, quali le isole minori, questo modello si configura come indispensabile per consentire l'erogazione dei livelli di assistenza dovuti, dal momento che l'ottimizzazione delle risorse attraverso le sinergie di rete consente di implementare un sistema efficace anche in condizioni di risorse estremamente contenute, una costante, questa, che contribuisce a caratterizzare il contesto complessivo del disagio di questi territori. L'inefficacia dell'applicazione sistematica del modello dipartimentale nella tutela della salute di questi territori, anche nei pochi presidi ospedalieri complessivamente presenti, è comprovata dalla impossibilità a garantire adeguati livelli di assistenza, ancorché minimali, e non è stata capace di eliminare – anzi talvolta le ha acuite - discriminazioni fra Cittadini di uno stesso Stato nella fruizione del diritto alla salute.





## **Francesco Mario Gentile**

*Dirigente Responsabile UOSVD Diabetologia Territoriale ASL BARI Mola di Bari*

# **PDTA Diabete: una nuova proposta.**

## **Premessa**

La cronicità è oggi un paradigma che richiede alta competenza (multidisciplinarietà), trattamenti efficaci continuità di assistenza e follow-up sistematici diversificati e soprattutto informazione e sostegno per ottenere la massima autogestione possibile , ma che tuttavia si scontra con ridotta compliance alla terapia ed una complessità del sistema difficile da gestire in tempi brevi

Un "patient-centered approach" nella malattia diabetica deve

- Comunicare
- Superare l'inerzia terapeutica
- Migliorare l'appropriatezza e l'aderenza
- Curare attraverso un approccio globale un paziente con DMT2 "complesso "

## **Obiettivi**

Scopo della relazione è fornire un quadro dell'esistente e proporre un approccio olistico nel senso di coinvolgimento di tutti gli attori del sistema Diabete.

### **Punto 1)**

Le Cure primarie e continuità assistenziale

Occorre intanto reingegnerizzazione le cure primarie, trasformando l'attuale da erogazione di prestazioni singole a percorsi condivisi tra attori del sistema , da "medicina di attesa" a "medicina di iniziativa".

Poiché la continuità delle cure è uno dei principali obiettivi del SSN è importante un Link tra i professionisti (team) e tra i livelli di assistenza (ospedale e territorio).

### **Punto 2)**

Nella cronicità è il MMG more referent della presa in carico e del PDTA più appropriato per il pz. Purtroppo la continuità assistenziale ospedale territorio presenta punti di debolezza / criticità

Tra questi : Tempi di risposta ( spesso inadeguati) la mancanza di "dimissioni protette" ma anche di "ricoveri protetti" dato che esiste oramai evidente la difficoltà della gestione di malati cronici in reparti per acuti (rischio di fragilità e comorbidità). Infatti molti reparti ospedalieri sono impreparati a riconoscere e trattare tali pazienti.

### **Punto 3 )**

Gli obiettivi da perseguire nei prossimi anni sono:

- promuovere il benessere, favorendo nelle persone il controllo sulla propria salute e nel migliorarla;





- favorire la presa in carico dei pazienti in modo olistico , creando un'assistenza su basi multidisciplinari;
- favorire la continuità assistenziale, tramite la rete dei servizi di cure primarie attraverso un SETTING dei nodi funzionali in un sistema di relazioni tra professionisti;
- concorrere ai processi di governo della domanda mediante l'azione di gatekeeping ( filtro) del MMG ( analisi dei bisogni non espressi, scelta di un percorso assistenziale appropriato);
- valutare gli esiti di salute generata nel singolo e nella comunità;
- favorire l'empowerment dei pazienti nel processo di cura;
- potenziare l'integrazione ospedale-territorio con la gestione integrata della degenza e dimissione;
- potenziare i punti unici di accesso (PUA) per la presa in carico della fragilità in ottica di continuità cure.

### **Materiali e Metodi**

Partendo da questo non si può che immaginare un PDTA (attualmente inserito in strutture comunque chiuse tipo Ospedali o DSS) che divenga PDTT Percorso Diagnostico Terapeutico Territoriale così come previsto nel seguente schema.

### **Risultati e Commento**

Partendo da questo non si può che immaginare un PDTA ( attualmente inserito in strutture comunque chiuse tipo Ospedali o DSS) che divenga PDTT Percorso Diagnostico Terapeutico Territoriale così come previsto nel seguente schema:MMG

MMG: attua la medicina d'iniziativa riconoscendo il paziente possibile conoscendone spesso tutta la famiglia, il background anamnestico e familiarità;

FARMACISTA: riconosce il paz diabetico anche attraverso screening, collabora con medici ed altre figure al percorso educativo e nell'autocontrollo domiciliare;

INFERMIERE: ruolo trasversale da assistenza clinica, a Case Manager, a educatore (autocontrollo counselling e crescita dell'empowerment);

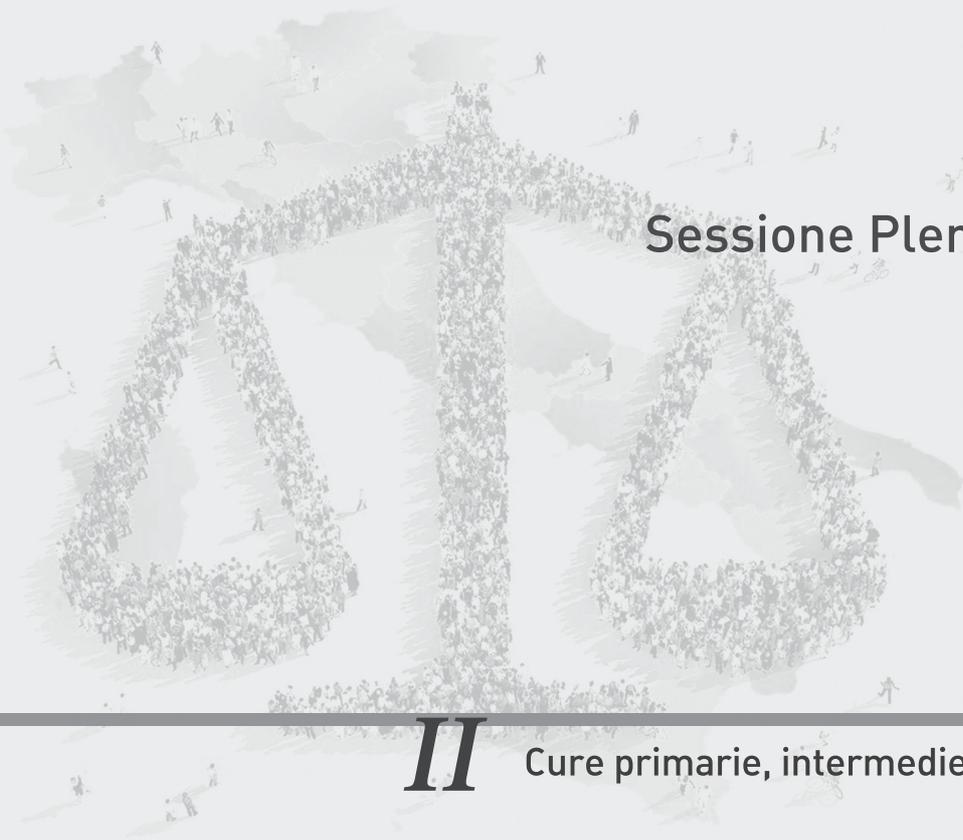
DIETISTA: elaborazione piano terapeutico educazione ad un corretto stile alimentare;

DIABETOLOGO: interviene nella diagnosi eziologica, impostazione della cura specialistica e condivisione con tutti i componenti del team dei vari momenti clinici della malattia;

SPECIALISTI: snodi delle varie complicanze (cardiache, nefrologiche,neurologiche etc.).







# Sessione Plenaria

---

## *II*

Cure primarie, intermedie e reti





**Luigi Rossi\*, Lorenzo Roti\*\*, Silvia Memmini\*\*\***

*\* Direttore Zona/Distretto Piana di Lucca – AUSL Toscana Nord Ovest*

*\*\* Dirigente Resp. Organizz. Cure e Percorsi Cronicità Regione Toscana*

*\*\*\* Sc. Spec. Igiene e Med. Prev. – Univ. Pisa*

## Le Cure intermedie in Toscana all'interno dei percorsi di cura

### Premessa

In Toscana, la L.R. 40/2005 introducendo nuovi modelli ospedalieri per intensità di cura, ha portato ad una revisione dei servizi territoriali, divenuta nel tempo sempre più necessaria, anche in funzione della modificazione strutturale della popolazione (maggiore prevalenza di anziani con comorbidità) e di una struttura sociale e familiare in difficoltà nell'accoglienza e nell'assistenza della persona anziana. Il progressivo invecchiamento della popolazione ha determinato l'aumento di quelle patologie a "lunga durata e lenta progressione" che determinano maggior prevalenza della multi-cronicità e quindi la necessità di trovare risposte alternative e diversificate sul territorio: le "cure intermedie" sono una delle possibili, seppur temporanee, risposte.

Le cure intermedie sono un setting funzionale per l'approccio alla cronicità, a gestione infermieristica; trovano la loro forza in presenza di una rete di servizi territoriali (dalle cure domiciliari ai centri diurni) che promuova sempre più l'avvicinamento delle persone al proprio ambiente di vita.

La Toscana ha normato nel 2013 l'attivazione di moduli di cure intermedie, individuando prima 2 tipologie e poi 3 livelli d'assistenza:

Setting 1 LOW CARE: in strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post-acuta alla dimissione ospedaliera.

Setting 2 RESIDENZIALITA' SANITARIA INTERMEDIA: in strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale.

Setting 3 -RESIDENZIALITA' ASSISTENZIALE INTERMEDIA: in strutture residenziali per persone anziane non autosufficienti (RSA) per assistiti a prevalente bisogno assistenziale.

### Obiettivi

Le cure intermedie si collocano perfettamente tra i due modelli assistenziali complementari, quello rivolto alla patologia acuta, prettamente ospedaliero riorganizzato per intensità di cura e quello orientato alla presa in carico dei pazienti long term, organizzato secondo parametri di complessità dei percorsi assistenziali e di integrazione socio-sanitaria, che si sviluppa a domicilio o comunque sul territorio.

Obiettivi delle C.I. sono: evitare l'ospedalizzazione inappropriata, ridurre i tempi dell'ospedalizzazione, assicurare la continuità T-H-T, supportare e favorire la dimissione, consolidare l'integrazione socio-sanitaria, favorire e consolidare la domiciliarità, migliorare l'empowerment dei care-giver, favorire l'attivazione delle risorse di comunità.





### **Materiali e Metodi**

In Toscana, al 31/12/2017, sono presenti 115 p.l. letto di cure intermedie di tipo A (Moduli di degenza a bassa intensità di cure subacuta) e 483 p.l. in Moduli, Ospedali di Comunità e RSA (Strutture extraospedaliere di Continuità Assistenziale per la Subacuzie a valenza sanitaria).

Nella Z/D Piana di Lucca sono 42 i p.l. di C.I., distribuiti in 3 moduli posti in 2 strutture extraospedaliere (Ospedale di Comunità).

### **Risultati e Commento**

Il quadro nazionale, con l'approvazione del D.M. 70/2015, ha rafforzato la necessità dell'implementazione delle cure intermedie, come strutture in grado di supportare sia la fase di deospedalizzazione che la gestione delle riacutizzazioni e che rappresentano un setting di assistenza sanitaria che permette di accompagnare il paziente al domicilio, evitando ospedalizzazioni prolungate ed inappropriate e supportando i familiari a prevenire la disabilità post ricovero.

La continuità delle cure e dell'assistenza tra l'ospedale e il territorio avviene così con modalità codificate, con strategie condivise, efficaci e sostenibili che garantiscano la sicurezza del paziente, anche con la formazione e la sensibilizzazione degli operatori all'utilizzo degli strumenti di handover.





**Pier Paolo Carinci\*, Rosa Borgia\*\***

*\* Responsabile U.O. Aziendale Cure Palliative e Hospice - ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti*

*\*\* Direttore NOD Francavilla al Mare- ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti*

## La nutrizione artificiale – modalità organizzative in Abruzzo... un possibile modello.

### Premessa

La NAD è indicata in presenza di specifiche condizioni cliniche e ambientali, tenuto conto di valutazioni etiche: • impossibilità a mantenere o a reintegrare, quando necessario, lo stato di nutrizione del paziente con la sola alimentazione orale, per alterazione di una o più funzioni dell'apparato digerente, o per impossibilità del paziente ad alimentarsi; • stabilità del quadro clinico e possibilità di gestione della patologia di base e della nutrizione a livello domiciliare; • il domicilio del paziente deve avere caratteristiche di salubrità che assicurino la possibilità di una gestione corretta della NAD; • nei pazienti non autosufficienti per la gestione, deve essere presente un care-giver adeguato o, in sua assenza, il trattamento deve essere inserito in un servizio di assistenza domiciliare territoriale. Il Dirigente medico Nutrizionista può orientarsi verso le seguenti scelte: - Dieta naturale ed integratori orali; - Nutrizione enterale domiciliare; - Nutrizione parenterale domiciliare.

### Obiettivi

La gestione della NAD necessita di specifiche competenze che garantiscano la conoscenza, la prevenzione ed il trattamento delle più frequenti complicanze tecniche e che ne facciano uno strumento essenziale per il completo reintegro socio-lavorativo e familiare del malato.

### Materiali e Metodi

Se prevalgono inappetenza, precoce ripienezza gastrica e precoce affaticamento nell'assunzione del cibo, un primo intervento nutrizionale consiste nell'indirizzare il paziente ad assumere una dieta frazionata, in pasti di piccolo volume, almeno 4 o 5 nella giornata, ad alta densità calorica, allo scopo di fornire molte calorie e proteine in un volume ridotto. In caso di disfagia parziale la consistenza dei pasti può essere variata introducendo liquidi di diluizione quale brodo vegetale/acqua calda o addensanti quali fecola di patate, amido di riso o preparati del commercio. La "food fortification" può essere conseguita anche mediante integratori per via orale (Oral Nutrition Supplement, ONS). La prescrizione iniziale di integratori orali ONS e/o addensanti è riservata al Dirigente Medico Nutrizionista (UOSD Cure Palliative e Hospice) ed ha durata di 30 giorni prorogabili di altri 30 giorni solo dopo rivalutazione nutrizionale. La prescrizione è annotata nella relazione del Dirigente Medico Nutrizionista della UOSD Cure Palliative che effettua la valutazione al domicilio. La relazione viene inviata al Distretto Sanitario territorialmente competente. Il Dirigente medico del Distretto formula la richiesta alla Farmacia Ospedaliera. Il Farmacista Ospedaliero territorialmente competente appronta la fornitura per 15 giorni. Gli integratori orali ONS sono prelevati dalla Farmacia Ospedaliera territorialmente competente dal personale delle Cure Domiciliari e consegnati a domicilio del paziente. In caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo nutrizionale per via orale è necessario ricorrere alla nutrizione artificiale enterale (NE) e/o parenterale (NP).





Le indicazioni alla NED sono PAZIENTI CON MALATTIE OSTRUTTIVE DEL DISTRETTO CERVICO-CEFALICO E GASTRO- INTESTINALE SUPERIORE :Neoplasie orali e faringee, Neoplasie esofagee, Neoplasie gastriche, Neoplasie pancreas, Neoplasie fegato e vie biliari; PAZIENTI CON DISORDINI NEUROLOGICI: Malattie cerebrovascolari, malattie del motoneurone, sclerosi multipla, M. di Parkinson; PAZIENTI CON ALTRE PATOLOGIE: Gastroparesi, Ileo paralitico senza ostruzione meccanica, Fistole enteriche a bassa portata, Fistola digestiva alta (esofago, stomaco, pancreas), Anoressia con intestino funzionante (nervosa, da CT). Il posizionamento e la gestione del SNG viene fatta dall'Infermiere delle Cure Domiciliari. Il posizionamento delle stomie per NE viene effettuato dalle UO di Gastroenterologia della Azienda (Chieti, Lanciano e Vasto) su richiesta del Dirigente Medico Nutrizionista previo acquisizione scritta del consenso. In caso di paziente incapace di intendere e di volere necessita il consenso dell'Amministratore di sostegno formalmente individuato dal Magistrato. Il cambio della PEG viene effettuato a domicilio dal Dirigente Medico Nutrizionista. La logistica dell'intervento di posizionamento (prenotazione, trasporto, etc.) è curata dal Servizio di Cure Domiciliari. Il materiale ed i dispositivi necessari sono elencati nella relazione/richiesta del Dirigente Medico Nutrizionista della UOSD Cure Palliative che effettua la valutazione al domicilio. La relazione viene inviata al Distretto Sanitario territorialmente competente. Il Dirigente medico del Distretto formula la richiesta alla Farmacia Ospedaliera territorialmente competente, confermandola mensilmente ove necessario. Il Farmacista Ospedaliero territorialmente competente appronta la fornitura per almeno 15 giorni. Il materiale ed i dispositivi sono prelevati nella Farmacia ospedaliera territorialmente competente dal personale delle Cure Domiciliari e consegnati a domicilio del paziente.

Le indicazioni alla NPD sono: Fistola digiunale o ileale ad alta portata, insufficienza intestinale grave occlusione o subocclusione cronica, intolleranza alla NE, Diarrea, Ristagno gastrico, Intolleranza alla NE

peritonite. La NPD, per praticità ed economicità, viene effettuata con sacche binarie e ternarie del commercio, ricorrendo alle preparazioni galeniche personalizzate solo in selezionati necessari casi valutati dal Dirigente Medico Nutrizionista della UOSD Cure Palliative. Il posizionamento e la gestione della via infusiva periferica viene fatta dall'Infermiere delle Cure Domiciliari. Il posizionamento della via infusiva centrale viene effettuato dalle UO Anestesia e Rianimazione o U.O. Chirurgia (Chieti, Lanciano e Vasto) su richiesta del Dirigente Medico Nutrizionista previa acquisizione scritta del consenso. In caso di paziente incapace di intendere e di volere necessita il consenso dell'Amministratore di sostegno formalmente individuato dal Magistrato. La logistica dell'intervento di posizionamento (prenotazione, trasporto etc) è curata dal Servizio di Cure Domiciliari. La gestione della via infusiva centrale viene fatta dall'Infermiere delle Cure Domiciliari. Il materiale ed i dispositivi necessari alla NPD sono elencati nella relazione del Dirigente Medico Nutrizionista della UOSD Cure Palliative che effettua la valutazione al domicilio. La relazione viene inviata al Distretto Sanitario territorialmente competente. Il Dirigente medico del Distretto formula la richiesta alla Farmacia Ospedaliera territorialmente competente. Il Farmacista Ospedaliero territorialmente competente appronta la fornitura per almeno 7 giorni.

### **Risultati e Commento**

Il Dirigente medico Nutrizionista può orientarsi verso le seguenti scelte:

- Dieta naturale ed integratori orali;
- Nutrizione enterale domiciliare;
- Nutrizione parenterale domiciliare.



## La messa in rete dei servizi a tutela delle persone «invisibili» · «The Invisible Network»

### Premessa

Il termine invisibile sta ad indicare ciò "che non è visibile, che non si può percepire". Il concetto, esteso all'ambito sociale fa riferimento alla presenza di persone invisibili nella società e alla società. Le persone "invisibili" possono essere raggruppate in tre macro categorie, la cui consistenza a Milano è di seguito indicata:

1. Cittadini extraeuropei privi di permesso di soggiorno: circa 26.000
2. Cittadini europei, senza requisiti iscrizione al SSR: circa 45.800
3. Homeless: circa 12.000

Seppur "invisibili", queste persone sono portatrici di bisogni anche di tipo sanitario che cercano una risposta attraverso vari canali, con un impatto sulla salute e sui servizi sanitari.

### Obiettivi

Allo scopo di conoscere come vengono soddisfatti questi bisogni e creare sinergie tra le strutture formali ed informali che intervengono, ATS Milano ha effettuato, da un lato, una analisi dell'utilizzo dei servizi da parte delle categorie di persone sopra descritte, dall'altro, ha avviato la messa in rete dei servizi informali presenti sul territorio, in modo da creare sinergie tra questi enti e i servizi sanitari.

### Materiali e Metodi

Attraverso l'analisi dei data base correnti e i dati forniti da enti privati che offrono servizi agli "invisibili", si sono individuati alcuni indicatori, quali l'utilizzo del pronto soccorso, la tipologia di codice di accesso e l'utilizzo dei servizi messi a disposizione dagli enti privati.

L'analisi di questi indicatori ha posto poi le basi per strutturare sinergie e percorsi integrati.

### Risultati e Commento

L'analisi dei dati ricavati come sopra descritto evidenzia che i bisogni di salute degli "invisibili" sono soddisfatti da: strutture sanitarie e associazioni di volontariato organizzate. Riguardo le strutture sanitarie, quella maggiormente utilizzata è il pronto soccorso ospedaliero che presenta il seguente utilizzo, in termini di numero di assistiti che vi accedono: 10.000; 10.000.

Le Associazioni di volontariato organizzate sono in numero di 21 sul territorio e mettono a disposizione ambulatori che offrono: medicina di base, specialistica, odontoiatria, psicologia, dispensazione farmaci. Mediamente assistono 24.000 persone/anno, erogando circa 96.000 prestazioni.



I dati raccolti evidenziano la necessità di costruire una rete integrata che veda partecipi l'Agenzia di Tutela della Salute (con un ruolo di "governance"), le strutture erogatrici formali e le associazioni di volontariato. La costruzione della rete può giovare di una serie di strumenti quali:

- Carta d'identità Associazione, per conoscersi e «riconoscersi» all'interno della rete
- Tracciato record per scambio informazioni e incrocio con banche dati sanitarie (nel rispetto della normativa in tema di privacy)
- Rilascio STP per assistiti in carico alle associazioni da parte delle stesse organizzazioni
- Convenzione per utilizzo ricettario unico per prescrizione di prestazioni specialistiche da parte delle associazioni di volontariato
- Percorsi facilitati dei pazienti tra associazioni ed erogatori

In particolare, la definizione di un tracciato record per raccogliere dati sulle prestazioni erogate dalle associazioni, nel rispetto della normativa in tema di privacy, permette di conoscere meglio i bisogni, integrare ove possibile le attività, costruire dei percorsi 'sperimentali' per migliorare l'utilizzo delle risorse.





**Antonio Cappelluti Tasti**

*Responsabile Amministrazione Digitale, Sicurezza e Privacy – ASL Lecce*

## Interventi sulla Integrazione Socio-Sanitaria - La buona prassi della ASL Lecce

### **Premessa**

L'innovazione per l'efficienza e il miglioramento dei servizi al cittadino nell'assistenza socio-sanitaria.

### **Obiettivi**

La ASL di Lecce sta ponendo in essere diversi progetti finalizzati all'innovazione e alla digitalizzazione dei procedimenti, dei processi e della documentazione così come sostenuto dal quadro normativo in materia di Amministrazione Digitale per garantire l'armonizzazione dei processi gestionali, la reale integrazione socio sanitaria e la promozione e la tutela del benessere della popolazione del territorio.

### **Materiali e Metodi**

In questo scenario, è stato avviato un progetto di innovazione delle attività e processi finalizzati a realizzare una reale integrazione socio-sanitaria attraverso l'informatizzazione della "presa in carico" dei cittadini mediante la digitalizzazione della documentazione, dei procedimenti e dei percorsi che coinvolgono sia le strutture sanitarie afferenti all'ASL sia le strutture sociali afferenti agli Ambiti Sociali Territoriali.

Il complesso delle innovazioni ha riguardato in particolare:

- la semplificazione dell'accesso dei cittadini attraverso una Porta Unica di Accesso informatizzata che integra procedimenti condivisi tra ASL e Ambiti Sociali Territoriali;
- la rivisitazione dei procedimenti e dei processi integrati in ottica digitale al fine di migliorare la risposta istituzionale ai bisogni del cittadino, attraverso l'azione condivisa di tutti gli attori istituzionali coinvolti;
- la realizzazione di una piattaforma digitale unica con l'obiettivo di realizzare un sistema di risposta ai bisogni dei cittadini appropriata, integrata e condivisa con tutti gli attori del territorio salentino, quale garanzia di efficienza e trasparenza.

Attraverso l'utilizzo delle molteplici funzionalità della piattaforma denominata "Resettami" per l'assistenza socio-sanitaria, l'ASL di Lecce ha inteso sperimentare un nuovo modello di condivisione e coordinamento delle azioni in ambito socio-sanitario che, muovendo da un percorso formativo riguardante il personale dei Distretti Socio Sanitari e quello degli Ambiti Sociali Territoriali, sia in grado di cogliere la sfida dell'innovazione nei processi di integrazione socio sanitaria.

L'innovazione, attraverso la gestione di una Porta Unica di Accesso presente in ogni singolo Comune del territorio della ASL, permette al cittadino di avere un servizio più vicino alle proprie necessità e alle istituzioni coinvolte (Distretti Socio Sanitari e Ambiti Sociali Territoriali) e di velocizzare le risposte ai bisogni delle persone con fragilità attraverso strumenti condivisi.





A tal riguardo si riporta un dato numerico che evidenzia l'importanza della informatizzazione dei processi. L'utilizzo di Resettami PUA Distrettuale, nella Asl di Lecce in collaborazione con gli Ambiti Sociali territoriali, ha fatto registrare circa 12.000 accessi PUA in meno di un anno di esercizio della Piattaforma.

### **Risultati e Commento**

La realizzazione di un "Patto Territoriale" (unica esperienza in Puglia) per l'integrazione socio sanitaria in chiave digitale tra l'Azienda Sanitaria Locale e gli Ambiti Sociali del territorio leccese ha permesso agli Enti di dialogare e lavorare in sintonia con le funzioni e i servizi offerti in modo da definire un condiviso ed innovativo strumento di governance finalizzato a promuovere i diritti di cittadinanza. Allo stesso modo, con l'utilizzo della Piattaforma Resettami Cure Domiciliari e la sua APP si è completata la sperimentazione dell'immediato invio degli accessi da parte di ogni operatore impegnato nell'ADI domiciliare. Anche questa attività ha coinvolto gli operatori delle Cure Domiciliari di tutti i 10 Distretti Socio Sanitari salentini e ha prodotto notevolissimi benefici in termini di produzione immediata di flussi informativi ai quali la Asl deve ottemperare. Al momento, grazie all'APP di Resettami Cure Domiciliari si contano più di 200 accessi domiciliari giornalieri per una media di 6.000 accessi mensili nella sola ASL di Lecce

Quanto sopra riportato ha soddisfatto i fabbisogni propri della ASL e, in particolare:

- governance dell'intero servizio da parte della Direzione Strategica delle attività dei Distretti Socio-Sanitari
- generazione e produzione automatica dei Flussi Edotto

Attualmente la ASL Lecce è impegnata nella costruzione di un quadro evolutivo che utilizzerà il software quale leva organizzativa coinvolgendo anche gli altri attori territoriali impegnati nelle Cure Domiciliari quali ad esempio, gli infermieri di supergruppo, gli erogatori esterni che forniscono assistenza e i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta.





**Pasquale Falasca\*, Vincenzo Orsatti\*\*, Rosa Borgia\*\*\***  
*Direttore Sanitario Aziendale*

## Lotta alle disuguaglianze nell'Area interna Basso Sangro Trigno

### Premessa

Nei 33 Comuni dell'area interna del Basso Sangro-Trigno della Regione Abruzzo, i risultati della Strategia Nazionale Aree Interne (SNAI) si misurano già in termini di nuovi servizi attivati per i circa 22.500 residenti. Ad esempio, l'ampliamento del servizio 118 nei territori dell'Area, l'apertura di tre Ospedali di Comunità (OdC) a Gissi, Casoli e Guardiagrele.

### Obiettivi

Gli OdC hanno ricoverato, per 20 giorni in media 965 pazienti fragili negli ultimi due anni, sia dopo una degenza ospedaliera (25%), sia dal domicilio (70%). In via sperimentale, sono stati avviati altri interventi: due Ambulatori infermieristici della Fragilità Assistenziale (AIFA), il Telemonitoraggio, con fornitura di kit per la misura di parametri vitali a domicilio e l'integrazione dei Servizi Socio-sanitari con l'utilizzo del Registro Epidemiologico della Fragilità Assistenziale (REFA).

Dopo un anno alcuni dati, al momento preliminari, mostrano un grande vantaggio per la riduzione delle disuguaglianze presenti nelle Aree Interne.

### Materiali e Metodi

Questi interventi, nel corso degli ultimi due anni, hanno determinato la presa in cura individuale di 800 pazienti, il 20 per cento di tutti gli anziani affetti da malattie croniche e fragili che vivono nei Comuni dell'Area Interna. Ha visto il coinvolgimento di 70 infermieri, la partecipazione dei MMG e Sindaci dell'area e l'elaborazione di n.8 procedure di Case Management. La presa in cura consiste nell'accompagnamento nei percorsi sanitari, a volte frammentati e contraddittori, tra ospedale e territorio, forme di teleassistenza a domicilio, l'offerta di un riferimento telefonico e nominativo a cui rivolgersi in caso di dubbi, incertezze, paure.

### Risultati e Commento

I primi dati mostrano che a distanza di un anno, tra quanti sono stati assistiti dall'AIFA, una riduzione della incidenza dei ricoveri del 13% rispetto ai malati cronici non ancora seguiti e il 15% in meno per chi è stato preso in carico dall'OdC. Queste sono al momento indicazioni suggestive, da approfondire. Quel che è certo è che con questa iniziale sperimentazione è stata ottenuta un'economia di scala di circa 300 mila euro (al netto delle spese), con una riduzione del 24% delle risorse impegnate per le stesse persone l'anno precedente.

È stato avviato inoltre una formazione montessoriana di 26 Ostetriche di comunità e all'avvio del nuovo Sostegno Ostetrico Telefonico per l'orientamento al Percorso Nascita, con telefonate ogni mese, per fornire alle donne un punto di riferimento durante la gravidanza e dopo il parto.





Questo nuovo approccio, con i caratteri di pro attività o medicina di iniziativa è fondamentale per contrastare le disuguaglianze in sanità, in particolare per i servizi territoriali . La stessa recente metodologia denominata "Population Health Management": centrato sul paziente per monitorare la salute e l'assistenza sanitaria, coinvolge i professionisti integrati per la prevenzione, il benessere, il coordinamento dell'assistenza e la gestione dell'assistenza con l'obiettivo di migliorare gli esiti e ridurre i costi di ogni singolo paziente.





**Ugo Trama**

*Dirigente UOD 06 Politica del Farmaco e Dispositivi*

## Ruolo della farmacovigilanza nei percorsi assistenziali

### **Premessa**

Lo sviluppo clinico di un farmaco viene suddiviso in quattro "fasi". Le fasi I, II e III vanno dalla prima somministrazione all'uomo fino all'immissione in commercio del prodotto, mentre la fase IV comprende tutti gli studi eseguiti dopo la commercializzazione del nuovo farmaco. In accordo alla definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la Farmacovigilanza è "la scienza e le attività connesse all'identificazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi e di qualsiasi altro problema correlato all'uso di farmaci". La Farmacovigilanza, che si identifica come la IV fase della sperimentazione clinica, è una fase di monitoraggio del farmaco nelle sue reali condizioni d'uso, il cui scopo è produrre dati sul profilo di efficacia e sicurezza del medicinale nella reale pratica clinica. L'AIFA, nello svolgimento delle attività di sorveglianza dei medicinali, si avvale dei Centri Regionali di Farmacovigilanza (CRFV). I CRFV sono stati inseriti nel Sistema Italiano di sorveglianza passiva con decreto legislativo 95 del 2003, ma sono diventati operativi all'interno della RNF nel corso del 2006. Attualmente, sono presenti i CRFV in Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Lombardia, Sicilia, Toscana, Liguria, Calabria, Molise, Marche, Umbria, Puglia, Abruzzo, Lazio, Veneto. In Regione Campania, con attuazione del D.L.vo 95 2003, è stato attivato il Centro di Rilevanza Regionale di Farmacovigilanza e Farmacoepidemiologia con delibera n.2530 del 6 Agosto 2003. Il Centro, nato dalla collaborazione tra il Dipartimento di Medicina Sperimentale-Sezione di Farmacologia "L. Donatelli" dell'Università della Campania L. Vanvitelli e il Settore Farmaceutico e l'assessorato alla Sanità della Regione Campania, svolge molteplici compiti nell'ambito dei programmi del Servizio Sanitario Regionale.

### **Obiettivi**

Valutazione precoce identificazione delle ADR precedentemente non osservate; Valutazione del miglioramento della conoscenza del potenziale impatto e della gravità dei rischi prevedibili; Identificare gli eventi che derivano da interazioni tra farmaci o che insorgono in particolari gruppi di popolazione; Comprensione e valutazione delle relazioni causali tra uso dei farmaci e ADR; Identificazione di eventuali aumenti nella frequenza di ADR note. Obiettivo finale della Farmacovigilanza è valutare in modo continuo il profilo di tollerabilità del farmaco per tutto il suo periodo di utilizzo, dalla sperimentazione alla pratica clinica.





### **Materiali e Metodi**

Le Regioni, singolarmente o d'intesa tra di loro, collaborano con l'Agenzia Italiana del Farmaco per la realizzazione del programma di Farmacovigilanza attiva [art. 129, comma 3 del D.Lgs.219/2006] [art. 1, comma 819 della Legge n. 296 del 27 dicembre 2006]; Provvedono alla diffusione delle informazioni al personale sanitario e alla formazione degli operatori nel campo della Farmacovigilanza, sviluppando azioni mirate al monitoraggio della sicurezza dei medicinali (inclusi quelli di origine biologica); Collaborano fornendo dati sui consumi dei medicinali mediante programmi di monitoraggio sulle prescrizioni di questi ultimi a livello regionale.

### **Risultati e Commento**

La numerosità delle segnalazioni di ADR è un criterio cardine per definire un buon sistema di farmacovigilanza, in quanto indica un progressivo coinvolgimento dei segnalatori nella Rete di Farmacovigilanza e una costante attività di monitoraggio. L'OMS ha definito il gold standard un sistema di segnalazione spontanea pari a 300 segnalazioni/anno per milione di abitanti, di cui almeno il 30% delle segnalazioni relative ad eventi gravi ed almeno il 10% delle segnalazione effettuate da medici. L'analisi delle sospette reazioni avverse, pervenute al Centro Regionale di Farmacovigilanza dal 1 gennaio 2011 al 31 dicembre 2017, ha messo in evidenza che la Campania, con le sue 5.602 segnalazioni nell'anno 2017, contribuisce per l'10% al totale nazionale, collocandosi come terza regione italiana per numero di segnalazioni, preceduta da Lombardia e Toscana. Il medico rappresenta la principale fonte di segnalazione





## **Galdino Cassavia\*, Silvano Casazza\*\*, Saverio Chirchiglia\*\*\***

*\*Direttore del Dipartimento Cure Primarie, ATS Città Metropolitana di Milano*

*\*\*Direttore Socio Sanitario, ATS Città Metropolitana di Milano*

*\*\*\*Presidente CARD Lombardia*

# **La presa in carico del paziente cronico in Lombardia: prospettive di sviluppo del nuovo modello di cura.**

## **Premessa**

Con l'innalzamento della speranza di vita sono aumentati i pazienti che soffrono di patologie croniche. Ad oggi in Lombardia le persone affette da malattie croniche sono 3,5 milioni, pari a circa il 30% della popolazione, una proporzione relativamente contenuta ma destinata ad aumentare nei prossimi anni. Il Sistema Sanitario Lombardo ha così deciso di adottare dei percorsi di cura specifici per una corretta presa in carico dei cittadini affetti da queste patologie. Lavorando nel rispetto delle indicazioni fornite dal Piano Nazionale delle cronicità e in continuità con gli "Indirizzi regionali per la presa in carico delle cronicità e delle fragilità", in Lombardia sono stati approvati, nel 2017, due provvedimenti fondamentali per l'avvio del nuovo percorso di presa in carico di pazienti cronici e fragili: la delibera del "Governo della Domanda" e quella sul "Riordino della rete di offerta".

La prima stratifica tutta la popolazione regionale in base alle caratteristiche cliniche e ai consumi delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, individuando circa 3,5 milioni di persone affette da patologie croniche che impegnano il sistema sanitario e sociosanitario con differenti bisogni di cura e assistenza. La delibera del Riordino della Rete d'Offerta stabilisce i ruoli, le modalità, le risorse e le condizioni per la presa in carico dei pazienti cronici da parte di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private.

Con successiva delibera n. X/7655 del 28.12.17 sono state inoltre fornite agli Enti sanitari e sociosanitari le indicazioni utili a dare avvio operativo al processo di presa in carico dei pazienti a partire da metà gennaio 2018.

Dai primi mesi del 2018 in Lombardia ha preso avvio, quindi, un nuovo modello di presa in carico per i cittadini affetti da patologie croniche.

## **Obiettivi**

Nel nuovo modello un gestore organizza tutti i servizi sanitari e sociosanitari per rispondere ai bisogni del singolo paziente, programmando prestazioni ed interventi di cura specifici, prescrivendo le cure farmacologiche più appropriate, alleggerendo così il paziente dalla responsabilità di prenotare visite ed esami. I pazienti cronici che lo desiderano, potranno aderire e godere di tutti questi benefici.

## **Materiali e Metodi**

Accettato l'invito, il cittadino sceglie il Gestore che prenderà in carico i suoi bisogni di salute e che con lui sottoscriverà un "Patto di Cura" di validità annuale. Successivamente, in base alle specifiche necessità cliniche, per ogni cittadino viene redatto il "Piano di Assistenza Individuale" (PAI), anch'esso di validità annuale, che contiene tutte le prescrizioni necessarie alla gestione delle patologie croniche da cui è affetto. Da quel momento il Gestore accompagna il paziente nel percorso di cura, programmando visite, esami ed altre necessità di cura, affiancandolo nell'attuazione dell'intero piano terapeutico.





### Risultati e Commento

L'adesione al nuovo percorso consente al paziente:

1. La scelta di un Gestore di fiducia, che garantisce il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura e i vari attori del Sistema Sanitario e Sociosanitario
2. Svolgono funzione di Gestore i soggetti risultati idonei a seguito di valutazione da parte delle Agenzie di Tutela della Salute e nello specifico:
  - Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta in forma associata;
  - Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate. Ad ogni paziente è assegnato un "Clinical Manager", cioè un medico che per lui redige e sottoscrive il Piano di Assistenza Individuale (PAI).
3. Cure personalizzate: Il paziente ufficializza la scelta del proprio gestore, dichiarando la sua formale adesione al nuovo percorso di accompagnamento e stringendo un Patto di Cura, di durata annuale non tacitamente rinnovato.
4. Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) è lo strumento per la pianificazione personalizzata del percorso di cura. Al suo interno sono racchiuse tutte le prestazioni e le terapie che un paziente cronico deve effettuare nell'arco di un anno, relativamente alla sua patologia.
5. Grazie alla presa in carico, il paziente è accompagnato nella gestione di tutti gli adempimenti burocratici collegati alla patologia.

SI TRATTA DI UN OBIETTIVO SFIDANTE:

- CULTURALE: nuovo approccio ai bisogni, sia dal punto di vista degli attori del Sistema che dal punto di vista del paziente
- ORGANIZZATIVO: nuovi processi, nuove modalità, nuovi percorsi
- GESTIONALE: nuove reti di servizi e nuove responsabilità

LE AZIONI DA METTERE IN CAMPO

- Riorganizzazione dell'erogazione e della rete di offerta sanitaria e sociosanitaria
- Interventi di prevenzione di genere o delle patologie croniche
- Responsabilizzazione ed empowerment del cittadino/paziente





**O. Borgia, G. Budano, P. Camboa, A. Maggio, N. Pastore, L. Vantaggiato**  
ASL Lecce

## Il distretto come volano dell'innovazione sociosanitaria nelle regioni disagiate

### Premessa

Le disuguaglianze nello stato di salute nelle regioni italiane sono la conseguenza di un federalismo sanitario antisolidale: PIL nazionale  $\neq$  PIL regionali. Le basi di tale cosiddetto "federalismo sanitario" sono in contrasto sia con i principi di "giustizia distributiva" di John Rawls, sia con quelli della "sanità di valore" di W. Ricciardi e M. Gray.

Le principali criticità sanitarie nelle regioni meno avanzate sono le seguenti:

- Percorso nascita (indici di cesarizzazione e di allattamento artificiale).
- Copertura vaccinale obbligatoria.
- Screening della sfera genitale femminile.
- Appropriatezza dei ricoveri.
- Liste d'attesa.

### Obiettivi

Lo scopo del presente lavoro è di dimostrare come il distretto possa essere il luogo nel quali si realizza il contrasto alle disuguaglianze legate ai principali elementi di criticità sanitaria; per necessità di sintesi è stato preso in esame solo il tema delle liste d'attesa e dei loro effetti su:

- Salute dei pazienti.
- Consenso dei cittadini.
- Motivazione degli operatori.
- "Salute" delle istituzioni (ASL, Comuni, Regioni, Stato).

Poiché alla base del fenomeno c'è un approccio sbagliato, legato ad un punto di osservazione errato (errore di parallasse), la soluzione ipotizzata è un processo di profonda trasformazione culturale: cambiare punto d'osservazione e puntare sull'innovazione.

### Materiali e Metodi

Per un progresso sostenibile occorre un cambio di paradigma: dal miraggio della corsa all'efficienza al sogno praticabile dell'innovazione, che si definisce come "modifica modo radicale di un sistema, di un servizio o di un'organizzazione inserendo qualcosa di nuovo, mai sperimentato in precedenza; in altri termini, l'innovazione è la sommatoria di "tecnologia + idee nuove".

L'innovazione alla base del cambiamento trova il suo punto di applicazione ideale nel distretto e si sviluppa con tre modalità di approccio:

1. I RAO di Giuliano Mariotti: tempistica degli accessi alle prestazioni subordinata ai livelli di priorità (importanza e urgenza) clinica e sociale.
2. I servizi plurispecialistici per la gestione "olistica" del paziente cronico: con un passaggio epocale dal modello dei DSA, costruiti secondo una logica che guarda alla malattia e ai processi, a quello dei SPS-I (Servizi Plurispecialistici Integrati), basati sul principio della gestione delle peculiarità specifiche di ogni singolo paziente, compresa anche la fase di suo inserimento in assistenza domiciliare.





3. Gestione telematica delle informazioni: deve riguardare non solo prenotazioni e visite programmate, ma anche la comunicazione in rete (tra distretto, ospedale e medico di assistenza primaria) di tutte le informazioni inerenti il paziente.

#### **Risultati e Commento**

La soluzione di uno dei principali problemi della sanità, le liste d'attesa, si fonda su una revisione culturale e organizzativa, che preveda:

- L'adozione di RAO uniformi su tutto il territorio regionale.
- La revisione dei servizi specialistici per patologia: dai DSA ai SPS-I.
- L'adozione sistematica dell'informazione dematerializzata: il sistema telematico di trasmissione delle informazioni, oltre a favorire un miglioramento dell'efficacia clinica, provocherà una forte riduzione dei costi, con possibilità di proficui reinvestimenti.





**Francesco Galasso**  
*Direttore Distretto n. 3 – ASL BR*

## **Domiciliarità e Telemedicina: un binomio con-vincente per la gestione del paziente fragile. L'esperienza della ASL Brindisi.**

### **Sommario**

La dinamica demografica e la conseguente modificazione dei bisogni di salute della popolazione evidenzia una quota crescente di popolazione over 65, rendendo non più procrastinabile un ridisegno strutturale ed organizzativo della rete dei servizi assistenziali con particolare riferimento al setting dell'assistenza territoriale. L'innovazione tecnologica può contribuire in modo significativo a tale riorganizzazione, risultando le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie abilitate dalla telemedicina in grado di garantire una migliore qualità dell'assistenza.

### **Obiettivi**

Il Progetto TeleHomeCare, attivato nel territorio di Ceglie Messapica a partire dal mese di ottobre 2015, viene proposto come supporto tecnologico dell'attività già strutturata di assistenza domiciliare, al fine di valutare l'impatto della telemedicina applicata ai percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione della cronicità.

Obiettivo primario del progetto è migliorare l'erogazione delle prestazioni sanitarie nell'Ospedale di Comunità e presso il domicilio dei pazienti, contribuendo ad assicurare equità nella fruizione delle cure territoriali, supporto nella gestione della cronicità, maggiore accessibilità, migliore continuità delle cure e maggiore efficacia degli interventi, attraverso il confronto multidisciplinare e l'integrazione tra professionisti.

### **Materiali e Metodi**

I destinatari del servizio sono pazienti affetti da patologie croniche (BPCO, diabete e scompenso cardiaco) in fase di instabilità clinica, mentre gli attori del progetto sono i MMG, gli specialisti di branca, gli infermieri dell'ADI, i caregivers e familiari. I pazienti, opportunamente selezionati e screenati secondo il livello di fragilità, vengono arruolati e seguiti dai propri medici di famiglia attraverso il telemonitoraggio dei parametri vitali mediante l'utilizzo di device carrellabili H@H Hospital at Home, in grado di rilevare i principali parametri clinici e strumentali (misurazione PA, ECG a 5 derivazioni, temperatura corporea interna ed esterna, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, SpO2) oltre alla somministrazione terapeutica di ossigeno e alla bronco-aspirazione delle secrezioni. I devices attraverso un modulo di videocomunicazione consentono anche il consulto specialistico in tempo reale tra MMG e specialista di branca. Su un totale di 256 pazienti arruolati nel periodo ottobre 2015-marzo 2018, 61 sono risultati affetti da BPCO, 16 dei quali con comorbilità; 77 affetti da scompenso cardiaco, 42 con comorbilità; 118 i pazienti diabetici, 43 con comorbilità; complessivamente sono stati seguiti in telemedicina 133/256 pazienti con gradi diversi di fragilità (n.25 con fragilità severa). Il tempo medio di monitoraggio/pz è risultato di 25 giorni.





Oltre a un miglioramento organizzativo ed assistenziale complessivo con consolidamento dei rapporti di collaborazione tra le figure professionali impegnate nel progetto e tra queste e i pazienti, i risultati clinici hanno evidenziato un miglior controllo della patologia attraverso il monitoraggio dei parametri vitali che ha consentito di intervenire tempestivamente modificando il trattamento farmacologico e ottimizzando i tempi di stabilizzazione clinica del paziente. L'analisi costo/beneficio con riferimento al numero dei ricoveri evitati (15) e alla riduzione delle giornate di degenza per patologie DRG-correlate nei pazienti residenti a Ceglie, confrontati con i ricoveri di tutti i residenti nella ASL negli anni 2016-2017, ha consentito di stimare un risparmio pari ad € 72.887.

### **Risultati e Commento**

Sulla base di questi risultati, attraverso l'utilizzazione di fondi strutturali europei (2014-2020), è stata proposta l'estensione e la messa "a sistema" nei quattro distretti della ASL del progetto di telemedicina contestualizzato all'interno del nuovo servizio di assistenza domiciliare in partenariato pubblico-privato. Nei primi mesi del 2018 si è conclusa la procedura di aggiudicazione, è stato sottoscritto il contratto e definito il cronoprogramma delle attività; saranno a breve consegnati i device (41 apparecchiature carrellate e 96 portatili) e sarà realizzato il Centro Servizi (CTS) presidiato da personale h12 per 6 gg/sett. Il percorso di implementazione su tutto il territorio della ASL con la realizzazione «a sistema» di un servizio, innovativo dal punto di vista tecnologico, capillarmente diffuso e contestualizzato nelle differenti realtà territoriali, rappresenta un'opportunità per lo sviluppo di servizi territoriali accessibili, fruibili ed efficaci in grado di garantire ai pazienti complessi (cronici con comorbidità, non autosufficienti e fragili), un'autentica alternativa all'Ospedale.







# Introduzione alla III Sessione

Universalismo diseguale





**Erika Mallarini**

*SDA Bocconi Professor, Health Management & Policy*

## Universalismo diseguale: dall'uguaglianza all'equità per favorire l'empowerment responsabile del paziente

### **Premessa**

La spesa sanitaria privata è di 37,3 miliardi, ed è stabile in rapporto al PIL (2%) e in percentuale sulla spesa delle famiglie (3,4%). Pertanto, contrariamente a quanto spesso asserito, non è legata alla contrazione delle risorse pubbliche per i servizi sanitari. Parlare quindi di fallimento del Sistema Sanitario Pubblico non è corretto: ci troviamo di fronte a una fisiologica evoluzione dovuta all'invecchiamento della popolazione e dalle innovazioni dei percorsi diagnostico terapeutici. Tale evoluzione richiede pertanto una ridefinizione dei paradigmi alla base del nostro Sistema, al fine di garantire un'efficace risposta ai nuovi fabbisogni di cura della popolazione che non discriminino alcun soggetto e alcuna patologia.

L'Osservatorio Consumi Privati in Sanità –Sda Bocconi dal 2012 si occupa attraverso le proprie ricerche quali-quantitative di mappare e monitorare il settore dei consumi privati in sanità, raccogliendo e sistematizzando regolarmente dati e informazioni. In particolare si occupa di rilevare i trend di spesa e di consumo e gli effetti delle politiche pubbliche (es. copayment).

### **Obiettivi**

L'obiettivo della ricerca "Universalismo diseguale: dall'uguaglianza all'equità per favorire l'empowerment responsabile del paziente" è analizzare le disuguaglianze territoriali e per prestazioni e a verificare se esiste una correlazione tra equità e sostenibilità del sistema.

### **Materiali e Metodi**

La ricerca è il risultato di un miscelaneo di metodologie di analisi, da elaborazioni su dati Cergas-Bocconi (Spesa Sanitaria Pubblica), EUROSTAT (Spesa Pubblica Totale), ISTAT- Nuovi Conti Nazionali (Spesa Sanitaria delle Famiglie, Spesa Generale delle Famiglie, PIL), ISTAT-SHA (Spesa Sanitaria Privata), a utilizzo di modelli ad equazioni strutturali su indagini quantitative su pazienti affetti da patologie croniche e professionisti sanitari.

### **Risultati e Commento**

Le principali evidenze della ricerca hanno dimostrato che la spesa sanitaria privata è in linea con gli altri Paesi OECD, ovvero il 25% del totale e che la differenza è nella percentuale di out of pocket che in Italia rappresenta l'87% della spesa privata totale. A sostegno della tesi che la spesa out of pocket sia nella norma ci è anche il dato rispetto al quale gli italiani che hanno cercato di limitare le spese per le cure sono il 20%, contro l'86% per gli alimenti e l'87,6% per l'abbigliamento. Ma per la sostenibilità del sistema sono fondamentali appropriatezza e aderenza ai percorsi diagnostico terapeutici. Se l'appropriatezza è un tema la cui governance dipende in via prevalente dalle società scientifiche, dalle organizzazioni sanitarie e dai singoli professionisti ed è quindi è affrontabile con strumenti di pratica clinica e gestionale, tutte e tre le forme di compliance richiedono il coinvolgimento di un altro interlocutore: il cittadino paziente, al quale si richiede un comportamento attivo e responsabile.





Di qui la rilevanza sia per chi si occupa della governance del sistema, sia per le strutture e i professionisti sanitari che si interfacciano con l'individuo di conoscere le aspettative dei cittadini/pazienti, i driver delle loro scelte, i soggetti che le influenzano, i fattori che incidono sulla loro soddisfazione e insoddisfazione, gli elementi che determinano la loro propensione a un'attiva e appropriata gestione delle terapie e i canali informativi che utilizzano. A questo scopo OCPS Bocconi ha attivato dal 2012, dopo che l'ISTAT aveva rilevato per la prima volta in Italia il fenomeno di foregone care, un osservatorio permanente su attese e comportamenti dei cittadini rispetto alla salute. Tra le evidenze principali delle analisi emerge una significativa relazione causale tra compliance e le seguenti 3 variabili: rischio associato alla patologia, rischio associato alla terapia, fiducia nel prescrittore. Quest'ultima risulta il driver più importante dell'aderenza e a sua volta dipende dalla fiducia nella struttura in cui il prescrittore opera, dalle sue capacità relazionali e dalla durata della relazione. La fiducia nella struttura dipende a sua volta dalla reputation della stessa e dall'equità percepita del Sistema sanitario in generale. In sintesi dalla ricerca emerge che l'equità ha impatto anche sulla compliance e sull'empowerment responsabile del paziente, e di conseguenza sulla sostenibilità del sistema.







Sessione Plenaria

---

**III** Il piano delle prevenzioni: dalle vaccinazioni agli screening





**Nunzio Venturella**

*MMG USL Valle d'Aosta presso il distretto 4*

## La vaccinazione antinfluenzale: inquadramento, nuove prospettive, governance.

### **Premessa**

La relazione mette in evidenza la realtà regionale con le criticità legate all'orografia ed alla bassa densità di popolazione, mettendo in risalto quali sono le precauzioni per evitare il contagio.

### **Obiettivi**

Semplici azioni che aiutano a prevenire la diffusione di malattie infettive in generale e quelle che si trasmettono per via aerea come l'influenza:

- Lavare spesso le mani con acqua e sapone;
- Coprire naso e bocca con un fazzoletto;
- Evitare di toccare occhi, naso e bocca con le mani non lavate;
- Rimanere a casa se malati;
- Il periodo destinato alla conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale è, per la nostra situazione climatica e per l'andamento temporale mostrato dalle epidemie influenzali in Italia, quello autunnale, a partire dalla metà di ottobre fino a fine dicembre.
- Le coperture vaccinali sono molto diverse tra regioni e regioni, restando lontane alle aspettative del 75% degli ultra 65enni.
- La Valle si attesta intorno al 42% circa con piccole variazioni annuali.
- La sorveglianza di influnet dà il picco di infezione tra la 52esima e la 5° settimana dell'anno successivo.

### **Materiali e Metodi**

Per aumentare la possibilità di praticare la vaccinazione si è ricorso all'attivazione degli ambulatori di libero accesso, dove da Lunedì a Venerdì dalle ore 14.00 alle 20.00 in via sperimentale si praticherà anche la vaccinazione antiinfluenzale.

### **Risultati e Commento**

Aumento della percentuale dei soggetti vaccinati, con riduzione dei ricoveri ospedalieri per compromissioni bronco polmonari.





**Maurizio Rocca**

*Direttore Dipartimento Cure Primarie - Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro*

## Modello integrato per favorire l'aumento della copertura vaccinale nel corso della stagione influenzale: l'esperienza dell'ASP di Catanzaro.

### **Premessa**

L'ASP di Catanzaro nel 2014 ha attivato, in via sperimentale, sette UCCP che garantiscono assistenza h24 e integrano le proprie attività con quella dei medici specialisti nell'ambito degli ambulatori di patologia. Le UCCP attive, che coinvolgono 77 MMG per una popolazione assistita pari a circa 91.000, sono altresì corresponsabilizzate su obiettivi di prevenzione che riguardano le campagne di screening e le vaccinazioni.

### **Obiettivi**

L'adesione dei mmg agli obiettivi, condivisi con il Dipartimento delle cure primarie, segue la logica dell'estensione del processo di budgeting aziendale alle stesse associative della medicina generale con la condivisione di una scheda di budget, sottoscritta dal coordinatore di ogni singola UCCP, che viene valorizzata con un corrispettivo pari al 30% delle indennità previste dalla contrattazione di livello aziendale. Nell'anno 2016 è stato stretto un accordo con il Consorzio interuniversitario Cineca che ha garantito la creazione di una piattaforma web con la finalità di: individuare i soggetti a rischio da sottoporre a vaccinazione anti influenzale; monitorare in tempo reale l'incidenza delle vaccinazioni della ASP; verificare il ricorso alle prestazioni sanitarie della popolazione sottoposta a vaccinazioni; verificare il ricorrere di eventuali incrementi delle vaccinazioni rispetto alla precedente campagna vaccinale.

### **Materiali e Metodi**

In estrema sintesi, si è provveduto ad identificare, sulla scorta delle informazioni desumibili dai sistemi di gestione dei flussi sanitari, la popolazione a rischio da sottoporre a vaccinazione anti influenzale con la creazione di un sistema centralizzato per l'individuazione della coorte di pazienti per cui è indicata la vaccinazione.

### **Risultati e Commento**

L'esperienza maturata dimostra come il sistema delle cure primarie, perseguendo una univoca strategia di stratificazione dei pazienti portatori di patologie cronico - degenerative (Piano nazionale delle Cronicità) e di interventi coordinati di salute pubblica, possa consentire di ottenere risultati in termini di miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da patologie cronico - degenerative e, soprattutto, una contrazione dei consumi sanitari (ricoveri e farmaci in particolar modo) secondo una logica di value.

Tale strategia, ovviamente, non può prescindere dal concretizzarsi di una trasformazione, culturale ed organizzativa, del ruolo della medicina generale che assume una concreta corresponsabilizzazione sugli obiettivi di salute della comunità, determinati sulla scorta delle evidenze epidemiologiche, con una naturale estensione del processo di budgeting aziendale (distrettuale).





**Alberto Fedele**

*A.S.L. Lecce, Dipartimento di Prevenzione, Servizio Igiene e Sanità Pubblica Area Nord*

## La vaccinazione pneumococcica: strumento nazionale del piano di prevenzione per la protezione dell'adulto a rischio.

### **Premessa**

Le malattie infettive sono prevalenti nelle età estreme della vita per la poco efficiente risposta immunitaria. Gli ultrasessantacinquenni tra poco più di un decennio prevarranno sulla popolazione tra 20 e 64 anni. Lo pneumococco causa patologie invasive (sepsi, meningiti) e non invasive tra cui la sinusite, l'otite media acuta e la polmonite. Quest'ultima è la più comune tra le polmoniti acquisite in comunità e frequentemente associate a batteriemia (emoculture positive nel 20-30% polmoniti). La sorveglianza delle Malattie Batteriche Invasive, attivata dall'Istituto Superiore di Sanità dal 1994, evidenzia lo pneumococco come prevalente nelle MIB (oltre 7 volte rispetto agli altri microrganismi). Il registro di sorveglianza dell'ECDC indica che in Europa le forme invasive pneumococciche sono prevalenti negli ultrasessantacinquenni senza differenze di genere. Da uno studio (Cilloniz ed al. 2011) risulta che le forme più severe di polmonite acquisite in comunità, con ricovero in reparti ospedalieri o terapia intensiva, sono attribuibili a pneumococco. Nella maggioranza di MIB notificate in soggetti >64 anni i sierotipi di pneumococco sono coperti dai vaccini utilizzati. L'OER Puglia nella stagione influenzale 2014/15 ha isolato lo pneumococco nel 16,5% dei campioni.

### **Obiettivi**

I vaccini antipneumococcici sono di due tipi: 1) i polisaccaridici puri che, attivando i linfociti B, inducono risposta immune non duratura proteggendo contro 23 sierotipi; 2) i coniugati (polisaccaride coniugato con proteina) che, attivando la risposta immune innata ed adattiva, stimolano la produzione IgG maggiormente affini per l'antigene e la formazione di cellule della memoria con conseguente risposta secondaria, stimolano la produzione di anticorpi secretori mucosali diminuendo il carriage. I vaccini registrati immunizzano contro 10 e 13 sierotipi e prevengono teoricamente il 56% delle MIB ed il 66% delle polmoniti pneumococciche.

### **Materiali e Metodi**

Nell'anno 2000 la Regione Puglia ha avviato la vaccinazione antipneumococcica dei soggetti >65 anni con vaccino polisaccaridico 23-valente (5 coorti in cinque anni ed al 6° anno richiamo della prima coorte). Nel 2005 è stata riproposta la campagna ampliandola ai gruppi a rischio con: collaborazione formale dei Medici di Medicina Generale, vaccinazione insieme all'antinfluenzale ed in ogni occasione opportuna (dimissioni ospedaliere; diagnosi di patologia cronica, ecc.). Ad ottobre 2015 le raccomandazioni nelle varie regioni italiane risultavano variegata con differenti target. In Puglia dal 2015 è offerta attivamente la vaccinazione con PCV13 ai soggetti >64aa (strategia: 3 coorti di nascita) e categorie a rischio.





Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 ha uniformato l'offerta vaccinale sull'intera nazione prevedendo l'offerta attiva della vaccinazione antipneumococcica sequenziale (PCV13+PPV23) agli ultrasessantacinquenni ed ai soggetti a rischio, con obiettivi di copertura per gli anziani pari a: 40% nel 2017, 55% nel 2018, 70% nel 2019.

### **Risultati e Commento**

Da una survey (Martinelli et al.), la copertura vaccinale cumulativa stimata per PPV23 negli anziani in Puglia risulta 46,6%. La copertura per PCV13 in Puglia nel periodo 2015-2017 nei >65 aa. è diversificata (massimo 49,6% nei nati 1940). La scelta del PNPV di uniformare l'offerta attiva della vaccinazione antipneumococcica sequenziale dell'adulto e dei soggetti a rischio rappresenta un'importante sfida con l'obiettivo di ridurre i casi d'infezione pneumococcica invasiva e non, con conseguente riduzione dei ricoveri e decessi correlati, consentendo anche importante risparmio di costi diretti (stimati 75 milioni € in 4 anni con copertura 5% in >65 aa). E' tuttavia necessario consolidare sinergie d'intenti con i MMG, superando atteggiamenti di esitazione vaccinale e/o di medicina difensiva, mettendo in campo iniziative per ridurre le incombenze burocratiche da parte dei MMG e favorendo la chiamata attiva con nuove strategie dei soggetti appartenenti alle categorie a rischio.





## Lamberto Manzoli

Università di Ferrara, Vecchi Istituti Biologici, Ferrara

Maria Elena Flacco\*, Annalisa Rosso\*\*, Carolina Marzuillo\*\*, Mario Bergamini\*, Armando Stefanati\*, Despina G. Contopoulos-Ioannidis\*\*\*, John P.A. Ioannidis\*\*\*, Paolo Villari\*\*, Walter Ricciardi\*\*\*\*

\* ASL del Sud Tirolo

\*\* Università Sapienza di Roma

\*\*\* Stanford University School of Medicine

\*\*\*\* Istituto Superiore di Sanità

# Meta-analisi su immunogenicità e sicurezza del vaccino multicomponente anti-meningococco B (4CMenB).

## Premessa

La letteratura scientifica sul vaccino multicomponente anti-meningococco B (4CMenB) è frammentata ed eterogenea, e permangono incertezze sulla durata della protezione e sul numero di dosi sufficienti per indurre un'adeguata risposta immunitaria. Per contribuire a definire uno scenario più completo dalle evidenze scientifiche disponibili, sono state svolte diverse meta-analisi di studi randomizzati controllati (RCT) con metodiche "head-to-head", "proportion", e a network.

## Obiettivi

Sono stati ricercati gli RCT pediatrici presenti sino al dicembre 2016 nei database MedLine, Scopus, Embase, e ClinicalTrials.gov, che hanno valutato l'immunogenicità e/o la sicurezza e/o l'efficacia del 4CMenB versus vaccini di controllo (routine) od il suo precursore r-MenB. L'immunogenicità complessiva (titoli anticorpali  $\geq 1:4$ ) contro 4 ceppi di riferimento (44-76/SL; 5/99, NZ98/254 e M10713) è stata calcolata dopo un ciclo di vaccinazione primario (3 dosi per i bambini; 2 dosi per gli adolescenti), dopo una dose booster, e dopo  $\geq 6$  mesi dal ciclo primario o dalla dose booster (persistenza della protezione).

## Materiali e Metodi

Sono stati inclusi 18 studi. Un mese dopo il ciclo primario, oltre l'87% dei bambini/adolescenti ha mostrato una sierconversione contro tutti i ceppi virali di riferimento. Sei mesi dopo il ciclo primario, l'immunogenicità è rimasta adeguata o elevata per tutti e tre i ceppi virali tra gli adolescenti ( $\geq 77\%$ ), e per 2 dei 4 ceppi tra i bambini ( $\geq 67\%$ ): la percentuale di pazienti protetti si è ridotta sostanzialmente per i ceppi M10713 ( $< 50\%$ ) e NZ98/254 ( $< 35\%$ ). La dose booster è stata in grado di incrementare l'immunogenicità per tutti i ceppi ( $> 93\%$ ). Tuttavia, la protezione è rimasta elevata 6 mesi dopo la dose booster per i soli ceppi 5/99 (95%) e M10713 (75%), mentre per i ceppi 44/76-SL e NZ98/254 il tasso di protezione è tornato ai livelli osservati 6 mesi dopo il ciclo primario.

## Risultati e Commento

Il vaccino 4CMenB mostra un profilo di sicurezza accettabile. Il ciclo primario è sufficiente per raggiungere una risposta immunitaria soddisfacente dopo 30 giorni dalla vaccinazione, ma una dose booster appare necessaria nei bambini per prolungare la protezione contro il ceppo M10713, e l'immunogenicità a lungo termine contro il ceppo NZ98-254 rimane subottimale.









Simposi

---

**I** Le professioni sanitarie e la lotta alle disuguaglianze





**Antonella Lacroix**

*Membro Consiglio Direttivo CARD VdA*

## La lotta alle disuguaglianze in ambito sanitario: il ruolo di card vda.

### **Premessa**

Al fine di gestire in modo EQUO le richieste in RIABILITAZIONE si è operato nel seguente modo.

Analisi dei problemi da cui sono emersi seguenti dati:

- Richieste maggiori rispetto alle offerte
- A parità di situazione e richieste:
  - risposte disomogenee tra servizi afferenti a distretti diversi
  - risposte diverse tra servizi afferenti allo stesso distretto
- Carichi di lavoro disomogenei tra operatori/professionisti della riabilitazione
- Difficoltà degli operatori ad “accettare” la formulazione di risposte diverse e non eque nei diversi contesti lavorativi
- Insoddisfazioni da parte degli utenti

### **Obiettivi**

Adottare strategie a livello riabilitativo territoriale per rispondere in modo equo evitando disuguaglianze, settorializzazioni e referenzialità.

### **Materiali e Metodi**

Risposta: creazione di strumenti condivisi basati su riferimenti normativi, organizzativi e operativi:

- DOC A01: contiene la definizione delle classi di patologie in ordine logico consequenziale. E definisce le priorità di intervento e i criteri oggettivi di erogazione dell'attività riabilitativa
- Lista accettazione informatizzata che comprende:
  - Indice di priorità patologia -> severità del disturbo, rischio di peggioramento
  - Indice età/classe -> possibilità di recupero in termini prognostici
  - Indicazione Medico Specialistica -> precedente accesso alle reti territoriali (attestazione / osservazione del problema da parte di altri professionisti)
  - Rapporti con la scuola -> definita dal protocollo Regionale
  - Comorbidità -> indicazione di maggiore o minore gravità
  - Colloquio accettazione -> personalizzazione dell'intervento e valorizzazione della soggettività

### **Risultati e Commento**

Risultati dopo due anni di sperimentazione della DOC A 01 e delle liste di accettazione informatizzate e costantemente monitorate:

- Prese in carico più omogenee su tutto il territorio ( periodicamente monitorate dai coordinatori) sin dalla fase di accettazione dell'utente
- Operatori più consapevoli dello scenario nel quale formulano la “risposta” (cioè dello scenario in cui operano)
- Operatori in grado di fornire agli utenti motivazioni e tempi che definiscono le attese
- Utenti più consapevoli dello scenario in cui si colloca la “richiesta”
- Carichi di lavoro monitorati dai coordinatori mensilmente e utilizzo appropriato delle risorse





**Marta Pordenon**

*Infermiere Referente Distretto Sanitario Est - AAS 2 BASSA FRIULANA- ISONTINA*

## L'infermiere di comunità in Friuli Venezia Giulia a 20 anni dalla sua sperimentazione: il modello, l'esperienza, i risultati e gli sviluppi.

### **Premessa**

Al fine di gestire in modo EQUO le richieste in RIABILITAZIONE si è operato nel seguente modo.

Analisi dei problemi da cui sono emersi seguenti dati:

- Richieste maggiori rispetto alle offerte
- A parità di situazione e richieste:
  - risposte disomogenee tra servizi afferenti a distretti diversi
  - risposte diverse tra servizi afferenti allo stesso distretto
- Carichi di lavoro disomogenei tra operatori/professionisti della riabilitazione
- Difficoltà degli operatori ad "accettare" la formulazione di risposte diverse e non eque nei diversi contesti lavorativi
- Insoddisfazioni da parte degli utenti

### **Obiettivi**

Adottare strategie a livello riabilitativo territoriale per rispondere in modo equo evitando diseguglianze, settorializzazioni e referenzialità.

### **Materiali e Metodi**

Risposta: creazione di strumenti condivisi basati su riferimenti normativi, organizzativi e operativi:

- DOC A01: contiene la definizione delle classi di patologie in ordine logico consequenziale. E definisce le priorità di intervento e i criteri oggettivi di erogazione dell'attività riabilitativa
- Lista accettazione informatizzata che comprende:
  - Indice di priorità patologia -> severità del disturbo, rischio di peggioramento
  - Indice età/classe -> possibilità di recupero in termini prognostici
  - Indicazione Medico Specialistica -> precedente accesso alle reti territoriali (attestazione / osservazione del problema da parte di altri professionisti)
  - Rapporti con la scuola -> definita dal protocollo Regionale
  - Comorbidità -> indicazione di maggiore o minore gravità
  - Colloquio accettazione -> personalizzazione dell'intervento e valorizzazione della soggettività

### **Risultati e Commento**

Risultati dopo due anni di sperimentazione della DOC A 01 e delle liste di accettazione informatizzate e costantemente monitorate:

- Prese in carico più omogenee su tutto il territorio ( periodicamente monitorate dai coordinatori) sin dalla fase di accettazione dell'utente
- Operatori più consapevoli dello scenario nel quale formulano la "risposta" (cioè dello scenario in cui operano)
- Operatori in grado di fornire agli utenti motivazioni e tempi che definiscono le attese
- Utenti più consapevoli dello scenario in cui si colloca la "richiesta"
- Carichi di lavoro monitorati dai coordinatori mensilmente e utilizzo appropriato delle risorse





## **Claudia Toso**

*Coordinatore Cure Domiciliari e Casa della Salute del Distretto di Cuornè, ASL TO4; Coordinatore dei Distretti ASL TO4*

*Lavinia Mortoni\*, Fabio Beanato\*\*, Eraldo Personnettaz\*\*\**

*\* S.C. Distretto di Cuornè ASL TO4*

*\*\* S.C. Distretto di Ivrea ASL TO4*

*\*\*\* S.C. Chirurgia PO Ciriè ASL TO4*

# **La tecnologia mobile nelle cure infermieristiche, Distretto di Cuornè (ASL TO4).**

## **Premessa**

Il Distretto di Cuornè dell'ASL TO4 presenta particolari caratteristiche territoriali: disomogeneità, grande estensione e aree montane. La popolazione è di circa 80.000 abitanti e il 22% è costituito da ultrasessantacinquenni. Le esigenze degli abitanti di tale territorio sono molteplici, in particolare l'accessibilità ai servizi. La particolare conformazione geografica del Distretto di Cuornè ha portato nel tempo a sperimentare forme di assistenza che andassero incontro alla popolazione fragile: anziani non autosufficienti, disabili, persone ammalate assistite al proprio domicilio per patologie rare, degenerative, terminali, croniche ed altro.

## **Obiettivi**

Migliorare l'intervento domiciliare a vantaggio del paziente fragile e dell'organizzazione del servizio di Cure Domiciliari.

Evitare spostamenti dal proprio domicilio porta vantaggi

- al paziente, evitandogli una condizione di stress legata al trasporto
- al care-giver, che non perde giornate lavorative
- al sistema sanitario pubblico, che evita trasporti con ambulanza permettendo l'accesso agli ambulatori specialistici solo a casi selezionati con il conseguente miglioramento dei tempi d'attesa.

## **Materiali e Metodi**

Le Cure Domiciliari sono il fulcro delle attività rivolte alla popolazione fragile. L'equipe infermieristica dedicata alle Cure Domiciliari del distretto di Cuornè è organizzata secondo il modello del "primary nursing" con cui si sono ottenuti e si ottengono ottimi risultati assistenziali e di gestione del paziente domiciliare. Il personale infermieristico lavora in equipe e condivide con il medico di famiglia e gli specialisti il trattamento delle lesioni cutanee croniche.

L'acquisizione di 18 tablet ha dato la possibilità agli infermieri delle Cure Domiciliari di attivare un servizio di telemedicina e di trasmettere in sicurezza immagini agli ambulatori specialistici secondo protocolli condivisi, quando necessario, o di condividere casi clinici in equipe.

L'infermiere ha avuto così la possibilità di utilizzare tale tecnologia non solo per la trasmissione di immagini per un consulto immediato ovvero differito da parte dello specialista, ma anche per monitorare nel tempo l'andamento delle lesioni e fornire delle evidenze sull'efficacia delle cure effettuate.





### **Risultati e Commento**

Sono state monitorate le lesioni cutanee dei pazienti seguiti in cure domiciliari (ADI, ADI UOCP e SID) dal 01/07/2016 al 31/12/2107.

Previo consenso, sono state effettuate foto delle lesioni cutanee di qualsiasi origine e grado all'apertura del caso e a discrezione dell'infermiere in caso di significativi cambiamenti e comunque una volta al mese.

Settimanalmente ognuno dei 18 infermieri dell'equipe segue da 4 a 6 pazienti con lesioni di vario grado. Sono state aperte 210 cartelle vulnologiche che contengono il monitoraggio della cura delle lesioni. Nel 20% dei casi si è attivata una consulenza specialistica (infermieristica o medica), nei casi restanti è stato sufficiente il lavoro di condivisione in equipe delle Cure Domiciliari e con i MMG.

I consulti in telemedicina hanno evitato i disagi legati ai trasporti sia al paziente che al care-giver e hanno evitato un sovraccarico degli ambulatori e/o un accesso inappropriato al PS.

Infine è stato creato un database informatico in cui far confluire tutte le informazioni clinico-assistenziali utili al proseguimento delle cure domiciliari, consultabile anche da postazioni remote.





**Maria D'Auria**

*Sociologa, Dipartimento Assistenza Primaria e Continuità delle Cure, ASL Napoli 1*

## RIassetto dei Servizi Sociali e Sanitari nel Piano di Programmazione della Rete Assistenziale in Campania

### Premessa

Il lavoro parte dalla considerazione del principio di bisogno di equità delle cure. Le Azioni di Buona pratica per il potenziamento delle attività di cura si rivolgono su due aspetti: l'aspetto sociale e l'aspetto sanitario. Infatti possiamo affermare al riguardo due principi:

- Un Soggetto sta bene in Società se in primis sta bene in salute
- Un individuo che sta bene in Salute è un individuo attivo a livello sociale

In relazione alle considerazioni finora svolte risulta chiaro che lo stato di completo benessere coinvolge non solo l'assenza della malattia ma lo stato di completo benessere fisico psichico e sociale che dovrebbe essere garantito da un Territorio "aperto" e non "discriminatorio".

La base del mio studio parte dall'interesse verso il supporto delle fragilità del paziente con la costruzione di un progetto globale di vita per consentire a tutti i cittadini compreso i detenuti un'esistenza in cui la "Salute" non sia più considerata un fine, difficile da mantenere, ma un mezzo utilizzato come risorsa per condurre una vita produttiva seppure nel "chiuso" spazio a loro riservato.

### Obiettivi

Lo stato di salute dei detenuti focalizzato dal mio lavoro mostra una domanda di salute non corrisposta da un'adeguata offerta da parte del Territorio. L'obiettivo è il governo della domanda attraverso la presa in carico dei pazienti. Bisogna integrare e coinvolgere tutti i soggetti che operano nel Territorio di competenza delle strutture carcerarie per l'affermazione dei Diritti di Cittadinanza e Benessere Sociale dei carcerati sviluppando modelli organizzativi innovativi incentrati sulla difesa della dignità dell'individuo:

- Promuovere la tutela della salute
- Ridurre le condizioni di bisogno e di disagio
- Offrire prestazioni socio assistenziali e socio sanitarie
- Rispondere al bisogno di salute e di mantenimento dell'autonomia personale.

### Materiali e Metodi

Tavoli tecnici sono stati eseguiti con i Direttori dei Carceri di Pozzuoli, Poggioreale e Secondigliano e con i Comandanti della Polizia Penitenziaria per fare il punto della situazione sulla vita dei carcerati. Sono emersi i seguenti punti:

- Organizzazione farragginosa che rallenta lo svolgersi di semplici attività quotidiane per i detenuti che rimangono sempre più imprigionati nel loro status di decadimento psico fisico
- Carenze igieniche e strutturali (mancanza di spazio e inadeguato livello di pulizia dell'ambiente) che favoriscono il contagio delle malattie diffuse come ad esempio il virus dell'epatite C.
- Difficoltà nella gestione dei carcerati in caso di affezione patologica per il trasferimento in ospedali specializzati per una trafila burocratica e un onere economico: per cui si preferisce un'assistenza in loco che per quanto qualificata non può avvalersi delle strumentazioni ed equipe presenti nei luoghi di cura.





### **Risultati e Commento**

Lo studio mostra che solo un detenuto su tre non è malato e la metà dei detenuti malati non è consapevole della patologia da cui è affetto. Tale risultato non risponde a una nozione generalmente e da tempo acquisita che la "tutela della salute" fa parte del patrimonio giuridico di ogni persona indipendentemente da quale sia la sua condizione di persona "libera" o "detenuta".

Il lavoro sottolinea l'importanza di:

- interventi sanitari di cura e prevenzione, come l'Oral Test per arginare la diffusione dell'epatite C e consentire nei soggetti positivi al test l'accesso ai farmaci di nuova generazione per la cura di tale patologia;
- rilancio di politiche di lavoro comunitario intra-carcerario per aumentare la sensazione benessere sociale e favorire in seguito la completa reintegrazione in società al momento dello sconto della pena;
- favorire interventi di programmazione che ordinino coerentemente i piani e le politiche organizzando attività di raccordo con le istituzioni sociali e sanitarie.





## **Grazia Gentile**

*Dirigente Responsabile Struttura Dipartimentale Riabilitazione e Protesica ASL Salerno  
Consulente Specialista in Governo Clinico ed Organizzazione dei Servizi ASReM*

# **La Farmacia dei Servizi nella Prevenzione dell'obesità infantile. Innovazione dei processi organizzativi e gestionali in Regione Molise.**

## **Premessa**

La Regione Molise si compone di 136 Comuni, l'85% con n. di abitanti <3000, una popolazione residente di 310.449 abitanti, un n. di famiglie pari a 131.109 con n. componenti medi per famiglia di 2,35 e un n. di neonati pari a 2088 (Istat 2017). L'età media della popolazione è 45,8 anni, con indice di vecchiaia di 206,9 anziani / 100 giovani. Nel territorio, la rete delle farmacie convenzionate consta di 166 farmacie, 50 urbane e 116 rurali. Le caratteristiche oro-geografiche della Regione (indice di urbanizzazione basso, frammentazione della popolazione su territorio in prevalenza montuoso, assenza di autostrada e rete viaria di frequente compromessa per frane, manutenzione, ecc., condizioni atmosferiche sfavorevoli con frequenti precipitazioni nevose e gelate) indicano indispensabile organizzare servizi socio-sanitari di prossimità, vicino ai luoghi di residenza del cittadino.

## **Obiettivi**

Individuare forme di collaborazione strutturata e continuativa tra ASReM e Farmacie Convenzionate per obiettivi strategici coerenti con i Piani Sanitari Regionali, misurabili in termini di Sanità Pubblica.

## **Materiali e Metodi**

L'analisi dei bisogni e delle risorse esistenti, la verifica della preziosa capillarità del sistema delle farmacie molisane non disgiunta dal rapporto di fiducia farmacista-assistito, l'efficiente utilizzo di risorse vincolate (Fondi Europei 2014-2020 per lo sviluppo di aree interne disagiate) hanno orientato la scelta di integrare all'interno della programmazione aziendale le farmacie convenzionate nella rete dei servizi, realizzando altresì nuovi servizi all'interno di un radicale cambiamento nel quale la farmacia perde l'aspetto farmacocentrico assumendo caratteristiche di centro erogatore servizi e l'Azienda Sanitaria, all'attività di monitoraggio dei consumi, affianca progettualità di Promozione della Salute.

## **Risultati e Commento**

In sintesi i risultati raggiunti: a.stipula accordo-quadro Regione-ASReM-Federfarma tracciante le attività aggiuntive erogabili dalle farmacie convenzionate; b.protocolli d'intesa ASReM-Federfarma per: 1.attuazione distribuzione per conto (DPC) farmaci PHT, alternativo alla dispensazione curata dalle farmacie ospedaliere; 2.coinvolgimento delle farmacie nella campagna vaccinale anti-influenzale; 3.efficientamento dell'attività di screening del Ca del colon-retto. Prossimi obiettivi riguardano: a. estensione DPC ai farmaci ex OSP2; b. campagna di prevenzione diabete 2 individuando la farmacia convenzionata sede elettiva per test di autodiagnosi; c.erogazione ausili, stomie ed alimenti speciali in DPC su piattaforma informatica; d. implementazione CUP-Ticket; e.dispensazione farmaci e presidi per Cure Domiciliari.





A ciò, in considerazione dei dati di OKKIO alla SALUTE 2016 che evidenziano prevalenza di bambini sovrappeso/obesi del 40% (media italiana 30,6%), sovrappeso 24,4% (media italiana 21,3%) ed obesità 15,6% (media italiana 9,3%) collocando il Molise, dopo Campania e Calabria, al 3°posto in Italia per prevalenza di sovrappeso/obesità infantili, la programmazione intende attivare nelle farmacie convenzionate uno spazio educativo dedicato alla corretta alimentazione ed alla misurazione di circonferenza addominale ed altezza nei bambini/e 5-7 anni per l'invio al Centro di Endocrinologia Pediatrica dei casi con rapporto  $\geq 0,5$ .

L'innovativo coinvolgimento delle farmacie convenzionate molisane nella rete dei servizi sanitari ha determinato un efficace adeguamento della farmacia al processo di cambiamento organizzativo promosso dall'ASReM, mutandone la funzione distributiva in una attiva partecipazione al raggiungimento degli obiettivi di salute, in un contesto strategico di sinergia con il Servizio Sanitario Regionale, contribuendo significativamente al raggiungimento degli obiettivi LEA. In particolare, l'integrazione delle farmacie convenzionate nella rete dei servizi pediatrici può realizzare significativi contributi nella prevenzione di sovrappeso/obesità in età evolutiva in Regione Molise.





## Cesarino Zago

*Sociologa, Dipartimento Assistenza Primaria e Continuità delle Cure, ASL Napoli 1*

R. Sisto\*, B. Mazzoleni\*\*, S. Paulon\*\*\*, N. Zulian\*\*\*\*, L. Calabrese\*\*\*\*\*, D. Mollì\*\*\*\*\*, L. Pillot\*\*\*\*\*

\* Azienda assistenza sanitaria n. 5 (ASS 5)

\*\* Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUIUd)

\*\*\* Azienda Assistenza Sanitaria n. 2 (ASS 2)

\*\*\*\* Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITs)

\*\*\*\*\* Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUIUd)

\*\*\*\*\* Azienda Assistenza Sanitaria n. 2 (ASS 2)

\*\*\*\*\* Azienda assistenza sanitaria n. 5 (ASS 5)

# Lo psicologo nei Centri di Assistenza Primaria del Friuli Venezia Giulia

## Premessa

La letteratura scientifica afferma che circa il 25% dei pazienti che si rivolgono al MMG soffrono di disturbi mentali comuni (DMC) e che esiste un basso tasso del loro riconoscimento precoce. Inoltre meno di una persona su due riceve un trattamento, farmacologico e/o psicologico, basato sulle linee guida. L'attenzione rivolta ai DMC diventa anche un'azione di contrasto alla difficoltà che hanno alcune fasce di popolazione a rivolgersi a professionisti privati per affrontare il proprio malessere, non trovando possibilità di accesso ai servizi pubblici. Per tali motivi la Regione FVG ha finanziato con 200.000 Euro un progetto sperimentale da attuarsi in alcuni Servizi di Assistenza Primaria, servizi costituiti dall'aggregazione di MMG, infermieri, medici specialisti e altri operatori che operano in una stessa sede. Nel caso della sperimentazione le sedi erano i distretti sanitari.

## Obiettivi

Il modello al quale si è ispirata la sperimentazione è stato lo IAPT (Improving Access to Psychological Therapies), programma varato nel 2008 dal Ministero della salute inglese. Gli obiettivi dello IAPT sono: appropriatezza delle cure (linee guida NICE), approccio stepped care basato su due livelli bassa/alta intensità, riduzione dei costi sia sanitari che sociali (in Inghilterra i DMC rappresentano la maggior causa di assenza dal lavoro). Obiettivo della sperimentazione era quello di valutare la possibilità di individuare precocemente e trattare con esiti positivi i DMC nel contesto dell'assistenza primaria.

## Materiali e Metodi

La flow chart di funzionamento del progetto può così riassumersi: 1) il MMG individua fra i suoi pz quelli con sintomatologia ansioso depressiva attraverso la valutazione clinica supportata da due scale (GAD 7 e PHQ 9); 2) in caso di positività alle scale e se rientrante nei criteri di inclusione il pz viene inviato alla bassa intensità, costituita da 5/6 incontri, per svolgere un programma di auto aiuto manualizzato facilitato da un operatore infermiere formato; 3) se i sintomi non raggiungono livelli sotto soglia clinica nella bassa intensità, il pz viene inviato all'alta intensità costituita da 8/10 incontri con uno psicoterapeuta; 4) se i sintomi continuano a rimanere sopra soglia clinica lo psicoterapeuta facilita il passaggio a livelli di cura specialistici.





### Risultati e Commento

Il progetto ha coinvolto in Regione i pz di 35 MMG per un bacino di utenza di 75.390 persone. Il progetto è partito in due distretti a novembre e in altri due a gennaio. Al 30 Aprile risultavano inviati dagli MMG alla bassa intensità 136 persone in maggioranza di sesso femminile ( 99). 83 delle 136 persone alla data del 30 aprile avevano terminato la bassa intensità. Di queste hanno raggiunto una sintomatologia sotto soglia clinica 43 persone (51% del totale) , 25 erano passate all'alta intensità, 15 erano i drop out. La media per raggiungere la recovery è stata di 5 ore/incontri. Il follow up a 3 mesi di 17 utenti vedeva 16 sotto soglia e 1 ricaduta. Per completezza del quadro dobbiamo anche aggiungere che 25 persone sono state inviate da parte dei MMG all'alta intensità.

Il progetto sembra essersi ben avviato in tutte le quattro aziende del SSR. I risultati sono confortanti anche se i dati sulla recovery sono ancora inferiori a quelli inglesi. Questo è in probabilmente spiegabile da alcune difficoltà iniziali che si possono così riassumere: a) non sempre i MMG seguono con precisione i criteri di inclusione e di esclusione; b) c'è stato inizialmente, da parte degli MMG, il tentativo di bypassare il basso livello; c) gli infermieri non si sentono ancora sufficientemente sicuri nell'affiancare il pz nel programma manualizzato ( bisogna tener conto che non sono infermieri che provengono da esperienze di salute mentale); d) anche per gli psicoterapeuti si tratta di un approccio completamente nuovo.







Simposi

---

***II*** Malattie rare e complessità assistenziale





**Adriana Di Gregorio**  
*Membro Consiglio Direttivo CARD VdA*

## Rete malattie rare: il modello Puglia.

### Premessa

Il modello organizzativo della rete malattie rare, secondo l'obiettivo del PNMR (Piano Nazionale Malattie Rare), prevede di migliorare l'assistenza alle persone con malattie rare e rendere più efficienti i servizi sanitari in riferimento alla prevenzione e all'assistenza e di porre in atto strategie ed azioni al fine di dare risposte concrete ai bisogni delle persone affette da patologie rare. La Regione Puglia ha scelto, nella gestione delle malattie rare, un modello "a rete" ed il criterio della "medicina d'iniziativa". A coordinare il tutto il CoReMaR (Coordinamento Regionale Malattie Rare) dell'Agenzia Strategica Regionale per la Salute e il Sociale in Puglia ed il Centro Sovraziendale.

Secondo quanto descritto nelle Delibere di Giunta Regionale n. 158/2015, 225-226-253/2017, 329/2018, sono state create in Puglia una Rete Ospedaliera ed una Rete Territoriale, mentre la medicina d'iniziativa, con l'istituzione di un Gruppo Interdisciplinare, ha fatto sorgere i Centri Territoriali "Il Filo di Arianna", uno per ogni ASL pugliese. Sono coinvolti: - 180 nodi - 6 Ospedali Presidi della Rete Nazionale (PRN) - 18 Ospedali della Rete Regionale Pugliese (RERP) - 126 Unità Operative - 6 Centri Territoriali - 45 Distretti Socio Sanitari. Sono censiti in Edotto 21.000 bambini e persone esenti per malattie rare. Un Sistema Informativo dedicato, il SiMaRRP (Sistema Informativo Malattie Rare Regione Puglia), collegato con altre 10 regioni italiane, e che conta 15.785 persone con malattia rara, è organizzato in un 1° Modulo, finalizzato alla elaborazione di un registro e rilascio certificato di diagnosi per esenzione e in un 2° Modulo, finalizzato all'inserimento del Programma Terapeutico Personalizzato (PTP).

### Obiettivi

Diffusione della conoscenza di quanto realizzato ed esistente in Puglia per le malattie rare; diffusione delle finalità dei Centri Territoriali ovvero dell'apporto di informazione, facilitazione, sostegno, orientamento e guida per le famiglie, per i pazienti, per gli operatori; per una riduzione della solitudine e restituzione ai pazienti ed alle famiglie della fiducia, credibilità e speranza nella società civile e nelle istituzioni, per attuare una presa in carico da parte del PRN/NODO locale o da parte di specialisti (ospedalieri e/o territoriali) in un'ottica di interdisciplinarietà con raccordi con il PRN/NODO di diagnosi; per una presa in carico di assistenza ambulatoriale e/o domiciliare (MMG-UVM-ADI) in ambito distrettuale socio-sanitario ed una valutazione della complessità socio-assistenziale.

### Materiali e Metodi

Per rendere efficace la informazione sono state illustrate alcune slide e i poster, elaborati a livello regionale e diffusi nelle ASL illustranti la organizzazione vigente nei Distretti Socio Sanitari, negli Ospedali Presidi di Rete e in quelli non Presidi di rete.

### Risultati e Commento

La platea dei partecipanti arricchendo le conoscenze avrà avuto modo di migliorare l'approccio alla presa in carico e all'assistenza alle persone con malattia rara, perseguendo quanto in Premessa riferito in merito ad uno degli obiettivi del Piano Nazionale Malattie Rare.





## **Francesco Colasuonno**

*Farmacista Regionale, Regione Puglia*

*Sabrina Cherchi\*, Paola D'Andrea\*\**

*\* Specializzanda Scuola di specializzazione di Farmacia Ospedaliera – Università degli Studi di Bari Aldo Moro*

*\*\* Specializzanda Scuola di specializzazione di Farmacia Ospedaliera – Università degli Studi di Bari Aldo Moro*

# **Farmaci Innovativi: monitoraggio spesa farmaceutica regionale.**

## **Premessa**

La Legge di Bilancio di previsione dello Stato, per l'anno finanziario 2017, n.232/2016 ha definito all'articolo 1 commi 398 e 399, i due nuovi tetti della spesa farmaceutica, rispettivamente il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti pari al 6,89% e il tetto della spesa farmaceutica convenzionata pari al 7,96%, mantenendo invariate le risorse complessive pari al 14,85% del Fondo Sanitario Nazionale. Inoltre sempre all'articolo 1 commi 402, 403 e 404 sono stati istituiti due Fondi con una dotazione pari a 500 milioni di euro annui per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi e dei medicinali oncologici innovativi.

## **Obiettivi**

La Regione Puglia ha provveduto con Determinazioni Dirigenziali n. 2/2018 e 3/2018 ad assegnare, per singola Azienda pubblica del Sistema Sanitario Regionale, i tetti di spesa inerenti l'acquisto diretto e spesa convenzionata per l'anno 2018 al netto dei farmaci innovativi. Con circolare prot. n.5922/2017 ha definito le modalità di acquisto ed erogazione, a far data del 01/01/2018 dei medicinali di cui agli elenchi dei farmaci che accedono ai fondi dei farmaci innovativi ed innovativi oncologici ai sensi della Legge 232/2016.

## **Materiali e Metodi**

La Regione Puglia ha approvato con D.G.R. 129/2018 il Piano Operativo per il triennio 2016/2018, nella quale sono previste specifiche azioni per il contenimento della spesa farmaceutica regionale e per ricondurre la stessa nei tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale. Il Servizio Politiche del Farmaco ha inserito nel Piano Operativo delle procedure, nel rispetto delle linee guida nazionali, regionali ed aziendali, per potenziare, in maniera prioritaria, le attività di controllo nei confronti dei medici prescrittori e di porre in essere azioni volte ad implementare l'appropriatezza prescritta, incentivando, compatibilmente con le necessità cliniche, l'uso di medicinali con maggior rapporto costo/efficacia. I controlli sull'operato dei Centri prescrittori, ivi comprese le Strutture Private Accreditate, compete alla Azienda Sanitaria Locale (ASL) territorialmente competente. La prescrizione di tutte le specialità medicinali sottoposte a monitoraggio, deve avvenire sulla piattaforma web-based AIFA e nel Nuovo Sistema Informativo EDOTTO mediante la funzionalità "Prescrizione online" per consentire le successive fasi di monitoraggio e dispensazione. Per le prescrizioni dei farmaci innovativi, emesse dai Centri autorizzati Privati Accreditati, è stata prevista la sottoscrizione di specifici protocolli d'intesa tra la ASL territorialmente competente e la Struttura Privata Accreditata. Tale protocollo garantisce che l'acquisto del farmaco venga effettuato esclusivamente da parte della ASL, mentre la somministrazione avvenga nello stesso centro prescrittore.





### **Risultati e Commento**

I provvedimenti regionali hanno determinato un implemento dell'appropriatezza prescrittiva delle specialità medicinali innovative ed ha permesso alla Regione Puglia di poter usufruire correttamente dei fondi previsti dalla Legge 232/2016. Il costante monitoraggio attuato dalle ASL territorialmente competenti rappresenta un efficace strumento per il contenimento della spesa sanitaria e un indubbio vantaggio per il Sistema Sanitario Regionale.





**Salvatore Gubelli**

*Responsabile UOSD Scompenso Cardiaco ASP Potenza PTO Venosa*

**Marica Caivano**

*Dirigente Medico Cardiologia Utic Melfi Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo Potenza*

## Governance Scompenso Cardiaco-Regione Basilicata: esperienza dell'ambulatorio dedicato.

### **Premessa**

Lo Scompenso Cardiaco (HF) è una sindrome cronica e progressiva che rappresenta uno dei maggiori problemi di salute pubblica. La storia naturale della malattia è caratterizzata da fasi di acuzie, alternate a periodi di stabilizzazioni con un progressivo decadimento della capacità funzionale e della qualità di vita. La prognosi è severa. La storia clinica è caratterizzata da un'alta incidenza di ri-ospedalizzazioni. La voce prevalente nella spesa è rappresentata dai costi per l'assistenza ospedaliera. L'elevato impatto socio-economico di HF, ha indotto la Società Europea di Cardiologia a raccomandare la realizzazione di specifici programmi di intervento per i pazienti con HF cronico perché capaci di migliorare la prognosi riducendone i costi di gestione. La Regione Basilicata dal 2007 ha adottato come organizzazione, un modello basato su relazioni tra centri a complessità maggiore (Hub) collegati a centri (Spoke) preposti alla selezione, invio ai centri di riferimento e ripresa in carico dei pazienti.

### **Obiettivi**

Standardizzare i criteri di presa in carico e gestione dei pazienti con HF attraverso una rete T-H-T nel quale il paziente segua percorsi di cura organizzati per criteri di prossimità, severità e complessità clinica. Sono stati attivati 5 Ambulatori dedicati alla cura e PC di pazienti affetti da HF che rappresentano, ad oggi, un punto di riferimento.

### **Materiali e Metodi**

L'attività dell'ambulatorio si svolge presso i plessi ospedalieri di Melfi, e Venosa. I pazienti sono PC su segnalazione del reparto dimettente, con visita di controllo entro 10 giorni dalla dimissione (3 se dimessi dal PS) o tramite agenda CUP. Vengono svolte 3 sedute settimanali ed effettuate, per seduta, 8 tra prime visite e controlli. Sono PC pazienti con prima diagnosi di HF non ancora avviati a percorso diagnostico o pazienti con precedente ricovero per HF. Durante la visita, si verifica l'adesione alla terapia, si implementa e si titola la terapia prescritta, si verificano i criteri di eleggibilità a terapia elettrica, oltre al monitoraggio della funzione renale e del PRO BNP. Il Personale è costituito da un Dirigente Medico e da una infermiera che, oltre alla normale assistenza e rilievo dei parametri vitali durante le visite, contatta regolarmente i pazienti per verificare la compliance terapeutica o la presenza di variazioni cliniche sostanziali; provvede inoltre ad organizzare le sedute nei due plessi oltre a sensibilizzare sui principali segni/sintomi di allarme. L'Ecocardiogramma completo viene eseguito alla prima visita, e comunque una volta all'anno. Ad ogni visita, sono comunque rilevati Mapse, Tapse, FE, Pattern mitralico, Paps. Tutti i dati rilevati vengono inseriti in un Data base attraverso un applicativo di Access di Microsoft.





### **Risultati e Commento**

sono stati presi in carico presso l'ambulatorio VAB N°572 pazienti, di cui attualmente seguiti N°450. I decessi sono stati 122 con un tasso di mortalità del 5,23%. La casistica si compone di 339 maschi (età media di 73,89) e 233 femmine (età media 79,55); il 74.1% ha un'età superiore a 70 anni. Il 60% dei nostri pazienti presenta due o più co-morbilità tra cui ipertensione arteriosa (49,6%), BPCO 38,4%, IRC 32,8%, DM 32,2%, Anemia 17,6%. La forma prevalente (42,5%) di Cardiomiopatia è quella ischemica (CMDI), 42,5% seguita da quelle "primitive" (CMDP) presenti nel 37%. La FE è inferiore al 35% nel 66% delle CMDI e nel 70% delle CMDP. La fibrillazione atriale (FA) è presente nel 41% dei nostri pazienti. La classe NHYA III è quella prevalente (60%). Il 95% dei pazienti seguiti è in terapia con ACE inibitori / ARB o Sacubitril; l'89% con betabloccanti; il 75,5% con antialdosteronici; 84.5% dei pazienti in FA assume terapia anticoagulante (30% NAO). In presenza di criteri di eleggibilità il 45% delle CMDI ed il 39% delle CMDP ha beneficiato di un PM AICD. I ricoveri regionali per DRG 127 hanno mostrato una decisa inversione di tendenza a partire dal 2010 passando da 2517 a 1695 (-33%). La riduzione dei ricoveri nel VAB è stata più decisa (-64%).

A fronte di un netto miglioramento degli indicatori di qualità e di esito, i risultati non appaiono uniformi. È stato avviato una implementazione del progetto di Governance volto ad elevare a sistema quanto finora prodotto.





Poster



**Anna Napolitano\*, Anna Maria Malagnino\*\***

*\* Terapista Occupazionale*

*\*\* Dirigente Medico Geriatria*

*Paola Scognamiglio, Luciano Altrui, Clelia Volpe, Teresa Alfano, Alda Barruffi, Tiziana Burzio*

## **Verso il PDTA Demenze – La Terapia occupazionale nel trattamento delle Demenze. L'esperienza del DS 28.**

### **Premessa**

Le U.V.A. divengono Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), si modificano nella funzione e nel ruolo divenendo il fulcro della rete di assistenza per i disturbi cognitivi. Saranno distinti in CDCD di II livello, presso gli Ospedali o i Policlinici, e in CDCD di I livello nei distretti. I CDCD effettuano trattamento di terapia occupazionale (DRC 52 - Recepimento Accordo Stato-Regioni del 30/10/2014 e approvazione "Indicazioni operative per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la presa in carico delle persone con demenza: verso il P.D.T.A. demenze". BURC 36 ,11 giugno 2015).

### **Obiettivi**

La TO occupational therapy è una disciplina sanitaria per il trattamento di situazioni di handicap nelle attività di vita quotidiana, lavorativa e sociale che promuove la salute e il ben-essere attraverso l'occupazione. Lo scopo principale è quello di rendere le persone capaci di partecipare alle attività quotidiane e migliorarne la qualità di vita. Interventi di TO sono efficaci in ogni fase della demenza, sia come metodo di riabilitazione cognitiva che nella scelta del presidio ortopedico più appropriato per mantenere il massimo dell'autonomia possibile. Il coinvolgimento totale e consapevole del caregiver, attraverso la continua educazione e il sostegno operativo completa l'efficacia della TO, assieme agli interventi multidisciplinari della rete socio-sanitaria territoriale.

### **Materiali e Metodi**

Da febbraio 2015, data di inizio dell'attività di TO presso il CDCD I livello c/o UOAA DS 28 – ASL NAPOLI1CENTRO, a febbraio 2018 i soggetti trattati sono stati 75: staging di demenza lieve/moderato (CDR  $\leq$ 3), assenza di importanti disturbi psico-comportamentali, età media 73,3 anni (min 65 max 90), 35 uomini 40 donne.

Il programma terapeutico, basato su precisi schemi teorici secondo il Model of Human Occupation (MOHO), è attuato dai 3 protagonisti: il malato, il caregiver e il terapista occupazionale, che insieme identificano le attività più significative, la tipologia degli interventi e l'ambiente in cui si esprime la performance.

I colloqui propedeutici all'attuazione del programma affrontano 4 aspetti:

1-si indaga la storia personale utilizzando Occupational Performance History Interview (OPHI-II), integrata da una scheda descrittiva della giornata tipo del malato; 2- vengono individuati i problemi nella performance occupazionale attraverso la Canadian Occupational Performance Measure (COPM) e l'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS); 3- si esaminano, con interviste semistrutturate, storia e difficoltà gestionali del caregiver, ascoltandone richieste e reazione situazionale; 4-si ottiene la sintesi narrativa e si definiscono gli obiettivi da raggiungere.



### **Risultati e Commento**

I risultati ottenuti finora hanno confermato gli obiettivi prefissati: miglioramento della performance (+ 1,15), maggiore competenza nel caregiver, migliorata qualità della vita e dell'umore di entrambi (+2,1). Tutti i caregivers hanno dato il punteggio massimo al trattamento; l'85% non aveva mai sentito parlare della TO, il resto aveva avuto indicazione da Specialisti di Strutture Universitarie, oppure notizie da amici/conoscenti con problematiche simili (famigliari di soggetti già in trattamento c/o il nostro Servizio); quasi il 40% vorrebbe avere la certezza del trattamento anche al domicilio.

Nonostante la ricerca scientifica continui a proporre nuove teorie eziopatogenetiche la demenza è, al momento, una malattia inguaribile. Di contro, non è assolutamente incurabile e pertanto è di fondamentale importanza giungere più precocemente possibile alla diagnosi. Gli effetti delle nuove molecole farmacologiche sono indubbiamente potenziati, in termini di efficacia e di durata nel tempo, dalla contemporanea somministrazione di riabilitazione cognitiva e, in particolare, di Terapia Occupazionale al fine di fermare o, almeno rallentare, la progressione della demenza. L'obiettivo del DS28 della presa in carico del malato e dei suoi famigliari, attraverso un'azione congiunta multidisciplinare, di I e II livello (come descritto nel PDTA – demenze) in grado di raggiungere un'appropriata alleanza terapeutica, rappresenta un modello operativo irrinunciabile per la cura della malattia.





**Cristina De Sarno, Bruna Odasmini**

*Responsabili Infermieristiche Assistenza Territoriale – Distretti di Cividale e Tarcento, ASUID*

## L'infermiere nel territorio: quali sviluppi?

### **Premessa**

Tra i mutamenti sociali che comportano la necessità di apportare cambiamenti efficaci nella rete dei servizi vi sono senza dubbio il progressivo invecchiamento della popolazione, l'insorgenza di nuove cause di malattia legati ai moderni stili di vita e di benessere, l'incremento di patologie a carattere sociale e la maggiore consapevolezza della popolazione nei confronti della salute con il conseguente aumento delle aspettative.

Sono necessari aggiornamenti e riorganizzazioni degli aspetti relativi ai sistemi di erogazione di cure primarie, attraverso programmi e interventi che abbiano l'obiettivo di incentrare le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e educazione sanitaria direttamente sul territorio, modificando l'approccio da medicina d'attesa a medicina d'iniziativa. Lo stesso Piano della Cronicità ha come obiettivo quello di promuovere interventi centrati sulla persona e orientati su una migliore organizzazione dei servizi e su una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.

In questo contesto si inserisce la figura dell'infermiere, professionista che diventa un punto di riferimento per le persone che necessitano di cure e assistenza, considerando anche la L.190/2014 -comma 566- che promuove l'evoluzione delle competenze e quindi figure emergenti come l'infermiere di comunità, di famiglia, di centri di assistenza primaria.

### **Obiettivi**

Approfondire le competenze cliniche e gestionali degli infermieri territoriali, sia attraverso una formazione adeguata, sia mediante un rafforzamento e una specializzazione delle conoscenze e delle capacità assistenziali in una specifica area clinica, in relazione ai bisogni di assistenza infermieristica in una determinata popolazione.

### **Materiali e Metodi**

Dopo una valutazione dei fabbisogni assistenziali della popolazione dei Distretti afferenti all'ASUID, gli infermieri territoriali hanno seguito dei percorsi di formazione specifica, integrati con professionisti ospedalieri, relativi a scompenso cardiaco, diabete, BPCO, telemetria (ECG), PEG, con acquisizione di certificazione di competenza.

Il percorso formativo prevede sia una parte teorica sia una parte pratica di formazione sul campo che permette di acquisire la certificazione (infermiere specialist).

Per l'acquisizione di competenze di educazione terapeutica si è proseguito con gli eventi già attivati negli anni precedenti, coinvolgendo ulteriori professionisti sul metodo Teach Back, ampliando il target di patologie croniche (diabete, BPCO, ipertensione arteriosa) e includendo anche particolari terapie specifiche (TAO).





### **Risultati e Commento**

Elevato è il numero d'infermieri che, durante il 2017 e nei primi mesi del 2018 (formazione in atto per ulteriori professionisti), hanno acquisito competenze certificate in aree tematiche specifiche, utilizzate nei contesti ambulatoriali e domiciliari e nei Centri di Assistenza Primaria (istituiti in Friuli Venezia Giulia con la riforma sanitaria L.R. 17/2013).

Si sono inoltre costituiti dei team distrettuali formati da infermieri specialist che, oltre a prendere in carico e monitorare i pazienti portatori di gastrostomie endoscopiche percutanee (PEG), gestiscono e sostituiscono i device Balloon, direttamente a domicilio.

L'evoluzione delle competenze infermieristiche deve essere letta come necessario adeguamento all'evoluzione scientifica della pratica assistenziale in risposta all'evoluzione dei bisogni del cittadino. Le competenze avanzate non sono solo ampliamento di attività ma capacità da parte del professionista di agire una diversa e più ampia presa in carico del cittadino/paziente attraverso l'attivazione di nuovi processi che forniscano risposte più incisive alle mutate esigenze di salute e del contesto sanitario in continua evoluzione.





## **Caterina De Falco**

*Specialista Ambulatoriale di Geriatria - Centro Geriatrico "Frullone" – Distretto 28 ASL Napoli 1 Centro*

*Tripodi Francesca Saveria\*, Pisano Dolindo\*, Acito Rosalia\*, De Rosa Elena\*\*, Toscano Armando\*,  
De Gregorio Alessandro\*, Marfella Raffaella\*, Dello Monaco Maria Grazia\*, Marfella Agostino\*,  
Giustezza Francesca\*, Picciano Beniamino\*\*, Milan Graziella\**

*\* Centro Geriatrico "Frullone" Distretto 28 ASL Napoli 1 Centro*

*\*\* Direzione Sanitaria e Integrazione Sociosanitaria Distretto 28 ASL Napoli 1 Centro*

# **Centro geriatrico Frullone e lavoro distrettuale integrato: demenza presenile ereditaria e genetica – peculiarità assistenziali, cura e prevenzione.**

## **Premessa**

In Regione Campania nel 2003 sono state istituite le RSA (Residenze Sanitarie Assistite) per pazienti anziani e dementi. La legge 08/2003 ha indicato standard di personale in termini di tipologia e di minuti di assistenza. Nelle RSA demenza è previsto il ricovero di soggetti di qualsiasi età, anche inferiore ai 65 anni, affetti da tutte le forme di demenza, complicata da gravi disturbi psico-comportamentali. Nel Centro Geriatrico Frullone del Distretto Sanitario 28 (Piscinola, Chiaiano, Scampia, Marianella: periferia Nord di Napoli) dell'ASL Napoli 1 Centro sono presenti 2 moduli di RSA anziani ad alto carico assistenziale ed 1 modulo demenza, per 68 posti letto totali. Il modulo demenza prevede 20 posti letto residenziali. In quest'ultimo si è assistito negli anni ad un progressivo incremento dei ricoveri di pazienti affetti da forme di demenza presenile, ereditaria e genetica, sempre più giovani.

## **Obiettivi**

Per la tutela di questa fascia di popolazione particolarmente fragile, si sta lavorando alla prevenzione e alla promozione della salute, con la formazione degli utenti e delle loro famiglie, su un piano socio-economico e culturale.

## **Materiali e Metodi**

Dei 20 posti previsti in RSA demenza, 8 (circa il 40%) sono occupati da pazienti con forme genetiche, quali: N.1 paziente con Familial Alzheimer's Disease APP (FAD-APP), N.1 FrontoTemporal Dementia-MAPT (FTD-mapt) e N. 6 con demenza secondaria a Corea di Huntington. L'età media dei pazienti è di 47,1. La necessità del ricovero in RSA è stata legata all'impossibilità di gestire i gravi disturbi psico-comportamentali (BPSD, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia), aggravata dal contesto sociale estremamente fragile. I pazienti sono in età lavorativa e la loro malattia ha comportato per le famiglie un disagio economico, con l'impossibilità di qualsiasi gestione a domicilio. Hanno figli minori, in età infantile e adolescenziale, che hanno avuto difficoltà emotive, per l'incapacità di accettare la malattia, elaborare il "lutto" del proprio genitore, per l'angoscia di aver potuto ereditare la stessa malattia, sviluppando reazioni di rifiuto e di negazione. Hanno presentato rispetto ai soggetti più anziani, un decorso di malattia molto più grave, sia in termini di evoluzione che di complicità.





I BPSD hanno mostrato una severità maggiore, con maggiore frequenza di: aggressività fisica e violenza, inversione del ritmo sonno-veglia, opposizionismo, vocalizzazione con urlo compulsivo, autolesionismo, deambulazione afinalistica con rischio elevato di caduta. Il trattamento farmacologico dei BPSD con antipsicotici ha richiesto dosaggi elevati e di più farmaci contemporaneamente o l'utilizzo di forme depot. Il decorso clinico è stato caratterizzato da precocissime complicanze; tra le quali: 1) disfagia ingravescente ha richiesto il posizionamento di sondino nasogastrico e/o PEG, che i pazienti, a causa dei gravi BPSD, riuscivano continuamente a rimuovere, richiedendo frequenti interventi di sostituzione; 2) crisi epilettiche si sono manifestate in maniera atipica, sia con forme di grande male che miocloniche, e con estrema difficoltà nel raggiungimento di un equilibrio farmacologico, passando dalla resistenza alla terapia, alla eccessiva sedazione; 3) infezioni urinarie, episodi broncopolmonari acuti ed infezioni recidivanti hanno richiesto la somministrazione di antibiotici a largo spettro ad alto dosaggio per periodi prolungati e con intervalli liberi da terapia sempre più brevi. È stato necessario dotare il reparto di ausili dedicati per la prevenzione dei danni che i pazienti si sarebbero potuti procurare in conseguenza dei BPSD: letti "Alzheimer" ad altezza variabile (fino a 13 cm da terra) con spondine alte e ricoperte di paracolpi; seggioloni polifunzionali che sostengono, avvolgendo, il paziente.

#### **Risultati e Commento**

I pazienti affetti da forme di demenza ereditaria e genetica hanno peculiarità assistenziali differenti rispetto agli altri pazienti: richiedono maggiori risorse economiche, maggior presenza di personale, rispetto agli standard ed ai minuti di assistenza previsti, un sostegno psicologico e sociale dedicato e integrato con le risorse territoriali. Il Centro Geriatrico Frullone di intesa e in sinergia con la Direzione Sociosanitaria del DS 28, quest'ultimo in particolare attraverso le azioni in fieri di cui si fa promotore (Aggregazioni Funzionali Territoriali, Unità Complessa di Cure Primarie, Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali per le cronicità), è disponibile ad incrementare studi osservazionali ed elaborare protocolli operativi a sostegno delle fragilità estreme che si presentano nella pratica clinica.





**Ciotti E\*, L. Chiri\*, M. Menchetti\*\*, D. Berardi\*\*, N. Bonora\*, M. L. de Luca\***

*\* Ausl Bologna*

*\*\* Università Bologna*

## Lo psicologo nella casa della salute

### Premessa

Depressione, ansia e altri disturbi emotivi comuni hanno un forte impatto sul funzionamento globale degli individui che ne sono affetti e sono associati ad una scarsa qualità della vita, disturbi fisici, svantaggi occupazionali, trattamenti farmacologici. In quest'ottica è fondamentale la disponibilità di iniziative di collegamento tra la Salute Mentale e le Cure Primarie, oltre allo sviluppo di competenze psicologiche specifiche nel contesto delle Cure Primarie che diventano fondamentali per poter gestire in maniera efficace i disturbi ansiosi-depressivi. Solitamente chi soffre di problemi fisici trova facile accesso nei servizi di primo livello rispetto a chi ha un disagio psicologico che, invece, rischia di non trovare accoglienza in queste sedi e di essere erroneamente indirizzato presso centri specialistici della Salute Mentale dove vengono prese in carico persone con una patologia più grave. Dunque può accadere che persone affette da disturbi emotivi comuni non vengano individuate e curate in un luogo clinico a loro dedicato, ma che siano convogliate in strutture specialistiche che offrono un servizio sproporzionato rispetto alle loro necessità. Per tutte queste ragioni è già operativo, da quasi 20 anni, il Programma G.Leggieri in Emilia-Romagna, per coordinare le iniziative di assistenza primaria in materia di salute mentale che ha favorito e strutturato la collaborazione tra Psichiatria e medicina generale. Il modello adottato "Stepped Care", prevede un percorso di cura a gradini che differenzia le tipologie dei disturbi psichiatrici più comuni in tre modalità principali (Livelli A,B,C) correlate ai livelli di presa in cura ad intensità e complessità crescente in base alle necessità ed anche l'individuazione per ciascun Nucleo di Cure Primarie di uno psichiatra di riferimento. Nel corso degli ultimi anni, ci si è resi conto che l'integrazione solo tra il MMG e lo psichiatra non basta più per alcune casistiche e come da indicazioni di letteratura occorre aprire ad altre figure professionali, lo psicologo. Infine l'istituzione delle Case della Salute (CdS), come luogo di integrazione delle cure che coniuga massima accessibilità e riduzione dello stigma della patologia mentale hanno rappresentato l'opportunità per far nascere il progetto.

### Obiettivi

Dotare la medicina generale di nuove strategie di identificazione precoce e gestione dei disturbi emotivi minori attraverso l'inserimento di una specifica figura professionale "lo psicologo" all'interno di un luogo di cura a facile accessibilità, la Casa della salute, per migliorare l'appropriatezza dei trattamenti (under/over treatment) e migliorare le conoscenze in questo settore dei medici di medicina generale.





### **Materiali e Metodi**

Sul territorio della città metropolitana di Bologna, a partire da aprile 2015 ad oggi è stato avviato il progetto "Lo psicologo nella Casa della Salute" attraverso il quale è stata introdotta la possibilità di un'assistenza psicologica di base nel contesto sanitario di primo livello. Le Case della Salute coinvolte sono state quattro con tempistiche diverse e diverso coinvolgimento dei medici, le CDS sono Borgo-Reno, Budrio, Sasso Marconi e Vergato, Chersich e Mazzacorati.

### **Risultati e Commento**

L'inclusione di un "primo livello di psicologia" nelle Cure Primarie ha mostrato di essere una diversificazione delle opzioni di trattamento sia a livello verticale (evitando sovra trattamenti presso i Centri di salute mentale CSM) sia a livello orizzontale garantendo interventi di consulenza psicologica, di promozione della salute, percorsi di counseling brevi e strutturati, interventi motivazionali, psicoeducazione e attività di gruppo di varia natura. Un sistema così costituito ha mostrato avere più possibilità di intercettare problematiche e bisogni proponendo risposte sanitarie immediate, specifiche e finalizzate a ridurre i rischi di fenomeni quali l'inappropriatezza. Infine si è visto un effetto sulla prescrizione (-1,8% degli SSRI), una miglior collaborazione tra i professionisti, un miglioramento in esiti anche clinici (diminuzione dell'ansia (GAD-7) e infine una riduzione degli accessi ai servizi maggiori CSM.





## **Cristina De Sarno**

*Responsabile Infermieristico Distretto di Cividale dell'ASUIUD*

*Mara Delle Case, infermiere ADI Distretto di Cividale ASUIUD  
Flavia Crisetig, coordinatore Infermieri ADI Distretto di Cividale  
Infermieri ADI distretto di Cividale*

# **Trasferimento delle informazioni e delle responsabilità. Sperimentazione dell'applicazione del metodo SBARR in ambito territoriale.**

## **Premessa**

Le consegne infermieristiche sono un aspetto fondamentale nella pratica clinica. La funzione principale è il passaggio delle informazioni tra gli operatori (Handover) sulle condizioni cliniche del paziente per garantire la continuità assistenziale, inoltre hanno funzione di: educazione, insegnamento, apprendimento, debriefing emozionale, una fonte di supporto e coesione del gruppo. Trasferendo le informazioni è trasferita anche la responsabilità del paziente e garantita la sua sicurezza, di conseguenza è fondamentale adottare un metodo strutturato di trasmissione delle informazioni cliniche tra gli operatori. Le prestazioni dell'infermiere dipendono in buona parte dalla qualità e quantità delle informazioni disponibili e dalla razionalità con cui vengono utilizzate. Requisiti essenziali sono: la veridicità, la pertinenza, l'identificazione, la rintracciabilità e la chiarezza. Ogni professionista ha l'obbligo normativo e deontologico di documentare il proprio operato in quanto la consegna ha valore legale ed è parte integrante della cartella clinica. Il metodo SBARR (Situation, Background, Assesment and Racommendation) fornisce una sorta di cecklist per presentare in modo chiaro, completo e rispettando sempre con una certa sequenza i dati importanti, riferiti alla situazione pregressa e attuale del paziente. Tra i vantaggi del metodo si evidenziano: una comunicazione coerente e una precisione delle informazioni, assicura completezza delle informazioni, riducendo la probabilità dei dati mancanti, uniforma le informazioni richieste, riduce il tempo di trasmissione delle consegne e non lascia spazio alle interpretazioni. Applicato ormai da anni presso diverse strutture ospedaliere, ma non è stato mai sperimentato nei setting domiciliari. In ambito territoriale il metodo principale è la consegna narrativa. La narrazione è l'approccio più tradizionale in cui le informazioni, interventi ed esiti sono organizzati in ordine cronologico, spesso enfatizzando alcuni aspetti, ma senza una struttura formale che permetta di selezionarle informazioni. La criticità di questo metodo di consegne è che necessita di molto tempo ed è priva di coesione e di compattezza, infatti chi ascolta interrompe spesso per chiedere ulteriori dati mancanti. Non garantisce precisione e accuratezza perché vengono trasmesse molte informazioni inutili.

## **Obiettivi**

Nel servizio infermieristico domiciliare non vi sono evidenze né linee guida su come documentare l'assistenza erogata. L'handover territoriale trova numerose differenze rispetto all'ambito ospedaliero. Trattandosi di un contesto vasto e differenziato è importante dare maggior risalto alla descrizione dell'abitazione e a eventuali problemi famigliari o alla descrizione del caregiver di riferimento. Gli strumenti delle consegne infermieristiche solitamente usati avevano la necessità di una riconfigurazione. Gli infermieri del Servizio domiciliare del Distretto di Cividale hanno sentito la necessità di migliorare il passaggio delle consegne e di standardizzare uno strumento che potesse migliorare la comunicazione e il trasferimento delle informazioni per la sicurezza dei pazienti.





### **Materiali e Metodi**

Dopo una formazione degli infermieri del servizio domiciliare, del coordinatore e del Responsabile infermieristico, si è pensato di adottare il metodo adattandolo alle esigenze territoriali e in ogni item previsto, sono state riportate le notizie utili all'operatore per la continuità delle cure. Sono stati evidenziati, in una leggenda condivisa tra gli operatori, quali potevano essere i dati necessari e utili alla continuità e sicurezza delle cure. Durante la fase di sperimentazione sono stati avviati degli incontri periodici a piccoli gruppi con i colleghi dei tre poli assistenziali del servizio infermieristico domiciliare del distretto di Cividale (Manzano, Cividale e San Pietro) per valutare l'efficacia del metodo, eventuali lacune, incomunicabilità, incomprensioni ed altro, ma soprattutto rinforzare il gruppo con suggerimenti per migliorare la corretta compilazione della scheda, la condivisione del linguaggio e migliorare la comunicazione. Dopo alcuni mesi dall'utilizzo della scheda in sperimentazione si è ritenuto di rivalutare l'efficacia di tale strumento quale modalità di consegna. Sono stati fatti i controlli sulle schede compilate da cui sono emerse diverse criticità quali una difficoltà di compilazione sia per problemi legati al linguaggio tecnico, sia per il sistema di scrittura.

### **Risultati e Commento**

Dai risultati della sperimentazione alcuni item risultano essere presenti al 100% come l'identificazione, altri come l'item delle allergie risulta essere la sezione con meno adesione, solo l'8,5%. Quest'ultima è considerata molto rilevante perché a differenza dei setting ospedalieri nel domicilio è più difficile agire tempestivamente in caso di reazione allergica e a reperire il materiale necessario. Sulla base dei risultati emerge che il metodo Sbarr è sicuro ed efficace per la trasmissione dei dati nel contesto territoriale. Gli item Sbar sono presenti nella maggior parte delle consegne e nel complesso c'è un'aderenza del 64% con sei sezioni che raggiungono più dell'80%. Sono state evidenziate delle differenze in base alle sedi di competenza del SID (Servizio infermieristico domiciliare) del distretto di Cividale. Queste disuguaglianze emerse potrebbero essere in parte condizionate dalla tipologia di popolazione e dai rispettivi indici di vecchiaia. Dopo un anno di sperimentazioni emerge la necessità di effettuare ulteriori ricerche qualitative per valutare se durante il trasferimento della consegna orale, permane una componente narrativa che va a completare anche le sezioni meno presenti nelle consegne scritte. Sarebbe altrettanto utile introdurre una parte sull'educazione terapeutica e dell'adesione da parte dell'utente. Infine sarebbe opportuna una valutazione sul percepito degli infermieri, verificando se gli stessi si sentono più "sicuri" o meno dopo aver ricevuto le informazioni.





## **Cristina De Sarno**

*Responsabile Infermieristico Distretto di Cividale dell'ASUIUD*

*Claudia Oriecua, Coordinatore CAP Manzano ASUIUD*

*Carmela Cinquemani, Coordinatore CAP Cividale ASUIUD*

*Catia Bracco, Infermiere CAP di Cividale*

# **Il Centro di Assistenza Primaria CAP. Il lavoro integrato dei servizi territoriali alla persona.**

## **Premessa**

La regione Friuli Venezia Giulia è la seconda regione più vecchia d'Italia e la quarta in Europa, per la presenza di una popolazione over 65 che raggiunge il 24,7%. Per tale ragione la regione FVG ha definito La legge regionale del 16/10/2014 del Friuli Venezia Giulia definisce il nuovo assetto organizzativo sanitario stabilendo la nascita delle Aggregazioni Funzionali Territoriali AFT e la nascita dei Centri di Assistenza Primaria CAP. Inoltre definisce con Delibera 39/2016 Accordo Integrativo Regionale per i Medici di Medicina Generale, obiettivi di salute, percorsi assistenziali e monitoraggio degli indicatori di qualità. Il CAP è il presidio socio sanitario pubblico più vicino alla popolazione e in un'unica struttura e il cittadino può trovare risposta alla maggior parte dei problemi sanitari. Rappresenta un sistema integrato di servizi, in cui si realizza l'accoglienza e l'orientamento ai servizi, un coordinamento dei percorsi di salute (promozione, prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione ed assistenza). Garantisce l'assistenza sanitaria di primo livello, la gestione delle patologie croniche, gli interventi di prevenzione e promozione della salute. L'organizzazione funzionale e gli elementi costitutivi sono rappresentati da un punto unico integrato socio sanitario di Comunità (MMG, PLS, Specialisti, infermieri, Assistenti Sociali ed altri professionisti), dall'attivazione di una segreteria per la gestione proattiva ed integrata delle malattie croniche come il diabete, BPCO, scompenso, criticità oncologica. Viene definita la collaborazione tra distretto e ambito attraverso percorsi di presa in carico secondo standard clinico assistenziali (PDTA). Nel Cap viene sviluppato il lavoro di equipe multi-professionale e il lavoro di rete nella comunità. Per adempiere alla normativa regionale il Distretto di Cividale dell'ASUIUD ha aperto, tra il 2016 e il 2017 due Centri di Assistenza Primaria, il Centro di Assistenza Primaria CAP di Manzano aperto ad ottobre 2016 e il Centro di Assistenza Primaria di Cividale inaugurato e aperto a febbraio 2017. Il primo con un'apertura sulle 12 ore il secondo con un'apertura sulle 8 ore.

## **Obiettivi**

Migliorare la qualità di vita dei pazienti con malattie coniche e con riduzione della riacutizzazione e del ricorso alle cure ospedaliere, facilitando l'accesso ai percorsi integrati tra territorio e ospedale; Condivisione delle informazioni riguardanti il paziente tra tutti i soggetti coinvolti nel percorso assistenziale; promozione dell'empowerment e della compliance della persona.





### **Materiali e Metodi**

La metodologia applicata in entrambi i Centri di Assistenza sono la medicina d'iniziativa/ Cronoc Care Model. Viene definita una lista di pazienti con patologie croniche, successivamente viene fatta la chiamata attiva. Per ogni medico di Medicina generale è stata creata un'agenda di medicina d'iniziativa dove sono stati prenotati i pazienti in un follow up medico infermieristico. In fase iniziale sono state definite le liste dei pazienti con Diabete Mellito di tipo 2. Al momento della visita viene fatta da parte dell'infermiera l'educazione terapeutica e se necessario rinviato il paziente a controllo. Viene svolta, quindi, un'attività di gestione integrata e proattiva della persona con malattia cronica. Tutti medici di medicina generale e gli infermieri seguono da due anni una formazione sul campo con diversi eventi scanditi nel corso dei mesi, con aggiornamenti sia sull'andamento dei CAP sia su argomenti di interesse generale. Gli infermieri del CAP hanno effettuato una formazione specifica riguardo l'ambulatorio del diabete, l'ambulatorio dello scompenso, l'educazione terapeutica, l'utilizzo dell'ECG e sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari.

### **Risultati e Commento**

A distanza di quasi un anno e mezzo dall'apertura dei Centri di Assistenza primaria del Distretto sanitario oltre ai risultati di attività si è potuto constatare tramite uno studio della qualità percepita: una miglior presa in carico dell'utente e una maggior attenzione alle sue esigenze di salute; a un utente più informato e famigliari coinvolti nei programmi educativi di salute; a una riduzione dei tempi di attesa per le visite specialistiche; un miglioramento della qualità delle relazioni con i Medici di Medicina Generale; all'inserimento nella Medicina d'iniziativa dell'educazione terapeutica con miglioramento delle condizioni di salute dell'utente.

Dopo un'attenta riflessione su quanto svolto emergono aree di miglioramento sia sull'attività degli ambulatori specialistici con una maggior collaborazione tra gli specialisti e i medici di medicina generale, un miglioramento del sistema informativo, che vede a distanza di tempo ancora con problemi tecnici riferiti ai programmi informatici specifici per i MMG. E' necessario inoltre attivarsi per la medicina di iniziativa anche per altre malattie croniche come scompenso. Si rende necessario la previsione di Audit specifici sui risultati di attività svolte da tutti gli operatori sanitari con lo scopo di esaminare e valutare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza delle prestazioni erogate e di conseguenza l'applicazione di azioni di miglioramento.





**Daniela Anastasia**

*Responsabile Infermieristico Distretto Ovest AAS2 "Bassa Friulana - Isontina"*

*Barbara Margheritta, Infermiere Coordinatore Servizio Infermieristico Domiciliare Distretto Ovest AAS2  
"Bassa Friulana - Isontina"*

## PUA: Punto Unico di Accesso Il valore del rientro dell'assistito, a domicilio, in sicurezza.

### **Premessa**

Il Punto Unitario di Accesso (PUA) rappresenta il primo e fondamentale anello di un più ampio percorso di presa in carico della persona. L'analisi del bisogno rilevato deve garantire l'accesso a tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza e alla domiciliarità.

Nel 2018 il Servizio Sociale di Base introdurrà sperimentalmente un intervento gratuito di sostegno alla domiciliarità nel primissimo periodo (massimo 15 giorni) di deospedalizzazione, su target di pazienti dimessi dai reparti medici e selezionati dagli operatori del PUA

A seguito del periodo di sperimentazione è prevista una valutazione sulla popolazione che ha beneficiato dell'intervento di:

- a) Indicatori di processo (indice di reingresso in ospedale con prevalente valenza sociale, ingresso in struttura protetta);
- b) Indicatori di qualità percepita (somministrazione questionario ai care giver rispetto al supporto ricevuto per la permanenza dell'assistito a domicilio).

### **Obiettivi**

Il lavoro finora svolto ha lo scopo di rappresentare un fenomeno al "tempo 0" con l'Identificazione della popolazione oggetto della sperimentazione attraverso le sue caratteristiche cliniche, di autosufficienza pre e post ricovero, di composizione del nucleo familiare e presenza o meno del care giver. Tale selezione, secondo la nostra ipotesi, dovrebbe identificare la popolazione maggiormente avvantaggiata dalla sperimentazione di un sostegno economico (gratuito per i primi 15 giorni) alla domiciliarità.

### **Materiali e Metodi**

Campione: schede di segnalazione al PUA dal 1/1/2017 al 30/06/2017 n. 1141 di cui per dimissione da ricovero ospedaliero n. 370.

Strumenti: scheda di segnalazione ospedale/territorio, Scheda di Brass, database su foglio Excel delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

### **Risultati e Commento**

Dall'analisi che è emerso che la maggior parte delle segnalazioni (61%) provengono dall'area medica per compromissioni di tipo oncologico (24%), neurologico (21%) e cardiologico (18%)  
Considerando l'autonomia pre e post ricovero il 17 % del campione da una condizione di completa autonomia passa ad una di parziale o totale dipendenza.





La rilevazione della composizione del nucleo familiare di convivenza ha evidenziato un numero importante di persone dipendenti che vivono solo con il coniuge anziano o solo con assistenza privata nelle 24 ore.

Dalla analisi comparata delle due variabili (autonomia e care giver) è emerso che 15 persone pari al 4% non avrebbero beneficio dall'attivazione del sostegno assistenziale pur diventando non autosufficienti per mancanza di care giver.

Il restante 13% (48 persone) ha subito una perdita completa di autonomia e ha una composizione del nucleo familiare potenzialmente attivabile.

Un ulteriore livello di analisi, prima di partire con la sperimentazione, dovrebbe verificare nella nuova o mantenuta disponibilità dei figli non conviventi a essere coinvolti nel piano assistenziale pari a 58% dei casi.

Il lavoro proseguirà nel primo semestre 2018, confrontando i valori degli indicatori di processo e di qualità percepita del "tempo 0" con quelli del "tempo 1" a conclusione dei primi 6 mesi di sperimentazione. Sarà presentato alla Assemblea dei Sindaci che finanzia il progetto e alla Direzione del Dipartimento di Assistenza Primaria della Azienda Sanitaria.





**Beniamino Picciano\*, Elena De Rosa\*\*, Rita Calì\*\*\***

*\* Direttore Responsabile Ds 28 ASL Napoli 1 Centro*

*\*\* Psicologa referente Integrazione sociosanitaria e PDTA Ds 28 ASL Napoli 1 Centro*

*\*\*\* Assistente Sociale Territorio Scampia*

## **Il diritto al futuro. La lettura del Territorio per la programmazione socio-sanitaria distrettuale.**

### **Premessa**

Il Distretto 28 della ASL Napoli 1 insiste nella periferia nord di Napoli. Scampia, quartiere difficile per caratteristiche strutturali, storiche, socioeconomiche. È uno dei quartieri più popolosi della città, nonostante il numero di residenti vada considerato al rialzo per la forte presenza di occupazioni abusive. È il primo quartiere di Napoli per disoccupazione. Nelle Vele il degrado si accompagna alla povertà materiale e sociale dove le precarie condizioni socio-economiche hanno determinato l'esplosione della criminalità organizzata e di una sofferenza sociale-psicologica diffusa con tendenza alla rassegnazione. A fronte del disagio è ricca la presenza di associazioni, parrocchie, centri sportivi, laboratori artistici, scuole, centri educativi che negli anni si sono moltiplicati e specializzati per fronteggiare le emergenze.

### **Obiettivi**

Le strutture sanitarie hanno dovuto fare i conti con le caratteristiche del Quartiere lavorando da un lato alla assistenza secondo i dettami ministeriali/regionali, dall'altro a costruire percorsi di prossimità, dall'altro ancora partecipando a processi di trasformazione in integrazione con le agenzie territoriali e a sostegno dei bisogni della popolazione.

### **Materiali e Metodi**

Il Distretto 28 ha scelto come metodologia di lavoro l'apertura di tavoli di concertazione, progettazione partecipata, osservatori e laboratori per costruire percorsi di salute per fasce di popolazione e peculiari urgenze. Il dialogo con le associazioni è risultato utile per una serie di differenziati aspetti: dalla problematica emergente delle patologie tumorali alla prevenzione nel programma per la terra dei fuochi, dall'emergenza baby gang all'intervento integrato di ascolto psicologico e sostegno familiare, ma anche per la costruzione dei PDTA per pazienti cronici e indigenti. Da questa integrazione ci aspettiamo un incremento di: -attenzione della popolazione alla salute dei singoli e delle famiglie -partecipazione alle campagne di prevenzione e promozione -partecipazione ai processi di cambiamento dei Servizi sociosanitari verso le UCCP -empowerment, riappropriazione, incremento motivazionale alla cura e alla cittadinanza attiva. In relazione ai dati sul territorio, il Distretto deve affrontare una serie di problematiche in divenire e può farlo solo in stretta relazione con le forze del territorio con le quali può condividere più percorsi: l'informazione sulla offerta sanitaria, la cura dei più fragili, le progettualità sociosanitarie per fasce di età e per aree a rischio, il lavoro per le famiglie, il lavoro di ascolto dell'utenza, riabilitazione e prevenzione attraverso lo sport, la promozione della salute attraverso sportelli-laboratori-iniziativa culturali, le nuove emergenze educative con ricadute sulla salute e sull'ordine pubblico.





### **Risultati e Commento**

Il Distretto Sanitario è voce sensibile del Territorio dove insiste. È luogo di promozione dell'integrazione, si muove verso un modello di riorganizzazione delle Cure atto a migliorare l'assistenza in risposta ai reali bisogni della popolazione dei quali si fa anche portavoce. È centrale operativa di azioni a supporto della Persona, della sua vita, della sua storia e appartenenza territoriale. E' Casa della salute per la prossimità alla Persona .L'attenzione del Ds 28 alle multiproblematicità e alle fragilità prevede un forte investimento nella comunicazione. L'obiettivo è la condivisione dei percorsi ma anche la conoscenza in tempo reale delle problematiche, delle risorse in movimento, delle capacità resilienti e dei luoghi stessi dove è importante l'intervento sociosanitario, di prevenzione e di cura.

Il Distretto concretizza la rete della presa in carico e della continuità dell'assistenza per il futuro dei più fragili che li veda più protagonisti delle proprie vite e dei propri diritti.





**Federica Duò\*, Antonella Lacroix\*\***

*\*Presidente CARD VdA*

*\*\*Membro Consiglio Direttivo CARD VdA*

## La lotta alle disuguaglianze in ambito sanitario: il ruolo di card VdA.

### **Premessa**

“Promuovere e sostenere la cultura del cambiamento in sanità in un’ottica globale con particolare attenzione alla realtà di territorio ed ai bisogni di salute espressi, o potenzialmente prevenibili, dalle persone nel loro specifico e peculiare luogo di vita”. E’ questo l’obiettivo generale che dal 2014 - anno in cui la C.A.R.D - Confederazione Associazioni Regionali di Distretto si è ricostituita in Valle d’Aosta- persegue e che costantemente anima intenti ed azioni.

### **Obiettivi**

CARD VdA si è costituita con un consiglio direttivo multiprofessionale con la mission di organizzare formazione trasversale a tutte le professioni, che ruotano attorno alla rete dei servizi territoriali, mirata alla riduzione delle disuguaglianze di salute per un’assistenza equa che contrasti lo spopolamento e favorisca la montagna come luogo di vita dove creare salute: la salute a casa.

### **Materiali e Metodi**

Con tale presupposto di base, CARD affronta il tema delle disuguaglianze in termini concreti su più versanti:

- A livello associativo valorizzando la multiprofessionalità -> in CARD confluiscono direttori di distretto, medici di medicina generale, medici specialisti nonché i professionisti della sanità quali infermieri e riabilitatori, e personale di supporto che opera a livello territoriale.
- A livello formativo CARD da anni promuove iniziative che trattano tematiche non soltanto a livello multiprofessionale, ma in un’ottica di community care sono stati trattati argomenti con il coinvolgimento interistituzionale facendo intervenire rappresentanti delle istituzioni presenti sul territorio: scuole, enti locali, le forze dell’ordine. Inoltre in diverse occasioni sono stati organizzati eventi che hanno coinvolto il terzo settore con la rappresentanza di associazioni di volontariato presenti sul territorio, con le famiglie e con le fasce più fragili della popolazione.
- A livello sociale e divulgativo CARD si fa carico, promuovendo eventi sul territorio, di fornire una corretta informazione in relazione ai temi che riguardano la salute anche ai cittadini residenti nelle zone di montagna e quindi meno accessibili, più dislocate e di conseguenza più svantaggiati e deprivate. La sanità in montagna ha dei costi maggiori e portare la salute a casa delle persone, promuovere l’educazione e l’empowerment sono strategie vincenti per ridurre la spesa sanitaria e garantire alle persone risposte di qualità ai bisogni di salute permettendogli di vivere in zone disagiate di montagna.





In particolare i temi trattati nel corso delle numerose iniziative di formazione si sono concentrati su due ambiti di interesse generale: la cronicità e la disabilità. L'intento è sempre stato quello di creare un trait d'union tra i professionisti della sanità ed i cittadini portando corrette e fruibili informazioni "a casa" o comunque vicino a casa. Far conoscere i professionisti, i servizi di territorio nonché fornire informazioni utili alla gestione di patologie croniche quali il diabete, le patologie respiratorie, le malattie cronico degenerative e le differenze di genere. Tali interventi hanno come obiettivo quello di intersecarsi per costruire il complesso ma realizzabile mosaico che compone il Welfare di comunità.

### **Risultati e Commento**

Prendendo spunto da Don Milani secondo il quale "nulla è più ingiusto che far parti uguali tra disuguali" nell'ambito della formazione per CARD VdA "nulla è più ingiusto che fornire uguali informazioni e chi ha bisogni diversi per condizioni geografico ambientali e di salute". Il valore aggiunto della formazione multiprofessionale sta nella valorizzazione delle diversità e dal confronto costruttivo tra le professioni.

Nello specifico dal 2014 ad oggi sono stati organizzati 6 incontri di divulgazione alla popolazione che hanno trattato le tematiche relative all'impiego delle cellule staminali nella cura dei malati cronici, la malattia di Alzheimer, la frequentazione della montagna e la dipendenza e l'uso dei social. Per quanto riguarda la formazione del personale sanitario sono stati organizzati 19 eventi ECM che hanno coinvolto sempre relatori multi professionali.





**Gemma Zocco\*, Cinzia Morciano\*\*, Paolo Toma\*\*\*, Maria Rosaria Pica\*\*\*\*,**

*\* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche, Ancona.*

*Tirocinante presso Distretto SocioSanitario Galatina.*

*\*\* Medico Distretto SocioSanitario Galatina*

*\*\*\* Specialista Pneumologo Distretto SocioSanitario Galatina*

*\*\*\*\* CPS Infermiere Ambulatorio Pneumologico Distretto SocioSanitario Galatina*

## **Il percorso della presa in carico territoriale del paziente con patologia respiratoria. Modello pilota nel distretto di Galatina.**

### **Premessa**

Le malattie respiratorie croniche sono un importante problema sanitario poiché si accompagnano a comorbidità che aggravano le condizioni del paziente (pz), complicano la terapia comportando un maggiore utilizzo di risorse sanitarie, ivi compresa una più elevata necessità di ospedalizzazioni e un aumentato rischio di morte. È necessaria una presa in carico più estensiva da parte del servizio cure primarie.

### **Obiettivi**

Obiettivo del presente modello è quello di implementare, nel Distretto SocioSanitario di Galatina, un sistema organizzativo di presa in carico del pz affetto da patologia respiratoria secondo l'Expanded Chronic Care Model (ECCM).

### **Materiali e Metodi**

E' stata attivata una modalità sperimentale di presa in carico presso la medicina di super gruppo del comune di Galatina "Medici Domani" composta da 4 Medici di Medicina Generale (MMG), 3 Infermieri, 1 fisioterapista e 3 collaboratori di studio. Il Modello pilota ha previsto le seguenti attività:

- attivazione di ambulatorio dedicato presso il SuperGruppo
- definizione del percorso terapeutico con la scelta dei criteri di accesso dei pz al servizio;
- implementazione del percorso mediante l'organizzazione di visite ambulatoriali pneumologiche presso lo studio del super gruppo;
- raccolta retrospettiva dei dati clinici, socio-demografici ed assistenziali, utili per l'analisi del modello organizzativo attuato.

### **Risultati e Commento**

Dall' 1/1/ 2016 al 31/12/2017 sono stati reclutati 68 pazienti, 72% di uomini e 28% di donne con età media di 59 anni (St. Dev.  $\pm$  13aa), per un totale di 85 visite pneumologiche.

Il 22% dei soggetti hanno riferito di non essere fumatori, il 32.5 erano ex fumatori ed il 46% fumatori con una media di 22 sigarette/die ed esposizione di 34.7 anni.

Rispetto alla presenza di comorbidità, il 14.7% degli assistiti non presentava alcuna patologia, il 23,5% era affetto da 1 patologia cronica, il 36,7% da 2 mentre il 25% da almeno 3 patologie concomitanti.

Le malattie maggiormente riscontrate sono state: l'ipertensione 24.3%, le patologie del tratto gastroenterico 15.7% (gastrite cronica, ulcera duodenale, ernia Jatale) ed il Diabete Mellito 8.7%. Per tutti i soggetti è stata eseguita visita pneumologica con spirometria e per il 69.1% di essi sono state chieste ulteriori indagini di approfondimento diagnostico.





Nel 65% dei casi è stata fatta diagnosi di BPCO (di cui il 13.6% in stadio GOLD 1, il 29.5% GOLD 2, il 15.9% GOLD 3 ed il 40.9% in GOLD 4) e nel 12% di asma.

Impostata l'adeguata terapia, per il 75% degli assistiti sono stati programmati controlli di follow-up con presa in carico da parte dello specialista territoriale.

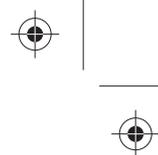
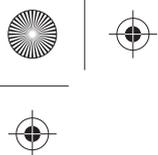
Per il 22% dei pz definiti a rischio (ovvero con spirometria ancora ai limiti della norma), il personale sanitario del super gruppo ha svolto lavoro di informazione ed educazione sanitaria alle buone pratiche di vita (tra cui l'astensione dal fumo).

L'attuazione dell'ECCM nel gruppo pilota, ha consentito una migliore qualità nell'assistenza e nella presa in carico dei pz, soprattutto in quelli definiti ancora a rischio, per cui il perpetuare dell'abitudine tabagica è associata ad una maggiore probabilità di incorrere in patologia; dati di letteratura infatti evidenziano che per la BPCO il rischio di un fumatore di 20 sigarette/die per un periodo inferiore a 30 anni consecutivi di consumo tabagico è del 26% mentre tale percentuale raddoppia se il periodo tabagico è superiore.

Presupposto fondamentale per l'attuazione del modello è stata la condivisione di un percorso clinico tra MMG e specialisti del territorio oltreché la presenza di un'organizzazione dei MMG tale da garantire un'assistenza ed un supporto continuo al paziente.

Al termine della fase pilota il modello è stato implementato nelle altre medicine di super gruppo presenti nel Distretto, indice di un radicale cambiamento all'interno dell'organizzazione territoriale ormai proiettata ad una gestione della patologia cronica tempestiva ed efficace.





**Mariacira Grimaldi, Luisa D'Avino, Eduardo Pone**  
*UOASB - DSB32 ASL Napoli1 Centro*

## **BPCO: studio sulla popolazione di un distretto dell'ASL NA1 centro. Inserita nel programma aziendale "salute e ambiente".**

### **Premessa**

I dati a disposizione evidenziano che il percorso diagnostico-terapeutico della BPCO e delle sue complicanze ha determinato una ottimizzazione della gestione della malattia e una appropriatezza prescrittiva.

### **Obiettivi**

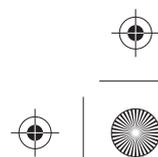
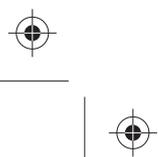
Illustrare il percorso diagnostico terapeutico della BPCO e delle sue complicanze adottato dall'ambulatorio di Fisiopatologia Respiratoria del DSB32 e risultati ottenuti.

### **Materiali e Metodi**

- Analisi di tutti i casi presi in carico e lettura del territorio;
- Caratteristiche della popolazione valutata: prescrizione di visite pneumologiche, spirometrie, polisonnografie e autorizzazioni O2 liquido.

### **Risultati e Commento**

Formazione del personale infermieristico. Coordinamento fra le figure professionali coinvolte: specialista, MMG e infermieri.





**M.E. De Lima, P. Falaschi, S. Fiorillo, G. Battaglia, M. Berardelli,  
F. Corrado, R. La Cava, G. Sgrò, A. Malara**  
*Consiglio Direttivo Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) Regione Calabria*

## La formazione dei caregivers e assistenti familiari di anziani in Calabria.

### Premessa

Il peso crescente della popolazione anziana, lo sviluppo di una sensibilità più attenta agli aspetti qualitativi dell'assistenza e la necessità di razionalizzare e contenere la spesa sanitaria hanno imposto negli ultimi anni un radicale mutamento delle strategie di sanità pubblica, con una attenzione particolare al rilancio e sviluppo di progetti di cure a domicilio.

### Obiettivi

Il progetto formativo a valenza nazionale presentato dalla SIGG in collaborazione con l'Università la Sapienza di Roma ha coinvolto tutte le regioni area Nord e area Centro dell'Italia, per quanto riguarda l'area Sud è stata coinvolta la Calabria. Nell'anno 2016 il consiglio direttivo della SIGG Calabrese ha previsto, per la regione Calabria, un percorso formativo itinerante che ha coinvolto le città di Vibo Valentia, Catanzaro, Crotone, Serra San Bruno, Cinquefrondi, Rossano.

### Materiali e Metodi

Il corso si è realizzato grazie, alla disponibilità di un team di professionisti (70): geriatri, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologhe, sociologhe, etc, che gratuitamente hanno messo a disposizione la proprie competenze tecniche, professionali, relazionali, umane al fine di garantire una buona qualità della vita alla popolazione anziana che invecchia ed al suo caregiver. Il percorso articolato in sessioni teoriche e pratiche (lezioni frontali ed esercitazioni pratiche) per una durata di 12 ore frontali (suddivise in 3 giorni) e 30 ore in teledidattica. Le sessioni in teledidattica integravano la parte teorica e finalizzate all'acquisizione delle abilità tecniche necessarie a svolgere interventi semplici di cura e supporto alla persona anziana autosufficiente e non.

### Risultati e Commento

Il numero di partecipanti al corso di formazione nell'anno 2016 sono stati: 323 persone l'8,66% maschi e il 91,34% femmine (28 maschi e 295 femmine). L'età media del discente è di 39,34 (range 18 – 64). Gli anziani assistiti a domicilio è per il 68% rappresentato da signore anziane e il 32% maschi. L'età media dell'anziano assistito a domicilio è di 81,68 anni. Il corso ha previsto la somministrazione del CBI, questionario per la valutazione delle conoscenze e la customer satisfaction. La customer satisfaction ha messo in evidenza un alto grado di soddisfazione. Nella somministrazione della CBI della prima giornata del corso di formazione mette in evidenza un lieve/moderato carico assistenziale del caregiver. Il percorso formativo realizzato ha permesso la diffusione della cultura geriatrica nel territorio calabrese; la Valorizzazione della figura e del ruolo del caregiver; diminuzione dei livelli di burden. Incentivo alla pratica dell'educazione sanitaria e allo scambio culturale tra i partecipanti.





**L.Podda\*, A.Garau\*\*, S.Pretta\*\*\*,P.Sessini\*\*\*\*, RM Argiolas\*\*\*\*\* , R.Rosmarino\*\*\*\*\***

**A.Contu^, E.Soddu^^, F.Ibba^^^, S.Marracini^^^^, L.Minerba^^^^^**

*\* Posizione Organizzativa Distretto Sarrabus Gerrei*

*\*\* Posizione Organizzativa Territorio ASSL Cagliari*

*\*\*\* Dirigente SPS Cagliari*

*\*\*\*\* Infermiera Cardiologia SS Trinità*

*\*\*\*\*\* Infermiera PS Isili*

*\*\*\*\*\* Posizione Organizzativa Distretto5*

*^ Posizione Organizzativa Distretto1*

*^^ Posizione Organizzativa Area Vasta*

*^^^ Direttore SC-SPS Cagliari*

*^^^^ Direttore Distretto 4*

*^^^^^ Direttore ASSL Cagliari*

## Letti di Cura Domiciliari: “La conquista di un sistema di Integrazione Territorio-Ospedale-Territorio” ( T.O.T )

### Premessa

L'invecchiamento della popolazione apre scenari e interrogativi sulla qualità di vita con conseguenze sul sistema di welfare per il quale si è reso necessario introdurre nuovi paradigmi assistenziali. La delibera della ex ASL 8 di Cagliari n. 526/2007, in conformità agli indirizzi della L.R n.23/2000 nell'ambito del sistema integrato dei servizi alla persona ha evidenziato la prospettiva e il ruolo delle Cure Domiciliari Integrate. La Sardegna ha il primato mondiale della più alta incidenza delle malattie neuro degenerative con un record negativo sul fronte SLA. In Europa ammalano due persone ogni centomila abitanti, in Italia sei e in Sardegna diciotto; questa incidenza ha determinato per molti anni “la non appropriata occupazione” dei posti letto in rianimazione e terapia intensiva. Con il progetto :“ Potenziamento delle attività distrettuali Cure Domiciliari”: Programma aziendale per la presa in carico integrata Ospedale-Territorio nelle Cure Domiciliari delle persone dimesse da Unità Operative di Rianimazione e Terapia Intensiva, nella ASSL di Cagliari ex ASL 8, è stato implementato il processo T.O.T, che in via sperimentale che ha coinvolto personale medico e infermieristico delle Rianimazioni e dei Distretti, arruolando pazienti di Area Critica/3° livello secondo profili di cura adottati dalla Regione Sardegna. Questo ha determinato mutazioni nel modus operandi del personale coinvolto (T.O.T), valorizzando la qualità della vita, le risorse professionali, la solidarietà, il mutuo aiuto e le potenzialità di sviluppo comunitarie.

### Obiettivi

Obiettivi generali: Migliorare la qualità di vita delle persone nel proprio domicilio; Migliorare l'efficienza delle Cure Domiciliari; Incrementare la dimissione dalle Rianimazioni; Monitorare le attività di cura a domicilio. Obiettivi specifici: Adottare protocolli clinico assistenziali; favorire il passaggio di conoscenze; Snellire le procedure attraverso supporti informatici; Retraining continuo al care giver.





### **Materiali e Metodi**

Sistema informatico

Sistema PUA-UVT (punto unico di accesso-unità di valutazione territoriale)

PUA: accoglie la segnalazione e decodifica il bisogno

UVT: Team di rianimazione, Distretto, MMG/PLS e Servizi Sociali

PAI: piano assistenziale individuale

Scale valutazione dei bisogni

Profili di cura 3° livello/area critica

Formazione ai care giver e corso strutturato dalla Regione Sardegna

Organizzazione attività infermieristiche, riabilitative e percorsi dedicati di emergenza 118

Retrainig formativi

Fornitura e monitoraggio dell'efficienza di presidi e ausili in dotazione a domicilio

Monitoraggio PAI

Organizzazione della distribuzione diretta dei farmaci

### **Risultati e Commento**

Oggi 121 pazienti (35 SLA e 86 non SLA) dimessi dalle rianimazioni su 5075 assistiti in Cure Domiciliari.

Miglioramento delle aspettative di vita delle SLA (oltre i 5 anni)

Dimissioni precoci dei pazienti dalle rianimazioni (15 gg circa)

Miglioramento della qualità di vita

Il lavoro in team ha reso possibile numerose conquiste: spazi operativi di integrazione T.O.T.; confini invalicabili legati alle rianimazioni e terapie intensive; percorsi di presa in carico precoce condivisi da tutti fin dalla ospedalizzazione; maggior cura dei particolari assistenziali e sociali nelle fasi della dimissione. L'abitazione diventa così il luogo principe di riferimento, la leva che umanizza l'assistenza, il supporto ideale di un empowerment con la persona, i care giver e i familiari.





## **Antonio Lucchetti**

*Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM)*

*Grazia Gentile, Consulente Specialista in Governo Clinico ed Organizzazione dei Servizi ASReM*

*Mariateresa Sisto, Direttore UOC Governance del Farmaco ASReM*

*Giovanni Di Giorgio, Responsabile UOSVD Innovazione, Piani e Progetti ASReM*

*Sergio Rago, Responsabile UOSVD Rete Territoriale della non autosufficienza*

*Gabriella Ruzzi, Responsabile UOSVD Risk Management ASReM*

*Paola Sabatini, Responsabile UOSVD Qualità e Governance Clinica ASReM*

*Francesco Sforza, Responsabile UOSVD Nucleo Ispettivo e Controllo Esterno ASReM*

# **La Farmacia dei Servizi in Regione Molise. Innovazione dei processi organizzativi e gestionali.**

## **Premessa**

La Regione Molise si compone di 136 Comuni, l'85% con n. di abitanti <3000, una popolazione residente di 310.449 abitanti, un n. di famiglie pari a 131.109 (n. i componenti medi per famiglia di 2,35) e un n. di neonati pari a 2088 (Istat 2017). L'età media della popolazione è 45,8 anni, con indice di vecchiaia di 206,9 anziani ogni 100 giovani. Nel territorio, la rete delle farmacie convenzionate consta di 166 farmacie, 50 urbane, 116 rurali. Le caratteristiche oro-geografiche della Regione, caratterizzata da indice di urbanizzazione basso e frammentazione della popolazione sul territorio, territorio montuoso, assenza di autostrada con reti viarie di frequente interessate da compromissione della viabilità per frane, manutenzione, ecc., condizioni atmosferiche sfavorevoli gran parte dell'anno, con frequenti precipitazioni nevose e gelate, indicano indispensabile organizzare servizi socio-sanitari di prossimità, vicino ai luoghi di residenza del cittadino.

## **Obiettivi**

Individuare forme di collaborazione strutturata e continuativa tra Azienda Sanitaria Regionale (ASReM) e Farmacie Convenzionate, per obiettivi strategici coerenti con i Piani Sanitari Regionali, misurabili in termini di Sanità Pubblica.

## **Materiali e Metodi**

L'analisi dei bisogni e delle risorse esistenti, la verifica della preziosa capillarità del sistema delle farmacie molisane non disgiunta dal rapporto di fiducia farmacista-assistito, la capacità di efficiente utilizzo di risorse vincolate, nello specifico i Fondi Europei 2014-2020 finalizzati allo sviluppo di aree interne disagiate, hanno orientato la scelta di integrare, all'interno della programmazione aziendale, le farmacie convenzionate nella rete dei servizi sanitari, con individuazione di nuovi servizi, dando corso ad un cambiamento radicale nel quale il modello farmacia perde l'aspetto farmacocentrico assumendo caratteristiche di centro erogatore servizi e l'Azienda Sanitaria, all'attività di monitoraggio dei consumi, affianca progettualità di promozione della salute che prevedono il coinvolgimento delle farmacie.





### Risultati e Commento

I risultati raggiunti sono sintetizzati in: a. stipula accordo-quadro Regione-ASReM-Federfarma che ha definito le attività aggiuntive erogabili in Molise a titolo sperimentale dalle farmacie convenzionate; b. protocolli d'intesa ASReM-Federfarma per: 1.attuazione della distribuzione per conto (DPC) di farmaci del PHT, alternativo alla dispensazione effettuata dalle farmacie ospedaliere per agevolare l'accesso dei pazienti al farmaco: nel 2017 sono state dispensate dalle farmacie convenzionate 237.000 confezioni di farmaci PHT; 2.coinvolgimento delle farmacie nella campagna di vaccinazione anti-influenzale 2017-2018 che ha previsto gestione e distribuzione dei vaccini (70.000 dosi) ai MMG; 3.efficientamento dell'attività di screening del Ca del colon-retto, già operativo in 39 farmacie (% adesione del 50%).

Prossimi obiettivi riguardano:

- a. L'estensione della DPC ai farmaci ex OSP2;
- b. la campagna di prevenzione del diabete 2 attraverso diagnosi precoce, individuando la farmacia convenzionata sede elettiva per test di autodiagnosi;
- c. erogazione di ausili, stomie ed alimenti speciali attraverso DPC su piattaforma informatica per gestione e trasmissione dati ai centri diabetologici aziendali;
- d. l'implementazione del CUP-Ticket;
- e. la partecipazione delle farmacie nella dispensazione di farmaci, presidi e materiale sanitario per le Cure Domiciliari.

L'innovativo coinvolgimento delle farmacie convenzionate molisane nella rete dei servizi sanitari messo in campo dall'ASReM ha determinato un efficace adeguamento della farmacia al processo di cambiamento organizzativo promosso, mutandone la funzione distributiva in favore di una attiva partecipazione al raggiungimento degli obiettivi di salute, in un contesto strategico di sinergia con il Servizio Sanitario Regionale, contribuendo in maniera significativa al raggiungimento degli obiettivi LEA assegnati.





## **Antonio Lucchetti**

*Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM)*

*Grazia Gentile, Consulente Specialista in Governo Clinico ed Organizzazione dei Servizi ASReM*

*Mariateresa Sisto, Direttore UOC Governance del Farmaco ASReM*

*Giovanni Di Giorgio, Responsabile UOSVD Innovazione, Piani e Progetti ASReM*

*Sergio Rago, Responsabile UOSVD Rete Territoriale della non autosufficienza*

*Gabriella Ruzzi, Responsabile UOSVD Risk Management ASReM*

*Paola Sabatini, Responsabile UOSVD Qualità e Governance Clinica ASReM*

*Francesco Sforza, Responsabile UOSVD Nucleo Ispettivo e Controllo Esterno ASReM*

# **Farmacia dei Servizi e Screening del Ca del Colon-retto in Regione Molise**

## **Premessa**

Il carcinoma del colon-retto (CRC) è il tumore maligno più frequente originato nel colon, nel retto e nell'appendice. Con 610.000 morti all'anno nel mondo è la terza forma più comune di cancro, costituendo circa il 10% di tutti i casi di neoplasia. Lo screening tale patologia, attivo in Regione Molise dal 2014, è inserito nei Livelli Essenziali di Assistenza come previsto dal DPCM del 12/01/2017, dal POS 2015-2018 della Regione Molise e dall'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Regionale (ASReM). In particolare, il Piano di Riorganizzazione degli Screening in Molise (PDG n.167 del 27/02/2017) ha fissato quali obiettivi specifici sul tema l'incremento del tasso di adesione per l'anno 2017  $\geq 65\%$  e per l'anno 2018  $\geq 70\%$ . Dal 2014 al 2016 l'attività di screening del Ca del colon-retto rivolta ai cittadini di ambo i sessi nella fascia di età 50-69 anni, si è svolta tramite spedizione lettera-invito contenente il kit a domicilio dell'utente con restituzione del KIT utilizzato ai laboratori analisi aziendali, ed ha esitato, per un n. complessivo di inviti spediti pari a 133.968 e di utenti aderenti 38.831, in una percentuale di adesione del 27,6% sul consegnato.

## **Obiettivi**

Individuare un modello organizzativo a valenza sperimentale atto al potenziamento dell'attività di screening oncologico del Ca del colon-retto finalizzato al miglioramento dell'adesione al programma di prevenzione da parte dei cittadini molisani.

## **Materiali e Metodi**

L'analisi dei bisogni e delle progettualità esistenti, la verifica della preziosa capillarità del sistema delle farmacie molisane, caratterizzata dalla presenza nel territorio di 166 farmacie, 50 urbane, 116 rurali, unita al forte rapporto di fiducia farmacista-assistito, la capacità di efficiente utilizzo di risorse vincolate, nello specifico rappresentate dai Fondi Europei 2014-2020 finalizzati allo sviluppo di aree interne disagiate, la consolidata esperienza di coinvolgimenti delle farmacie convenzionate molisane nella rete dei servizi sanitari messo in campo dall'ASReM concretizzatasi, tra l'altro, nella stipula di protocolli d'intesa ASReM-Federfarma per l'attuazione della distribuzione per conto (DPC) di farmaci del PHT, nel coinvolgimento delle farmacie nella campagna di vaccinazione anti-influenzale 2017-2018, nella programmazione della campagna di prevenzione del diabete 2 attraverso diagnosi precoce, nell'erogazione di ausili, stomie ed alimenti speciali attraverso la DPC, hanno orientato la scelta di integrare, all'interno della programmazione aziendale, le farmacie convenzionate nella rete dei servizi sanitari, con individuazione di un nuovo servizio rappresentato dall'attività di screening del Ca del colon-retto.





### **Risultati e Commento**

I risultati raggiunti sono sintetizzabili nelle stipule del protocollo d'intesa tra ASReM e Federfarma per l'integrazione delle farmacie convenzionate molisane nel programma di screening del Ca del colon-retto, per effetto del quale le stesse provvedono, oltre alla promozione dell'attività di prevenzione oncologica complessivamente messa in campo a livello regionale, allo stoccaggio, distribuzione ai cittadini-target del KIT diagnostico, al suo ritiro, all'informatizzazione dei dati su piattaforma dedicata, ed al successivo invio ai laboratori ASReM. Nei primi tre mesi di attività, è stata completata la formazione delle farmacie convenzionate ed iniziata la distribuzione dei KIT in 39 di esse. Dai primi dati disponibili, a fronte dell'adesione registrata dal modello organizzativo tradizionale, pari al 27,6%, il nuovo modello organizzativo proposto documenta una adesione del 50% sul consegnato.

I dati iniziali attualmente disponibili, nell'attesa di opportune conferme in termini di risultati consolidati, orientano verso la validità dell'innovativo modello organizzativo implementato dall'ASReM, basato sul pieno coinvolgimento delle farmacie convenzionate molisane per il successo del programma di screening oncologico del Ca del colon-retto.





## **Giovanni Ragazzi**

*Psicologo, Agenzia sanitaria e sociale regionale - Regione Emilia-Romagna*

*Elena Berti – Agenzia sanitaria e sociale regionale - Regione Emilia-Romagna  
Ilaria Camplone – Dipart. Cure Primarie USL di Bologna e Agenzia sanitaria e sociale regionale - Regione Emilia-Romagna  
Daniela Fortuna – Agenzia sanitaria e sociale regionale - Regione Emilia-Romagna  
Luigi Palestini – Agenzia sanitaria e sociale regionale - Regione Emilia-Romagna  
Vanessa Vivoli – Agenzia sanitaria e sociale regionale - Regione Emilia-Romagna*

# **Il percorso diagnostico-terapeutico del diabete: uno studio quali-quantitativo per il miglioramento dell'aderenza e dell'equità di trattamento.**

## **Premessa**

La Regione Emilia-Romagna è da anni impegnata a indirizzare e monitorare le modalità di gestione delle persone con diabete. Nonostante la pubblicazione di linee guida fin dal 2003 con successivi aggiornamenti e l'impegno profuso a livello aziendale si registra una notevole variabilità in termini di aderenza ai controlli semestrali, annuali e biennali previsti dalle linee guida.

## **Obiettivi**

Obiettivo principale di questo studio è fornire indicazioni operative a livello organizzativo per incrementare l'aderenza ai controlli previsti per il diabete e descrivere un modello metodologico quali-quantitativo riproducibile per lo studio e il miglioramento anche di altri percorsi assistenziali.

## **Materiali e Metodi**

In una prima fase sono state analizzate le informazioni disponibili nelle banche dati regionali per individuare i determinanti tracciabili (caratteristiche demografiche, cliniche, geografiche, organizzative) dell'esecuzione dei test diagnostici raccomandati per il paziente diabetico.

I risultati di tali analisi sono stati utilizzati per indirizzare la realizzazione di indagini qualitative in tre Aziende fra l'ottobre 2016 e il novembre 2017 (AUSL di Piacenza, AUSL di Modena e AUSL della Romagna – sede Forlì). Sono stati realizzati in totale 13 focus group cui hanno partecipato pazienti affetti da diabete di tipo 1, tipo 2 e professionisti (MMG e diabetologi) con approfondimento delle principali dimensioni determinanti la aderenza e la non aderenza dal punto di vista degli attori del processo.

## **Risultati e Commento**

La prevalenza del diabete in Emilia-Romagna è pari al 7,2% della popolazione. A livello regionale, il 45,5% della popolazione diabetica non esegue il controllo ematico dell'emoglobina glicata ogni sei mesi, il 7,8% gli esami di laboratorio annuali e il 47,1% i controlli specialistici cardiologici e oculistici biennali, con una discreta variabilità interaziendale. Si evidenzia inoltre una significativa non aderenza dei pazienti più giovani (18-40 anni), degli stranieri e dei residenti in RSA, che però spiega solo una parte del fenomeno e della variabilità interaziendale.

I focus group hanno evidenziato l'esistenza di tre dimensioni correlate alla aderenza: la relazione con i professionisti, l'empowerment, la logistica/tempistica dei controlli.





Efficaci soluzioni organizzative emerse sono: a) l'identificazione di professionisti di riferimento, con l'obiettivo di supportare il paziente a livello motivazionale e informativo; b) l'affiancamento della figura infermieristica al MMG nella gestione del DM tipo 2, come figura di riferimento e snodo organizzativo per la chiamata attiva; c) la necessità di promuovere l'autonomia per paziente adattando la strategia di empowerment alla diversa tipologia di persona (giovane/anziano – più/meno consapevole del rischio) e di patologia (diabete tipo 1/tipo 2); d) la necessità di organizzare l'erogazione dei controlli previsti in modo da garantire facilità di accesso, fluidità operativa e integrazione fra le diverse articolazioni aziendali coinvolte e migliorando gli aspetti logistici.

Lo studio fornisce indicazioni operative per migliorare l'aderenza ai controlli previsti da parte della popolazione diabetica e l'equità. Inoltre propone un modello di lettura della qualità e dell'equità applicabile anche ad altri percorsi: partendo dalle banche dati disponibili è stata realizzata un approfondimento qualitativo che ha coinvolto tutti gli attori del processo e ha evidenziato l'efficacia di soluzioni organizzative che garantiscono maggior equità e continuità assistenziale. I risultati sono stati oggetto di restituzione sottolineando buone pratiche e criticità orientando azioni di miglioramento organizzativo in sede locale.





## **Lavinia Mortoni**

*Direttore del Distretto di Cuorné, ASLTO4*

*Toso Claudia, Coordinamento dei Distretti ASLTO4*

*Miletta Michela, Coordinamento dei Consultori ASLTO4*

*Savio Massimo, Coordinamento RSA ASLTO4*

*Occhiena Clara, DIPSA ASLTO4*

*Traina Mario, Direttore Sanitario ASL TO4*

*Ardissone Lorenzo, Direttore Generale ASLTO4*

# **Il modello di funzionamento e organizzativo della Casa della Salute nel Distretto di Cuorné, ASL TO4, Regione Piemonte.**

## **Premessa**

Con l'avvio e lo sviluppo delle Case della Salute nel 2017 la Regione Piemonte ha avviato una sperimentazione di un nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria. Tale sperimentazione si colloca nell'ambito del Piano delle Cronicità della Regione e nel percorso di riorganizzazione della rete territoriale, integrata e coordinata con la rete ospedaliera e con il sistema dei servizi socio assistenziali

Il Distretto di Cuorné, in relazione alla propria specificità territoriale (19 comuni montani su 43) e già sede di una forma sperimentale di Assistenza Primaria caratterizzata dalla gestione della cronicità con l'approccio proattivo al paziente, la presa in carico multidisciplinare e la condivisione di PDTA e Profili Integrati di Cura, ha implementato tale modello di CS, integrandolo con moduli funzionali aggiuntivi.

## **Obiettivi**

Attivare nell'ambito della casa della salute moduli aggiuntivi territoriali che garantiscano la presa in carico appropriata: delle persone con Disturbi cognitivi e delle loro famiglie; delle persone che hanno necessità di cure intermedie in luoghi prossimi al loro ambiente di vita; delle persone che hanno bisogno di essere prese in carico per il monitoraggio delle condizioni di fragilità.

## **Materiali e Metodi**

I moduli aggiuntivi previsti sono:

- un centro servizi a supporto delle cure domiciliari collocato presso due RSA situate in comuni montani (Locana e Pont C.se) . Responsabile della sperimentazione il Direttore del distretto, responsabili del progetto il coordinatore di progetto e coordinatore infermieristico dei distretti e delle cure domiciliari. il personale dedicato affersce alla RSA , i medici di famiglia sono responsabili della gestione clinica. Il centro servizi garantisce prestazioni residenziali per un massimo di 15 giorni al fine di evitare inappropriati ricoveri ospedalieri o facilitare la dimissione al domicilio. Viene riconosciuto all'RSA il totale carico sanitario.
- un servizio di infermiere di comunità che garantisce la continuità assistenziale e il monitoraggio dei PDTA attivati nella Casa della Salute. Sono state individuate due infermiere che operano nell'area montana.
- un Ambulatorio della Salute basato sull'ascolto attivo e la presa in carico fine di garantire un servizio prevalentemente centrato sulle prevenzioni e promozioni alla salute gestito dall'equipe multi-professionale della CS e integrato dall'infermiere di comunità, dall'assistente sanitaria e ostetrica di comunità presso la CS.
- il Punto di Ascolto per i disturbi cognitivi e delle demenze gestito dall'infermiere di comunità presso la CS .





### **Risultati e Commento**

Il Centro Servizi a supporto delle Cure domiciliari ha iniziato l'attività al 1 maggio 2018.

L'infermiere di comunità a sei mesi di attività conta la presa in carico di 47 persone e l'attivazione di attività di promozione della salute integrate con le comunità e le amministrazioni locali.

Il Centro di Ascolto per i disturbi cognitivi e l'Ambulatorio della Salute hanno preso avvio rispettivamente il 10 aprile e il 7 maggio con accesso diretto.

E' previsto il monitoraggio dei risultati delle attività già avviate attraverso indicatori di processo specifici per ogni modulo.

Si attendono vantaggi di tipo sociale, organizzativo ed economico con uso appropriato di risorse migliorando l'integrazione con l'assistenza ospedaliera e sociale attivando per i cittadini servizi di prossimità.





## **Sergio Pasquinucci**

*Direttore del Distretto 30 dell'ASL Napoli 1 Centro*

*Domenico Ponticelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale Università degli Studi della Campania L.Vanvitelli  
Giuseppe Panico, Distretto 30 ASL Napoli 1 Centro  
Rosario Ponticelli, Distretto 30 ASL Napoli 1 Centro*

# **Assistenza Domiciliare nel Distretto 30 dell'ASL Napoli 1 Centro: studio descrittivo.**

## **Premessa**

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI di I livello) è un servizio offerto dalle ASL in collaborazione con l'Ente Locale, volto a garantire continuità assistenziale alla persona, che per via di condizioni morbose e/o di problematiche di natura sociale, ha sviluppato uno stato di non autosufficienza. Tale condizione impedisce al paziente di usufruire dei servizi sanitari ambulatoriali e questo spesso comporta il ricorso a prestazioni che risultano inappropriate.

## **Obiettivi**

Finalità specifiche dell'ADI sono il miglioramento della qualità della vita, la stabilizzazione del quadro clinico e il rallentamento del declino funzionale e cognitivo dell'assistito.

La Commissione Nazionale L.E.A. ha previsto la caratterizzazione dei profili di Cura Domiciliare per livelli differenziati in funzione della complessità (Valore Giornate Effettive di Assistenza, GEA), della durata media (Giornate di Cura, GdC) e della natura del bisogno assistenziale (Coefficiente Intensità Assistenziale, CIA).

IL CIA è uno degli indicatori SIAD (Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare) per la lettura integrata dei fenomeni sanitari relativamente alle prestazioni erogate nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare. Tale indicatore si ottiene dal rapporto tra numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e numero di Giornate di Cura (GdC) e può variare da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana).

L'obiettivo del presente studio è la descrizione analitica dei diversi parametri utili alla valutazione dell'appropriatezza degli interventi domiciliari.

## **Materiali e Metodi**

Dal 1 Gennaio 2017 al 31 Dicembre 2017 è stato condotto uno studio descrittivo su tutti gli utenti del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata del Distretto 30 dell'ASL Napoli 1 Centro. Tutti i dati riguardanti tale studio sono stati rilevati dalla piattaforma SANI.A.R.P. (Sanità a centralità dell'Assistito e della Risposta Prescrittiva), che raccoglie i dati dei L.E.A. socio-sanitari aziendali.

## **Commento**

Nell'arco di un anno sono stati arruolati 389 utenti (su una popolazione totale di circa 98000 residenti nel Distretto 30-VII Municipalità di Napoli) per i quali sono state fornite determinate prestazioni. Le prestazioni più erogate nell'anno 2017 sono state medicazioni semplici (n.17451), interventi di igiene personale e mobilitazione (n.11290), trattamenti di rieducazione motoria-respiratoria (n.1765) e gestioni di cateterismo urinario (n.1234).





Da questo studio è emerso che nel Distretto 30 dell'ASL Napoli 1 Centro il valore del CIA è vicino allo standard di riferimento (0,30). Questo risultato si è ottenuto attraverso un monitoraggio continuo di tale indicatore che ha permesso di identificare interventi inadeguati o inappropriati, migliorando la gestione delle attività Domiciliari e permettendo al paziente di essere assistito in un contesto familiare a contatto con le proprie cose, le proprie abitudini e le persone che gli sono care. Inoltre dall'analisi degli interventi effettuati è emerso che nel 2017 la gestione dell'alvo, i prelievi ematici, le fasciature e bendaggi, le trasfusioni ematiche e altre prestazioni sono state poco o per nulla erogate perché non rientranti nell'offerta delle Cooperative Appaltanti. L'adozione di tali interventi nell'Attività Domiciliare di I livello potrebbe impedire il ricorso a forme di assistenza di II e III livello o addirittura a ricoveri ospedalieri, riducendo la spesa sanitaria e migliorando l'organizzazione "per intensità di cura".





**Paolina Bari**

*Direttore Distretto Ivrea, ASLTO4*

*F. Beanato, M. Savio, O. Vota*

## Il punto di ascolto delle demenze nella rete dei servizi

### **Premessa**

I disturbi della memoria e le loro forme più degenerative come le demenze, oltre ad interessare il soggetto che ne è affetto, impattano pesantemente sul nucleo e/o sulla rete familiare che deve farsene carico. Conoscere e intercettare precocemente l'intero nucleo è la sfida che il punto di ascolto si è prefissato.

### **Obiettivi**

Il Punto di ascolto nasce come nodo cruciale della rete territoriale al servizio delle famiglie con un congiunto affetto da deterioramento cognitivo, per un cammino "tutelato", pronto a dare risposte di tipo assistenziale o di indirizzo verso i servizi nel momento in cui sono richiesti.

Il presente progetto ha l'obiettivo di supportare i familiari sin dai primi momenti della comparsa di anomalie del comportamento del congiunto per:

- garantire un percorso per una diagnosi adeguata e tempestiva
- migliorare la qualità delle cure e delle vite degli anziani e dei loro familiari, favorire il mantenimento al domicilio
- sensibilizzare, specializzare la rete dei servizi socio-sanitari nella presa in carico e cura di soggetti con disturbi della memoria
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse e favorirne la corretta allocazione

### **Materiali e Metodi**

Le modalità di accesso al punto di ascolto prevedono la possibilità di contattare telefonicamente un infermiere esperto, che, attraverso una prima raccolta di informazioni, concorda un incontro conoscitivo, nel corso del quale si somministra un'apposita testistica, al fine di valutare il livello di stress del caregiver da un lato e dall'altro di fornire il corretto indirizzamento ai servizi più idonei alla condizione del paziente.

Questa modalità consente di mantenere il supporto al caregiver, modulando le risposte in base all'evoluzione della condizione clinico- assistenziale del congiunto.

Il servizio è completamente gratuito e inserito nella rete dei servizi territoriali.





### Commento

Il punto di ascolto nel distretto di Ivrea è stato inaugurato a gennaio 2017.

I dati raccolti fotografano il periodo giugno 2017/aprile 2018:

Richieste telefoniche: 60

Accessi: 44 (di cui 39 caregivers familiari, 2 pazienti, 2 badanti, 1 altro)

Inviante: 3 mmg, 3 Sportello Unico, 29 informazione diffusa (farmacie, associazioni..) 7 passaparola, 2 altro

Motivazioni alla richiesta di accesso: 17 accesso alla rete servizi territoriali, 28 problemi memoria, 25 problemi comportamentali, 30 gestione della quotidianità, 33 aiuto personale

Posizione nella rete dei servizi territoriali: 20 domande UVG effettuate, 29 domande inv civile, 1 ADI

Esito: 8 Caffè Alzheimer, 1 uni3, 35 invio/mantenimento CDCD

Complessivamente è la difficoltà di gestione che spinge il caregiver a contattare il Punto d'Ascolto. Spesso la presa in carico clinica del paziente è già avvenuta, ma quello che manca e mette ansia al congiunto è come essere accolto e supportato nella quotidianità. Le domande più frequenti sono: "Come fare quando ripete sempre la stessa cosa?", "Come fare a fargli assumere la terapia correttamente?", "Cosa fare quando tende ad uscire di casa?", "Come gestire i problemi legati al denaro?", "E se non vuole lavarsi?".

Una buona percentuale delle richieste riguarda esclusivamente un aiuto personale.

Il paziente chiama per un senso di incertezza che lo pervade o di inquietudine legato ai disturbi cognitivi, mentre il caregiver chiama perché prevale un senso di solitudine e di bisogno di relazionarsi con qualcuno esterno alla famiglia.

Spiegare che le difficoltà quotidiane si possono affrontare con semplici accorgimenti aiuta a migliorare la compliance del nucleo familiare.

L'inserimento del punto di ascolto nella rete dei servizi ha consentito di intercettare familiari in difficoltà e di accoglierli e orientarli secondo le esigenze del momento.





## **Roberta Rosmarino**

*Infermiere titolare di Posizione Organizzativa Distretto 5 Area Socio Sanitaria Locale di Cagliari ATS Sardegna*

*Maurizio Rachele, Direttore Distretto 5 ASSL Cagliari ATS Sardegna  
Salvatore Pretta, Dirigente Infermieristico ASSL Cagliari ATS Sardegna  
Albertina Garau, Posizione Organizzativa Territorio ASSL Cagliari ATS Sardegna  
Emanuela Soddu, Posizione Organizzativa Distretto 1 ASSL Cagliari ATS Sardegna  
Antonio Contu, Posizione Organizzativa Distretto 3 ASSL Cagliari ATS Sardegna  
Luciano Podda, Posizione Organizzativa Distretto 4 ASSL Cagliari ATS Sardegna  
Francesca Ibba, Direttore Area Nursing ASSL Cagliari ATS Sardegna  
Luigi Minerba, Direttore ASSL Cagliari ATS Sardegna*

# **Infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.): la prevenzione attraverso l'igiene delle mani nell'assistenza ambulatoriale, l'esperienza del Distretto 5 della ASSL di Cagliari.**

## **Premessa**

Il concetto di I.C.A. limitato alle infezioni ospedaliere è superato da un'accezione più ampia, che focalizza l'attenzione sulla prestazione sanitaria e non sul setting di cura. La breve permanenza del paziente in ambulatorio ha creato l'illusione che, in tale ambito, il rischio di I.C.A. sia basso e ciò, unito alla difficoltà di attribuirne l'insorgenza alle prestazioni ambulatoriali, ha diminuito la disponibilità di dati. Rilevanti sono quelli di Aranaz e colleghi, ottenuti attraverso uno studio osservazionale trasversale realizzato in Spagna nel 2011 in 48 centri di cure primarie. Gli autori hanno evidenziato, su un totale di 1.074 eventi avversi, la presenza di I.C.A. nel 7,4% e hanno concluso che il 78,9% di queste erano prevenibili. La misura più semplice ed efficace, nota da oltre un secolo è l'igiene delle mani, ma il suo livello di adesione è ancora oggi inaccettabilmente basso. Le raccomandazioni e il metodo OMS sull'igiene delle mani sono il gold standard dell'assistenza sanitaria in tutto il mondo e anche se, concepite soprattutto per l'Ospedale, possono essere utilizzate anche negli ambulatori. In ATS Sardegna nell'ASSL di Cagliari, la campagna OMS è stata implementata nel Poliambulatorio di Senorbì del Distretto 5 che rappresenta la prima struttura pilota per la sperimentazione territoriale dell'ASSL. Le peculiarità del Distretto 5, rispetto agli altri Distretti, sono dovute alla numerosità dei Comuni e alle distanze ampie tra essi, un'insufficiente rete di trasporti, caratteristiche geomorfologiche ostacolanti la viabilità e le comunicazioni, densità di popolazione inferiore alla media nazionale e popolazione anziana. La scelta della struttura ambulatoriale è dettata dalla prevalenza in tale sede, delle branche specialistiche ambulatoriali oggetto di osservazione e dei volumi di attività della sala prelievi.

## **Obiettivi**

Favorire la prevenzione delle I.C.A. nel territorio attraverso l'osservazione, la promozione e il miglioramento dell'adesione all'igiene delle mani tra i professionisti sanitari durante le cure ambulatoriali.





### **Materiali e Metodi**

Secondo la metodologia OMS, l'infermiera, osservando il lavaggio delle mani con acqua e detergente semplice o antisettico nei "5 momenti" e compilando la scheda di osservazione, ha valutato l'adesione a tale pratica. I lavandini e i materiali erano disponibili negli ambulatori osservati, la frizione non è al momento praticabile in questa fase di sperimentazione. I 5 momenti OMS per l'igiene, sono riferimenti temporali fondamentali per gli operatori sanitari sono riportati esempi pratici, non esaustivi, osservati nel corso della sperimentazione.

### **Commento**

L'infermiera in 16 ore di osservazione diretta, suddivise in 32 sessioni, ha monitorato 315 indicazioni "pre" (prima del coinvolgimento al programma OMS), valutando un'adesione globale all'igiene delle mani del 35%, in linea con una revisione OMS in cui tale pratica è effettuata in meno del 40% delle occasioni-opportunità di lavaggio sia nei reparti a basso che ad alto rischio. I professionisti più sensibili sono stati i medici con il 40% di aderenza, seguiti dagli infermieri con il 33% e dal personale di supporto. L'adesione sulla base delle opportunità fa emergere il maggior numero di adesioni nei momenti 3 e 4, si osserva un interesse degli operatori nel proteggere "se stessi". I risultati suggeriscono dei margini di miglioramento ottenibili con la frizione alcolica, la formazione, leva strategica per l'obiettivo più ampio della sicurezza dei pazienti e degli operatori, e con l'implementazione nel territorio del modello organizzativo per la gestione del rischio infettivo.





## **Roberta Tornese**

*Dirigente Medico Distretto Socio Sanitario di Francavilla Fontana – ASL Brindisi*

*Maria Santoro, Francesco Galasso  
Distretto Socio Sanitario di Francavilla Fontana – ASL Brindisi*

# **Il coordinamento dei Servizi Socio – Sanitari integrati: l'esperienza del Distretto Socio Sanitario di Francavilla Fontana della ASL di Brindisi.**

## **Premessa**

La sempre maggiore prevalenza di patologie cronico degenerative e la necessità di una migliore presa in carico dei bisogni assistenziali socio-sanitari dei cittadini ha portato la nostra ASL a sviluppare strumenti manageriali di supporto all'attività della medicina territoriale ed a potenziare l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) attraverso un progetto di partenariato pubblico privato innovativo da punto di vista gestionale. L'ADI garantisce alla persona non autosufficiente ed all'assistito fragile la permanenza presso il proprio domicilio mediante la realizzazione di un progetto di cura multi - professionale e personalizzato.

## **Obiettivi**

Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure domiciliari; ridurre le liste d'attesa per l'accesso alle cure domiciliari; ottimizzare l'allocazione delle risorse.

## **Materiali e Metodi**

La ASL di Brindisi ha realizzato insieme al raggruppamento temporaneo di imprese che vede capofila la Cooperativa San Bernardo un progetto sperimentale gestionale in partenariato pubblico privato a far data dal 01.12.2016. Il progetto rappresenta una efficace misura per portare l'ospedale al domicilio del paziente attraverso una presa in carico globale che prevede un'integrazione delle competenze multi - professionali degli operatori in una logica partecipativa in cui tutte le professionalità coinvolte operano in stretta collaborazione tra loro. Vengono presentati i dati del primo anno di attività del Distretto Socio Sanitario di Francavilla Fontana ( DSS 3) al fine di evidenziare sia le criticità che i punti di forza .

## **Risultati e Commento**

È stata effettuata una puntuale analisi dei dati di attività del Distretto S.S.3 riguardanti l'anno 2016 verso l'anno 2017, estratti dal sistema informativo Edotto.

Tale analisi ha evidenziato:

- una variazione nella distribuzione dei livelli di assistenza con aumento del secondo e del terzo livello assistenziale e con riduzione del primo livello;
- un aumento del totale dei casi trattati pari a +10%;
- una riduzione delle liste d'attesa pari al - 30%.

Il nuovo approccio al setting delle cure domiciliari, innovativo sia nella gestione che nell'organizzazione, ha permesso di ottenere, già nel primo anno di attività, risultati positivi sia in termini di efficacia che di efficienza e di appropriatezza delle cure con una ricaduta fruttuosa in termini di sostegno agli assistiti bisognosi di cure socio – sanitarie.





## **Virgilio Burrai**

*Dirigente Medico P.S. "Tutela della Salute in Carcere" ASL Olbia*

*Anna Manconi, Direttore Distretto di Tempio Pausania ASL OLBIA  
Roberto Masia, Dirigente Medico P.S. "Tutela della Salute in Carcere" ASL Olbia  
Emanuela Sanna, Medicina dei Servizi P.S. "Tutela della Salute in Carcere"*

# **Trattamento antiretrovirale di Epatite HCV-correlata. Esperienza clinica nel Presidio Sanitario della Casa di Reclusione di Tempio Pausania.**

## **Premessa**

Il Presidio Sanitario per la tutela della salute in Carcere ha voluto descrivere l'iter clinico, diagnostico e terapeutico di un pz. ristretto nel nostro Istituto, affetto da epatite cronica HCV- correlata, sottoposto a terapia antiretrovirale. Dopo oltre un ventennio in cui, per l'epatite HCV correlata, l'unica cura disponibile era quella basata sulla duplice terapia interferone + ribavirina, in questi anni si sta assistendo ad una vera e propria rivoluzione per la cura di questa patologia con nuove molecole che consentono di poter fare a meno dell'interferone.

## **Obiettivi**

Nel caso di persone reclusi, e in regime di Alta sicurezza, il problema è rappresentato dal "limite" delle esigenze di sicurezza, che, comunque, non deve incidere sul diritto alla salute inteso come valore supremo, e in special modo sul diritto a usufruire di trattamenti sanitari di miglior livello che, nelle circostanze date, gli operatori sono in grado di fornire. Nello specifico, la legittimità delle limitazioni, derivanti dalle esigenze di sicurezza, non deve intaccare il diritto alla salute protetto dalla Costituzione.

## **Materiali e Metodi**

L.R. di anni 63, affetto da enfisema a grandi bolle (ex grande fumatore), gozzo multinodulare con funzionalità tiroidea nei limiti, ipertrofia prostatica benigna ed epatite cronica. Il pz. ha eseguito visita infettivologica, ecografia addominale, elastometria con Fibroscan, esami ematici e determinazione quali-quantitativa di HCV-RNA. Ha eseguito i controlli alle scadenze suggerite. Il pz. ha assunto terapia con Harvoni 90/400 (Ledispavir-Sofosbuvir) 1 cp/die + Ribavirina 1 cp/die per 12 settimane. Le nuove terapie orali hanno dei grandi vantaggi: la durata della terapia si riduce a 8-12 settimane contro le 24-48 del trattamento con IFN; l'efficacia nella eliminazione del virus arriva fino al 100% dei casi e, grazie a questi farmaci, tanti pazienti hanno la possibilità concreta di guarire; si tratta di farmaci orali e soprattutto non ci sono effetti collaterali. In Italia i farmaci anti-HCV sono dispensati dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ovvero sono farmaci rimborsabili dall'SSN e quindi distribuiti in maniera gratuita. E' stato necessario fare riferimento alla Cl. Universitaria di MM. Infettive, Ambulatorio di Epatologia di Sassari, per gli esami strumentali (Fibroscan), per la prescrizione e l'approvvigionamento del farmaco e per la determinazione quali-quantitativa di HCV-RNA, che prosegue tutt'ora secondo lo schema.

## **Risultati e Commento**

Gli esami eseguiti fin'ora segnalano una rapida riduzione dell'HCV-RNA: dal valore di partenza di 1.268.000 U.I. si è passati a 26 U.I. dopo appena due settimane di trattamento, per essere "non detect" nei successivi controlli. Netto miglioramento degli indici di funzionalità epatica, indici di necrosi (AST e ALT) e di sintesi.

Conclusioni: Il caso su esposto conferma il successo che la nuova terapia antiretrovirale anti-HCV sta ottenendo negli ultimi anni. Il nostro obiettivo è stato garantire a un paziente in una condizione di ristrettezza, la cura che allo stato attuale rappresenterebbe il gold-standard della terapia anti-HCV.





**Giulia Silvestrini**

*Dirigente Medico Dipartimento Sanità Pubblica AUSL Romagna*

*Claudia Imolesi, Francesca Righi, Debora Canuti, Mauro Palazzi - AUSL Romagna  
Luigi Palestini - Agenzia Socio Sanitaria Regionale, Emilia-Romagna*

## **Applicazione degli strumenti di equità nei percorsi di screening oncologici: l'esperienza dell'AUSL della Romagna.**

### **Premessa**

Il presidio dell'equità è elemento fondante del Sistema Sanitario Nazionale, che deve contribuire al contrasto alle disuguaglianze di salute garantendo equità nell'accesso e nella qualità dell'assistenza e degli esiti. Negli ultimi anni questo mandato è stato formalmente esplicitato all'interno Piano Nazionale di Prevenzione (PNP 2014-2018) che prevede di "basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo e che siano programmati per ridurre le disuguaglianze". Le Aziende Sanitarie, devono quindi dotarsi degli strumenti adeguati per progettare o ridefinire interventi già in corso alla luce del contrasto delle disuguaglianze. Numerosi studi evidenziano come i programmi di screening oncologici siano frequentemente interessati da disuguaglianze nell'offerta, nella capacità di aderire agli inviti ricevuti e nella qualità del percorso di diagnosi e cura.

### **Obiettivi**

Al fine di identificare gli specifici meccanismi alla base delle disuguaglianze di salute nel percorso screening e intervenire per ridurre l'impatto, sono stati realizzati interventi di valutazione e di contrasto delle disuguaglianze.

### **Materiali e Metodi**

L'EqlA dello screening cervicale ha coinvolto professionisti, associazionismo, utenti e ha identificato disuguaglianze legate alla cittadinanza, confermate dall'analisi dei dati del programma in relazione ad adesione ed esiti. Sono stati identificati a partire da letteratura e buone pratiche possibili correttivi per migliorare l'adesione tra cui: coinvolgere i medici di medicina generale, semplificare le lettere di invito per renderle comprensibili anche a persone con basso titolo di studio ed effettuare solleciti telefonici. Tra questi si è valutato l'impatto del recall telefonico da parte di mediatrici culturali. In seguito a questi interventi si è registrato un aumento complessivo dell'adesione in particolare per le straniere. L'EqlA dello screening della cervice uterina è stato ripetuto nel 2016 e ha evidenziato l'importanza di continuare con il recall, un altro EqlA sullo screening del colon retto si è tenuto nel 2017 e anche da questo sono scaturite proposte di miglioramento del percorso: collaborazione con farmacie per consegna kit e risultati, foglio informativo in italiano, inglese e francese sulla metodica e sul suo significato e per Cesena si è mantenuto il recall telefonico.

### **Risultati e Commento**

L'EqlA dello screening della cervice uterina è stato ripetuto nel 2016 e ha evidenziato l'importanza di continuare con il recall, un altro EqlA sullo screening del colon retto si è tenuto nel 2017 e anche da questo sono scaturite proposte di miglioramento del percorso: collaborazione con farmacie per consegna kit e risultati, foglio informativo in italiano, inglese e francese sulla metodica e sul suo significato e per Cesena si è mantenuto il recall telefonico.





**Tiziana Furlan**

*Ref. Inf. Distretto Alto Isontino AAS n2 Bassa Friulana Isontina*

*Inf. Carla Narduzzi Sanità Penitenziaria D.A.I. AAS n2 Bassa Friulana Isontina  
Inf. Patrizia Ponzalli - SOC di Cardiologia Ospedale Gorizia AAS n2 Bassa Friulana Isontina*

## Promozione di stili di vita sani e prevenzione delle malattie cardiovascolari nella popolazione carceraria di Gorizia.

### Premessa

Il PNP (Piano nazionale della prevenzione) 2014-2018 e il programma ministeriale "Guadagnare Salute" mettono in evidenza come i determinanti socio-economici, culturali, politici ed ambientali, associati ai fattori di rischio modificabili (fumo, alcool, alimentazione, sedentarietà) ed ai fattori di rischio intermedi (obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia) aumentano l'incidenza delle malattie croniche non trasmissibili (nello specifico del lavoro le malattie cardio-vascolari).

### Obiettivi

Obiettivo dello studio si prefigge di portare a conoscenza della popolazione carceraria di Gorizia i fattori di rischio cardio-vascolari, promuovendo nel contempo l'adozione di stili di vita salutari.

### Materiali e Metodi

Sono stati studiati, su base volontaria, 30 ristretti su 42 residenti (anche di etnie diverse), di età variabile (30-65 anni), di sesso maschile, con un livello medio di scolarità.

L'indagine ha interessato i seguenti fattori: fumo, attività fisica, alimentazione, diabete, ipertensione arteriosa, stress, da cui emerge come il 73% è fumatore, il 7% è iperteso, il 30% è diabetico, il 38% svolge moderata attività fisica, il 22% è consapevole degli effetti di un'alimentazione scorretta, il 9% conosce il valore del proprio colesterolo, il 76% si ritiene stressato.

Per ottenere questi risultati: Elaborazione e somministrazione di questionari per la conoscenza dei fattori di rischio cardio-vascolare; Elaborazione e compilazione della cartella infermieristica, comprensiva dei dati anagrafici, antropometrici, parametri vitali e della scala di Morisky; Esecuzione dei prelievi ematici per il dosaggio dell'assetto lipidico; Stima del rischio cardio-vascolare; N° 2 incontri interattivi di 3 ore ciascuno con la popolazione carceraria, riguardanti l'educazione sanitaria rivolta alla conoscenza dei fattori di rischio e l'adozione di stili di vita salutari; Consegnare della cartella personalizzata (stima del rischio, ecc.) e di materiale informativo.

Gli indicatori di risultato sono rappresentati da: n° partecipanti alle iniziative proposte; n° totale questionari compilati; n° partecipanti agli incontri educazionali.

### Risultati e Commento

Il lavoro di reclutamento e formazione si è concluso a settembre 2017. Lo studio ha avuto una durata di circa 6 mesi. Si segnalano tra i risultati ottenuti che un ristretto ha smesso di fumare, un altro ha ridotto notevolmente la quantità giornaliera di sigarette. Vi è stato un discreto aumento dell'attività fisica ed un'incoraggiante variazione delle abitudini alimentari non salutari.

Quelli che si cucinano in cella i pasti hanno modificato le abitudini alimentari limitando fritti e grassi e hanno avuto una riduzione di peso, uno di oltre 5 kg.

Il programma appena avviato ha dimostrato di riuscire a cambiare alcuni stili di vita che si pensavano radicati, migliorando la salute e la qualità di vita delle persone ristrette. Va proseguita l'attività formativa e di valutazione degli esiti nei prossimi mesi.





**Tiziana Spinosa\*, Maria Pia Minutella\*\*, Maria Rosa Policicchio\*\***

*\*Direttore Responsabile della U.O.C. Distretto Sanitario 25*

*\*\*Specialiste Ambulatoriali in Igiene e Medicina Preventiva dell'ASL Napoli 1 Centro*

## I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali oncologici in ASL Napoli 1 Centro

### **Premessa**

La ASL Napoli1 Centro sta realizzando i PDTA relativi ai tumori del colon retto, mammella, cervice uterina, collegati agli screening oncologici. In aggiunta a quest'ultimi ed in ottemperanza al DCA 38/2016 Programma Sanitario per la "Terra dei Fuochi", sono stati attivati altri due interventi di prevenzione per i Tumori della Tiroide e per il Melanoma.

### **Obiettivi**

L'obiettivo dei PDTA è quello di promuovere il miglioramento delle cure attraverso l'effettiva presa in carico di determinate categorie di pazienti unitamente alla maggiore integrazione dei servizi nonché di monitorare e valutare l'impatto clinico ed economico dei percorsi implementati.

### **Materiali e Metodi**

La ROC tende ad includere tutte le strutture presenti sul territorio e competenti a vario titolo per la prevenzione, la diagnosi, la cura del cancro e la riabilitazione del paziente oncologico, individuando i Centri Oncologici di Riferimento(CORP). In tali Centri sono istituiti i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), patologia specifici, che prendendo in carico il paziente oncologico, lo indirizzano attraverso lo specifico PDTA, realizzato in integrazione tra le strutture territoriali della ASL ed i CORP. Inoltre è stato definito uno specifico percorso di dimissione che vede l'affidamento del paziente alle cure domiciliari territoriali attraverso la proposta alla PUA, direttamente dalla struttura di ricovero, prima della dimissione stessa per consentire l'organizzazione delle cure domiciliari oncologiche personalizzate al caso (simultaneous care/palliative care).

### **Risultati e Commento**

I risultati si valuteranno attraverso i seguenti indicatori:

1. DI PROCESSO::

- appropriatezza clinica diagnostica e terapeutica;
- grado con cui un intervento, considerando anche il livello assistenziale, risulta essere il meno costoso e il più gradito da parte dell'utente;
- appropriatezza organizzativa (al domicilio, in ambulatorio, nel day-hospital, durante il ricovero, etc.).

2. DI ESITO:

variazioni dello stato di salute a livello del singolo individuo e possono essere specificati:

- sulla base di parametri clinici, fisiologici e biochimici;
- emozionali e cognitivi, psicosociali;
- attraverso la soddisfazione dell'utente.





### 3. DI STRUTTURA:

risorse utilizzabili nell'ambito del percorso:

- operatori;
- dotazioni tecnologiche;
- posti letto;

I PDTA oncologici nascono dalla necessità di illustrare, organizzare e definire i tempi del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale per il paziente affetto da tale patologia. In particolare, attraverso i PDTA ci si prefigge di raggiungere i seguenti obiettivi:

- a) Fornire un percorso di riferimento unico per il paziente con patologia neoplastica;
- b) Ottimizzare i tempi di diagnosi e di trattamento;
- c) Semplificare le procedure e ridurre i disagi per il paziente;
- d) Fornire un'assistenza di elevata qualità sia per la diagnosi che per la terapia, con percorsi personalizzati, secondo protocolli basati sulle evidenze scientifiche più aggiornate;
- e) Implementare sistemi informatici comuni di raccolta dei dati, fruibili dai professionisti ospedalieri che operano lungo il percorso;
- f) Assicurare la multidisciplinarietà nella gestione del paziente e la disponibilità al dialogo tra operatori ospedalieri e territoriali;
- g) Garantire la migliore assistenza al paziente ed alla famiglia in tutte le fasi della malattia.





**Tiziana Spinosa**

*Direttore Responsabile della U.O.C. Distretto Sanitario 25*

*A.M. Agliata, A. Manna, S. Pasquinucci, B. Picciano, G.F. Del Plato, A.F. Di Stefano, M. Klain, P. Di Girolamo Faraone*

## ASL Napoli 1 Centro progetto salute e ambiente

### **Premessa**

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

### **Obiettivi**

Il programma ha previsto l'attuazione degli ambulatori di prevenzione, applicando la metodologia della Medicina di Iniziativa al fine di effettuare la diagnosi precoce delle più comuni patologie causate dall'inquinamento ambientale e da stili di vita errati e per comprendere se ed in che misura alcune patologie siano più frequenti nei territori monitorati.

### **Materiali e Metodi**

Tutti i percorsi clinici sono aderenti alle normative europee sulla privacy sia per la raccolta che per il trattamento dei dati e comprendono attività per la prevenzione delle seguenti patologie:

Melanoma: la osservazione in epiluminescenza ed il monitoraggio fotografico delle lesioni con la "mappatura nevica" possono favorire la diagnosi precoce che migliora sensibilmente la prognosi della neoplasia.

Ca. tiroideo: la visita endocrinologica con ECO tiroidea consente la diagnosi precoce delle malattie della tiroide, atteso che dall'analisi dei dati dei Registri Tumori campani si è riscontrato un aumento dell'incidenza del Ca.tiroideo.

Malattie cardiorespiratorie: il percorso valuta le conseguenze dell'inquinamento atmosferico sulle malattie croniche e tumorali dell'apparato respiratorio e cardiovascolare e mira a favorirne la prevenzione e la diagnosi precoce con la collaborazione di cardiologi e pneumologi.

Programma Giovani Donne: ambulatorio di educazione sanitaria, dietologia, visita senologica ed eventuale ecografia mammaria per la fascia di età tra i 20 ed i 45 anni che ad oggi non è protetta dallo screening. Il programma prevede la presenza degli specialisti anche nelle scuole.

Percorso per la Tutela della Salute Riproduttiva: promuove lo studio dei principali fattori responsabili di sterilità o di malformazioni fetali e la diagnosi precoce di patologie neonatali. Sono previste consulenze pediatrica, ostetrica, neuropsichiatrica, andrologica e dietologica. Programmati interventi nelle scuole per l'educazione dei giovani.

Ulteriori iniziative intraprese sono:

Potenziamento dei sistemi di sorveglianza sanitaria (PASSI, OKKIO, etc...) per valutare gli stili di vita della popolazione.

Accreditamento nel corso dell'anno per il Registro Tumori.





È stata inoltre varata una campagna di comunicazione e di potenziamento per i 3 screening già operativi (Cancro della Mammella, della Cervice Uterina e del Colon – Retto), con l'acquisto di mammografi dotati di tecnologia digitale e tomosintesi, di nuovi ecografi di ultima generazione, istituendo un protocollo d'intesa con Federfarma per il coinvolgimento delle farmacie territoriali, coinvolgendo i MMG e le Associazioni. E' stata abbassata l'età della popolazione target da 50 a 45 anni per lo screening della mammella.

Attivati protocolli d'intesa con l'Istituto dei Tumori e con i Centri Oncologici delle Università e delle Aziende Metropolitane comprese nella rete oncologica.

E' in corso un programma accreditato di formazione per gli operatori coinvolti nelle attività, mirato ad acquisire conoscenze sull'impatto dell'inquinamento ambientale e degli stili di vita errati sulla salute.

### **Commento**

Gli ambulatori, ad accesso diretto tramite CUP e senza pagamento di ticket, sono dotati di cartelle cliniche per la raccolta finalizzata alla successiva analisi dei dati che saranno oggetto di un successivo studio.





**Beniamino Picciano\*, Elena De Rosa\*\*, Rita Calì\*\*\***

*\*Direttore Responsabile Ds 28 ASL Napoli 1 Centro*

*\*\*Psicologa referente Integrazione sociosanitaria e PDTA Ds 28 ASL Napoli 1 Centro*

*\*\*\*Assistente sociale Territorio Scampia*

## La lettura del Territorio per la programmazione socio-sanitaria distrettuale.

### Premessa

Il Distretto 28 della ASL Napoli 1 insiste nella periferia nord di Napoli. Scampia, quartiere difficile per caratteristiche strutturali, storiche, socioeconomiche. È uno dei quartieri più popolosi della città, nonostante il numero di residenti vada considerato al rialzo per la forte presenza di occupazioni abusive. È il primo quartiere di Napoli per disoccupazione. Nelle Vele il degrado si accompagna alla povertà materiale e sociale dove le precarie condizioni socio-economiche hanno determinato l'esplosione della criminalità organizzata e di una sofferenza sociale-psicologica diffusa con tendenza alla rassegnazione. A fronte del disagio è ricca la presenza di associazioni, parrocchie, centri sportivi, laboratori artistici, scuole, centri educativi che negli anni si sono moltiplicati e specializzati per fronteggiare le emergenze. Le strutture sanitarie hanno dovuto fare i conti con le caratteristiche del Quartiere lavorando da un lato alla assistenza secondo i dettami ministeriali/regionali, dall'altro a costruire percorsi di prossimità, dall'altro ancora partecipando a processi di trasformazione in integrazione con le agenzie territoriali e a sostegno dei bisogni della popolazione.

### Obiettivi

Il lavoro insieme ha garantito la costruzione di risposte efficaci. L'identità di un quartiere segna profondamente lo stile di lavoro di un Distretto. Il Distretto 28 ha scelto come metodologia di lavoro l'apertura di tavoli di concertazione, progettazione partecipata, osservatori e laboratori per costruire percorsi di salute per fasce di popolazione e peculiari urgenze.

### Materiali e Metodi

Il dialogo con le associazioni è risultato utile per una serie di differenziati aspetti: dalla problematica emergente delle patologie tumorali alla prevenzione nel programma per la terra dei fuochi, dall'emergenza baby gang all'intervento integrato di ascolto psicologico e sostegno familiare, ma anche per la costruzione dei PDTA per pazienti cronici e indigenti. Da questa integrazione ci aspettiamo un incremento di: -attenzione della popolazione alla salute dei singoli e delle famiglie -partecipazione alle campagne di prevenzione e promozione -partecipazione ai processi di cambiamento dei Servizi sociosanitari verso le UCCP -empowerment, riappropriazione, incremento motivazionale alla cura e alla cittadinanza attiva. In relazione ai dati sul territorio, il Distretto deve affrontare una serie di problematiche in divenire e può farlo solo in stretta relazione con le forze del territorio con le quali può condividere più percorsi: l'informazione sulla offerta sanitaria, la cura dei più fragili, le progettualità sociosanitarie per fasce di età e per aree a rischio, il lavoro per le famiglie, il lavoro di ascolto dell'utenza, riabilitazione e prevenzione attraverso lo sport, la promozione della salute attraverso sportelli-laboratori-iniziativa culturali, le nuove emergenze educative con ricadute sulla salute e sull'ordine pubblico.





### Commento

Il Distretto Sanitario è voce sensibile del Territorio dove insiste. E' luogo di promozione dell'integrazione, si muove verso un modello di riorganizzazione delle Cure atto a migliorare l'assistenza in risposta ai reali bisogni della popolazione dei quali si fa anche portavoce. E' centrale operativa di azioni a supporto della Persona, della sua vita, della sua storia e appartenenza territoriale. E' Casa della salute per la prossimità alla Persona. L'attenzione del Ds 28 alle multiproblematicità e alle fragilità prevede un forte investimento nella comunicazione. L'obiettivo è la condivisione dei percorsi ma anche la conoscenza in tempo reale delle problematiche, delle risorse in movimento, delle capacità resilienti e dei luoghi stessi dove è importante l'intervento sociosanitario, di prevenzione e di cura.

Il Distretto concretizza la rete della presa in carico e della continuità dell'assistenza per il futuro dei più fragili che li veda più protagonisti delle proprie vite e dei propri diritti.









## CONCLUSIONI

Il XVI Congresso Nazionale di Bari è nato in continuità con il Congresso Nazionale CARD di Napoli 2016 e con il documento finale "CARTA CARD NAPOLI 2016 PER LA RIDUZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE". Nel corso dei lavori si sono quindi ripresi e sviluppati molti di quei temi, di cui si darà breve sintesi.

In generale, da più parti, si è reso evidente l'impegno di CARD a mantenere la direzione di potenziare e diffondere nei Distretti e nei Servizi Territoriali il tema delle disuguaglianze di salute, evidenti nelle differenze osservabili sia tra le varie Regioni del Paese, sia addirittura a livello intra-regionale, tra le diverse Aziende Sanitarie dei SSR locali.

Uno dei messaggi centrali conclusivi riprende quanto scrisse Roy Romanov nel 2002 "The System Is as Sustainable as We Want It to Be" - « IL SISTEMA È TANTO SOSTENIBILE QUANTO NOI VOGLIAMO CHE LO SIA » 1.

1) - Conclusioni della "Commission on the Future of Health Care" –

(<https://qspace.library.queensu.ca/bitstream/handle/1974/6882/BuildingOnValues.pdf?sequence=5>)

Non si tratta di un problema economico (quante risorse sono necessarie), ma si tratta di definire i principi che consentono di specificare i termini della sostenibilità di un sistema sanitario. Dobbiamo continuare ad interrogarci su alcune questioni: Un sistema deve essere sostenibile per cosa? Quali tipo di servizi e prestazioni devono essere incluse? Cosa concorre alla sostenibilità del sistema sanitario?

Troppo spesso la salute e la spesa per salute è stata considerata solo un tema di sanità, dimenticando gli impatti sul sistema economico e produttivo del Paese. La sostenibilità del sistema sanitario è prima di tutto un problema culturale e politico. Da queste premesse è necessario ripartire per pensieri ed azioni che non possono che essere eterodossi.

Per CARD quindi l'impegno di difendere un sistema sanitario pubblico, unico in cui i Distretti hanno senso, valore, efficacia.

Se la Salute è UNA, mentre le Malattie sono mille e più, dall'Unicità della Salute discende l'unitarietà dei Bisogni, con l'obbligo della unitarietà della Risposta. Deve prevalere l'Approccio Olistico, la Metodologia integrante. Tutti elementi di pensiero ed azione propri del "buon" Distretto, che quindi è tenuto ad agire in direzione contraria alla odierna prevalente frammentazione specialistica ed all'enfasi sulle specializzazioni, che conducono a risultati del tutto divergenti. Un altro punto fermo per ridurre e controllare le disuguaglianze è quello di tenere come bussola i LEA. Come provocazione di pensiero, ci si è interrogati come evitare che i Livelli Essenziali diventino EVENTUALI, puntando sempre più su una Universalità selettiva anziché ricercando una Universalità sobria, che potrebbe svilupparsi anche grazie ad una diffusione dei PDTA in rete.

La creazione ed uso dei PDTA – si è discusso – acquista valore nei Distretti solamente se consentono la personalizzazione dei programmi di cura, evitando ogni rigida standardizzazione, fonte di disuguaglianze.





Per questo i PDTA devono generare non pratiche uniformi, ma programmi personalizzati: i PAI. La coerenza organizzativa, gestionale ed assistenziale di PDTA e PAI diventa lo strumento irrinunciabile per un vero contrasto alle disuguaglianze. Per tentare di congiungere validamente PDTA e PAI CARD terrà come punti cardinali di riferimento i contenuti del Piano Nazionale delle Cronicità PNC, ricchissimo di eccellenti indicazioni e buoni principi. Ci sembra di grande rilievo che li puntualizzi sul tema di "Disuguaglianze sociali, fragilità e/o vulnerabilità".

Il Decreto sui nuovi LEA ci indica cosa doverosamente dobbiamo erogare e cosa effettivamente il cittadino deve ricevere. PNC e LEA possono, debbono, quindi essere coppia inscindibile per ridurre la dissociazione tra principi e pratiche, ed apportare equità. I LEA diventano strumento di riduzione delle disuguaglianze quando soddisfano il criterio della giusta percezione dei bisogni e del giusto esito delle cure offerte a tutti, per cui i Distretti possono essere i "giusti" protagonisti per raccordare al meglio cure ospedaliere, ambulatoriali, domiciliari e residenziali. Quindi per meglio integrare cure primarie e secondarie, anche in aree geografiche "disuguali" (marginali).

Va evitato un trend crescente per cui i sani principi e pratiche dei LEA da livelli ESIGIBILI, ipocritamente diventino invece solamente Livelli ESIBITI. Il Distretto deve per questo agire come garante della salute dei cittadini, che in lui riconoscono un alleato irrinunciabile.

L'enfasi di CARD sul valore dei LEA correttamente formulati, intesi ed agiti/protetti, è sottolineato da un acronimo che CARD intende diffondere quale pilastro fondante e di difesa del nostro SSN: A M A R E.

Le singole lettere richiamano i punti essenziali per il "buon Distretto" nel "ben agire" sui LEA: A= ACCESSIBILITÀ -> ACCOGLIENZA (attenzione competente)

M= MISURABILITÀ -> MANIFESTABILITÀ ("contare" per far contare, raccontare e condividere, quello che conta)

A= APPARTENENZA ALLE ALTERNATIVE (dare al paziente la possibilità di partecipare alle scelte personalizzazione delle cure)

R= RISOLUZIONE -> RESPONSABILITÀ (dal problem solving all'evolving in a problem)

E= ESSENZIALITÀ EQUA (stop all'affermazione: tutto a tutti non è possibile continuare a darlo. Perché mai accaduto, perché da agire come distribuzione giusta di diversità a diversi).

A conclusione delle giornate di lavoro, ad ulteriore supporto non solo culturale ma anche operativo, i partecipanti hanno ricevuto in consegna una mappa orientativa di 5 macro-indicazioni, che ciascun operatore dei Distretti potrebbe usare per effettivamente lavorare per ridurre le disuguaglianze di salute:

1. RENDI L'EQUITÀ DELLA SALUTE UNA PRIORITA' STRATEGICA:
  - Dimostra la leadership di impegno per migliorare l'equità a tutti i livelli dell'organizzazione;
  - Assicura risorse adeguate per l'obiettivo.
2. SVILUPPA STRUTTURE E PROCESSI PER SUPPORTARE IL LAVORO SULL'EQUITÀ:
  - Costituisci un comitato che supervisioni e gestisca il lavoro sull'equità nella tua organizzazione;
  - Dedica risorse del tuo budget per supportare il lavoro a favore del lavoro sull'equità.





---

3. ADOTTA STRATEGIE SPECIFICHE RIVOLTE A TUTTI I DETERMINANTI DELLA SALUTE SU CUI LA TUA ORGANIZZAZIONE PUÒ AVERE IMPATTO DIRETTO:

- Servizi sanitari;
- Stato socioeconomico;
- Ambiente fisico;
- Stili di vita sani.

4. RIDUCI LE OCCASIONI DI DISCRIMINAZIONE E STIGMA NELLA TUA ORGANIZZAZIONE:

- Cura gli spazi e gli ambienti per renderli accoglienti e funzionali;
- Verifica le reali capacità di spesa delle persone vulnerabili;
- Riduci i fattori impliciti delle politiche organizzative, delle strutture e delle norme che portano svantaggio alla cura delle persone fragili.

5. SVILUPPA PARTNERSHIP CON LE ORGANIZZAZIONI DELLA TUA COMUNITÀ:

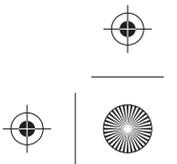
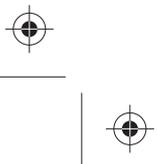
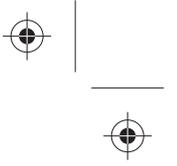
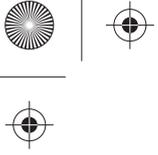
- Fai leva sulle risorse della comunità locale per lavorare insieme con lo scopo di aumentare la salute e l'equità.

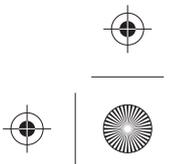
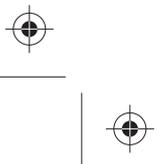
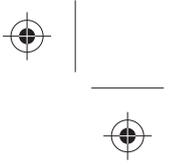
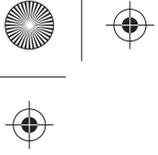
Infine, certi di esprimere l'opinione di molti, desideriamo qui ringraziare il Presidente CARD Gennaro Volpe e quanti, tra cui volentieri citiamo K Link Eventi, hanno reso possibile questa pubblicazione.

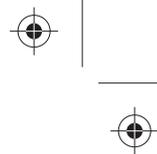
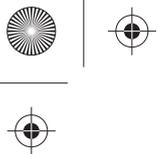
*Paolo Da Col, Antonino Trimarchi - CENTRO STUDI CARD*











A cura di **K Link Srl**  
Centro Direzionale Is. G1 - 80143 Napoli  
Tel: +39 081 19324211  
Fax: +39 081 19324754  
[klinksolutions.it](http://klinksolutions.it)

Finito di stampare nel mese di Aprile 2019  
dalla tipografia **All Prints Paper Srl** - Napoli

