

*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:
Sfide e Opportunità Post DM 77*

La forza dell'equipe nella presa in carico del paziente cronico in Casa di Comunità

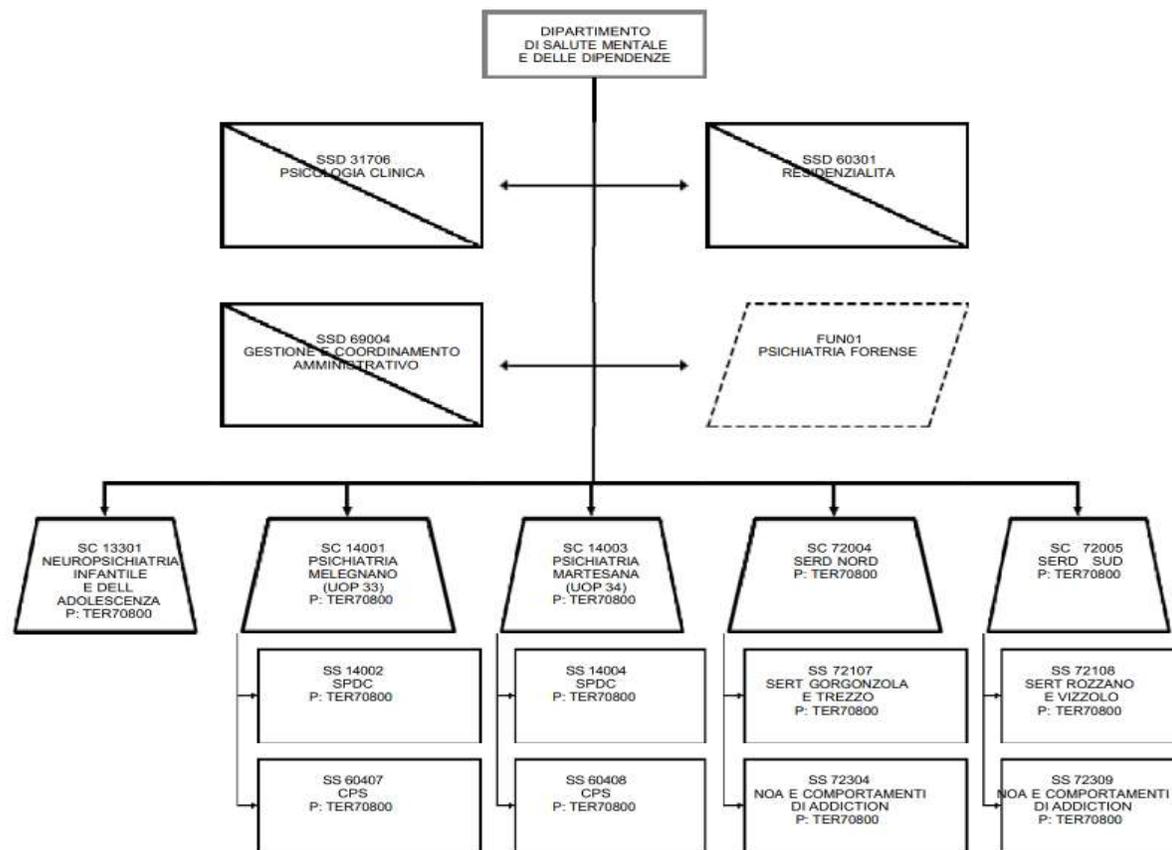
Flavia Righi, Dirigente Psicoterapeuta, ASST MELEGNANO
MARTESANA

Con il contributo non condizionato di:



PSICOLOGIA CLINICA e DSMD

ORGANIGRAMMA PROPOSTO - ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA - Direzione SocioSanitaria - DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE Staff del DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE



Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

DISTRETTI

POPOLAZIONE	
127.167	DISTRETTO VISCONTI (ambito sociale Visconteo) Basiglio - Rozzano - Locate Triulzi - Opera - Pieve Emanuele - Binasco - Casarile - Lacchiarella - Noviglio - Vernate - Zibido San Giacomo
113.614	DISTRETTO SUD EST MILANO (ambito sociale San Giuliano Milanese) Carpiano - Cerro al Lambro - Colturano - Dresano - Melegnano - San Zenone al Lambro - Vizzolo Predabissi - San Donato Milanese - San Giuliano Milanese
129.911	DISTRETTO ADDA (ambito sociale Melzo + Trezzo sull'Adda) Besenone - Cassano d'Adda - Inzago - Liscate - Melzo - Pozzuolo Martesana - Settala - Truccazzano - Vignate - Grezzago - Masate - Pozzo d'Adda - Trezzano Rosa - Trezzo sull'Adda - Vaprio d'Adda
123.692	DISTRETTO ALTA MARTESENA (ambito sociale Cernusco sul Naviglio) Bellinzago Lombardo - Cambiagio - Gessate - Pessano con Bornago - Bussero - Cassina de' Pecchi - Gorgonzola - Carugate - Cernusco sul Naviglio
154.779	DISTRETTO BASSA MARTESENA - PAULLESE (ambito sociale Pogliano + Paullo) Paullo - Tribiano - Mediglia - Partigiate - Rodano - Peschiera Borromeo - Pogliano - Segrate - Vimodrone



Come preservare le competenze specifiche e al contempo integrarle al fine di creare un dialogo comune che metta al centro i bisogni complessi del paziente cronico?



IL PERCORSO FORMATIVO

AUDIT CLINICO che ha visto alcuni operatori delle CdC condividere momenti stabiliti volti a definire strategie collaborative con il fine di affrontare eventi critici in contesti sanitari complessi fino ad arrivare ad implementare la co-costruzione di modelli riflessivi condivisi.



Requisiti per la costruzione di una equipe

- **comunicazione** chiara ed efficace tra colleghi;
- **definizione di ruoli e responsabilità professionali** che permette di comprendere i limiti realistici e ragionevoli della collaborazione;
- **condivisione** delle decisioni.

“COMUNITA’ di Pratica e di apprendimento:

gruppi sociali aventi l'obiettivo di produrre conoscenza organizzata e di qualità, alla quale ogni membro ha libero accesso. In queste comunità, gli individui mirano ad un apprendimento continuo e ad una integrazione delle competenze attraverso la consapevolezza delle proprie conoscenze e di quelle degli altri”.

Processo di riflessività critica

La **chiave dell'azione**, nella complessità, è la **capacità** di ogni organizzazione e dei suoi professionisti di **promuovere processi orientati a trasformare discrepanze, tensioni, disallineamenti ed errori in possibilità continue di apprendimento.**



Nella realtà della nostra esperienza il gruppo sociale, composto dai professionisti delle CDC, era il gruppo di lavoro che ha condiviso esperienze, riflessioni e fatiche legate alla nascita di una nuova tipologia di mentalità di gruppo.

L'effetto di queste riflessioni, vissute in maniera esperienziale ha permesso la creazione di un **pensiero dinamico** da utilizzare nell'approccio e nell'analisi delle situazioni complesse con cui si confrontano gli operatori, vale a dire la **possibilità di trovare risposte molteplici** e multiformi che possono nascere e differenziarsi in base alle continue interazioni tra professionalità diverse e utenti, **in un assetto di continua evoluzione.**



Nuove Progettualità

Grazie a questo assetto è stato possibile alle équipes sperimentarsi in una nuova progettualità, rivolta ai caregiver di pazienti in situazioni di cronicità, dando vita al progetto “Vicino a te” che ha previsto la copresenza di psicologi, assistenti sociali e Ifec, con la collaborazione delle Direzioni Distrettuali e degli Ambiti Territoriali.



Ti occupi di persone in difficoltà?

LA CASA DI COMUNITA' E' VICINO A TE



Gli operatori incontreranno la popolazione per presentare un progetto che mira a prendersi cura di chi cura.

L'incontro è rivolto a chi si occupa dell'assistenza e della cura quotidiana di persone in condizione di fragilità e non autosufficienza.

Vi aspettiamo in una di queste date a vostra scelta:

22 Marzo 2024 ore 16 presso il Centro Culturale Cascina Grande (sala conferenze),
viale Palmiro Togliatti 105, **Rozzano**
e-mail: puarozzano@asst-melegnano-martesana.it

26 Marzo 2024 ore 16.30 presso l'Auditorium Centro De' Andrè, via Piola 10, **Inzago**
e-mail: puacassano@asst-melegnano-martesana.it

26 Marzo 2024 ore 16.30 presso la Sala Consiliare, via Cesare Battisti 2, **San Donato Milanese**
e-mail: puamelegnano@asst-melegnano-martesana.it

27 Marzo 2024 ore 16.30 presso la Sala Polifunzionale, piazza delle Foibe,
Bettolino di Mediglia
e-mail: puapeschiera@asst-melegnano-martesana.it

28 Marzo 2024 ore 16.30 presso Vecchia Filanda, piazza Gavazzi, **Cernusco s/N**
e-mail: puacemusco@asst-melegnano-martesana.it

Interverranno

Direttori di distretto, Psicologhe, Assistenti Sociali e IFeC delle Case di Comunità.

Saluti delle istituzioni.

Articolazione del Progetto

Il progetto è stato articolato in 4 incontri, in piccolo gruppo, nel corso dei quali sono state affrontate tematiche di natura infermieristica, sociale e psicologica con l'obiettivo di offrire ai caregiver uno spazio di ascolto, condivisione, riconoscimento e sostegno.



«Il vero viaggio di scoperta non consiste nel cercare nuove terre, ma nell'aver nuovi occhi»

M. Proust





*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:
Sfide e Opportunità Post DM 77*

Progetto Anziano Fragile in ASST Lariana

Andrea M. Maresca

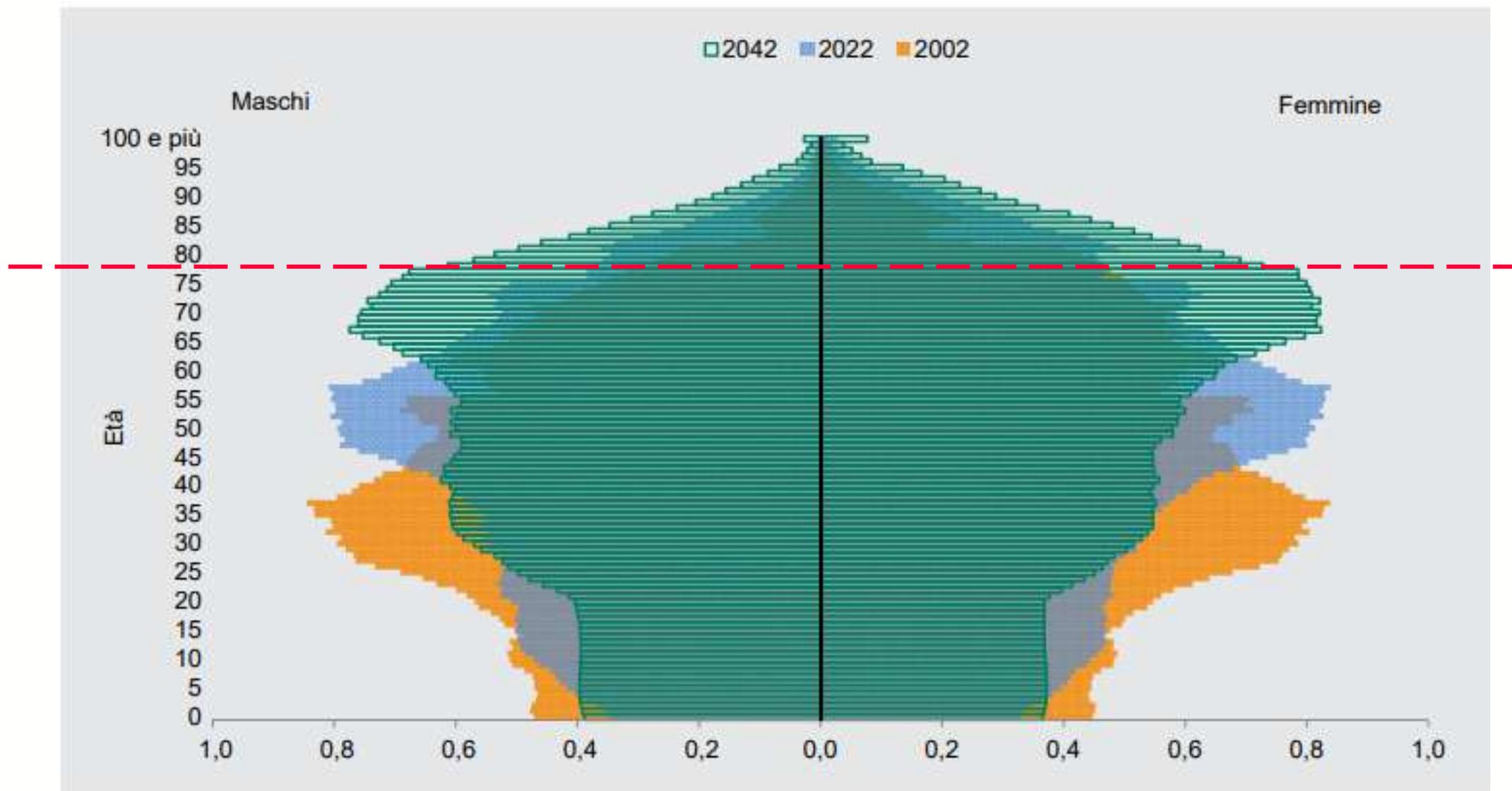
Dipartimento di Medicina e Chirurgia Università degli Studi dell'Insubria

UOC Geriatria Ospedale Sant'Anna-Como ASST Lariana

Con il contributo non condizionato di:



Scenario demografico



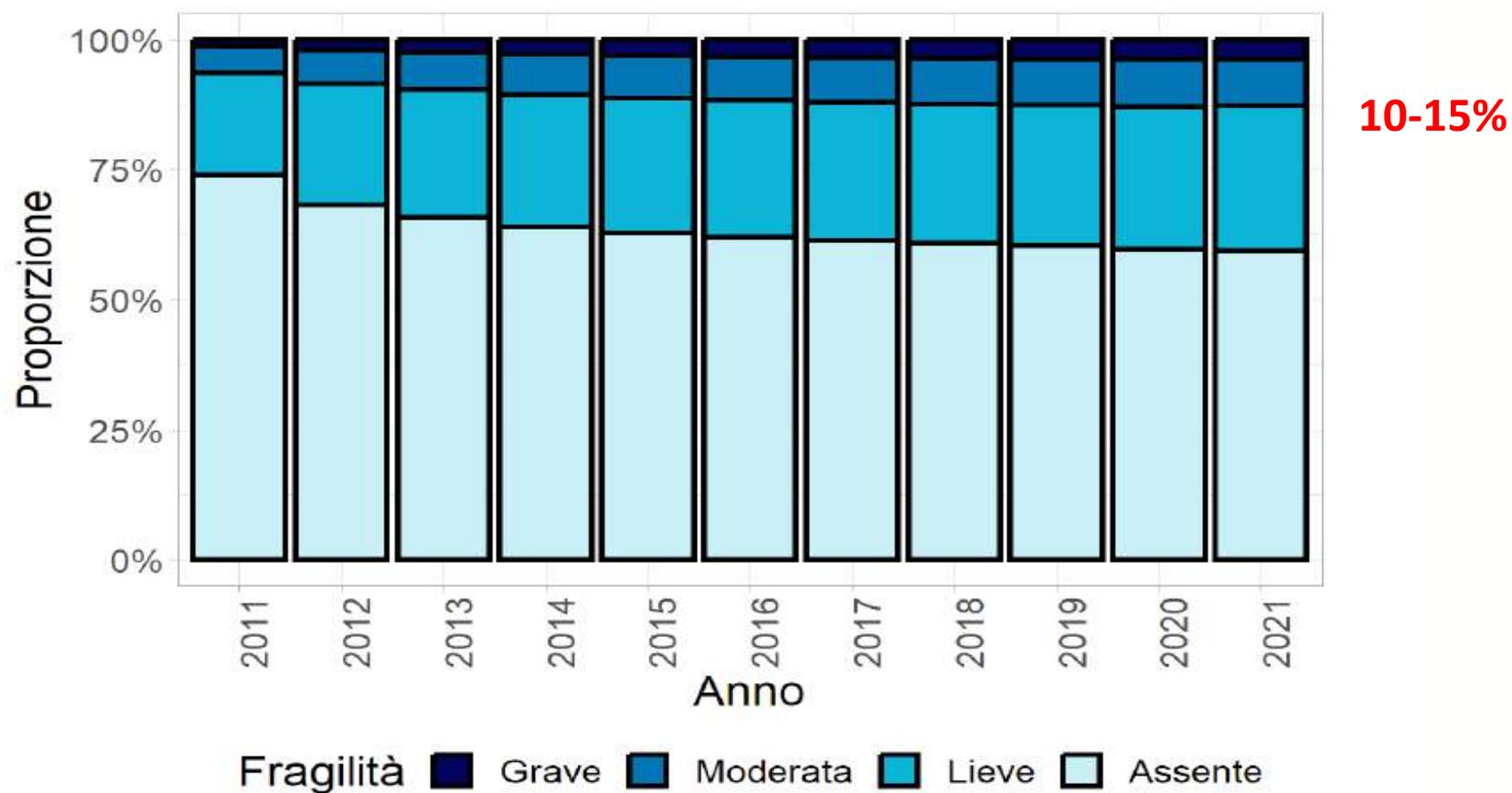
La fragilità

È possibile individuare due principali paradigmi che definiscono la fragilità:

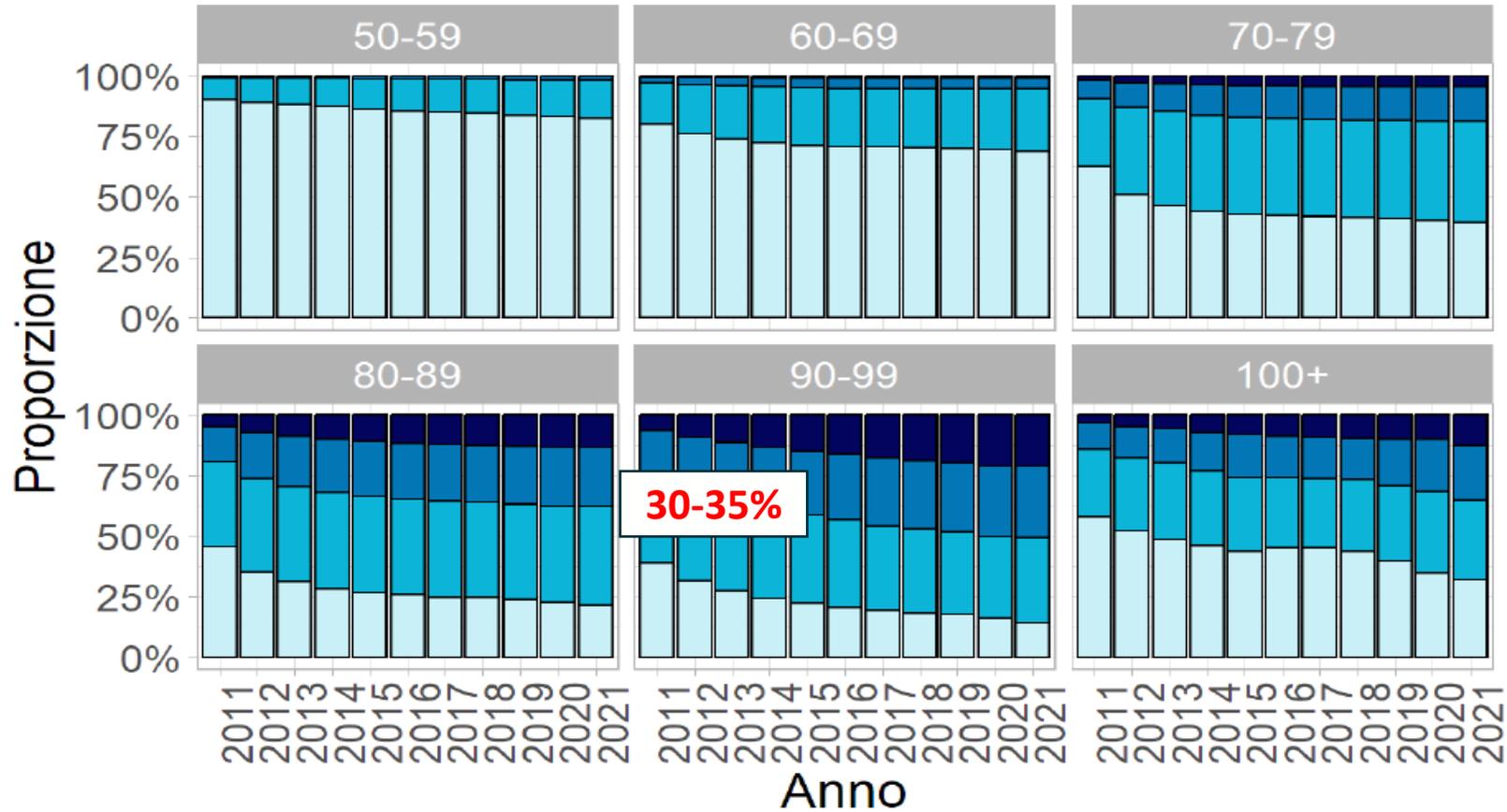
- Il **paradigma biomedico** (Fried. 2004) si concentra principalmente sul declino fisiologico e sulle basi biologiche che ne sono la causa. Definisce la fragilità come “una sindrome fisiologica caratterizzata dalla **riduzione delle riserve funzionali** e dalla **diminuita resistenza agli stressors** risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse”;
- Il **paradigma bio-psico-sociale** (Gobbens . 2010) ha il pregio di descrivere la multidimensionalità della fragilità, che non si limita a un declino sul piano fisiologico o ad un accumulo di deficit e patologie. La fragilità è definita come “uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta **perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale)**, causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute”.

Fragilità

Fenomeno in crescita

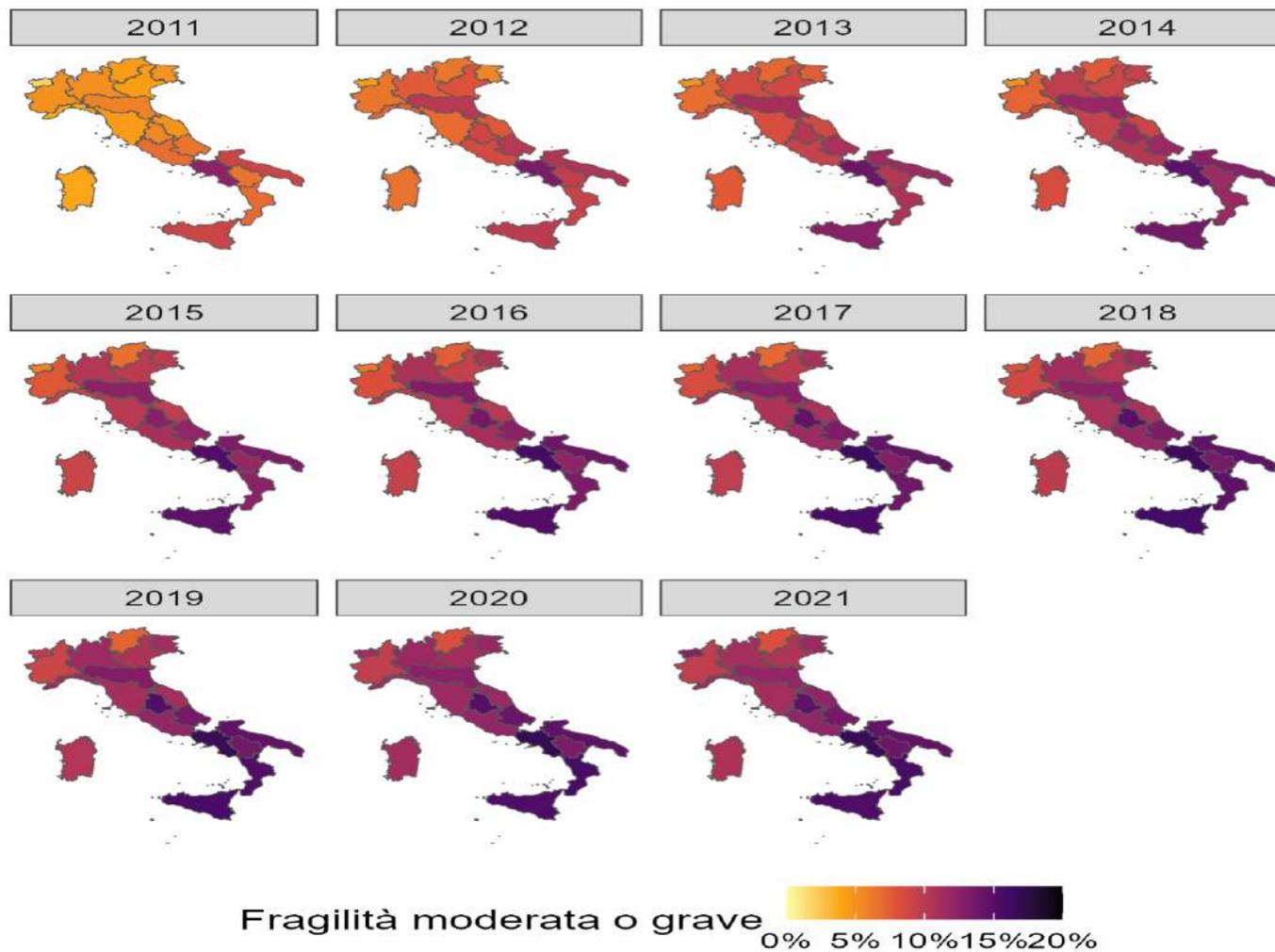


Fragilità ed età



Fragilità Grave Moderata Lieve Assente

Crescita della fragilita' moderata e grave (Italia)

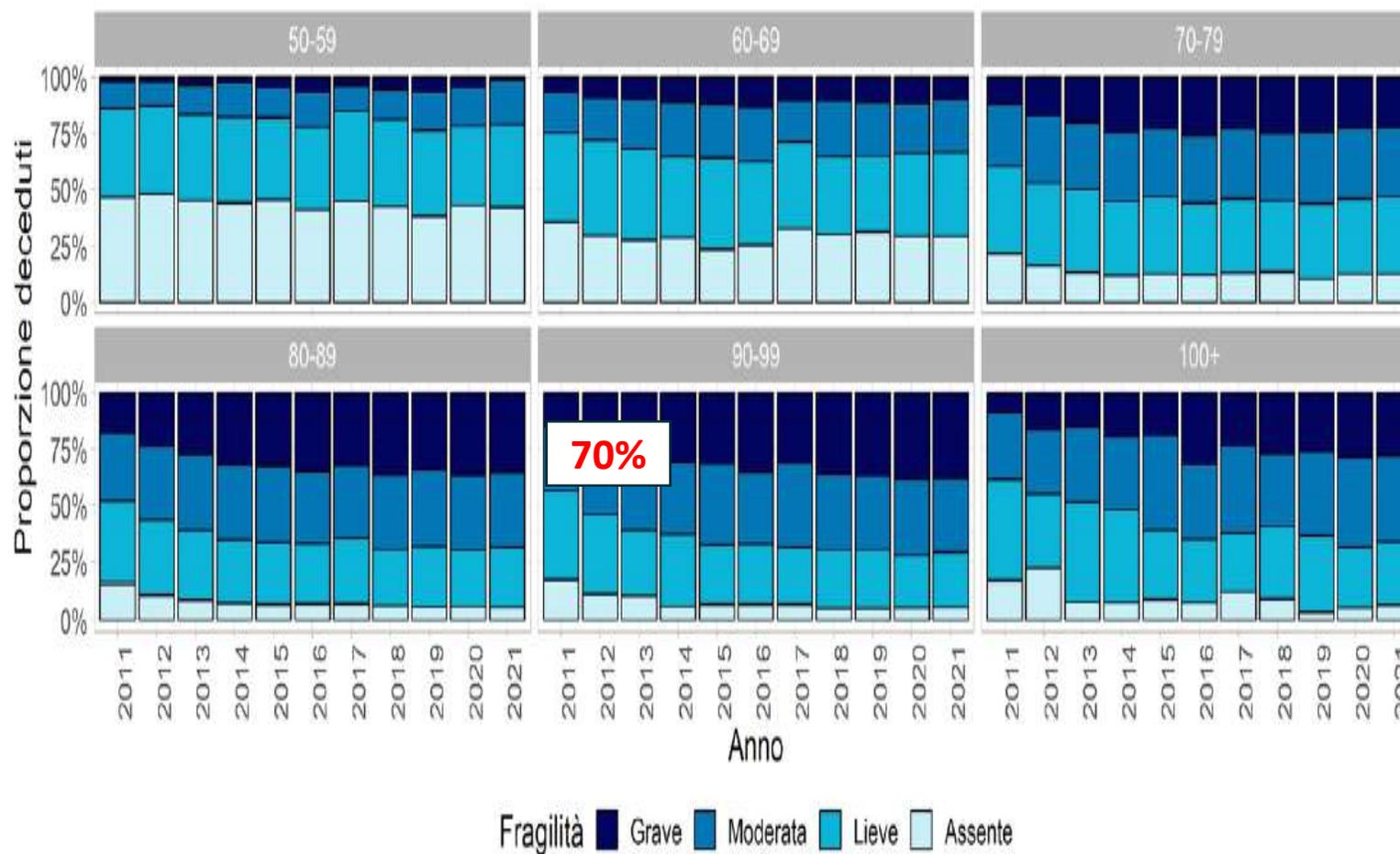


Fragilità moderata-grave Lombardia

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ABRUZZO	6.4%	10.1 %	10.8 %	11.6 %	12.1 %	12.5 %	13.0 %	13.2 %	13.5 %	14.0 %	13.5 %
BASILICATA	6.4%	9.6%	10.2 %	11.5 %	11.8 %	12.3 %	12.9 %	13.4 %	13.7 %	13.3 %	14.0 %
CALABRIA	6.9%	9.2%	10.6 %	11.6 %	12.4 %	13.2 %	13.9 %	14.7 %	15.3 %	15.8 %	15.6 %
CAMPANIA	12.3 %	13.3 %	13.9 %	14.7 %	15.2 %	15.7 %	16.3 %	16.3 %	16.5 %	16.8 %	16.6 %
EMILIA- ROMAGNA	5.7%	10.0 %	11.0 %	11.8 %	12.4 %	12.9 %	12.6 %	12.4 %	12.8 %	12.5 %	12.0 %
FRIULI VENEZIA GIULIA	4.8%	5.6%	7.5%	9.2%	9.8%	10.5 %	11.0 %	11.3 %	11.3 %	11.8 %	11.6 %
LAZIO	6.7%	8.5%	9.2%	10.1 %	10.8 %	10.9 %	11.5 %	11.8 %	12.1 %	12.0 %	12.1 %
LIGURIA	3.8%	7.0%	8.0%	8.8%	9.2%	9.5%	10.6 %	10.9 %	11.4 %	11.4 %	11.4 %
LOMBARDIA	5.0%	7.5%	8.5%	9.7%	10.3 %	10.7 %	10.9 %	11.2 %	11.4 %	11.6 %	11.1 %
MARCHE	4.8%	7.7%	8.7%	9.2%	9.7%	10.1 %	10.7 %	10.8 %	11.0 %	11.6 %	12.2 %
PIEMONTE	5.0%	6.3%	6.7%	7.1%	7.7%	8.0%	8.4%	8.7%	9.1%	9.6%	9.6%
PUGLIA	8.9%	10.5 %	11.5 %	12.5 %	13.1 %	13.9 %	14.3 %	14.5 %	14.5 %	14.7 %	14.4 %
SARDEGNA	3.9%	6.5%	7.5%	8.3%	9.1%	9.3%	9.7%	9.8%	10.4 %	11.2 %	10.6 %
SICILIA	9.1%	9.9%	12.6 %	13.6 %	14.7 %	15.3 %	15.7 %	15.9 %	15.7 %	15.4 %	15.4 %
TOSCANA	4.4%	6.9%	8.3%	9.3%	10.0 %	10.3 %	10.6 %	10.8 %	11.0 %	11.5 %	11.1 %
TRENTINO- ALTO ADIGE	4.4%	6.3%	7.0%	7.7%	6.6%	7.4%	7.0%	7.1%	7.2%	8.1%	8.1%
UMBRIA	5.4%	8.9%	10.2 %	11.6 %	12.6 %	13.5 %	14.4 %	14.8 %	15.2 %	15.1 %	14.7 %
VALLE D'AOSTA	1.9%	4.3%	4.8%	5.0%	5.8%	6.3%	7.0%	8.0%	9.7%	11.3 %	12.6 %
VENETO	4.4%	7.9%	8.7%	9.1%	9.8%	9.4%	9.8%	10.4 %	10.6 %	11.2 %	10.5 %

Siamo passati dal 5 all'11%

Fragilità e morte



Come valutiamo la fragilità?

La VMD = valutazione multidimensionale

E' un processo multidimensionale –interdisciplinare atto a identificare le capacità **funzionali, fisiche, psicologiche e sociali** di una persona anziana, seguito dalla implementazione di un piano integrato e coordinato di trattamento e follow-up.

CGA = Comprehensive Geriatric Assessment

Cosa non va....

- La presa in carico di pazienti con bisogni di cure palliative e con **malattia non oncologica** rimane contenuta determinando una mortalità ospedaliera maggiore (Rapporto AGENAS 2021).
- Il report della Lancet Commission (2022) fotografa un approccio alle **patologie croniche avanzate e terminali** non ancora ottimale, specialmente nell'ultimo anno di vita, con ricoveri in setting di cura di tipo intensivo, spese elevate e trattamenti sintomatologici con esiti incerti sulla qualità di vita dei malati e delle loro famiglie.
- Accessi in PS di anziani fragili con **riacutizzazione** di condizione cronica

Dimensione del problema

Distretto Mariano-Cantu'

- Popolazione circa **130.000 abitanti**
- Popolazione > 80 anni circa **10.000 abitanti**
- Anziani fragili > 80 anni (moderata-grave) circa **3.000** soggetti
- Anziani fragili > 80 anni (grave) circa **1000-1500** soggetti

- Ricoveri in Medicina a Cantu' **1145** ricoveri (2023)
- Accessi in PS Cantù > 80 anni **3244** – ricoverati **707** (21.8%) (2023)
- Accesso in PS S. Fermo > 80 anni **6127** – ricoverati **2275** (37%) (2023)

Progetto Anziano Fragile

- 1. Ambulatorio specialistico geriatrico CDC Cantu' Anziano Fragile (presa in carico) su segnalazione MMG (da luglio 2024)**
- 2. Turnazione medici geriatri in ODC Cantù (da luglio 2024) e ricovero dal territorio su segnalazione MMG**
- 3. Gruppi rapidi di intervento domiciliare medico geriatra-infermiere su territorio Cantù per anziano fragile su segnalazione MMG (da ottobre 2024)**

Ambulatorio specialistico geriatrico CDC Cantu' Anziano Fragile (presa in carico) su segnalazione MMG (da luglio 2024)

Clinical frailty scale ≥ 6



1 – MOLTO IN FORMA

Persone forti, attive, energiche e motivate. Praticano regolare esercizio fisico e appartengono alla categoria di persone più in forma fra la propria fascia di età.



2 – IN FORMA

Persone che **non hanno sintomi di malattia attivi**, ma che sono meno in forma rispetto alle persone della categoria 1. Praticano spesso esercizio fisico e sono a volte molto attive, a seconda della stagione.



3 – SE LA CAVA BENE

Persone i cui **problemi medici sono ben monitorati**, ma **non sono però regolarmente attive** al di fuori della normale deambulazione quotidiana esterna.



4 – SE LA CAVA ABBASTANZA BENE

Anche se non dipendenti dall'aiuto degli altri nella vita quotidiana, queste persone sono spesso limitate nelle loro attività **a causa di sintomi di malattia**. Spesso lamentano di sentirsi «rallentati» e/o stanchi durante il giorno.



5 – LEGGERMENTE FRAGILE

Persone spesso evidentemente rallentate nei **movimenti** e nelle **attività** più impegnative **della vita quotidiana** (es. gestione delle finanze, gestione dei farmaci) e **hanno bisogno di aiuto**. Sono in genere sempre più limitate nello shopping, nella deambulazione autonoma, nella preparazione dei pasti e nei lavori domestici.



6 – MODERATAMENTE FRAGILE

Queste persone hanno bisogno di **assistenza in tutte le attività esterne alla casa e nella gestione delle finanze**. Spesso hanno difficoltà a salire le scale, hanno bisogno di **aiuto per lavarsi** e possono avere bisogno di aiuto per vestirsi.



7 – MOLTO FRAGILE

Completamente dipendenti per la cura personale, per qualunque tipo di causa (fisica o cognitiva). Tuttavia, sembrano stabili e non ad alto rischio di morte (entro 6 mesi).



8 – FRAGILITÀ MOLTO GRAVE

Queste persone **si avvicinano al decesso e sono completamente dipendenti dagli altri**. Se si ammalassero di qualsiasi malattia, molto probabilmente non riuscirebbero a riprendersi.



9 – MALATO TERMINALE

Queste persone hanno un'**aspettativa di vita <6 mesi** e si avvicinano alla fine della vita, anche se la loro condizione non è così marcatamente visibile.

Clinical Frailty Scale – 2007-2009 versione 1.2; Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada.

2.Turnazione medici geriatri in ODC Cantù (da luglio 2024) e ricovero dal territorio su segnalazione MMG

L'OsCo e il DM/77
23 Maggio 22

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero,

La finalità è quella di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard:

- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:
7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

- DOVE

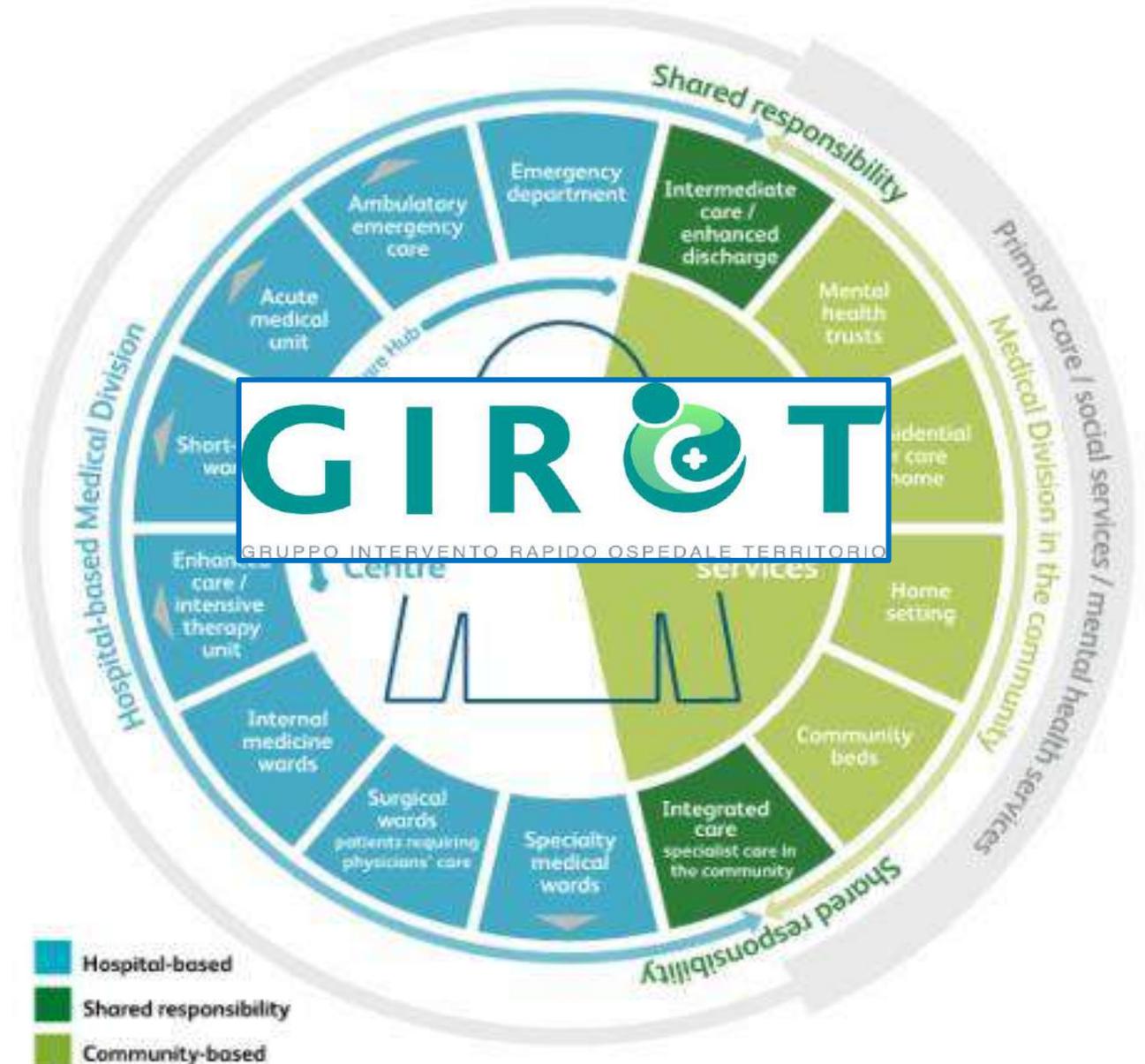
L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale

2. Turnazione medici geriatri in ODC Cantù (da luglio 2024) e ricovero dal territorio su segnalazione MMG

- Pazienti anziani e fragili provenienti da struttura ospedaliera, clinicamente dimissibili, ma richiedenti assistenza infermieristica continuativa
- **Pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente**
- Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL (somministrazione dei farmaci, gestione presidi e dispositivi, monitoraggio di tipo non intensivo); necessità di formazione /educazione/addestramento del paziente e care giver prima dell'accesso al domicilio
- Pazienti che necessitano di riattivazione motoria o di supporto riabilitativo rieducativo

Gruppi rapidi di intervento domiciliare medico geriatra-infermiere su territorio (Cantù per anziano fragile su segnalazione MMG)

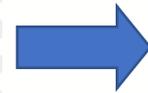
GIROT
(Gruppo intervento rapido
ospedale-territorio)



Gruppi rapidi di intervento domiciliare medico geriatra-infermiere su territorio Cantù per anziano fragile su segnalazione MMG)



Accesso al PS



INTERVENTI IN CO-GESTIONE CON IL CLINICO DEL PRONTO SOCCORSO

- Valutazione multidimensionale
- Radiografia del torace
- Emogasanalisi arteriosa: insufficienza respiratoria
- Terapia diuretica e antibiotica per via endovenosa
- Prescrizione di: ossigeno, liquidi, terapia antibiotica a domicilio
- Ausili domiciliari



RIVALUTAZIONE DEL GIROT ENTRO 24/48 ORE CON L'INFERMIERE DI FAMIGLIA:

- Somministrazione di terapia endovenosa su Programma
- Programmazione degli esami del sangue di follow-up
- Attivazione del fisioterapista di comunità
- Educazione per il caregiver

GIROT in PS

Quando?

5 giorni/7 da 09:00 a 15:00

Briefing → presa in carico → debriefing

Staff : geriatra, infermiera case manager di PS, consulenti, palliativisti, assistente sociale

Per fare cosa?

Prendere in carico il paziente per stabilire il setting assistenziale migliore.

Anziano fragile ad alto rischio di complicanze ospedaliere e pazienti che possono ricevere lo stesso livello di assistenza ospedaliera a domicilio

GIROT in PS

Early Discharge

Obiettivi principali

Individuare rapidamente, al di là delle problematiche cliniche, la possibilità di assistenza domiciliare, e individuare il percorso assistenziale più appropriato in base al quadro clinico e alla possibilità di recupero funzionale

Ruolo proattivo nell'attivazione dei servizi di comunità.

ODC

RSA

Cure
Intermedie

GIROT

Day
Hospital

Reparto per
acuti

GIROT in PS- Firenze

	ED SMN (N°)	ED SMN (%)	ED OSMA (N°)	ED OSMA (%)	ED SGD (N°)	ED SGD (%)
Total patients	1003	-	1629	-	844	-
Male	314	31,30	654	40,14	336	39,81
Female	689	68,69	975	59,85	508	60,18
Age < 70 yrs	9	0,89	27	1,65	10	1,18
Age 70 – 79 yrs	101	10,06	171	10,49	96	11,37
Age 80 – 89 yrs	385	38,38	838	51,44	443	52,48
Age 90 – 99 yrs	495	49,35	580	35,60	285	33,76
Age 100 – 110 yrs	13	1,29	13	0,79	10	1,18
Home	838	83,54	1232	75,62	670	79,38
Hospitalized	58	5,78	177	10,86	50	5,92
Moved CDC	102	10,16	209	12,82	114	13,50
Dead	5	0,49	11	0,67	10	1,18

• Dati 2022

Come funziona?

Attivo 5 giorni su 7 dalle 8:00 alle 16:00.

Sede operativa presso Casa di Comunità di Cantu'.

1-2 squadre GIROT (geriatra-Infermiere di famiglia) attive su tutto il territorio

Quali strumenti utilizza?

ECG portatile



Ecografo portatile



Emogasanalizzatore+ Esami
ematochimici



GIROT territoriale dati 2022

Total patients (n°)	5884
Average age (years)	88,05
Min (years)	43,00
Max (years)	103,00
Median (years)	89,00
Total interventions (visits + virtual visits) - (n°)	5656
Virtual visits (n°)	2584
Visits (n°)	2942

average length of stay (days)

7

Sex		
	numero	percentuale
Male	112	35,2 %
Female	206	64,8 %
Deambulation		
Dependent	205	64,5 %
Independent with assistance	43	13,5 %
Independent without assistance	29	9,1 %
independent for at least 10 mt	41	12,9 %
Anamnestic Barthel Index		
<40	208	65,4 %
40-80	71	22,3 %
>80	39	12,3 %

Integrazione Ospedale-Territorio

- Il geriatra ospedaliero può lavorare sul territorio in collaborazione con il medico di medicina generale
- Un sistema di assistenza integrata ha le sue fondamenta nell'assistenza di emergenza e nei servizi territoriali.
- Solo un sistema costruito sulla valutazione multidimensionale o CGA può fornire risposte a queste esigenze.

*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:
Sfide e Opportunità Post DM 77*

**“PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO:
RUOLO DELL'IFEC E INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI
DELLA CASA DI COMUNITA' E MMG”**

Elena Mariani, Direttore Distretto Oglio Po Casalasco Viadanese
Monica Carnevali, Responsabile infermieristica delle attività
sviluppate con gli IFeC ASST Mantova

Con il contributo non condizionato di:

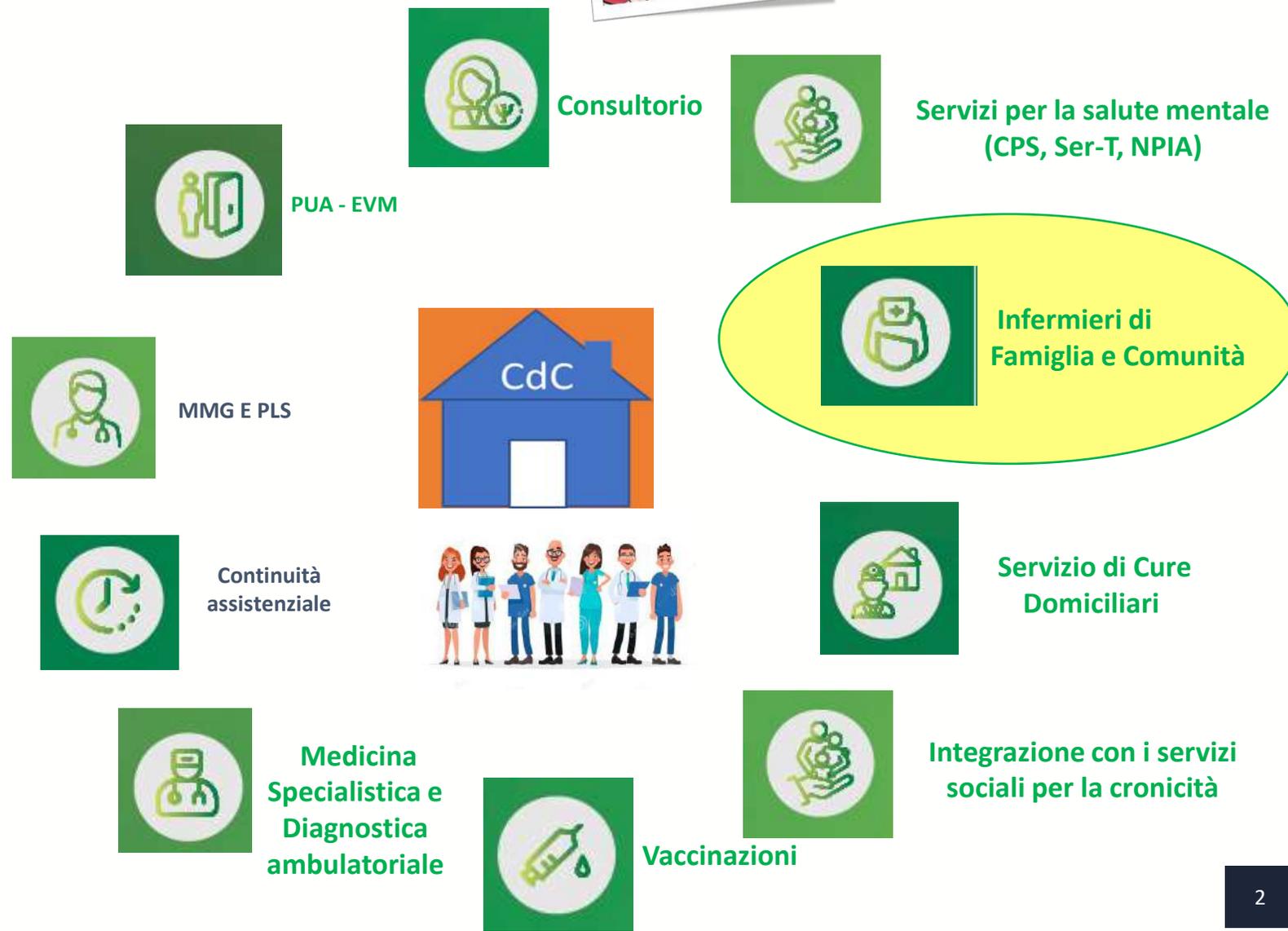




LA CASA DI COMUNITÀ PER GARANTIRTI:

LA PRESA IN CARICO DELLE CRONICITÀ

- **Organizzazione capillare** su tutto il territorio.
- Una struttura fisica in cui opera un **équipe multiprofessionale** di: MMG, medici specialistici, Infermieri di Famiglia e Comunità, altri professionisti della salute e può ospitare anche assistenti sociali.
- Un punto di **riferimento continuativo per la popolazione** che, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica permette di garantire **la presa in carico della comunità di riferimento**.



CONTESTO NORMATIVO

- **L.R. n.33 del 30/12/2009- Art. 10: Sistema delle cure primarie**

«...nell'ambito del settore cure primarie, governato dalle ATS territorialmente competenti, è istituito il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, inteso come il servizio infermieristico e delle professioni sanitarie singolo o associato a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali...»

- **Patto per la Salute 2019 – 2021- scheda 8: Sviluppo delle reti territoriali e riordino della medicina generale**
- **D.L. n. 34 del 19/05/2020 → L. 77/2020 – art 1. Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale**

« ...Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione dell'infermiere di famiglia e comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2...le aziende possono procedere al reclutamento di infermieri in num non superiore ad 8 unità ogni 50.000 ab...»

- **DGR 3525 del 05/08/2020: attuazione dell' art 1 DL 34, convertito con modificazioni dalla legge 17/07/2020 n.77**

«...L'Infermiere di Famiglia e Comunità è dipendente della ASST, afferisce alla Direzione Socio-Sanitaria; è responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito comunitario. Attraverso la prossimità, la proattività e l'approccio multiprofessionale promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa, riabilitativa e palliativa differenziata per bisogno e per fascia d'età..... Sostiene e coordina il percorso dell'assistito attraverso l'informazione, l'educazione e la promozione del self-care, la presa in carico proattiva....al fine di promuovere, attraverso il lavoro di rete, l'integrazione tra la persona assistita, la sua famiglia e servizi presenti nel sistema salute territoriale (MMG/PLS, ambulatori, ospedali, strutture sociosanitarie, semiresidenziali, domiciliari, servizi sociali comunali, associazione di volontariato ecc...»

- **DM 77 del 23/05/2022: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"** è stato definito lo standard per l'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) - almeno 1 ogni 3.000 abitanti - quale figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera
- **DGR 7758 DEL 28/12/2022: determinazione in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023 Allegato 11: Personale → ASST MN N. 87**

Pazienti in carico da inizio attività IFeC

SEGNALANTE	N	%
MMG	1277	57.2
DIMISSIONI PROTETTE	448	20.1
COT	335	15
ALTRI SERV TERR (CPS/CAD/CDOM/CONSUL)	39	1.7
SERV SOCIALI	62	2.8
SLA UNIT	16	0.7
CDGD	13	0.6
MCA	4	0.2
REPARTI OSP.	39	1.7
TOTALE	2233	

ATTUALMENTE IN CARICO N. 1420

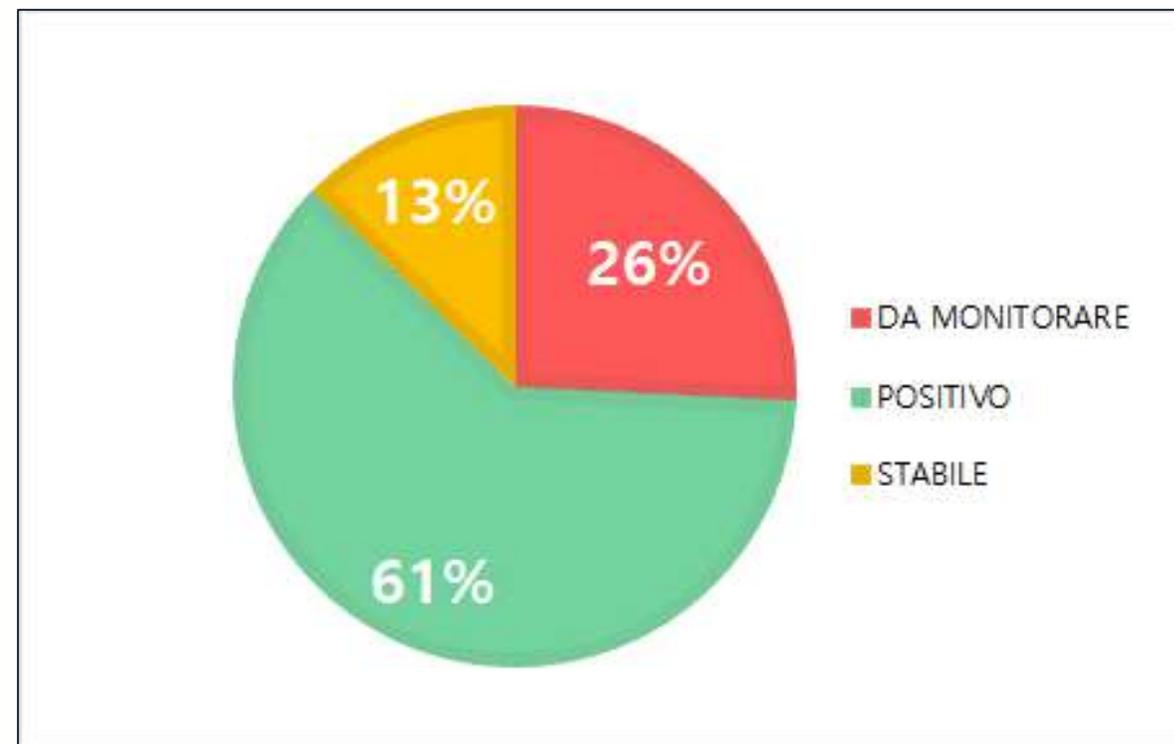
PERCORSI INTEGRAZIONE



ANALISI RETROSPETTIVA E LONGITUDINALE

PZ CRONICI PRESI IN CARICO DA IFEC CHE HANNO FATTO ALMENO UN ACCESSO IN PS NEL PERIODO CONSIDERATO (6 MESI EX ANTE E 6 MESI EX POST)

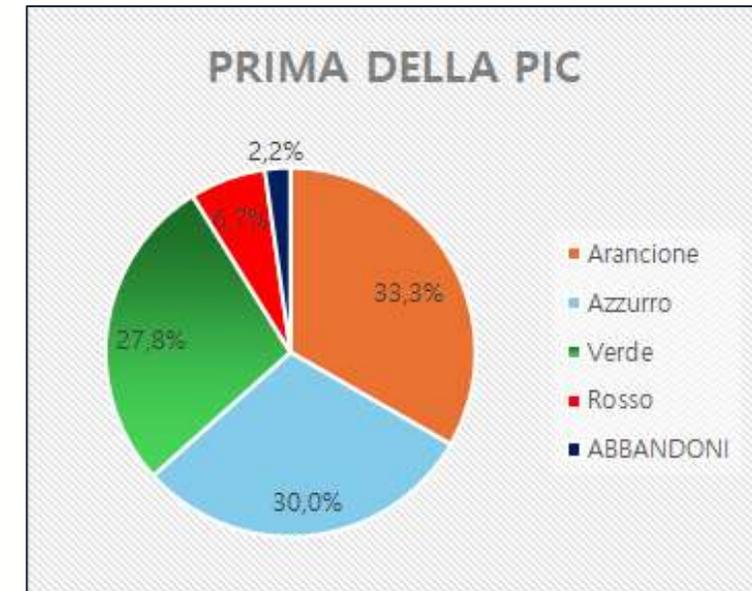
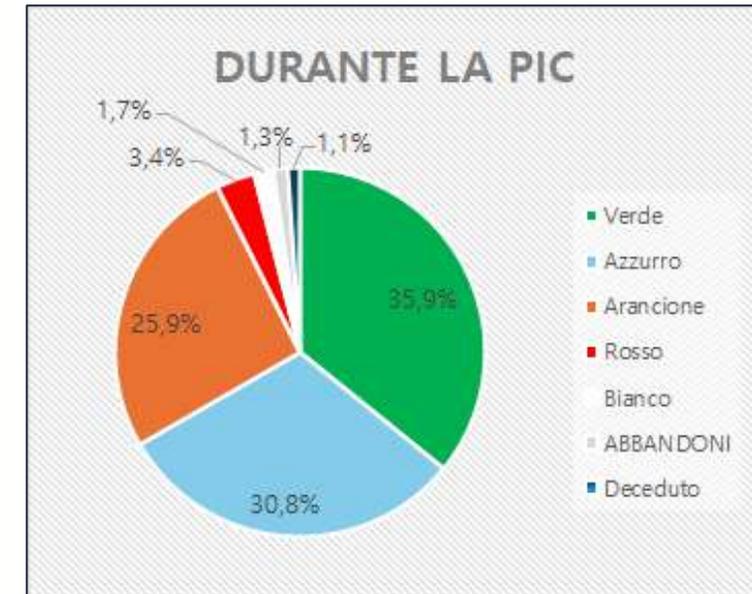
POSITIVO/DA MONITORARE/STABILE	N°	Incidenza su tot
DA MONITORARE	241	25,8%
POSITIVO	575	61,5%
STABILE	119	12,7%
Totale complessivo	935	100,0%



- **DA MONITORARE** → include i pz che hanno fatto SOLO accessi nei diversi PS aziendali DURANTE il periodo di PIC dell'IFeC o che hanno effettuato in totale PIU' accessi durante la PIC dell'IFeC rapportati al totale degli accessi in PS del singolo pz;
- **POSITIVO** → include i pz che hanno effettuato:
 - SOLO accessi nei diversi PS aziendali PRIMA del periodo di PIC dell'IFeC o che hanno effettuato in totale PIU' accessi prima della PIC dell'IFeC rapportati al totale degli accessi in PS del singolo pz;
 - SOLO accessi nei diversi PS aziendali DOPO il termine di chiusura del periodo di PIC dell'IFeC (provenienza del paziente è nella maggior parte dei casi da Casa di Riposo);
- **STABILE** → include i pz che hanno fatto lo stesso n° di accessi in PS nel periodo antecedente la PIC dell'IFeC e quello in cui era preso in carico dall'Infermiere di Famiglia e Comunità

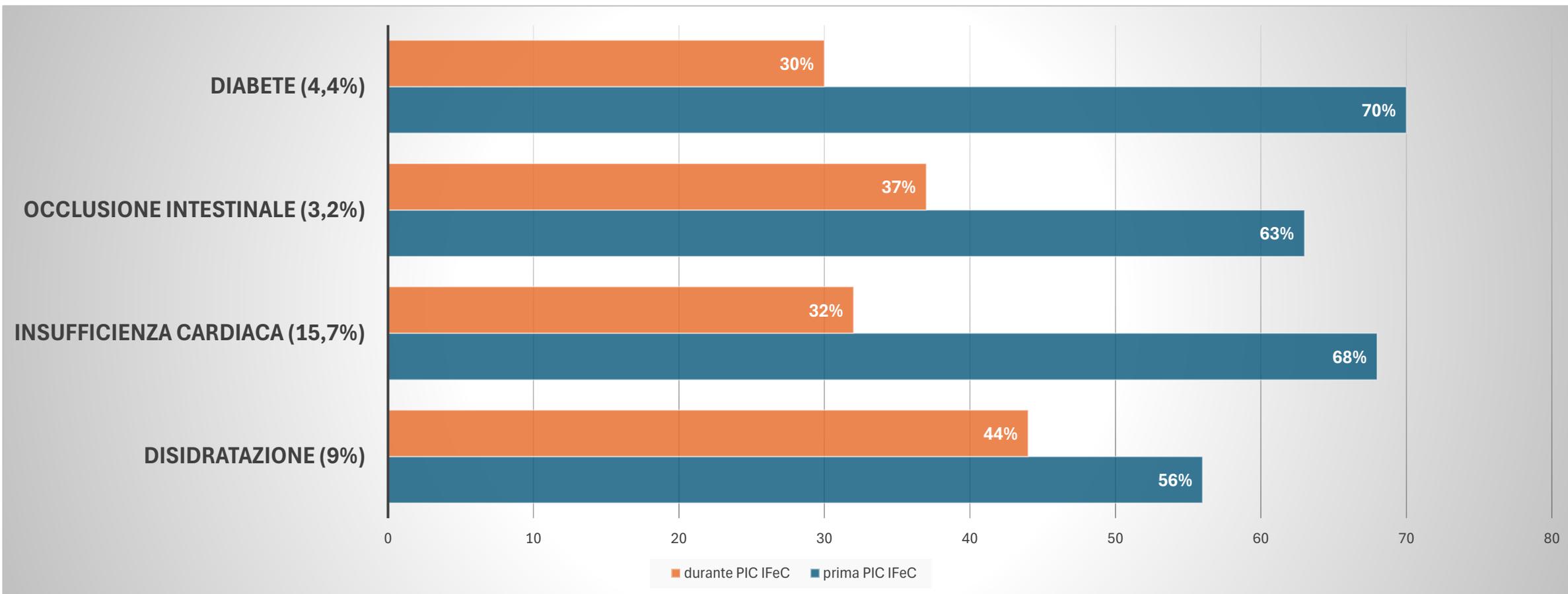
«DA MONITORARE» ANALISI PZ CRONICI PRESI IN CARICO DA IFEC CHE HANNO FATTO ALMENO UN ACCESSO IN PS NEL PERIODO CONSIDERATO

PRIMA/DURANTE/DOPO PIC IFEC	CODICE COLORE PS	n° ingressi	% su totale
Durante pic ifec	Verde	170	35,9%
	Azzurro	146	30,8%
	Arancione	123	25,9%
	Rosso	16	3,4%
	Bianco	8	1,7%
	ABBANDONI	6	1,3%
	Deceduto	5	1,1%
durante pic ifec Totale		474	100,0%
Prima della pic ifec	Arancione	30	33,3%
	Azzurro	27	30,0%
	Verde	25	27,8%
	Rosso	6	6,7%
	ABBANDONI	2	2,2%
prima della pic ifec Totale		90	100,0%
Dopo pic ifec	Verde	2	40,0%
	Rosso	1	20,0%
	Arancione	1	20,0%
	Azzurro	1	20,0%
dopo pic ifec Totale		5	100,0%
Totale complessivo		569	



I 241 pz «da monitorare» hanno effettuato 569 accessi in ps (2,36 circa di media a persona), la maggior parte di essi avvenuti durante la presa in carico dell'Infermiere di famiglia e comunità;
 → si nota una riduzione % degli accessi con codice colore più critico (arancione e rosso), che passano rispettivamente da 33,3% e 6,7% a 25,9% e 3,4%

DIAGNOSI PRINCIPALI DI DIMISSIONE DA PS





Si ringraziano:

Gli Infermieri di famiglia per il lavoro che stanno svolgendo con entusiasmo

Nicola Benedini (*Referente governo delle Performance del miglioramento organizzativo e di sicurezza delle cure*) per l'elaborazione dati

*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:
Sfide e Opportunità Post DM 77*

La COT a garanzia della continuità, dell'accessibilità e dell'integrazione

Marina Caimi

Direttore Distretto Parco Nord –Direttore ff Distretto Media Valle del Lambro

ASST NORD MILANO

Con il contributo non condizionato di:



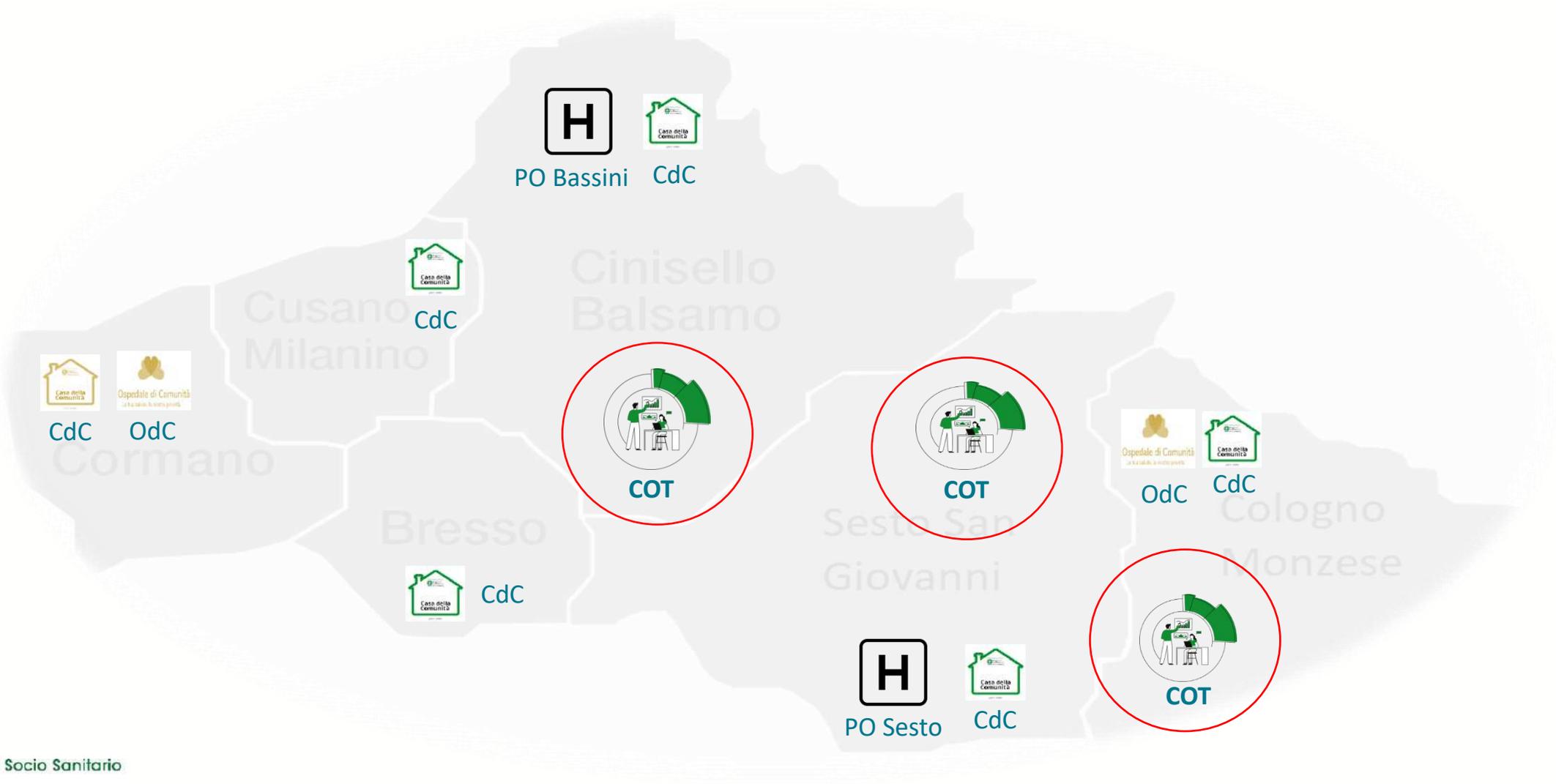
Territorio ASST NM

-  CdC
-  OdC
-  Servizi di Salute Mentale
-  Consultori

-  DISTRETTO PARCO MEDIA VALLE DEL LAMBRO
-  DISTRETTO PARCO NORD

DISTRETTO	POPOLAZIONE	TERRITORIO DI COMPETENZA
Distretto Parco Nord	138.411	CRT 816.1: Cinisello Balsamo CRT 816.2: Bresso; Cormano; Cusano Milanino
Distretto Parco della Media Valle del Lambro	127.276	CRT 815.1: Cologno Monzese CRT 815.2: Sesto San Giovanni







Dimissioni Protette

Dimissioni Precoci

Rete Ospedaliera ASST

Presa in carico PUA-CdC

MMG/PLS

Casi clinici
Complessità
Socio
Assistenziale

Spazio Malattie Rare

Enti Locali

PSD MMG/IFec

Rete Territoriale ASST

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
ASST NORD MILANO

Rete Territoriale EXTRA ASST

Assistenza Domiciliare C-DOM

Day Service

Progetto RX Dom

Trasfusioni Domiciliari Dom

VAX Dom

Prelievi TAO Dom

Progetto insulina nelle Scuole

C-DOM erogazione

Formazione nelle Scuole

Dialisi Peritoneale Dom

Rete Ospedaliera EXTRA ASST

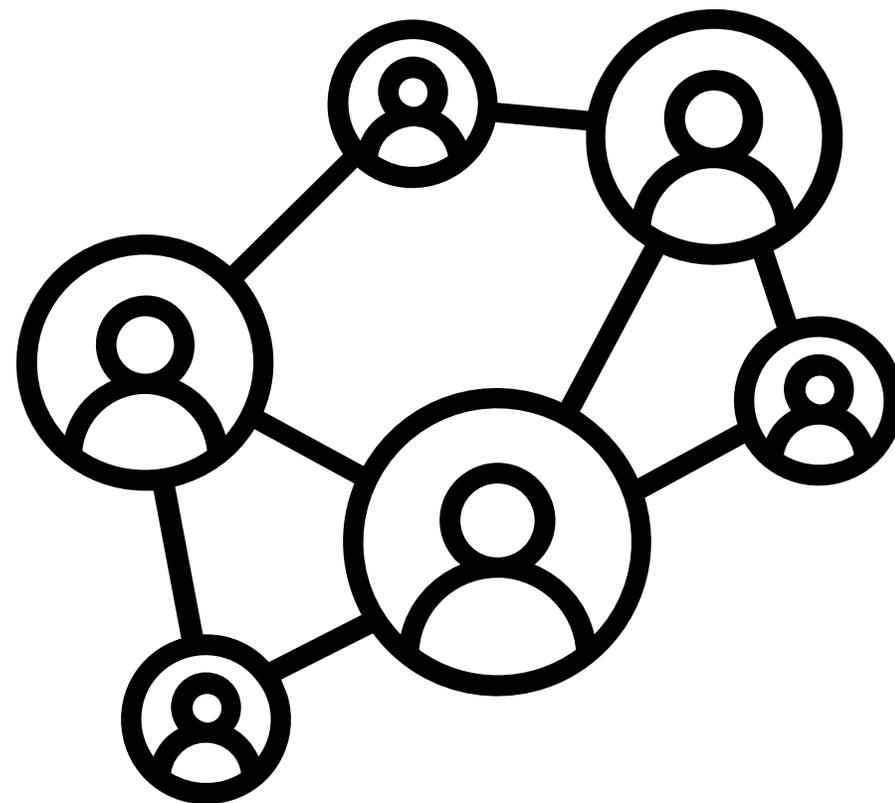
Unità di Valutazione Multidimensionale

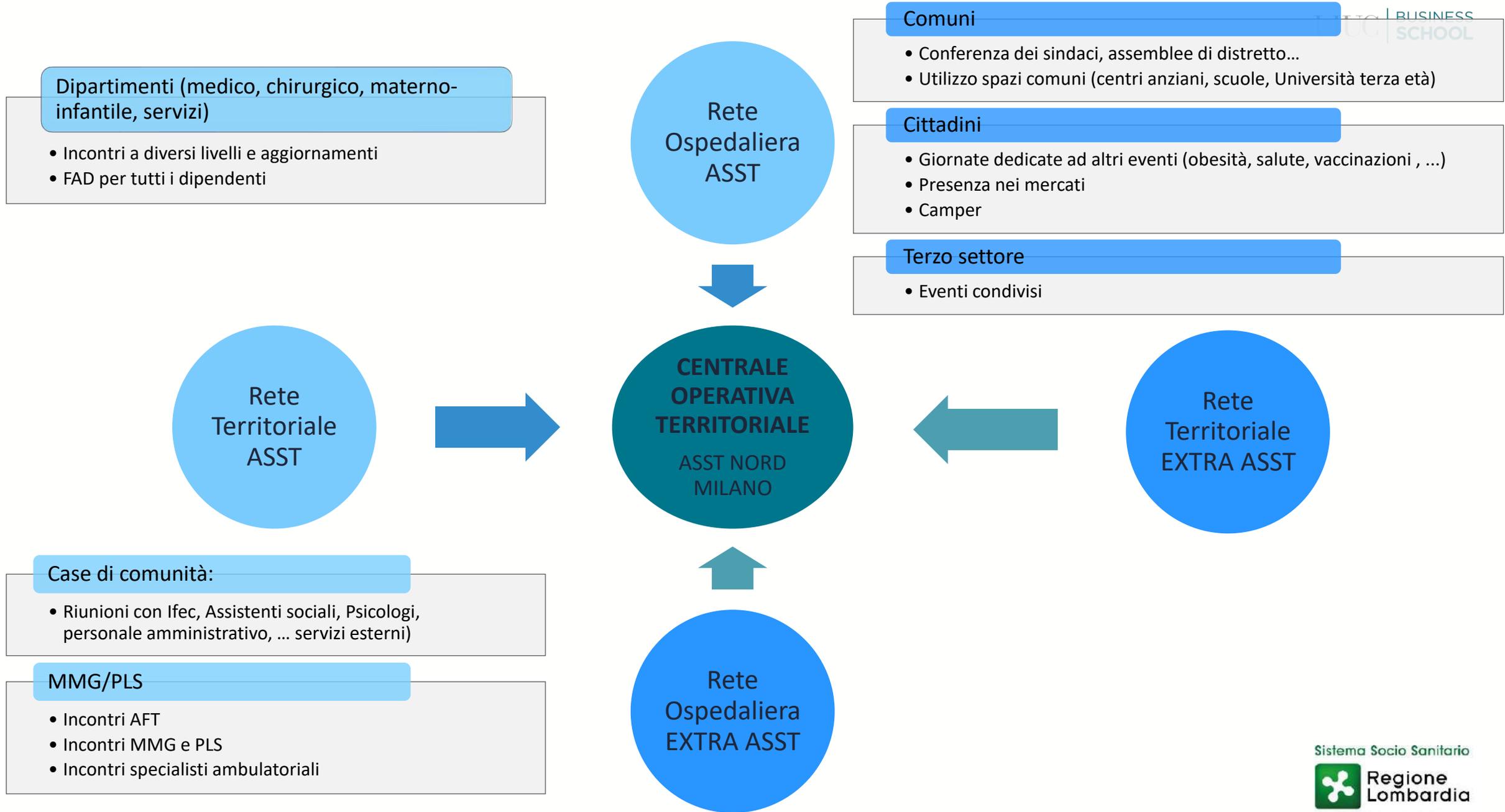
Ricoveri fuori regione

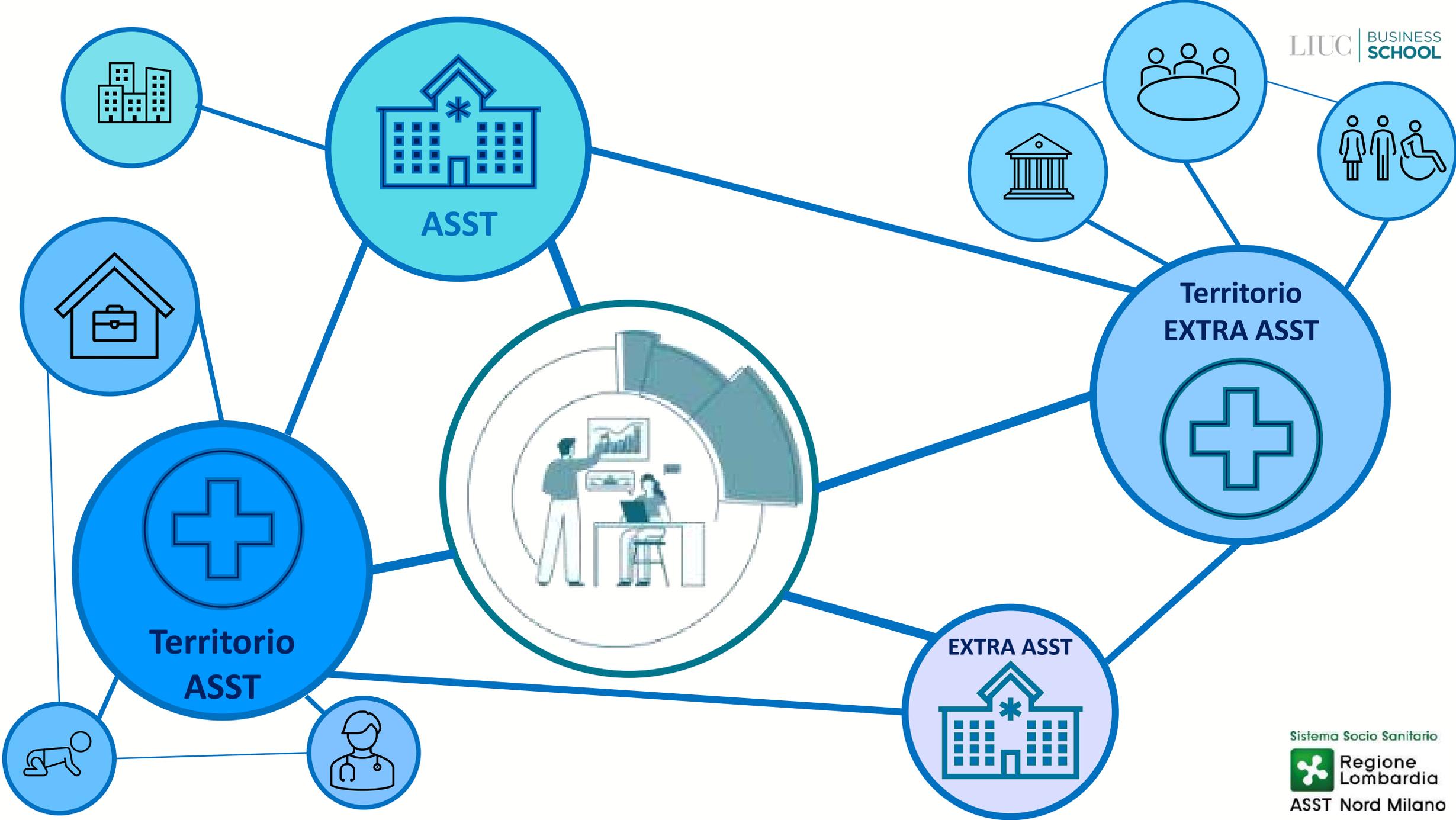
Misure Regionali

Residenzialità Assistita/Religiosi

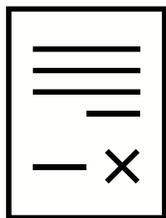
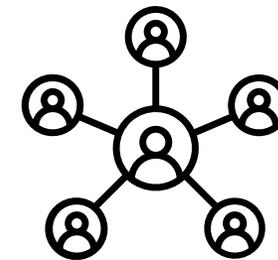
Stakeholders







Mezzi di comunicazione



Contatti istituzionali



Sito aziendale



Contatti informali

*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:
Sfide e Opportunità Post DM 77*

Centrali Operative Territoriali e Centrali Dimissioni Protette nella gestione della Transitional Care

Michela Mancini

Dirigente Professioni Sanitarie Polo territoriale

ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA

Con il contributo non condizionato di:



Centrali Operative Territoriali (COT) e Centrali Dimissioni Protette (CDP)

COT → funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

In ASST Melegnano Martesana una parte di questi percorsi viene gestita dalle CDP

CDP → garantiscono la continuità assistenziale delle persone assistite che in fase di dimissione dell'ospedale necessitano di proseguire il percorso terapeutico/riabilitativo/assistenziale iniziato durante il trattamento della fase acuta

COT in ASST Melegnano Martesana

Svolge l'attività di supporto e raccordo tra professionisti in back-office

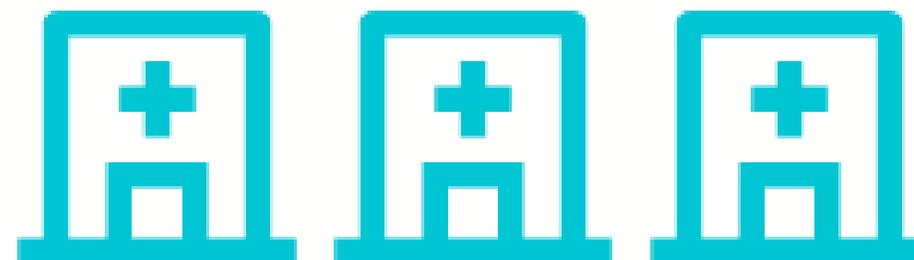
- Servizio a valenza distrettuale
- Le segnalazioni arrivano in base al comune di residenza dell'assistito
- Personale coinvolto:
 - 3 IFeC
 - 1 personale amministrativo
- Operative 7 giorni su 7



CDP in ASST Melegnano Martesana

Svolge l'attività in accordo con il medico responsabile del percorso di cura, coinvolgendo l'utente e i suoi familiari

- Servizio a valenza ospedaliera
- Le segnalazioni arrivano in base al presidio ospedaliero di degenza
- Personale coinvolto:
 - Infermiere
 - Assistente sociale
- Operative dal lunedì al venerdì

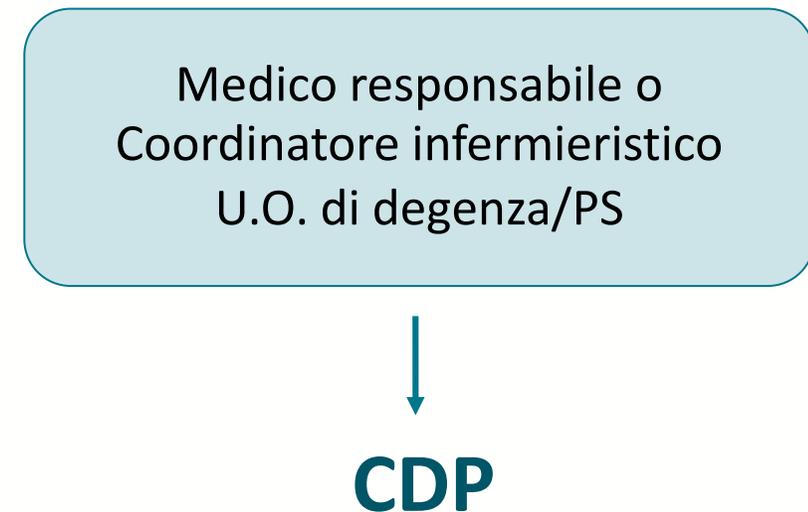
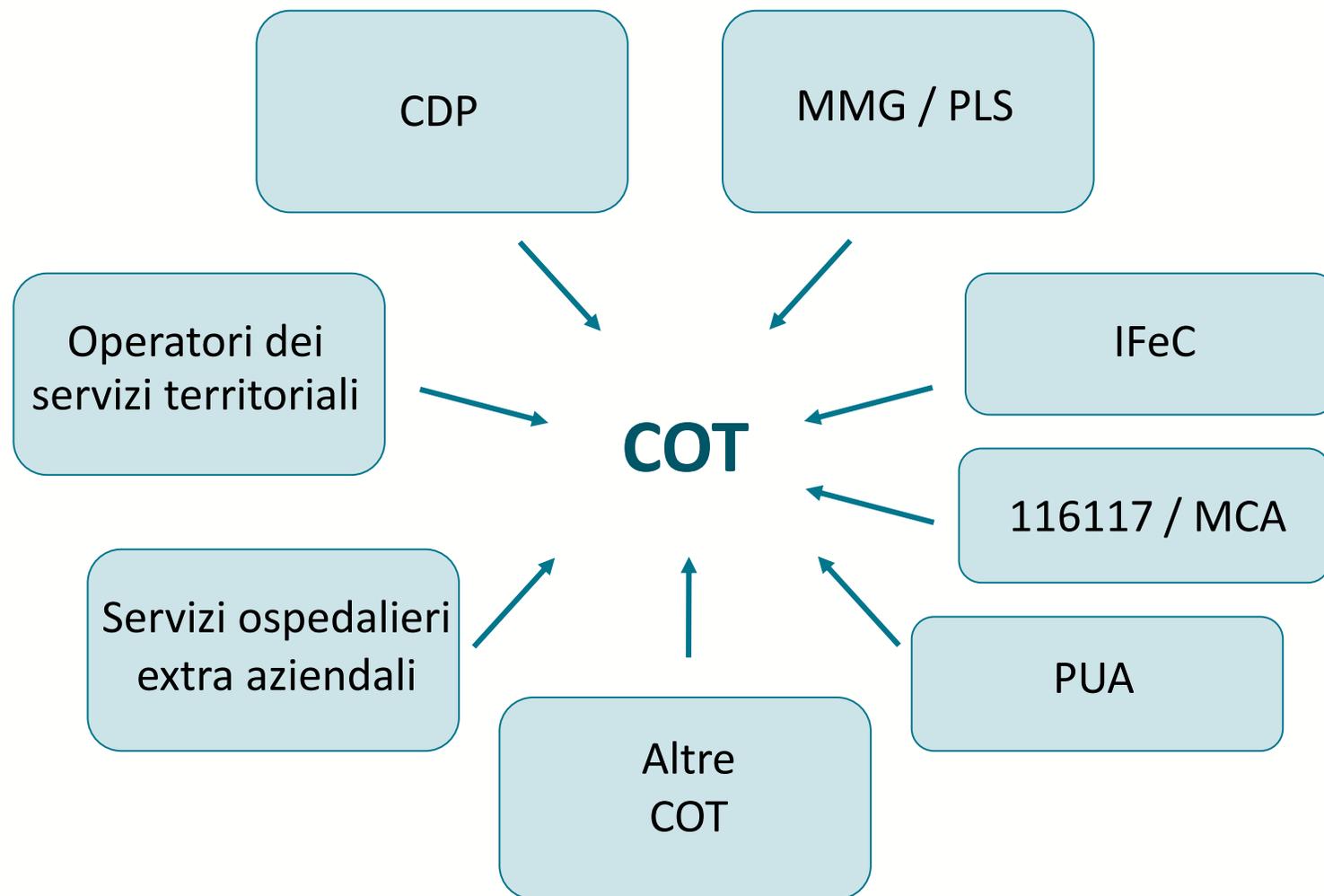


CDP
Vizzolo

CDP
Cernusco

CDP
Melzo

COT e CDP: Soggetti segnalatori



COT e CDP: Attività

COT

- Attivazione rete dei servizi territoriali socio-sanitari
- Ammissione/dimissione presso strutture di cure intermedie/riabilitazioni/subacuti
- Ricovero presso strutture residenziali
- Dimissione protette extra aziendali (COT Aziendali)
- Presa in Carico del paziente Cronico
- Progetto di Sorveglianza Domiciliare

CDP

- Attivazione rete dei servizi territoriali (ADI, IFeC, CP-DOM, servizi sociali)
- Ammissione presso strutture di cure intermedie/riabilitazioni/subacuti
- Ricovero presso strutture residenziali
- Trasferimento in hospice

COT ≠ CDP: Attivazione rete dei servizi territoriali

COT



Si occupa delle richieste ricevute da altre COT o servizi ospedalieri extra aziendali

Per utenti residenti nel distretto di competenza

CDP



Si occupa delle richieste ricevute dal personale dell'U.O. di degenza

Per pazienti ricoverati presso il P.O. di competenza

COT ≠ CDP: Ammissione presso strutture di cure intermedie e residenziali

COT



Si occupa delle richieste ricevute dai servizi territoriali o dai servizi ospedalieri extra aziendali

Per utenti residenti nel distretto di competenza

CDP



Si occupa delle richieste ricevute dal personale dell'U.O. di degenza

Per pazienti ricoverati presso il P.O. di competenza

Collegamento COT e CDP



Dimissione protette extra aziendali



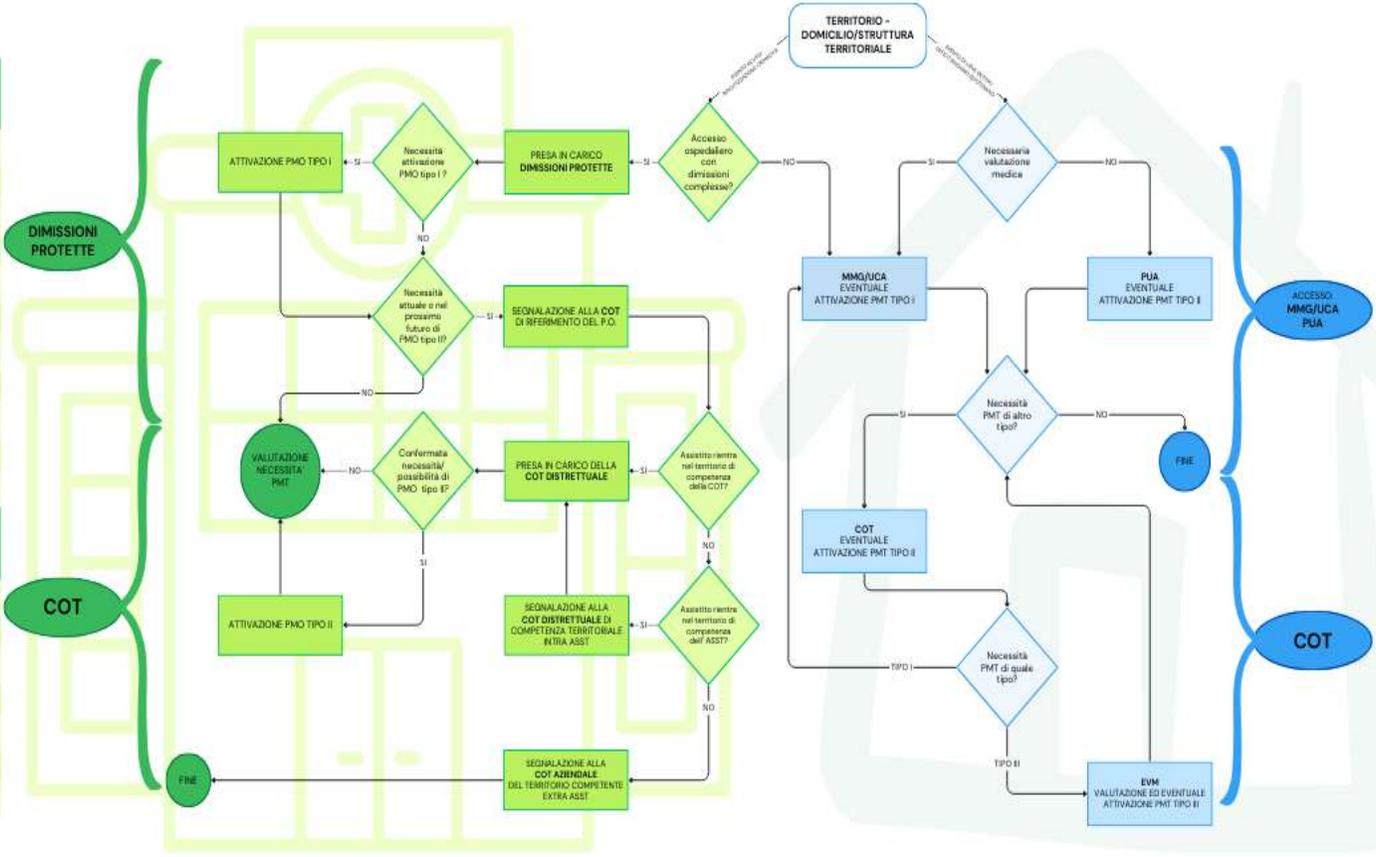
Invia richieste per utenti ricoverati presso il P.O. di competenza ma residenti fuori dal territorio dell'ASST

Attiva la COT extra aziendale del territorio di residenza dell'assistito

DIAGRAMMA COT

FR

PERCORSI MEDIATI OSPEDALE/TERRITORIO (PMO) TIPO I DIMISSIONI PROTETTE	STRUTTURA E RESIDENZA UTENTE INTRA ASST	STRUTTURA EXTRA ASST E UTENTE RESIDENTE INTRA ASST	STRUTTURA INTRA ASST E UTENTE RESIDENTE EXTRA ASST
• U.O. RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	X	X	X
• CURE INTERMEDIE /POST-ACUTI TERRITORIALI	X	X	X
• RSA/RSD	X	X	X
• HOSPICE	X	X	X
• SERVIZI SOCIALI COMUNALI E/O PRIVATI	X	X	X
• PROTESICA	X	X	X
• C-DOM/FKT (PRESCRITTI DAL PRESIDIO DI PROVENIENZA)	X		
• ATTIVAZIONE SERVIZI SPECIALISTICI TERRITORIALI (CPS, NOA, CAV,etc)	X		
• IFEC	X		
• AMBULATORIO INFERMIERISTICO	X		
PERCORSI MEDIATI OSPEDALE/TERRITORIO (PMO) TIPO II CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	STRUTTURA E RESIDENZA UTENTE INTRA ASST	STRUTTURA EXTRA ASST E UTENTE RESIDENTE INTRA ASST	STRUTTURA INTRA ASST E UTENTE RESIDENTE EXTRA ASST
• OSPEDALE DI COMUNITA' (INTRA ASST)	X	X	X
• IFEC		X	
• CDOM/FKT (PRESCRITTI DAL PRESIDIO DI PROVENIENZA)		X	
• AMBULATORIO INFERMIERISTICO		X	
• ATTIVAZIONE SERVIZI SPECIALISTICI TERRITORIALI (CPS, NOA, CAV,etc)		X	
• ATTIVAZIONE COT EXTRA ASST			X



PERCORSI MEDIATI TERRITORIO/TERRITORIO (PMT) TIPO I MMG/UCA	PERCORSI ATTIVABILI
• C-DOM/CP-DOM/FKT	X
• RSA/RSD	X
• HOSPICE	X
• PROTESICA	X
PERCORSI MEDIATI TERRITORIO/TERRITORIO (PMT) TIPO II PUA/COT	
• SERVIZI SOCIALI COMUNALI E/O PRIVATI	X
• IFEC	X
• AMBULATORIO INFERMIERISTICO	X
PERCORSI MEDIATI TERRITORIO/TERRITORIO (PMT) TIPO III COT (ATTRAVERSO EVM)	
• OSPEDALE DI COMUNITA'	X
• RSA/RSD	X
• HOSPICE	X
• CURE INTERMEDIE	X



*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:
Sfide e Opportunità Post DM 77*

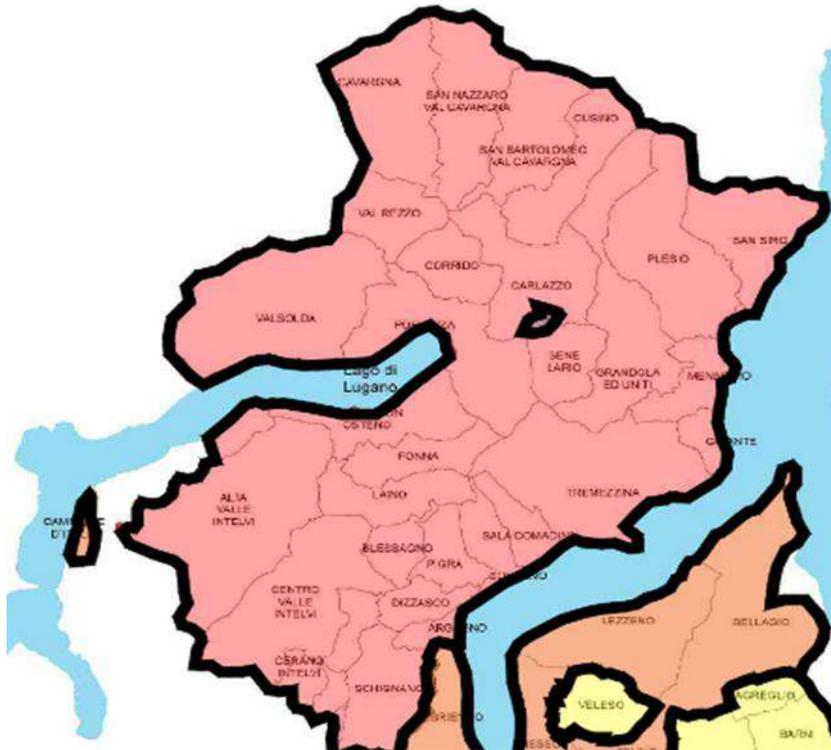
COT H 24 7/7 per la gestione dei pazienti cronici

Marica Carughi Direttore Distretto Medio Lario ASST Lariana

Con il contributo non condizionato di:



Progetto pilota: perché Medio Lario?



Il Distretto del Medio Lario, con sede nel Comune di Menaggio, comprendente 29 Comuni e circa 37000 abitanti

Alta Valle Intelvi, Argegno, Bene Lario, Blessagno, Carlazzo, Cavargna, Centro **Valle Intelvi**, Cerano Intelvi, Claino con Osteno, Colonno, Corrido, Cusino, Dizzasco, Grandola ed Uniti, Griante, Laino, Menaggio, Pigra, Plesio, Ponna, Porlezza, Sala Comacina, San Bartolomeo **Val Cavargna**, San Nazzaro **Val Cavargna**, San Siro, Schignano, Tremezzina, **Val Rezzo**, **Valsolda**

Territorio stretto tra lago e montagna , marcate difficoltà degli spostamenti sia per la geomorfologia del territorio che per il grande afflusso turistico nei mesi estivi.

24% over 65 aa

40% almeno una cronicità

Indice di vecchiaia 216

Razionale del progetto:

Presa in carico dei pazienti cronici **segnalati da MMG**

- Migliorare la qualità di vita
- Ridurre gli accessi impropri al PS
- Diminuire i ricoveri e i ri-ricoveri
- Garantire cure opportune
- Realizzare «care near to patient»

I punti chiave del progetto:

- COT distrettuale H 24 7 giorni su 7
- Percorsi fast track: consulenze specialistiche attivate dalla COT entro 48/72 ore
- Ambulatorio cronici: copresenza nella CdC di MMG e specialisti della cronicità
- Progetto anziano Fragile in collaborazione con UOC Geriatria : attivazione in CdC di un ambulatorio geriatrico dedicato all'anziano fragile, gestione proattiva del paziente a rischio «instabilizzazione» con eventuale gestione in OdC, attivazione di equipe geriatriche/infermieristiche in supporto a MMG
- Telemedicina-teleconsulto
- Ambulatorio Prima Urgenza : dedicato ai pazienti che non riescono a contattare il proprio MMG: attivo dalle 08.00 alle 20.00 con medico generalista
- OdC
- C-Dom
- IfeC

RUOLO CHIAVE DELLA COT

COT come snodo fondamentale del processo: attivata dal paziente/caregiver **preso in carico e segnalato da MMG** laddove in situazione di bisogno non riesca a contattare il proprio medico di base.

L'infermiere COT , attraverso SGDT ha la tracciabilità della storia sanitaria e sociosanitaria del paziente e può quindi definirne il percorso di cura anche grazie alla presenza in CdC degli specialisti della cronicità.

Se le condizioni cliniche del paziente risultano particolarmente critiche attiverà il 112

Fabbisogno personale

IFEC	19
GERIATRA/INTERNISTA	13
CARDIOLOGO	1
DIABETOLOGO	1
PNEUMOLOGO	1
MEDICO (CAU)	5

DISTRETTO MEDIO LARIO 3 CDC



Grazie per l'attenzione



*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:
Sfide e Opportunità Post DM 77*

Individuazione dei frequent users ospedalieri e presa in carico proattiva dei pazienti cronici e fragili

Valentina Cacciapuoti
Dirigente Professioni Sanitarie
Responsabile DAPSS Polo Territoriale
ASST Valle Olona

Con il contributo non condizionato di:



Individuazione dei *frequent users* ospedalieri e presa in carico proattiva dei pazienti cronici e fragili

...una necessaria premessa...

1) Quale era l'esigenza iniziale?

2) Corrisposta l'esigenza iniziale, quale potrebbe/dovrebbe essere un obiettivo a cui mirare?

Quale era l'esigenza iniziale?

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

#NEXTGENERATIONITALIA



Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
 ASST Valle Olona

M6C1 – Recovery Fund

Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale

agens  AGENZIA REGIONALE PER LA SANITÀ | sede centrale via Piombino 6/8
 20136 Legnano (MI) - P.le IV 23
 02 97 81000 - cod. fax: 9711 360056 | tel. 02 42749700 - fax 02 42749488
 agens@agens.gov.it | www.agens.gov.it

PIANO DI POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA E DELLA RETE SANITARIA TERRITORIALE DELL'ASST VALLE OLONA



Entro il 2026

11 Case di Comunità

2 Ospedali di Comunità

4 COT

Ad oggi attive

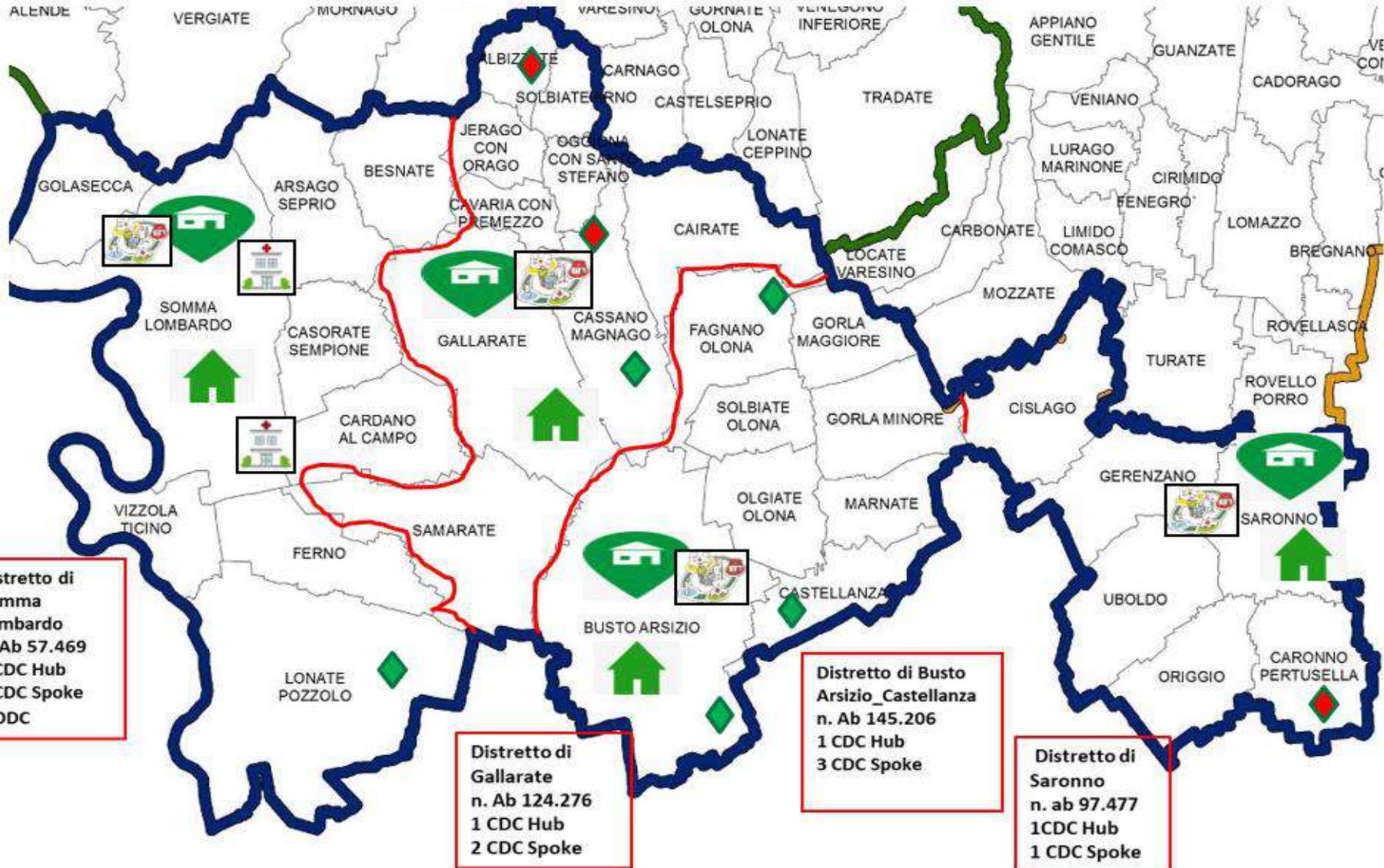
8 Case di Comunità

1 Ospedale di Comunità

4 COT

ASST VALLE OLONA

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Valle Olona



DM 77/22

LR 22/21

Corrisposta l'esigenza iniziale, quale potrebbe/dovrebbe essere un obiettivo a cui mirare?

Aver potenziato l'assistenza sanitaria territoriale con *tecnologie, modelli organizzativi e competenze (skill mix)* che consentano di «agire» l'appropriatezza, l'efficacia ed efficienza dell'assistenza territoriale, non solo in una prospettiva riduzionistica di invertire la visione ospedalocentrica ma nella prospettiva di salvaguardare le prerogative del SSN:

far fronte all'evoluzione socio demografica ed epidemiologica della popolazione (cronicità e fragilità, nuovi bisogni, bisogni complessi)

....detto popolare...!

*«vale più **andare** che dire cento volte andiamo»*

che in termini scientifici si può tradurre in:

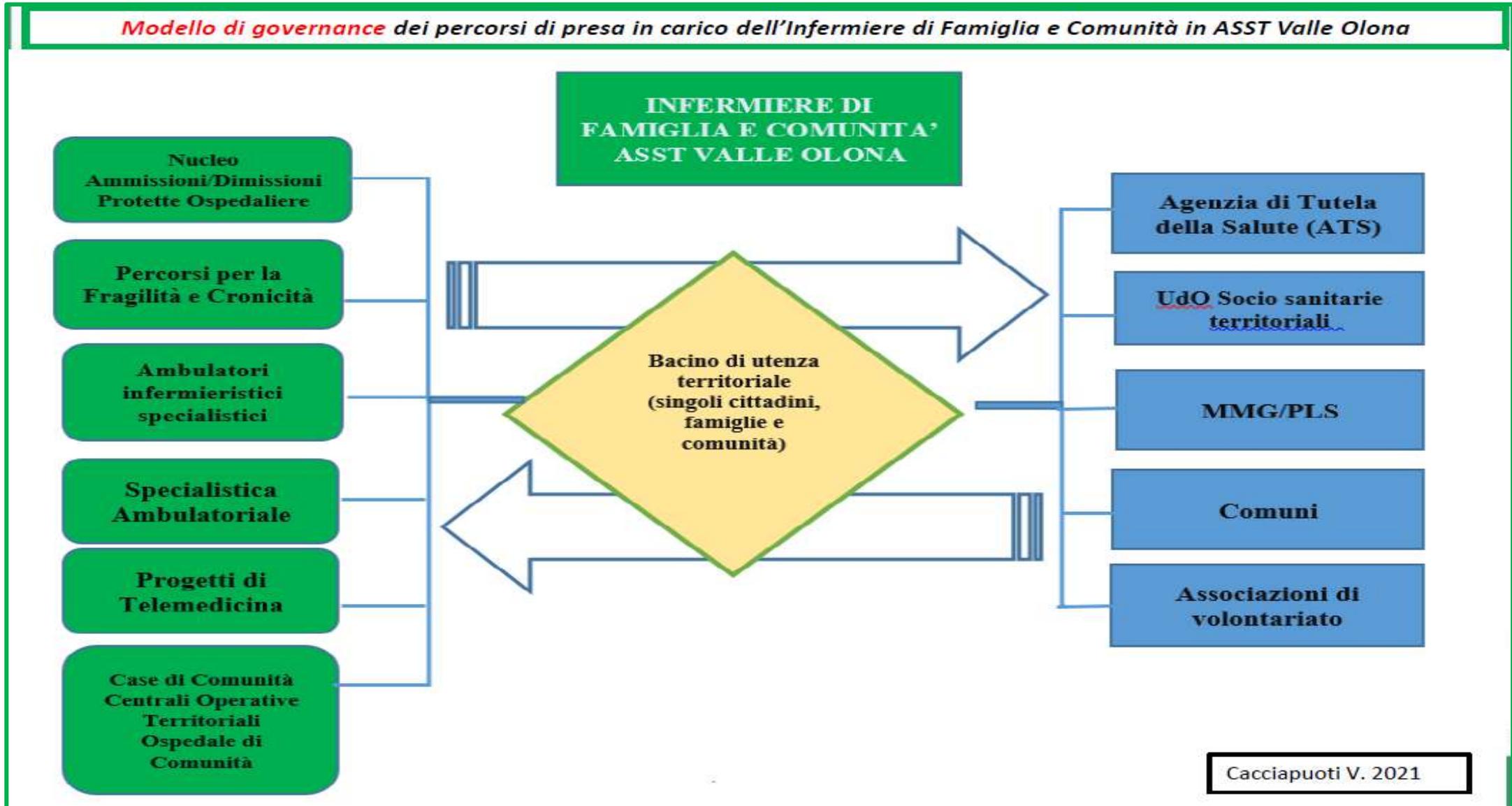
- ✓ approccio favorevole **alle sperimentazioni**
- ✓ **sperimentazioni efficaci che non possono prescindere dai dati.**

Da dove siamo partiti...

- 1) Percorsi e modelli organizzativi di presa in carico del paziente cronico e fragile già strutturati in ASST
- 2) Focus **sull'impatto di** alcune tipologie di **«inappropriatezze di setting e di assorbimento di risorse umane e strumentali»** per cui le strutture territoriali (CDC, ODC, COT) potevano dare una risposta e/o un contributo
- 3) **Condivisione e consenso sulla scelta di un modello organizzativo flessibile e orientato a «rimodulare» ruolo e funzioni delle strutture territoriali sulla base dei bisogni intercettati (*)**

(*) **bisogni dei pazienti, dell'organizzazione, dei professionisti, dei cittadini, dei caregiver, dei MMG/PLS, delle associazioni di volontariato...di tutti gli stakeholder!**

1) Percorsi e modelli organizzativi già strutturati in ASST (Polo Ospedaliero e Polo Territoriale)



2) Focus sull'**impatto** di alcune tipologie di *“inappropriatezze di setting e di assorbimento di risorse umane e strumentali”* per cui le strutture territoriali potevano dare una risposta e/o un contributo

far fronte all'evoluzione socio demografica ed epidemiologica della popolazione (cronicità e fragilità, nuovi bisogni, bisogni complessi)

✓ Il tema della **cronicità** è indissolubilmente legato a quello **dell'invecchiamento**.

Le persone con patologie croniche in Italia sono il 60% dei soggetti in età 60-64 anni, il 75% dei soggetti in età 65-74 e l'85% degli over 75

Il legame tra **età e cronicità** assume particolare rilievo nel contesto della **popolazione italiana** che risulta composta da 14 milioni di soggetti con più di 65 anni, di cui 4.5 milioni hanno più di 80 anni

(ISTAT 2022)

2) Focus sull'impatto di alcune tipologie di "inappropriatezze di setting e di assorbimento di risorse umane e strumentali» per cui le strutture territoriali potevano dare una risposta e/o un contributo

	anno 2019	anno 2021
n. casi con età >= 65 anni	19.951	14.170
n. casi con età >= 65 anni con degenza oltre soglia	2.233	1.571

Tabella n.1 n. casi con degenza oltre soglia

11%

	anno 2019	anno 2021
n. casi con età >= 65 anni con 3 o più accessi in PS	3.102	2.179

Tabella n 2. *Frequent user* pronto soccorso

	anno 2019	anno 2021
Pazienti >=65 anni con due o più ricoveri per anno	2.981	1.620

Fonte dati:
SS Controllo di Gestione
SC Gestione Operativa

2) Focus **sull'impatto** di alcune tipologie di “*inappropriatezze di setting e di assorbimento di risorse umane e strumentali*» per cui le strutture territoriali potevano dare una risposta e/o un contributo

TrendSanità
Policy and Procurement in HealthCare

LIUC Healthcare
BUSINESS SCHOOL Data Science
LAB



Riduzione dell'impatto dei frequent users sulle strutture per acuti: l'approccio Lean di ASST Valle Olona

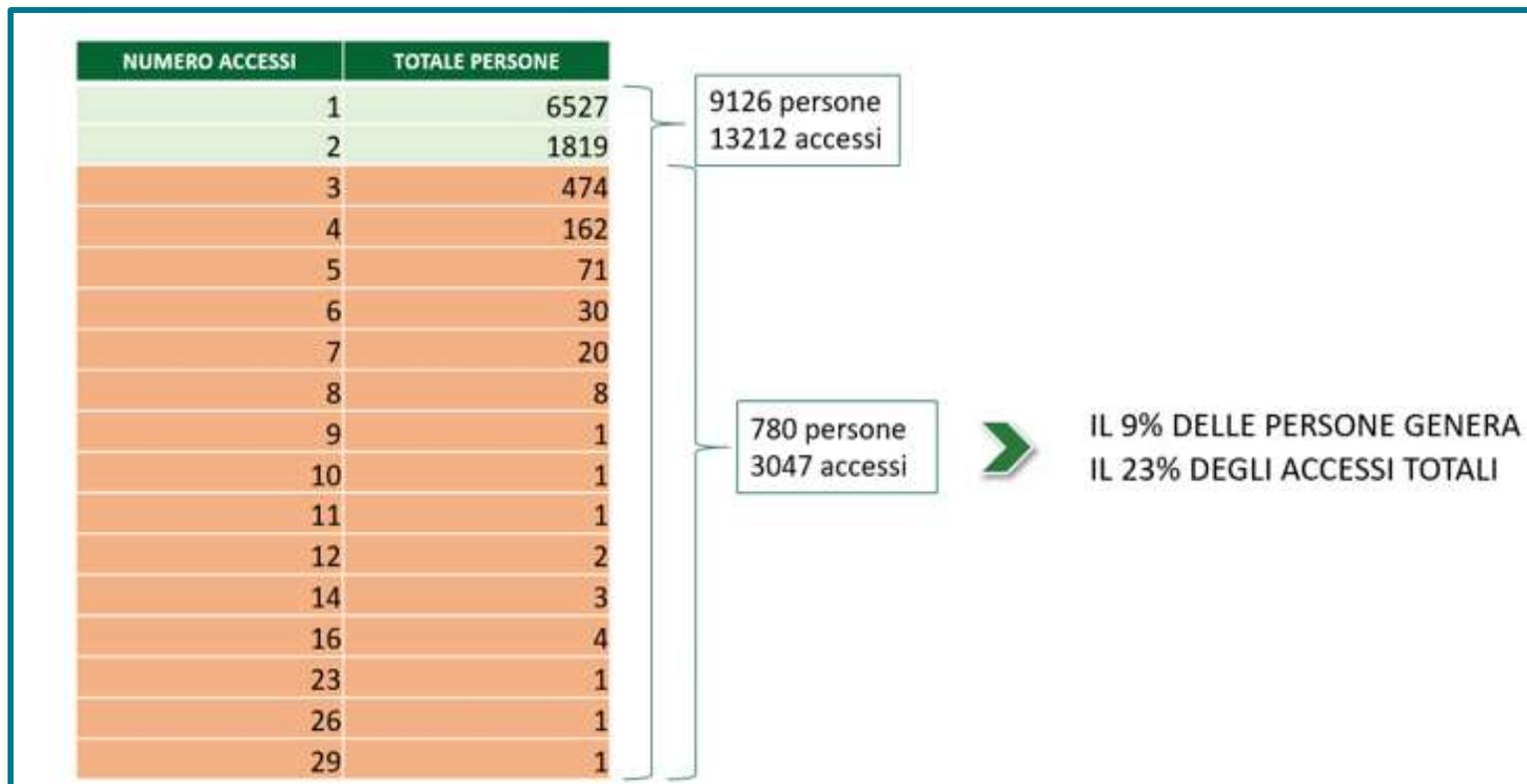
Marino Dell'Acqua, Luca Maffei, Alfredo Adinolfi, Emanuele Porazzi, Federica Asperti, Giulia Zanuso, Simone Zoni

14 Novembre 2023

Un caso studio presso la ASST Valle Olona evidenzia l'urgenza di una presa in carico territoriale per i pazienti che richiedono cure ospedaliere multiple e frequenti, con una riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso

Fonte dati:
SS Controllo di Gestione
SC Gestione Operativa

2) Focus **sull'impatto** di alcune tipologie di "inappropriatezze di setting e di assorbimento di risorse umane e strumentali» per cui le strutture territoriali potevano dare una risposta e/o un contributo



Frequent user Pronto Soccorso anno 2022

circoscrivendo il campo ai residenti dei 6 comuni di competenza del **Distretto di Saronno**, su un campione di **9.126 persone** si sono registrate **13.212 accessi**, analizzando il campione per numero di accessi, si evince che **i soggetti che hanno effettuato in un anno più di 3 accessi risultano 780, con 3.047 accessi totali effettuati: il 9% genera il 23% degli accessi.**

3) Focus **sull'impatto** di alcune tipologie di *“inappropriatezze di setting e di assorbimento di risorse umane e strumentali”* per cui le strutture territoriali potevano dare una risposta e/o un contributo

Frequent user Pronto Soccorso anno 2022

NUMERO ACCESSI	TOTALE PERSONE	DI CUI «CRONICHE»
3	474	87
4	162	37
5	71	15
6	30	9
7	20	9
8	8	1
9	1	1
10	1	1
11	1	
12	2	2
14	3	1
16	4	3
23	1	1
26	1	1
29	1	

168 persone
763 accessi
di cui 239 per una patologia cronica

▼

IL 22% DELLE PERSONE GENERA
IL 25% DEGLI ACCESSI TOTALI

Diagnosi alla dimissione: focus sulle patologie croniche

è stata individuata **una coorte sulla quale riporre maggiore attenzione,**

composta dai soggetti che hanno effettuato 3 o più accessi al Pronto Soccorso durante il corso dell'anno: 168 persone hanno generato un totale di 763 accessi, di cui 239 per una patologia cronica.

Fonte dati:
SS Controllo di Gestione
SC Gestione Operativa

Quale è il filo conduttore?

- Intercettare e comprendere meglio la domanda di salute attraverso i flussi legati all'erogazione dei servizi

...emerge con forza la necessità non solo di identificare la popolazione in carico attraverso l'analisi di alcune variabili di consumo (domanda sanitaria) lette in modo retrospettivo e/o in termini di prestazioni attese, in chiave prospettica, ma anche di configurare modelli di erogazione dei servizi a partire dall'identificazione di base di aree omogenee di bisogno...

Quale è il filo conduttore?

→ *Population Health Management*: stratificare la popolazione significa identificare sotto gruppi di popolazione omogenei in termini di bisogni sanitari (non sempre è solo la patologia ad alimentare la domanda dei servizi).

Sostituire però la logica della standardizzazione con la personalizzazione.

Esistono diversi esempi di stratificazione in letteratura, contraddistinti da uno stesso razionale: individuare un gruppo di info osservabili in ciascun individuo che sono **predittive di un esito** (legato allo stato di salute e alle condizioni sociali)



Quale è il filo conduttore?

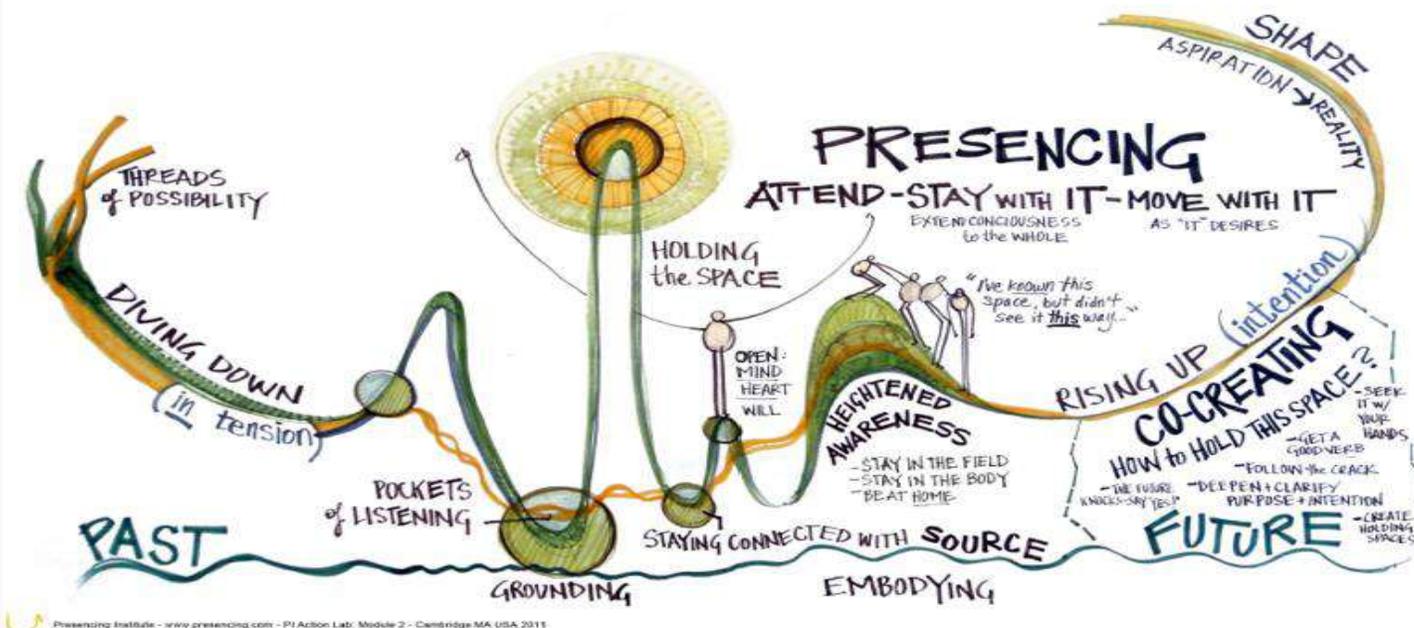
A livello istituzionale il DM 77 presenta un'intera sezione dedicata al tema della stratificazione, incoraggiandone l'utilizzo per differenziare le strategie di intervento per la popolazione cronica

→ È stato quindi avviato in via sperimentale un processo di stratificazione

Su cosa stiamo lavorando adesso?

In previsione del Nuovo Ospedale, nell'ambito della progettazione della filiera erogativa ospedaliera e territoriale e migliorare l'integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri

- Osservatorio permanente del fenomeno dei frequent users: in corso estrazione dati anno 2023 e primo semestre anno 2024; dati sistematicamente condivisi con Direttori di Distretto e COT
- **intercettazione dei pazienti fragili da pronto soccorso**: rilevazione precoce rischio socio assistenziale e segnalazione alla COT per presa in carico in CdC.
- Progettualità su Riduzione tempi di attesa mediante l'arruolamento del paziente nei **percorsi di cura ambulatoriali in integrazione con le Case di Comunità e MMG** (BPCO, DIABETE, SCC e Riabilitazione).



Il successo di un intervento d'innovazione dipende dalla condizione interiore di chi lo guida

Otto Scharmer
MIT Boston. Precencing Institute



grazie



Un ringraziamento speciale ai miei collaboratori e a tutti i professionisti dell'ASST Valle Olona che «rendono possibili i cambiamenti» per migliorare i percorsi di cura e assistenza dei nostri cittadini!

Progetto PODCAST

Analisi, modelli e risultati

Emanuela Foglia

Francesco Bertolotti

Fabrizio Schettini

Emanuele Porazzi

Background



*Sviluppo e calibrazione di un **framework di simulazione per delineare le dinamiche all'interno dell'ASST Sette Laghi**, guidando decisioni strategiche per l'evoluzione dei servizi e delle infrastrutture sanitarie territoriali, partendo **dall'eliminazione di attività in Pronto Soccorso e ambulatoriali** che possono essere erogabili in un setting differente e più appropriato, per i pazienti con patologie croniche e le correlate prestazioni, fungendo da supporto attraverso un **meccanismo di simulazione in merito al POSizionamento e Dimensionamento delle Case di Comunità: un ABM per la Sanità Territoriale***

Materiali e Metodi

1

Modellizzazione di Sistemi Dinamici

- Strutturazione di un modello ad agenti (Agent-based modeling), dati geografici (Netlogo)
- Implementazione del modello ad agenti in Python



3

Identificazione dei Parametri Ottimali



- Creazione e calibrazione di un modello concettuale ispirato al **modello di gravità per il PS**
- Creazione e calibrazione di un modello di simulazione **per i servizi ambulatoriali**

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia
ASST Sette Laghi



2021-2022

2

Calibrazione dei parametri del modello

- **Raccolta dati** di serie storiche di pazienti in ingresso e indici di performance nel tempo da ATS Insubria e ASST Sette Laghi
- Analisi Descrittiva dei DB in possesso
- Valutazione **appropriatezza** di erogazione in altro setting degli **accessi in PS**
- **Prestazioni ambulatoriali** potenzialmente da **gestire sul territorio**

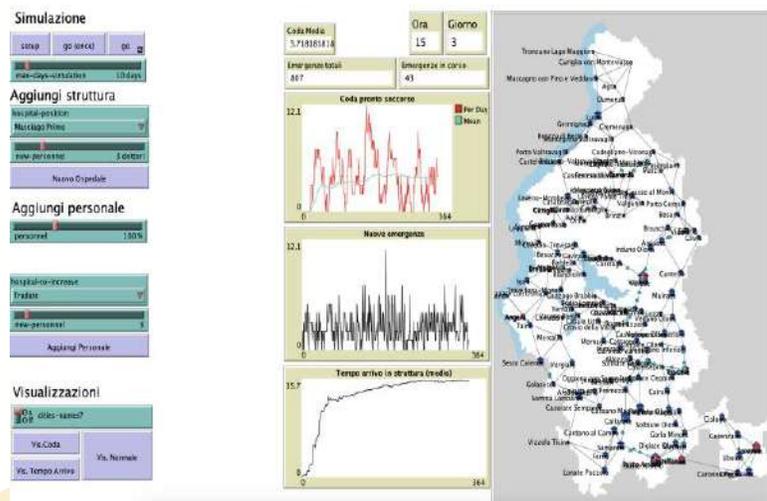


4

Valutazione degli Effetti di una nuova configurazione di CdC sul territorio e di come impatta sulla lunghezza della coda in PS e sulle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali



Mockup



Simulazione degli spostamenti sul territorio

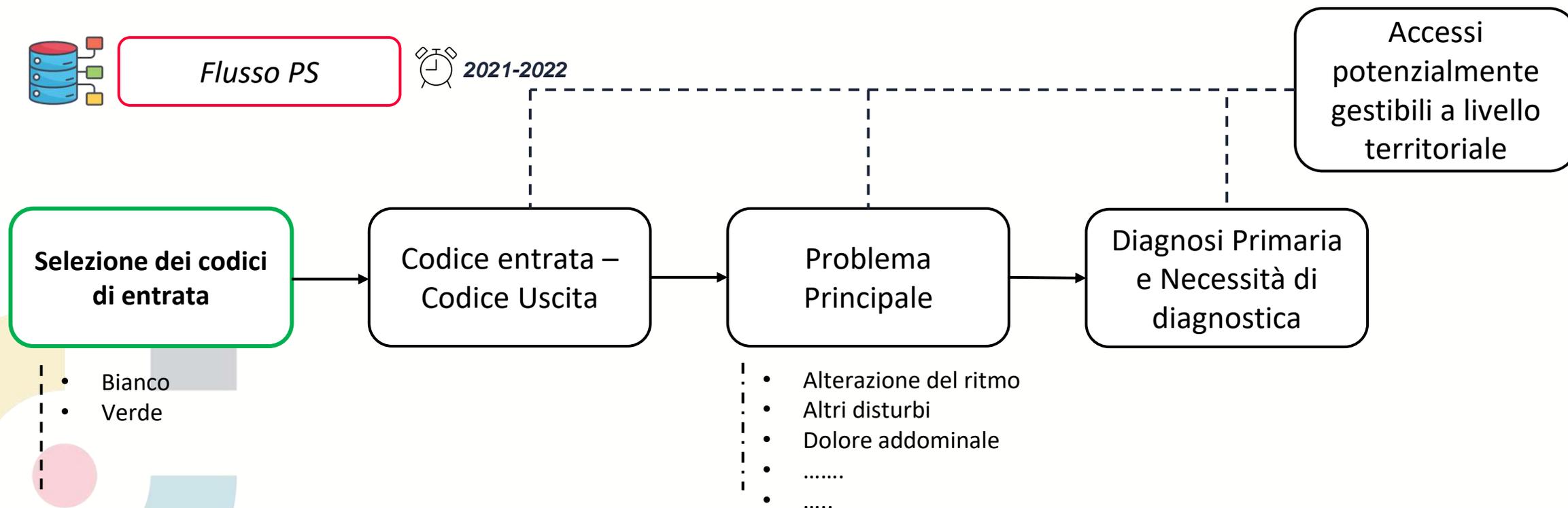
Simulazione diversi scenari per testare adattabilità del modello a variabili mobilità

Dimostrazione fattibilità modello

Il *mock-up* del modello di simulazione si è rivelato uno **strumento essenziale per la nostra ricerca**, offrendo una base solida su cui costruire e affinare il modello definitivo, con l'obiettivo di migliorare significativamente l'efficienza e l'efficacia delle strutture sanitarie territoriali

Algoritmo riallocazione accessi in PS

Per la valutazione degli accessi in Pronto Soccorso è stato coinvolto **personale sanitario**, operante sul territorio, ma con pregressa esperienza di triage. L'algoritmo utilizzato per l'individuazione degli accessi inappropriati è il seguente



Analisi Accessi PS



CODICI BIANCHI

20.236
Accessi analizzati



CODICI VERDI

245.289
Accessi analizzati

APPROPRIATEZZA SUL TOTALE

ANNO	no	si	Totale complessivo	% NO	% SI
2019	126658	48368	175026	72,37%	27,63%
2021	47468	27727	75195	63,13%	36,87%
2022	46381	29284	75665	61,30%	38,70%
TOTALE	220507	105379	325886	67,66%	32,34%



Codici Bianchi

- Appropriati: 25,19%
- Non Appropriati: 74,81%



Necessità di Diagnostica di primo livello

37,38%

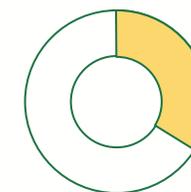
Pazienti no diagnostica
2.447.604 €

Pazienti si diagnostica
1.857.152 €

Spesa totale risparmiata
4.304.756 €

Codici Verdi

- Appropriati: 16,55%
- Non Appropriati: 83,45%



Necessità di Diagnostica di primo livello

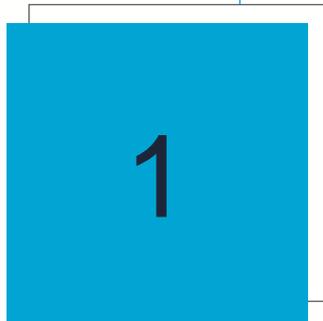
39,68%

Algoritmo riallocazione territoriale



Flusso 28San

2021-2022

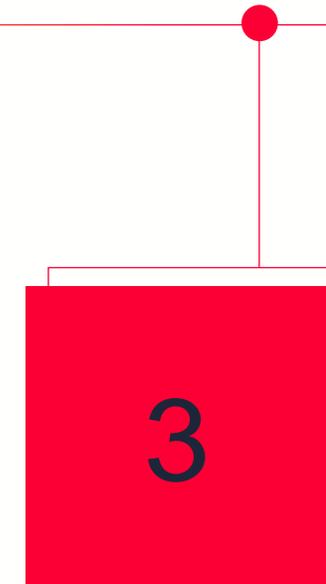


Attribuzione di **ogni singola prestazione** alla **branca specialistica di riferimento** considerando le seguenti specialità



Livello	Operatori	Valutazione delle tecnologie in uso	Servizi coinvolti (come altre SS o SC)
Alto (A)	mono/pluriprofes	uso di 1 o piu dispositivi medici costoso ad uso esclusivo della singola prestazione	>2
Medio (B)	mono/pluriprofes	dispositivi medici condivisibile su piu specialistiche basso-medio- alto costo	1 o 2
Basso (B)	monoprofess.	dispositivi medici basso-medio costo	1

- Attribuzione a ogni singola **prestazione un indice di complessità** globale tenendo conto di 3 fattori:
 - Il personale coinvolto
 - l'uso in esclusiva di un determinato apparecchio
 - il numero di servizi coinvolti



Definizione del personale che può erogare la prestazione

S_SAN	Personale sanitario
S_SPE	personale medico
NO	erogabile in ospedale

Analisi Accessi Ambulatoriali



Flusso 28San



2021-2022



Accessi Ambulatoriali

1.199

Riallocazione attività ambulatoriali nel territorio



36,28%
gestibili dal
territorio

APPROPRIATEZZA SUL TOTALE

Personale sanitario



5,92%

Personale specialistico



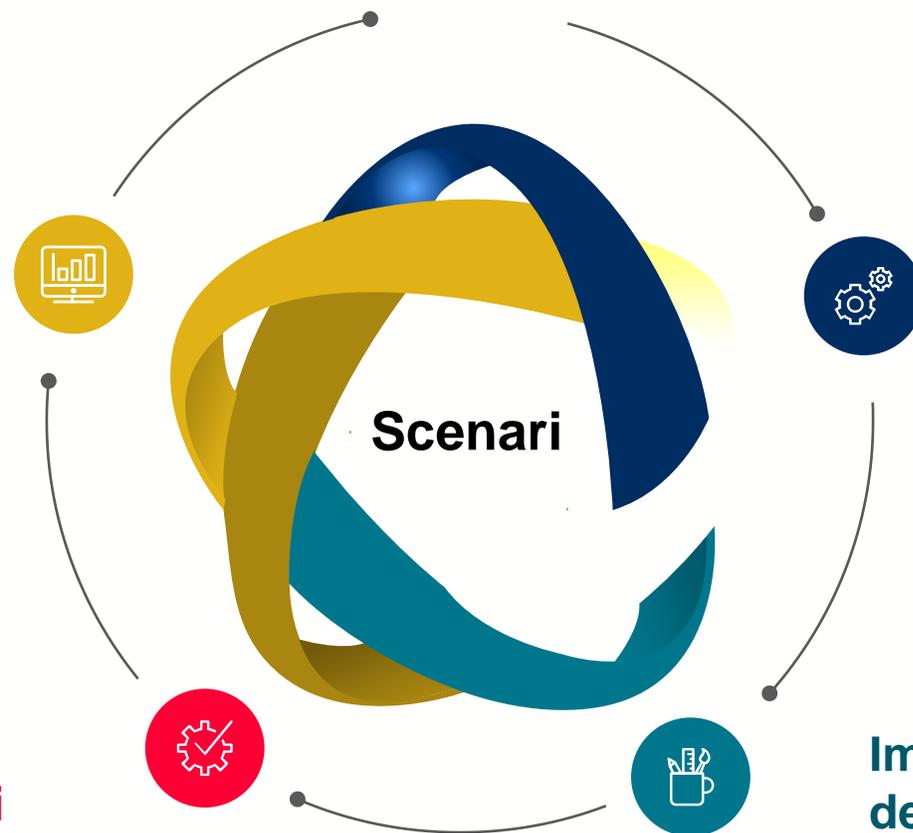
30,36%

BASSA	175	40,42%
MEDIA	152	35,10%
ALTA	106	24,48%

Calibrazione del modello sui dati ASST

Identificazione di due variabili gestionali primarie

- › lunghezza media delle code per PS
- › tempo medio di viaggio per AMBU



Analisi sullo scenario as is dell' ASST Sette Laghi

Analisi sui due scenari ottimali senza alcun vincolo

Posizionamento as is

Comune	Tipo		
Arcisate	cdc	Gavirate	cdc
Azzate	cdc	Angera	cdc
Laveno-Momb	cdc	Luino	cdc
Sesto Calende	cdc	Luino	odc
Tradate	cdc	Cuasso al Monte	odc
Varese	cdc		

Impatto dell'Attivazione delle Case della Comunità

- › -50% Lunghezza coda
- › -10% tempo di percorrenza

Differenza tra configurazioni - Dislocazione

AS-IS con le CdC potenziali di ASST 7 LAGHI

Comune	Tipo
Arcisate	cdc
Azzate	cdc
Laveno-Momb	cdc
Sesto Calende	cdc
Tradate	cdc
Varese	cdc
Gavirate	cdc
Angera	cdc
Luino	cdc
Luino	odc
Cuasso al Monte	odc

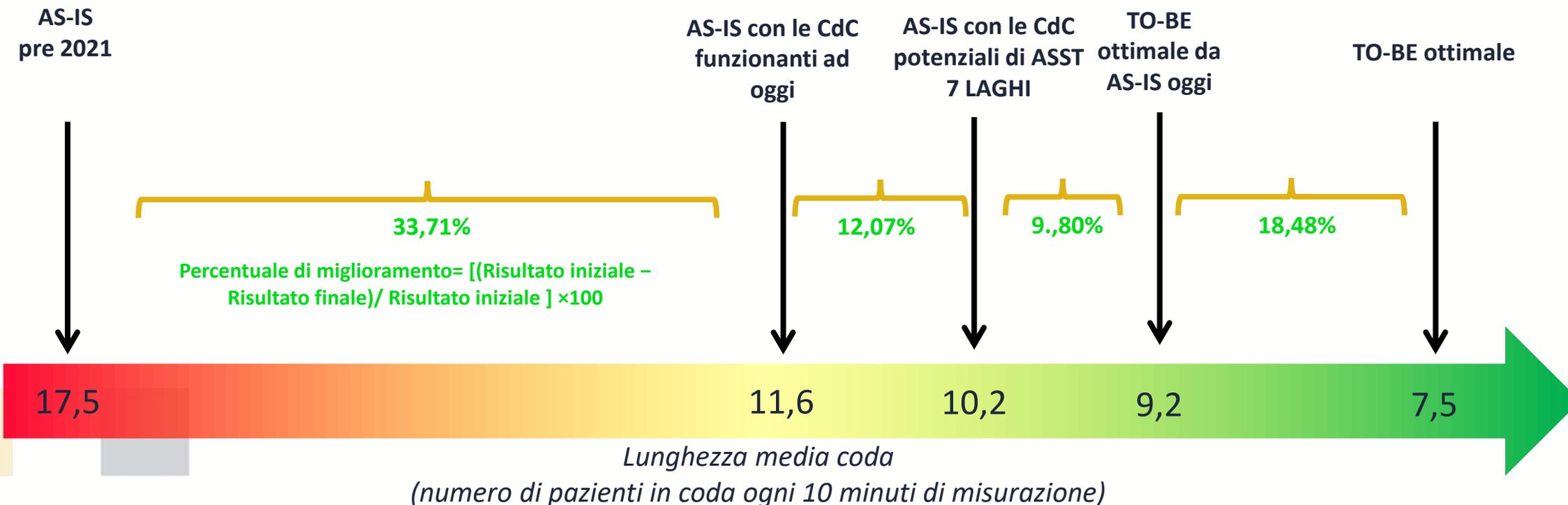
TO-BE ottimale da AS- IS oggi

Comune	Tipo
Arcisate	cdc
Azzate	cdc
Laveno-Momb	cdc
Sesto Calende	cdc
Tradate	cdc
Varese	cdc
Ispra	cdc
Bedero Valcuvia	cdc
Luino	cdc
Vedano Olona	odc
Casciago	odc

TO-BE ottimale

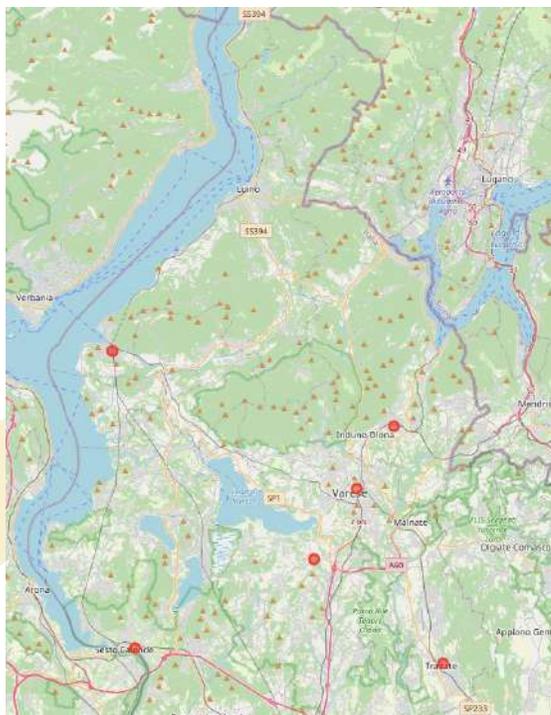
Comune	Tipo
Morazzone	odc
Comerio	odc
Vedano Olona	cdc
Lavena	cdc
Varese	cdc
Malnate	cdc
Cittiglio	cdc
Induno Olona	cdc
Bodio Lomnago	cdc
Luino	cdc
Tradate	cdc

Differenza tra configurazioni - Risultati

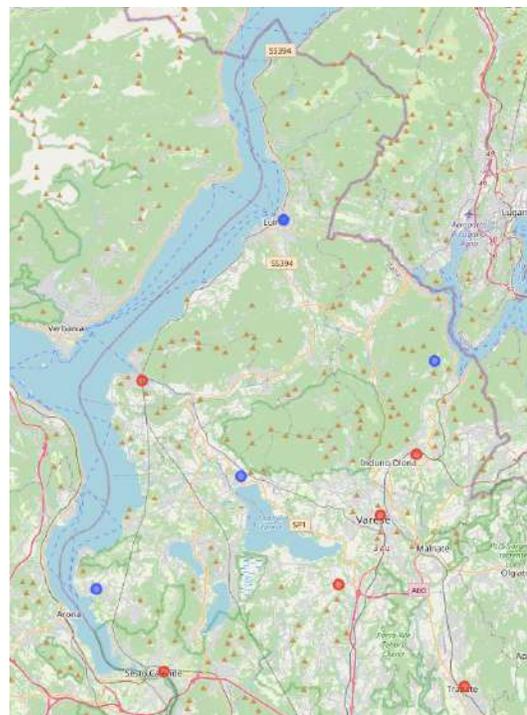


Differenza tra configurazioni – Mappa Reale

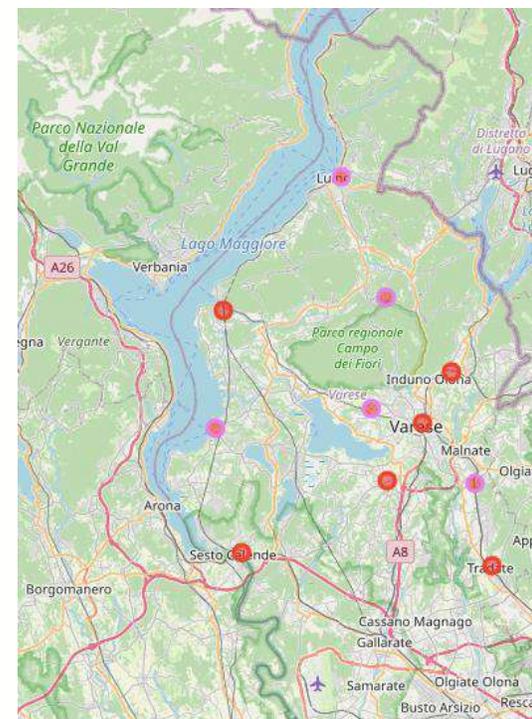
AS-IS con le CdC funzionanti ad oggi



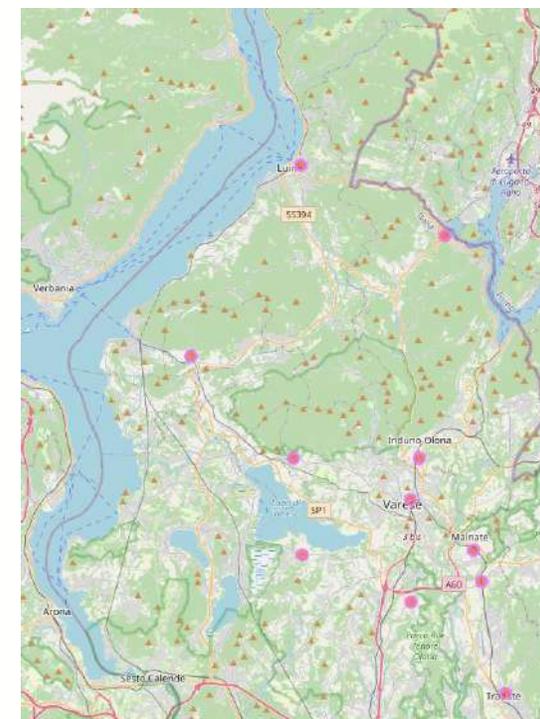
AS-IS con le CdC potenziali di ASST 7 LAGHI



To-be ottimale da As-Is oggi



To-be ottimale



Quali attività per le CdC in riferimento al PS?

Pronto Soccorso

- Per affrontare il problema degli accessi potenzialmente ottimizzabili in ambito sanitario, si propone un **approccio proattivo che prevede l'intercettazione dei codici fiscali associati a tali accessi**. In particolare, si mira a identificare gli accessi non congruenti, contrassegnati con codici di urgenza bianco e verde, e segnalarli preventivamente alla CdC per un'adeguata gestione, considerando che siano di pazienti cronici che quindi dovrebbero già essere conosciuti alla COT
- Si riconosce che le CdC non devono rappresentare un punto di Primo Soccorso, ma un luogo di gestione della cronicità. Per questo motivo si sono considerati gli accessi bianchi e verdi di soggetti con cronicità ipotizzando di poterli indirizzare presso il luogo di gestione che fidelizza il paziente e che è maggiormente vicino al proprio domicilio. Questa tipologia di approccio permetterebbe di alleggerire il carico sul PS, riservando il suo utilizzo per casi di effettiva urgenza
- Parallelamente, si propone di monitorare i codici fiscali dei pazienti presi in carico dalla CdC, incrociando questi dati con quelli relativi agli accessi con codici bianco e verde. Tale analisi consentirebbe di **valutare l'efficacia della strategia di reindirizzamento** e di apportare eventuali aggiustamenti per migliorare l'efficienza del sistema sanitario nel suo complesso

Estratto di alcune diagnosi che hanno generato accessi inappropriati

Lombalgia
Altro dolore toracico
Bronchite acuta
Dolore degli arti
Dolore toracico non specificato
Contusione della parte toracica
Dolore addominale di altre sedi specificate
Dolore addominale epigastrico
Colica renale
Infezione del sistema urinario, sito non specificato
Dolore addominale generalizzato
Distorsione e distrazione di sito non specificato della caviglia
Cistite acuta
Dolore addominale di sede non specificata
Nausea con vomito
Tonsillite acuta
Distorsione e distrazione del collo

Quali attività per le CdC in riferimento all'Ambulatorio

Ambulatorio

Specializzazione	Nr. prestazioni
Radiologia	57
Chirurgia	44
Odontoiatria	39
Oculistica	37
Otorinolaringoiatria	35
Medicina Generale o Interna	34
Riabilitazione	27
Prima Visita	26
Medicina del Controllo	24
Ortopedia	20
Ostetricia/Ginecologia	18
Psichiatria	16
Cardiologia	13
Pneumologia	13
Neurologia	8
Urologia	5
Dermatologia	4
Terapia del Dolore	4
Nefrologia	3
Vaccinazioni	2

Estratto di alcune prestazioni da effettuare in CdC con indicazione di specialista o professionista sanitario e la disciplina - Esempio Radiologia – il 100% di queste attività da effettuare con personale specialistico. È possibile anche stabilire quali prestazioni e servizi si vogliono erogare per correggere il risultato della simulazione

ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA
ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA
BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA
BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI
BIOPSIA MINIINVSIVA "VACUUM ASSISTED" CON SISTEMA DI GUIDA ECOGRAFICO
BIOPSIA MINIINVSIVA "VACUUM ASSISTED" CON SISTEMA DI GUIDA STEREOTASSICO
COLOR DOPPLER TRANSCRANICO
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI
ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI
ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFOGEEA
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA
ECOGRAFIA POLMONARE
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA
ECOGRAFIA CARDIACA SENZA E CON CONTRASTO
ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA
ECOGRAFIA DEI TESTICOLI

Funzionalità

**Analisi della
Configurazione
Esistente**

**Rilevazione
delle Aree di
Sovraccarico
o Sotto-
utilizzo**

**Miglioramento
nella
Distribuzione
delle Risorse
Sanitarie**

**Valutazione
di
Posizioname
nto e
Dimensiona
mento
Ottimale**

**Identificazio
ne degli
Effetti della
Riduzione
del
Personale**

Limiti e Sviluppi futuri

Ampliare l'orizzonte di validazione del nostro modello per abbracciare nuove aree, specialmente quelle con caratteristiche differenti, ci permetterà di affinare la sua precisione e universalità

Il modello attuale, sebbene accurato nelle aree ben rappresentate, **necessita di un perfezionamento nelle piccole città**, dove la mancanza di dati può limitarne la precisione

Ampliamento convalida

Valutazione Generalizzabilità del modello effettuando dei **test in varie regioni** per assicurarci che il modello si adatti efficacemente a diversi contesti e scenari

Integrare e arricchire il nostro dataset, soprattutto per le aree meno rappresentate, per **migliorare l'accuratezza e l'affidabilità delle previsioni del modello**

Nuovi dati a supporto

Attraverso questi miglioramenti, si punterà a realizzare **uno strumento ancora più versatile e preciso**, capace di adattarsi a una vasta gamma di contesti e di fornire insight affidabili per supportare le decisioni

Project Strategy Canvas

VISION di Progetto

- **Obiettivo:** Il progetto si propone di ottimizzare l'allocazione delle risorse sanitarie, riducendo i tempi di attesa in Pronto Soccorso e migliorando l'accessibilità alle prestazioni ambulatoriali, con un focus specifico sulle esigenze territoriali
- **Valore Aggiunto per le Strutture:** Il modello offre strumenti cruciali per le Case e gli Ospedali di Comunità per dimensionare adeguatamente sia la dotazione organica sia le specializzazioni necessarie, migliorando così la gestione dei pazienti e l'efficacia del servizio

OBIETTIVO di Progetto

Sviluppare e calibrare un framework di simulazione basato su agent-based modeling (ABM) per supportare decisioni strategiche nell'ASST Sette Laghi. L'obiettivo è ottimizzare i servizi sanitari territoriali, riducendo l'affluenza inappropriata al Pronto Soccorso e migliorando la gestione dei pazienti cronici. Il framework aiuterà nel posizionamento e dimensionamento delle Case di Comunità, garantendo un'erogazione più efficiente e appropriata delle cure.

DESTINATARI

- **Direttori di Distretto, Direzione Socio-Sanitaria, DAPS e referenti di Area:** Destinatari del progetto possono essere tutti i soggetti coinvolti nel processo di riorganizzazione del territorio e che necessitano un supporto quantitativo e operativo per fondare le proprie decisioni
- **Direzione Generale e Gestione Operativa:** Per ricevere un supporto quantitativo nella pianificazione e distribuzione delle risorse, che supporti scelte efficienti ed efficaci

ESPERIENZA UTILIZZATORI

- **Mappare e anticipare le esigenze delle strutture sanitarie,** puntando su una gestione delle risorse sanitarie più accurata e data-driven intercettando i frequent users
- **Gestione più efficiente e consapevole delle risorse,** fondata sulla disamina di dati storici in merito ad accessi in PS potenzialmente erogabili in altro setting e sulle dinamiche di accesso alle prestazioni ambulatoriali, anch'esse potenzialmente erogabili presso strutture territoriali
- **Definizione del dimensionamento organico ottimale di personale, nonché delle specializzazioni da garantire nelle differenti aree e strutture territoriali (Cdc/OdC),** sulla scorta della domanda storica. Il framework, attraverso il suo continuo aggiornamento e l'integrazione di nuove informazioni, rappresenta un avanzamento verso una gestione sanitaria territoriale flessibile e resiliente, per affrontare le sfide future, l'innovazione continua e il miglioramento dell'assistenza sanitaria

LIMITI

- Dati empirici necessari e aggiornati al 2023
- Risorse organiche, tecnologiche e strutturali disponibili, vincoli normativi e di budget da discutere
- Resistenza al cambiamento

DESIGN

- Layout intuitivo e accessibile
- Percorsi guidati per l'inserimento dei dati, l'analisi delle simulazioni e l'interpretazione dei risultati

POTENZIALITA'

- Miglioramento nella Distribuzione delle Risorse Sanitarie
- Comprensione delle possibilità di miglioramento nella configurazione di strutture

FRUIBILITA' DELLO STRUMENTO

- Lo strumento può analizzare i dati storici ed essere aggiornato al 2023 (attualmente flussi 2021 e 2022)
- Può identificare le aree di sovraccarico o sotto-utilizzo a livello della domanda di prestazioni in urgenza e in regime ambulatoriale, fotografando anche l'utilizzo del personale
- Il modello permette di identificare quali specializzazioni mediche sono necessarie in quali strutture territoriali, basandosi sull'analisi dei dati di utilizzo e sulle proiezioni di bisogno sanitario locale permettendo di adattare le professionalità in essere sul territorio con approccio proattivo e non reattivo alle situazioni di emergenza



*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:
Sfide e Opportunità Post DM 77*

**La segnalazione dei soggetti "fragili" dal PS al territorio:
esperienza di integrazione tra PS e IFeC**

Adriana Cozzi, referente IFeC, ASST Niguarda

Anna Rita Pili, referente Caring Nurse, ASST Niguarda

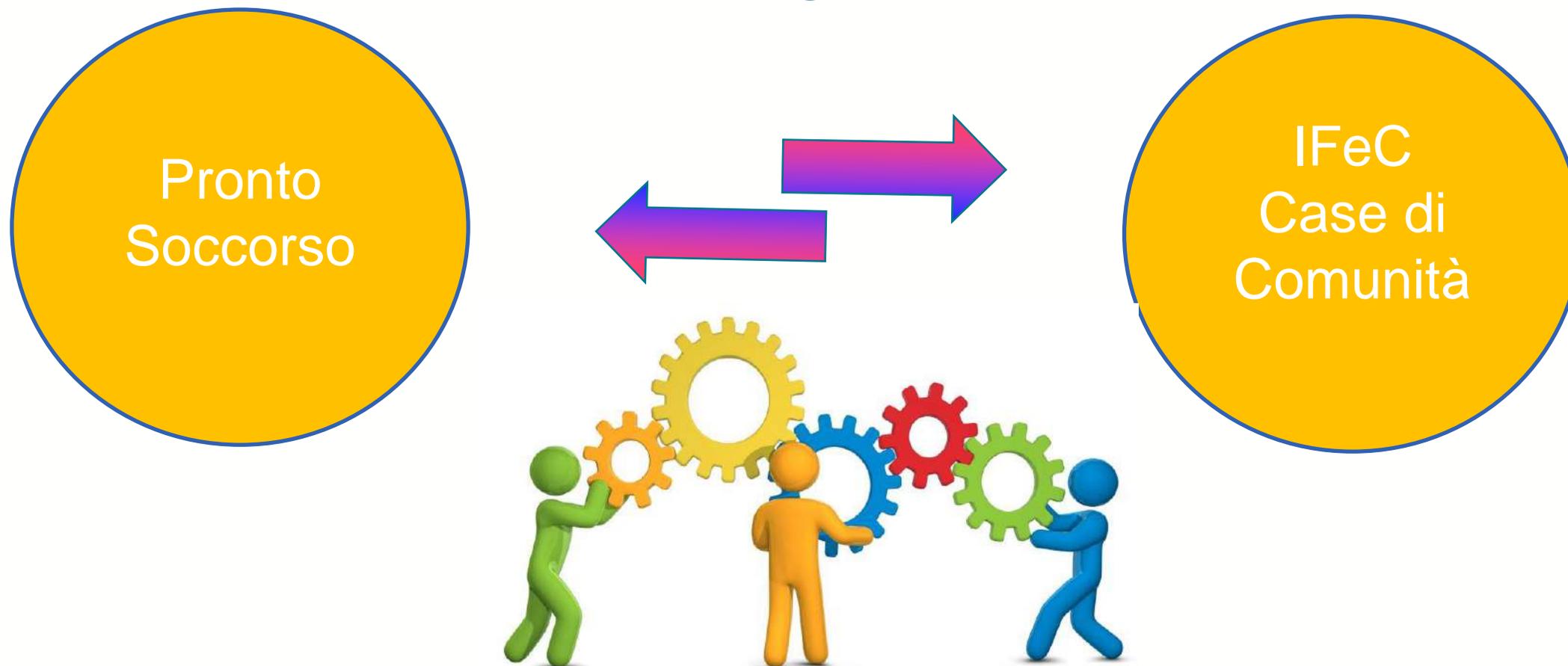
Anna Rita Pili

Con il contributo non condizionato di:



La segnalazione dei soggetti "fragili" dal PS al territorio: esperienza di integrazione tra PS e IFeC

PERCHE?



La segnalazione dei soggetti "fragili" dal PS al territorio: esperienza di integrazione tra PS e IFeC



Supporto sanitario alle persone fragili e alle loro famiglie

Percorsi di cura strutturati

Continuità ospedale-territorio

Appropriatezza nell'utilizzo del PS

La segnalazione dei soggetti "fragili" dal PS al territorio: esperienza di integrazione tra PS e IFeC

Progetto di collaborazione PS – IFeC



Da NOVEMBRE 2022



Segnalazione di utenti fragili residenti in Municipio 9



Scala Triage

La segnalazione dei soggetti "fragili" dal PS al territorio: esperienza di integrazione tra PS e IFeC

	ASSENTE O LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
1 MORBILITA'	Nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente	La compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona	La compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona	La compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave
	0	1	2	2
2 ALIMENTAZIONE	AUTONOMO	CON AIUTO (supervisione)	DIPENDENZA SEVERA (imboccamento)	ENTERALE - PARENTERALE
	0	0	1	2
3 ALVO E DIURISI	CONTINENZA	CONTINENZA PER ALVO INCONTINENZA URINARIA	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (uso pannolino)	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (CVP e/o evacuazione assistita)
	0	0	1	1
4 MOBILITA'	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AUSILI	ALLETTATO
	0	0	1	2
5 IGIENE PERSONALE	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AIUTO MODERATO	TOTALE DIPENDEZA
	0	0	1	2
6 STATO MENTALE E COMPORAMENTO	Collaborante, capace di intendere e volere	Collaborante ma con difficoltà a capire le indicazioni	Non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni	Non collaborante e gravemente incapace di intendere e colere / segni di disturbi comportamentali
	0	0	1	1
7 CON CHI VIVE	COPPIA, NUCLE FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE	SOLO NON necessita di figure di riferimento	SOLO o COPPIA Ma necessità di figure di riferimento (es.figli)	SOLO Nessuna rete di riferimento
	0	0	1	2
8 ASSISTENZA DIRETTA (CARE GIVER)	ADEGUATA Partecipano, familiari, assistenti famigliari, servizi territoriali (SAD, pasti a domicilio), vicinato, associazioni	PARZIALMENTE ADEGUADA Affida solo famigliari, o solo all'assistente famigliare, o solo ai servizi territoriali	POCO ADEGUATA Affidata a un soggetto che non assicura una assistenza adeguata o sufficiente	INADEGUATA Non è offerta alcun tipo di assistenza
	0	1	2	2
TOTALE PUNTEGGIO				

La segnalazione dei soggetti "fragili" dal PS al territorio: esperienza di integrazione tra PS e IFeC



La segnalazione dei soggetti "fragili" dal PS al territorio: esperienza di integrazione tra PS e IFeC

Totale Segnalazioni 2023: 329

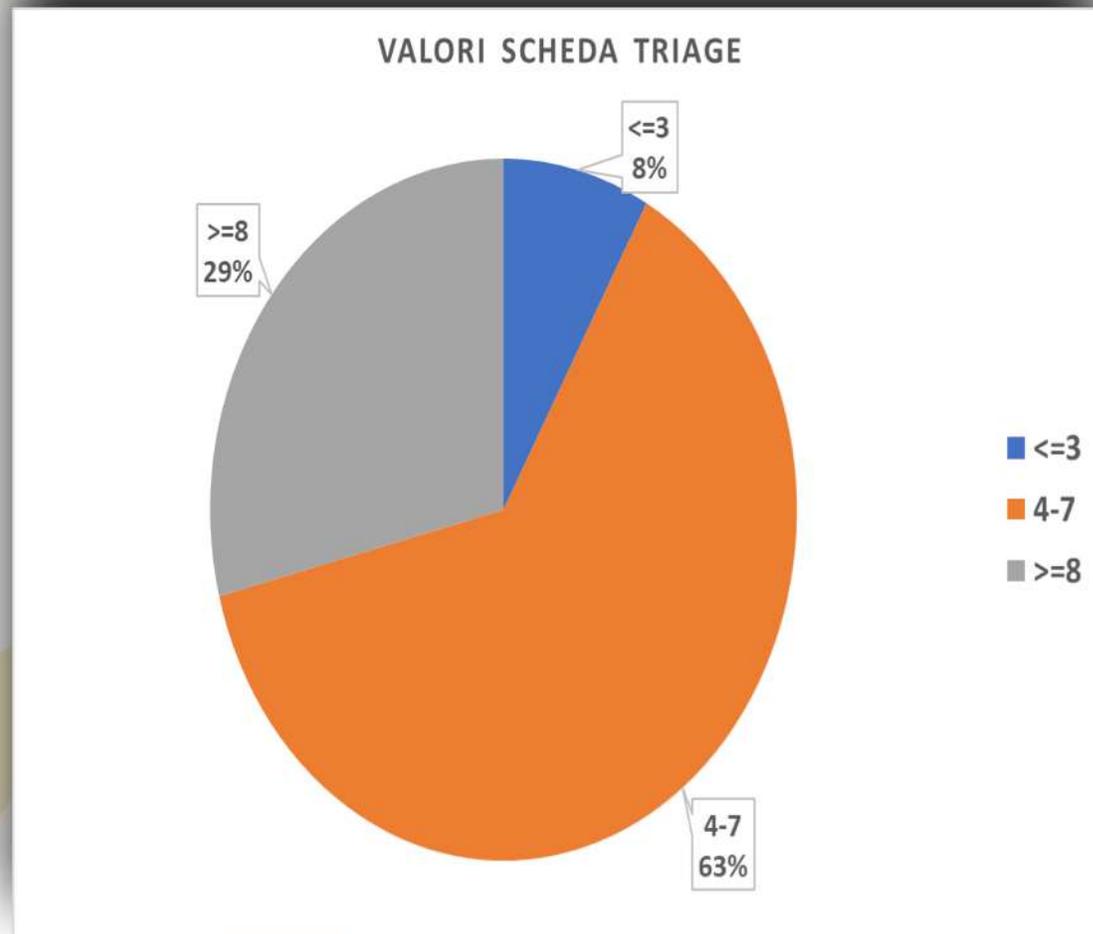
Età media: 81 anni

Il 100% delle persone segnalate, sono state rivalutate dall'IFeC

ESITO	%
Raccordo con altri Servizi di Territoriali	48,4%
Presa in carico IFeC Zona 9	51,6%

DOMICILIO SEGNALAZIONI	
ASST - Brianza	9
ASST - Lariana	1
ASST - Melegnano Martesana	6
ASST - Ovest Milanese	2
ASST - Valle Olona	1
ASST - Nord Milano	54
ASST - Rhodense	16
ASST FBF-SACCO	53
ASST Santi Carlo-Paolo	6
ASST GOM Niguarda	181
TOTALE	329

La segnalazione dei soggetti "fragili" dal PS al territorio: esperienza di integrazione tra PS e IFeC



Livelli di Complessità Assistenziale in base al Punteggio SCALA TRIAGE

Punteggio ≤ 3 :

bisogno assistenziale che può essere soddisfatto da un solo professionista o comunque con una attività specifica

Punteggio > 3 e ≤ 7 :

bisogno assistenziale che può richiedere la presenza contemporanea di due o più professionisti o comunque più attività assistenziali eseguite da un singolo professionista

Punteggio ≥ 8

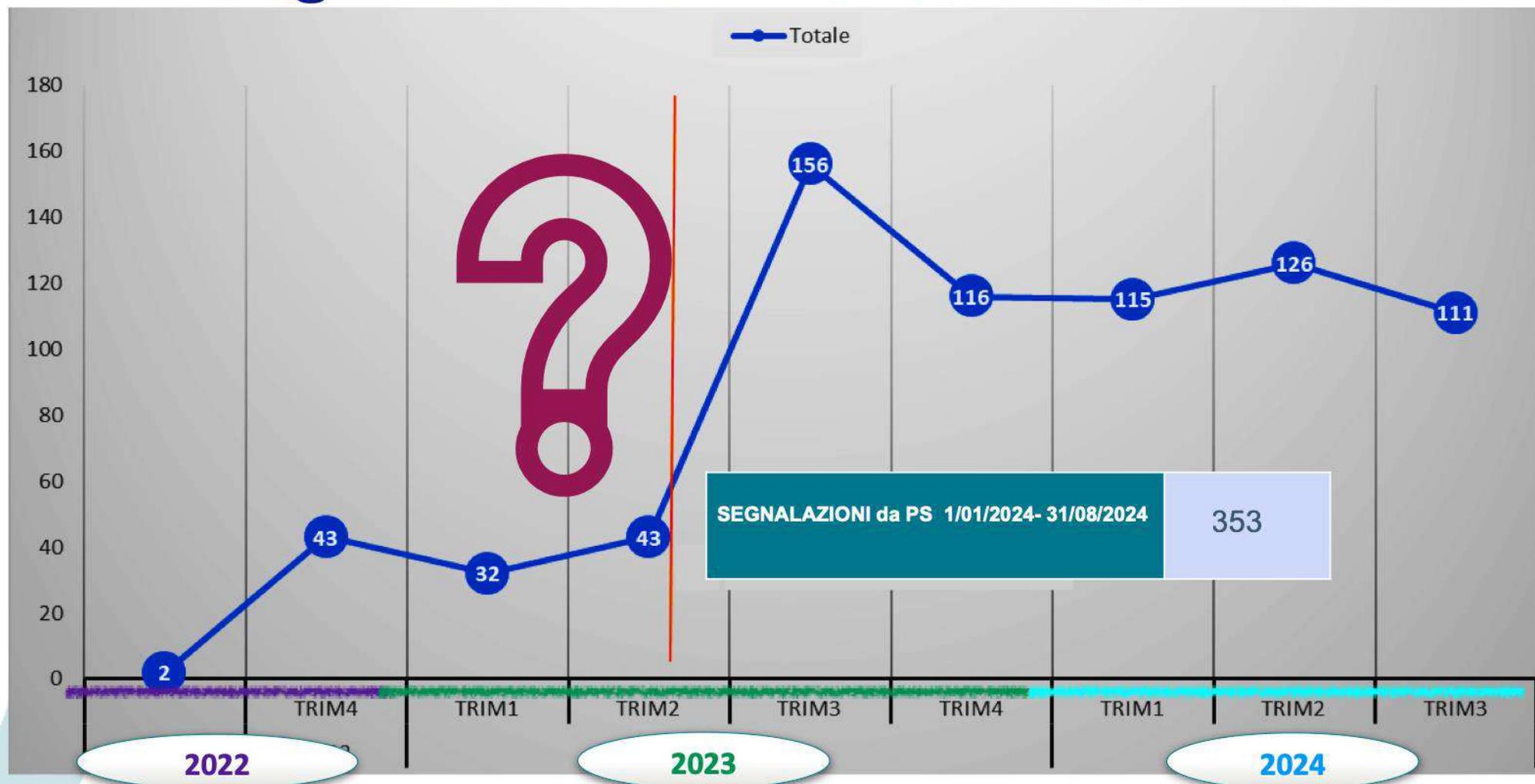
bisogno assistenziale si rileva la necessità di più figure professionali di cui spesso uno specialista medico o una assistente sociale e di una case manager.

La segnalazione dei soggetti "fragili" dal PS al territorio: esperienza di integrazione tra PS e IFeC

	ASSENTE O LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
MORBILITA'	Nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente	La compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario: la prognosi è buona	La compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona	La compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave
	0%	90%	9%	1%
CON CHI VIVE	COPPIA, NUCLEO FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE	SOLO NON necessita di figure di riferimento	SOLO o COPPIA Ma necessità di figure di riferimento (es.figli)	SOLO Nessuna rete di riferimento
	1%	10%	69%	20%
ASSISTENZA DIRETTA (CARE GIVER)	ADEGUATA Partecipano, familiari, assistenti familiari, servizi territoriali (SAD, pasti a domicilio), vicinato, associazioni	PARZIALMENTE ADEGUATA Affida solo familiari, o solo all'assistente familiare, o solo ai servizi territoriali	POCO ADEGUATA Affidata a un soggetto che non assicura una assistenza adeguata o sufficiente	INADEGUATA Non è offerta alcun tipo di assistenza
	1%	39%	50%	10%
TOTALE PUNTEGGIO				

La segnalazione dei soggetti "fragili" dal PS al territorio: esperienza di integrazione tra PS e IFeC

Segnalazioni da Pronto Soccorso



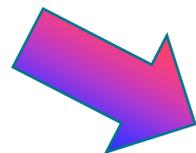
La segnalazione dei soggetti "fragili" dal PS al territorio: esperienza di integrazione tra PS e IFeC

CARING NURSE

- Il **Caring Nurse** è il professionista (infermiere esperto di PS) che si occupa dell'**accoglienza**, della **comunicazione** e della **relazione** con i pazienti che accedono al Pronto Soccorso e i rispettivi familiari/caregivers.
- Garantisce lo **scambio di informazioni** riguardanti l'accettazione, i percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA), la dimissione a domicilio, il ricovero presso i reparti di degenza e il trasferimento presso altre strutture ospedaliere.
- Segnala specifici casi all' Infermiere di Famiglia e di Comunità, offrendo così **continuità assistenziale** ai pazienti fragili e un **supporto sanitario** alle loro famiglie.



La segnalazione dei soggetti "fragili" dal PS al territorio: esperienza di integrazione tra PS e IFeC



Identifica la persona fragile



Presenta la figura dell'IFeC al paziente ai familiari/ caregiver



Compila e inoltra la ScalaTriage

La segnalazione dei soggetti "fragili" dal PS al territorio: esperienza di integrazione tra PS e IFeC

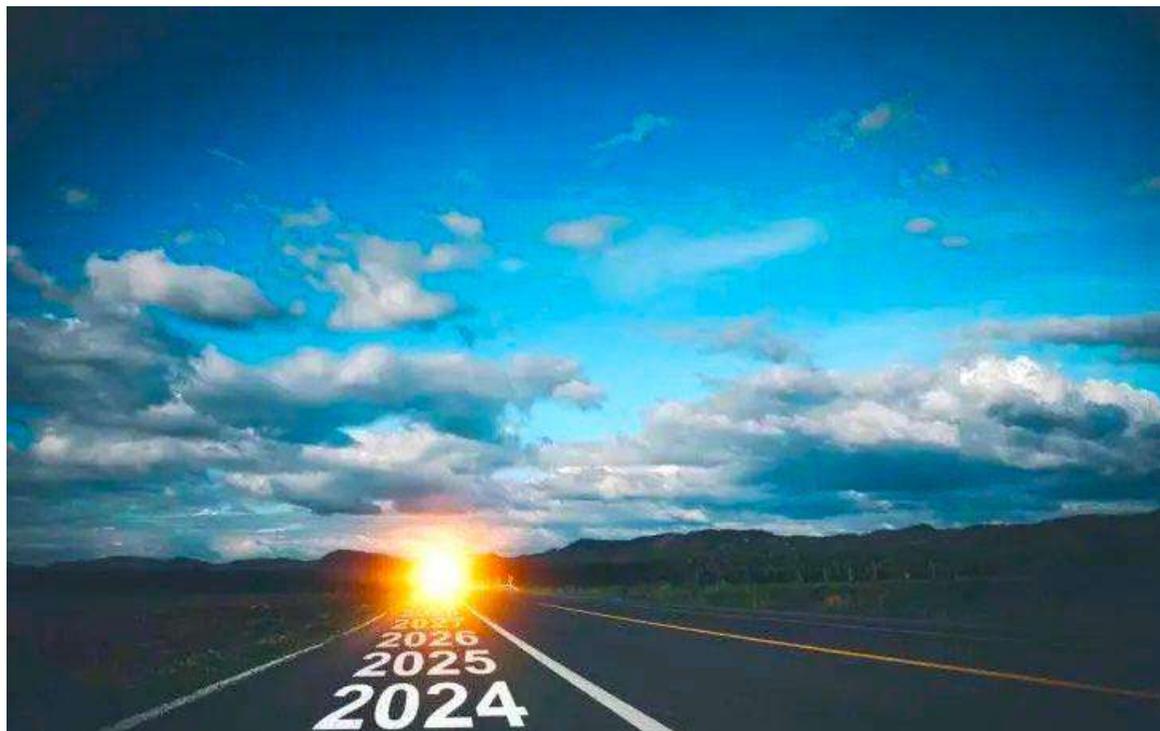
Gruppo di lavoro IFeC - Caring Nurse “Conoscersi per lavorare insieme”



Revisione di casi clinici

Confronto Formazione

La segnalazione dei soggetti "fragili" dal PS al territorio: esperienza di integrazione tra PS e IFeC



Raccolta e analisi DATI

Strumento di segnalazione PS-IFeC

Formazione / Condivisione

Grazie

Adriana Cozzi, referente IFeC, ASST Niguarda

Anna Rita Pili, referente Caring Nurse, ASST Niguarda



*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:
Sfide e Opportunità Post DM 77*

Assistenza domiciliare: ottimizzare la cura nel domicilio del paziente

Raffaella Tortelli, Dirigente Professioni Sanitarie,
Referente SS Processi Integrati Territorio, UOC DAPSS
ASST Bergamo Est

Con il contributo non condizionato di:



Contesto: l'ASST Bergamo Est

Sistema Socio Sanitario
 Regione Lombardia
 ASST Bergamo Est

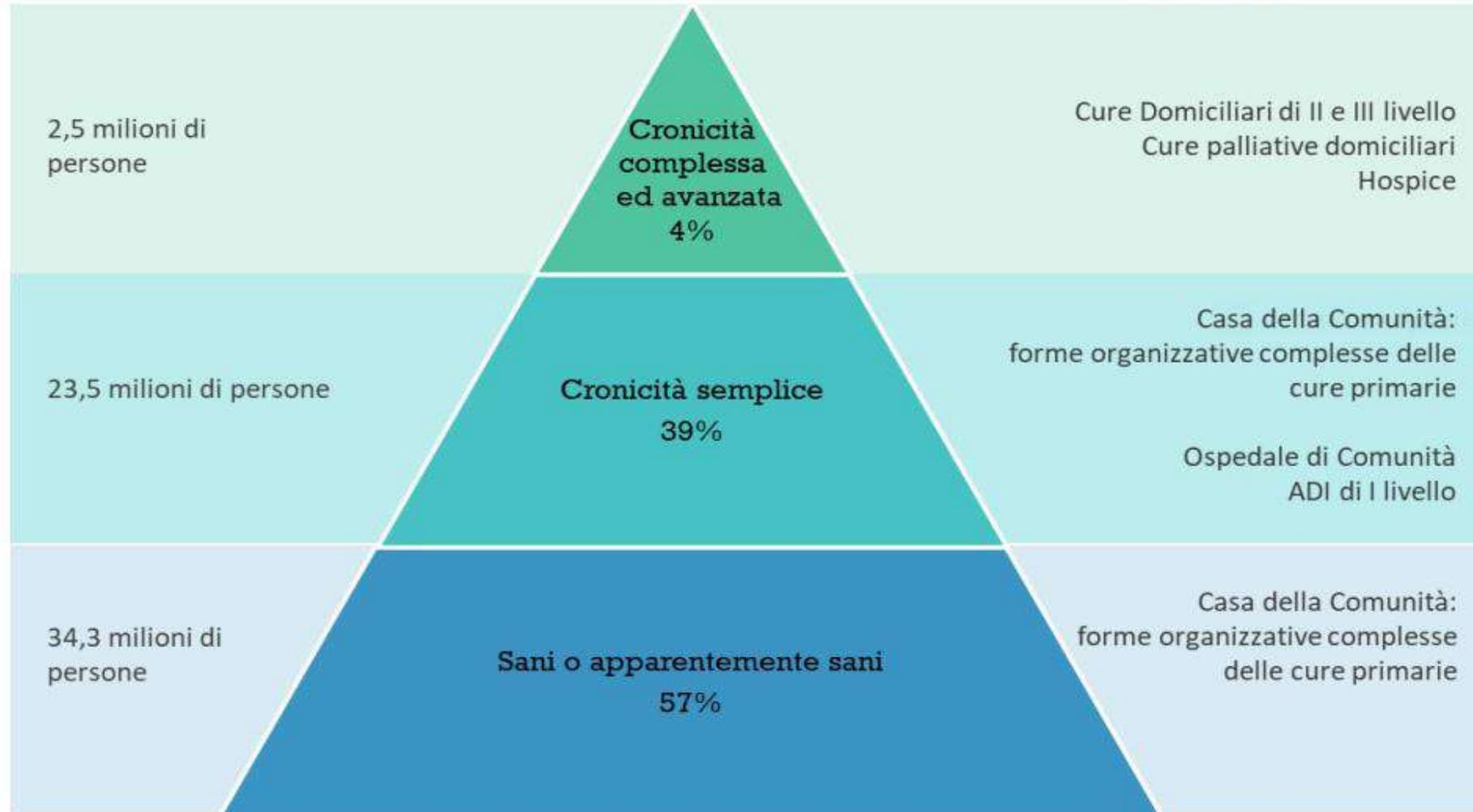
ASST BERGAMO EST



- **3** Distretti
- **7** ambiti territoriali
- **103** comuni, **386000** abitanti circa
- **11** Case della Comunità, **2** Ospedali di Comunità e **5** COT
- **7** Presidi ospedalieri (5 a gestione diretta e 2 in compartecipazione pubblico-privato)
- Territorio montano, lacustre e di pianura
- Notevole estensione e distanza tra i territori e viabilità a volte problematica
- Difficoltà di reperimento e assunzione risorse umane (soprattutto infermieri e medici, ma anche fisioterapisti)

L'assistenza per bisogni assistenziali

Setting assistenziale



Epidemiologia e programmazione sanitaria distrettuale

Tabella 9.2.1 Soggetti assistiti da ADI per genere della provincia di Bergamo

Ambito di residenza	Femmine		Maschi		Totale	
	N	%	N	%	N	%
01_Bergamo	1.384	15,3	888	14,2	2.272	14,8
02_Dalmine	971	10,7	672	10,7	1.643	10,7
03_Seriate	541	6,0	397	6,3	938	6,1
04_Grumello	381	4,2	263	4,2	644	4,2
05_Valle Cavallina	433	4,8	326	5,2	759	5,0
06_Monte Bronzone - Basso Sebino	249	2,8	175	2,8	424	2,8
07_Alto Sebino	328	3,6	221	3,5	549	3,6
08_Valle Seriana	843	9,3	622	9,9	1.465	9,6
09_Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	431	4,8	325	5,2	756	4,9
10_Valle Brembana	434	4,8	259	4,1	693	4,5
11_Valle Imagna e Villa d'Almè	533	5,9	356	5,7	889	5,8
12_Isola Bergamasca	1098	12,1	696	11,1	1794	11,7
13_Treviglio	795	8,8	568	9,1	1363	8,9
14_Romano di Lombardia	633	7,0	496	7,9	1129	7,4
Provincia di Bergamo	9.054	100,0	6.264	100,0	15.318	100,0

Domanda di C-Dom

Offerta di C-Dom

Tabella 9.1.1 Enti gestori accreditati per ADI e indici di offerta nella provincia di Bergamo

Territorio di riferimento	N. Enti Gestori a contratto	Indice di offerta (Enti a contratto*1000 residenti/popolazione target)
01_Bergamo	19	0,13
02_Dalmine	19	0,13
03_Seriate	18	0,23
04_Grumello del Monte	18	0,36
05_Valle Cavallina	13	0,24
06_Monte Bronzone Basso Sebino	13	0,41
07_Alto Sebino	13	0,44
08_Valle Seriana	14	0,15
09_Valle Seriana Superiore e Val di Scalve	14	0,34
10_Valle Brembana	13	0,33
11_Valle Imagna e Villa d'Almè	13	0,25
12_Isola Bergamasca	20	0,15
13_Treviglio	15	0,13
14_Romano di Lombardia	14	0,16
Provincia di Bergamo	37	0,03

C-Dom e IFeC in ASST Bergamo Est



Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU

Italiadomani

Regione Lombardia ASST Bergamo Est

Carta dei Servizi
Cure Domiciliari (C-DOM)

Edizione settembre 2023



Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Bergamo Est

**SERVIZIO
INFERMIERE DI FAMIGLIA
E DI COMUNITÀ**

Domande e risposte per l'utente
e i suoi familiari

www.asst-bergamoest.it

Motivo di segnalazione di pazienti al servizio IFeC

- Persone anziane e adulte affette da patologia cronica senza caregiver (o caregiver non adeguato)
- Persona con variazione di dati clinici alla visita del MMG/PLS che richiedono la predisposizione di in piano di monitoraggio domiciliare
- Persona a cui il MMG/PLS/Specialista ha prescritto farmaci con effetti collaterali e necessita di verifica dell'apprendimento o monitoraggio sull'attuazione delle indicazioni prescritte al fine di assicurare la corretta aderenza farmacologica
- Persona dimessa dal Pronto Soccorso che necessita di adattarsi ad un nuovo piano terapeutico, attivazione di servizi, monitoraggio
- Dimissioni da struttura sanitaria che richiedono l'attivazione di servizi sanitari, sociosanitari, socioassistenziali
- Persona che necessita di presidi sanitari al proprio domicilio che richiedono addestramento del paziente e/o del caregiver
- Accessi ripetuti al Pronto Soccorso
- Necessità di valutazione del setting domiciliare adeguato per mantenimento ADL e interventi di educazione al paziente e/o caregiver
- Necessità eccezionale di tempestiva erogazione di prestazioni infermieristiche in attesa dell'intervento di altri Servizi già attivati per le persone non deambulanti e non trasportabili (ADI)



Ruolo e funzioni degli IFeC



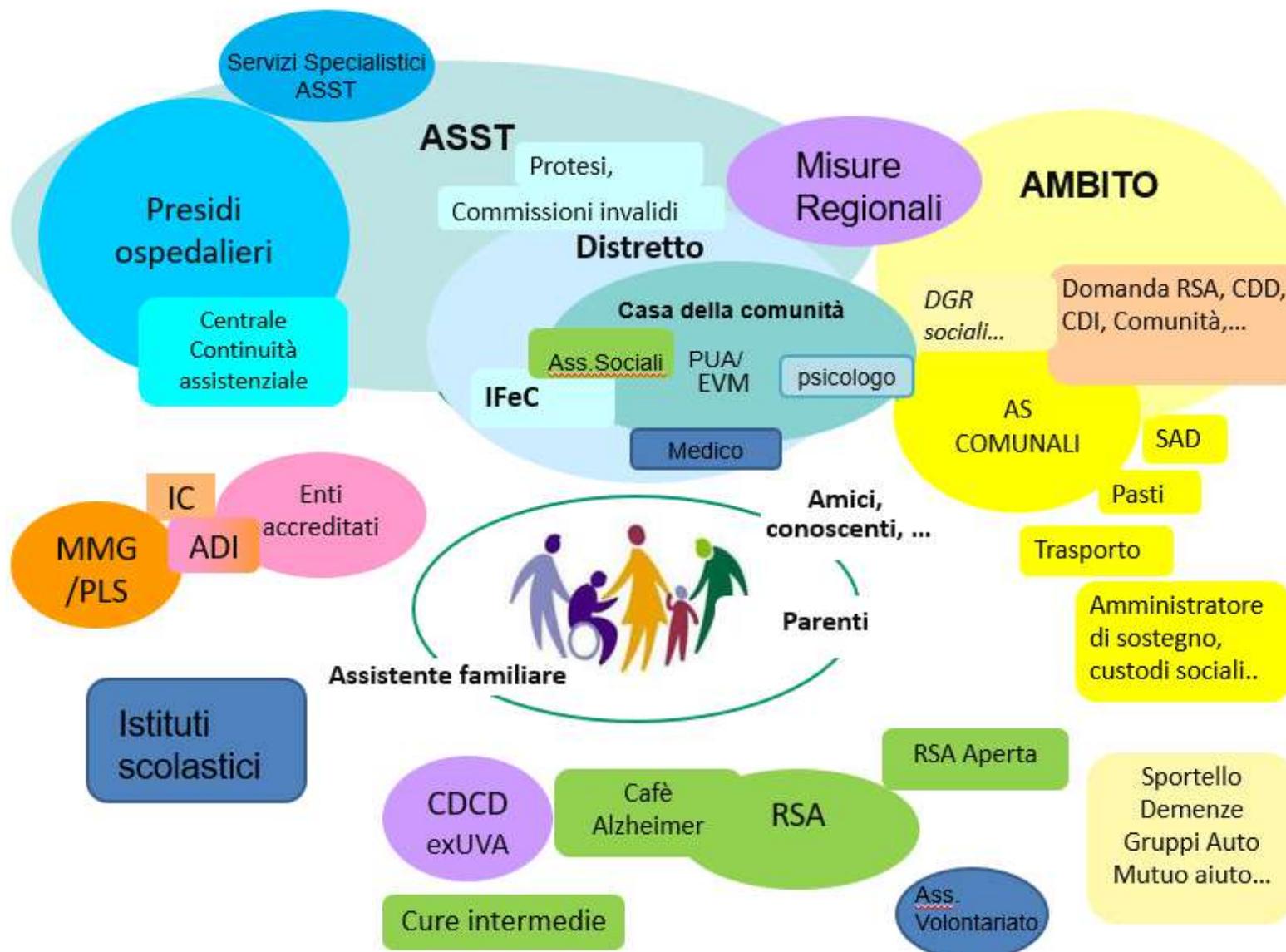
L'infermiere di famiglia può gestire i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità di riferimento e opera in collaborazione con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, il medico di comunità e l'équipe multiprofessionale per aiutare individuo e famiglie a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità.

Dieci potrebbero esse le funzioni che lo descrivono, sempre, si intende concordate e coordinate in base allo spirito multiprofessionale e di collaborazione:

1. Valutare lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita (adulta, infanzia, adolescenza), del contesto familiare e conoscere quelli di comunità
2. Promuovere e partecipare ad iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività
3. Promuovere interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e ai gruppi, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita
4. Presidiare e facilitare i percorsi nei diversi servizi utilizzando le competenze presenti nella rete
5. Pianificare ed erogare interventi assistenziali personalizzati alla persona e alla famiglia, anche avvalendosi delle consulenze specifiche degli infermieri esperti (es. wound care, stomie e nutrizione artificiale domiciliare, ventilazione domiciliare, cure palliative ed altre)
6. Promuovere l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi
7. Partecipare alla verifica e monitoraggio dei risultati di salute
8. Sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari residenziali e semi-residenziali
9. Garantire le attività previste per la realizzazione degli obiettivi della nuova sanità di iniziativa
10. Partecipare nell'integrazione professionale al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici e assistenziali, contribuendo alla relazione di cura, al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure, anche in attuazione della Legge 219/17 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento).



I nodi della rete territoriale



Ottimizzare la cura a domicilio: la telemedicina

SANITÀ DIGITALE

Dove la telemedicina è la norma: l'esperienza di ASST-Bergamo Est



Figura 3: Teleconsulto tra Medici di Medicina Generale e Specialisti Ospedalieri

Riferimenti

- PNRR
- FNOPI «Position statement IFeC»
- LR 22 del 14 dicembre 2021 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità»
- DGR 5872 del 24 gennaio 2022 «Determinazioni relative al nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio»
- DM 77 del 23 maggio 2022 «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio sanitario nazionale»
- DGR 6867 del 2 agosto 2022 «Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata....»
- DGR 7592 del 15 dicembre 2022 «Attuazione di DM 23 maggio 2022, n.77... primo provvedimento»
- DGR 7758 del 28 dicembre 2022 «Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023»
- DGR 1025 del 2 ottobre 2023 «Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2023 (terzo provvedimento)»
- DGR 1827 del 31 gennaio 2024 «Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2024» e i successivi provvedimenti e ulteriori determinazioni
- DGR 2755 del 15 luglio 2024 «Evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile...»

Grazie per l'attenzione

"C'è chi vuole che una cosa succeda, chi desidera che succeda e chi si adopera affinché succeda." (Michael Jordan, uomo d'affari americano ed ex giocatore di basket professionista).



"Il lavoro di squadra è la capacità di lavorare insieme verso una visione comune. È il carburante che permette alla gente comune di raggiungere risultati non comuni." (Andrew Carnegie, industriale e filantropo scozzese-americano).



*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:
Sfide e Opportunità Post DM 77*

“Telemedicina: l'assistenza al paziente cronico nell'era digitale”

**Muovere il dato, non il paziente...ma farlo in
modo integrato e consapevole**

Vittoria M. Rosaria Di Fiore, Direttore Sistemi Informativi

Sistema Socio Sanitario



ASST Ovest Milanese

ASST Ovest Milanese

Con il contributo non condizionato di:



Telemedicina: concetti non nuovi

- Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui **il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località** - “Linee di indirizzo Nazionali in Telemedicina” approvate dalla Conferenza Stato Regioni il 20 febbraio 2014
- Le tecnologie della sanità digitale (e-Health) e in particolare la Telemedicina e la Teleassistenza, consentono di favorire la gestione domiciliare della persona, anche nei processi di presa in carico del paziente cronico - Piano Nazionale della Cronicità (accordo sancito il 16 settembre 2016 – Rep. Atti 160/CSR)





- Il Piano triennale per l'informatica della PA, approvato dal Presidente del Consiglio il 31.05.2017 e s.m.i., documento attraverso il quale si definisce il modello di riferimento per lo sviluppo dell'informatica pubblica italiana, un ruolo centrale è ricoperto dal Fascicolo sanitario elettronico (FSE), il Centro Unico di prenotazione (CUP), Il Progetto Telemedicina
- L'intesa sancita il 18.12.2019 (rep. Atti n. 209/CSR) in sede di Conferenza permanente per i rapporti Stato Regioni riguardante il Patto per la salute 2019-2021 prevede la riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di favorire attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa
- Decreto Min. Salute n.77, maggio 2022: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale sottolinea che 'Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale'.

Piattaforma nazionale telemedicina

DECRETO 21 settembre 2022 . Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio, descrive i servizi minimi di telemedicina come televisita, teleconsulto/teleconsulenza, telemonitoraggio, teleassistenza.



- Televisita (*): è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver.
- Teleconsulto: è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico.
- Teleconsulenza: È un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico.
- Teleassistenza: «è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può, all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di Teleassistenza può anche utilizzare idonee app per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. Lo scopo è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio
- Telemonitoraggio: Modalità operativa della telemedicina che «permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biomediche con o senza parti da applicare). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema software che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori del servizio di Telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite.

Sistema Socio Sanitario

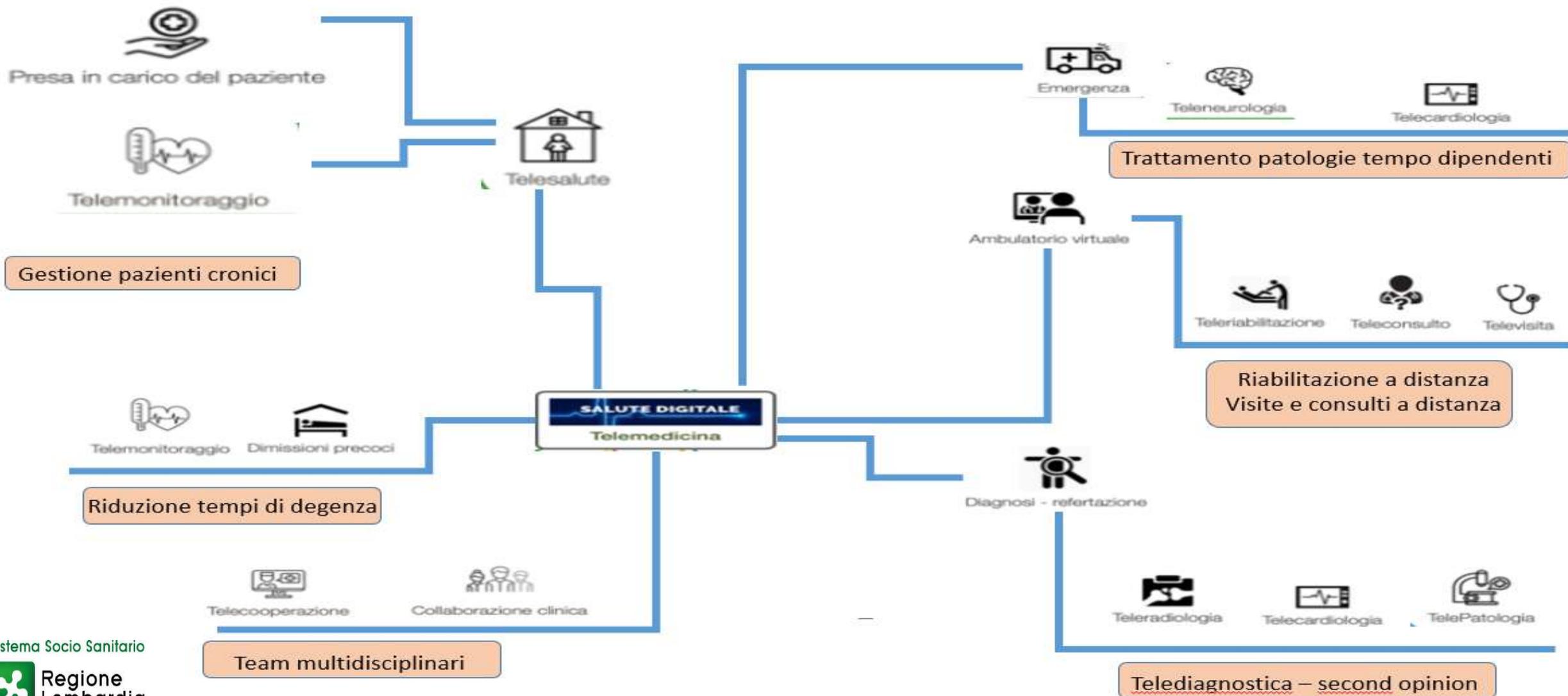


Regione Lombardia

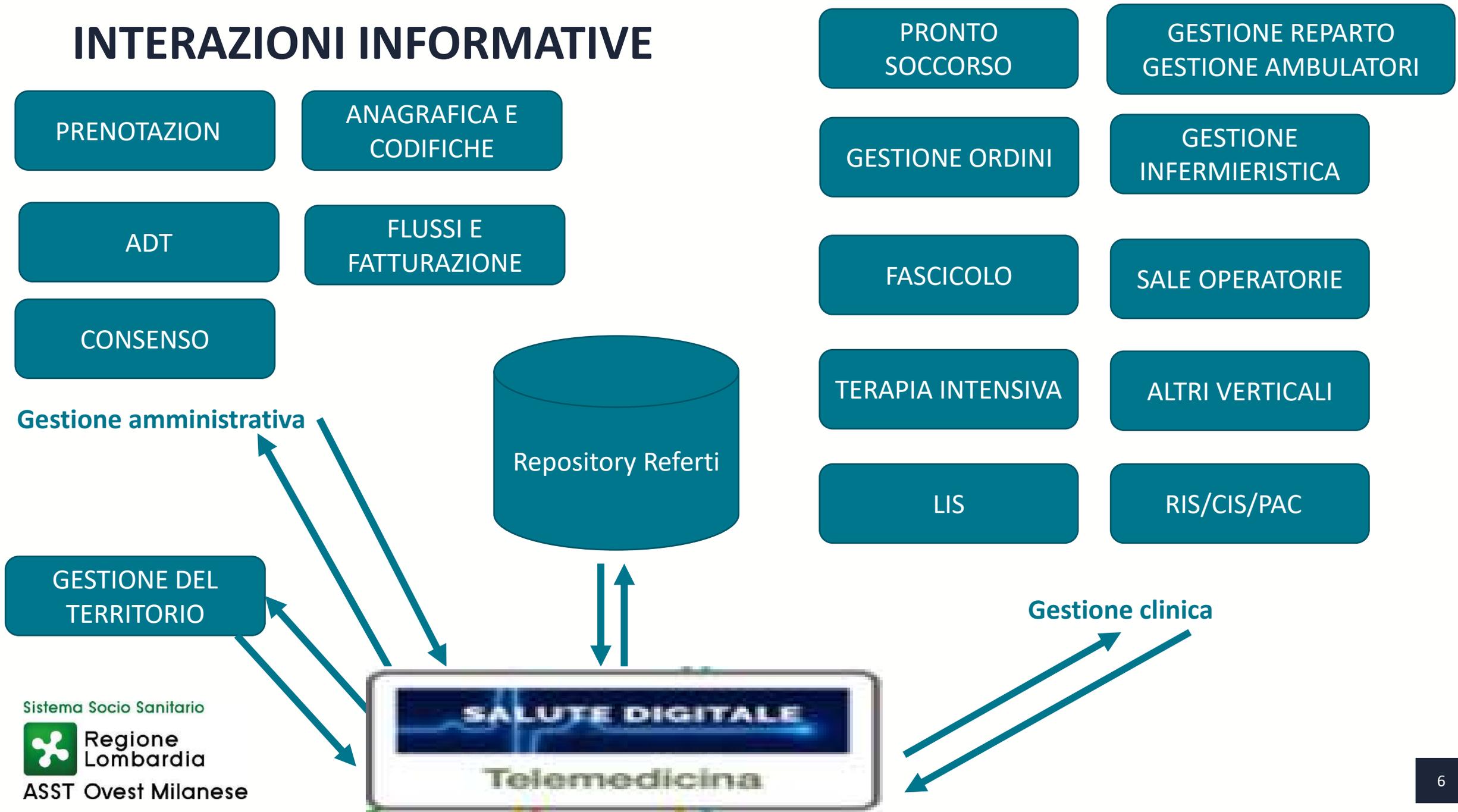
ASST Ovest Milanese

(*) richiede l'adesione preventiva del paziente o caregiver

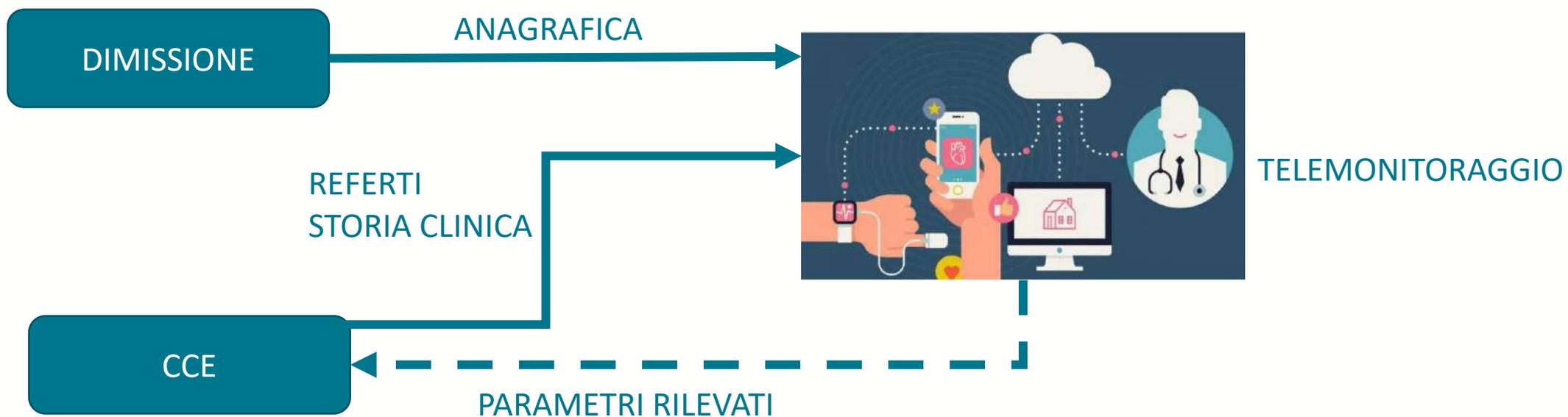
Telemedicina: applicabilità



INTERAZIONI INFORMATIVE



Esempio di integrazione



Prima parola chiave: integrazione



- I sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono: - interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati; - supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica; - supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute; - uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico
- SFIDA: gestire la telemedicina come il connubio tra tecnologia INTEGRATA e organizzazione dei processi

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Ovest Milanese

Seconda parola chiave: gestione dei dati



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Ovest Milanese

- SANITÀ DIGITALE: medicina basata sull'osservazione degli eventi grazie all'enorme numero di dati raccolti e ciò abilita la medicina preventiva e predittiva
- La medicina predittiva si concentra sull'identificazione precoce del rischio di sviluppare una determinata malattia, mentre la medicina preventiva si concentra sull'identificazione e sulla modifica dei fattori di rischio per prevenire lo sviluppo di malattie.
- con l'utilizzo dei big data e dell'intelligenza artificiale nasce la medicina basata su ciò che non è evidente per il singolo medico umano, ma può diventare evidente con l'utilizzo dei big data e delle tecniche di deep learning in quanto in grado di considerare e processare molte più informazioni di quanto sia possibile ad un essere umano.
- Oggi con l'utilizzo dei big data in Sanità e delle tecniche di deep learning siamo in grado di fare una effettiva medicina predittiva e preventiva molto tempo prima della comparsa dei sintomi e per le patologie croniche e ingratescenti questo costituisce un notevole vantaggio. L'accesso istantaneo all'intero set di dati consente di prevedere l'evoluzione del quadro clinico attraverso algoritmi decisionali di supporto che rendano maggiormente efficiente l'intero processo
- SFIDA: evolvere le competenze

CONCLUSIONI



- tecnologia abilitante in termini di hardware, applicazioni e gestione dei dati
- il dato come elemento prezioso e fondamentale per andare verso una medicina preventiva e predittiva
- le soluzioni devono essere integrate tra loro per supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica
- tecnologia va intesa come studio dei processi e delle esigenze di operatori e pazienti per rendere facilmente fruibili informazioni integrate e complete.

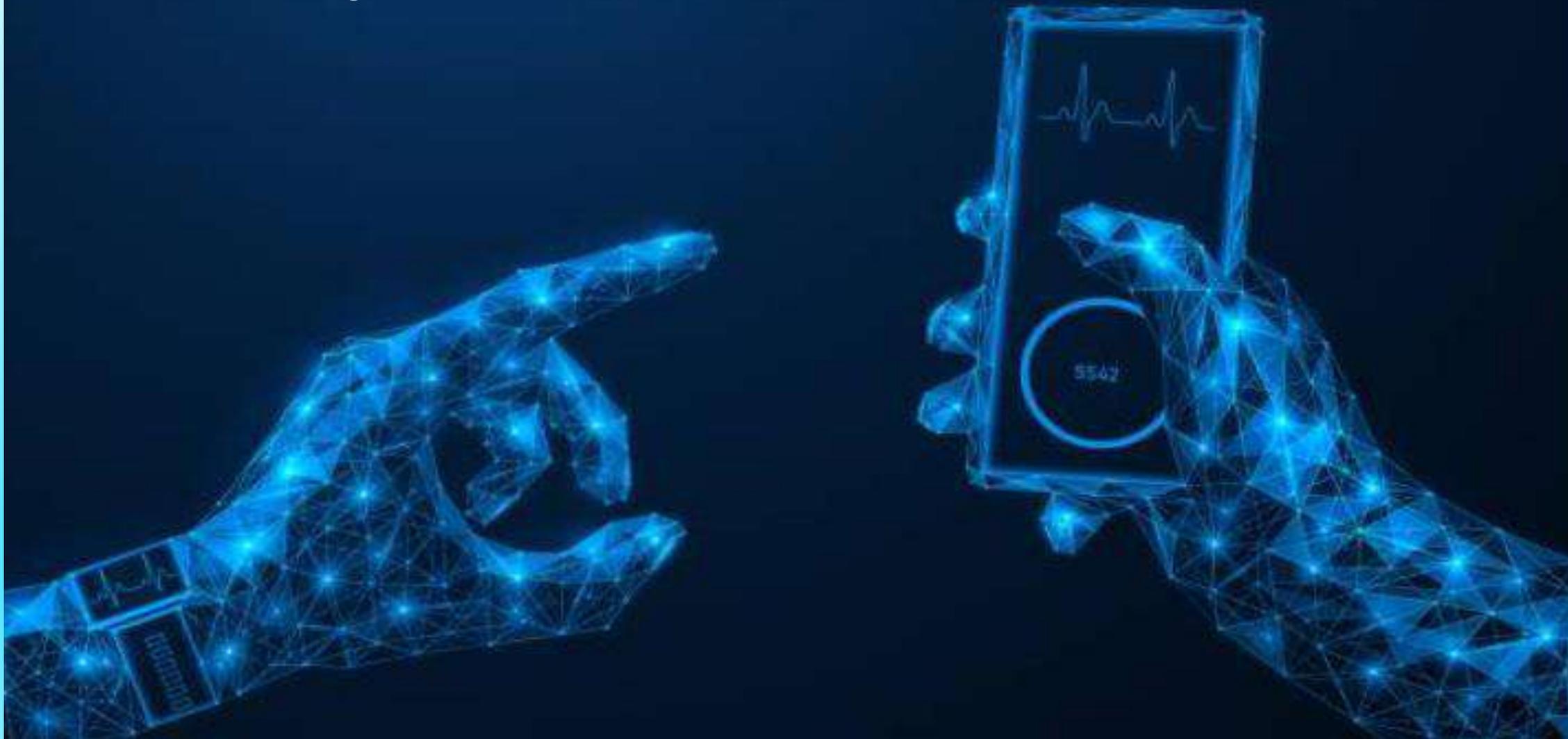
Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Ovest Milanese

Grazie per l'attenzione





*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:
Sfide e Opportunità Post DM 77*

Modelli organizzativi per l'implementazione della Salute Digitale

Simona, Ludi,
Dirigente Amministrativo Territoriale, ASST Nord Milano

Con il contributo non condizionato di:



Da dove partire per l'implementazione della Salute Digitale...?

ASST NORD MILANO ha definito :

- Modello Organizzativo
- Basi matriciali:
 - Gestione per Processi
 - Gruppi Multiprofessionali
 - Informazione/ Formazione



METODO:

...«Si costituisce nel cammino della ricerca .. nel momento in cui l'arrivo torna ad essere un nuovo punto di partenza... questa volta dotato di un METODO.»

«Al ritorno da un'esperienza da cui si risulta cambiati...

Il cerchio si sarà potuto trasformare in una SPIRALE».

E. Morin

Modelli organizzativi per l'implementazione della Salute Digitale

NT+ OO=COO

New Technology + Old Organization=

COSTLY OLD ORGANIZATION.

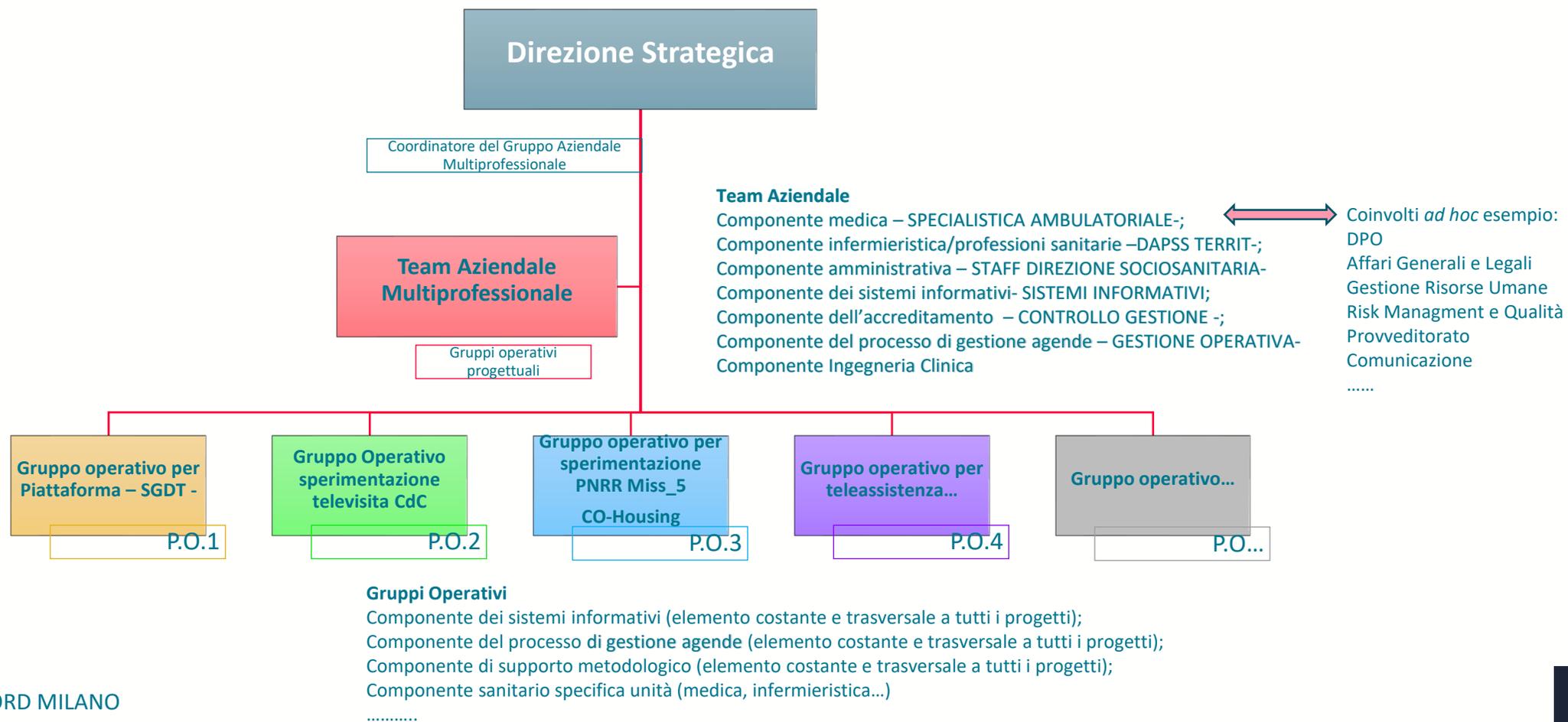
La tecnologia deve avere un ruolo strumentale e non condizionante

Spesso si confonde lo STRUMENTO con l'OBIETTIVO...

.....

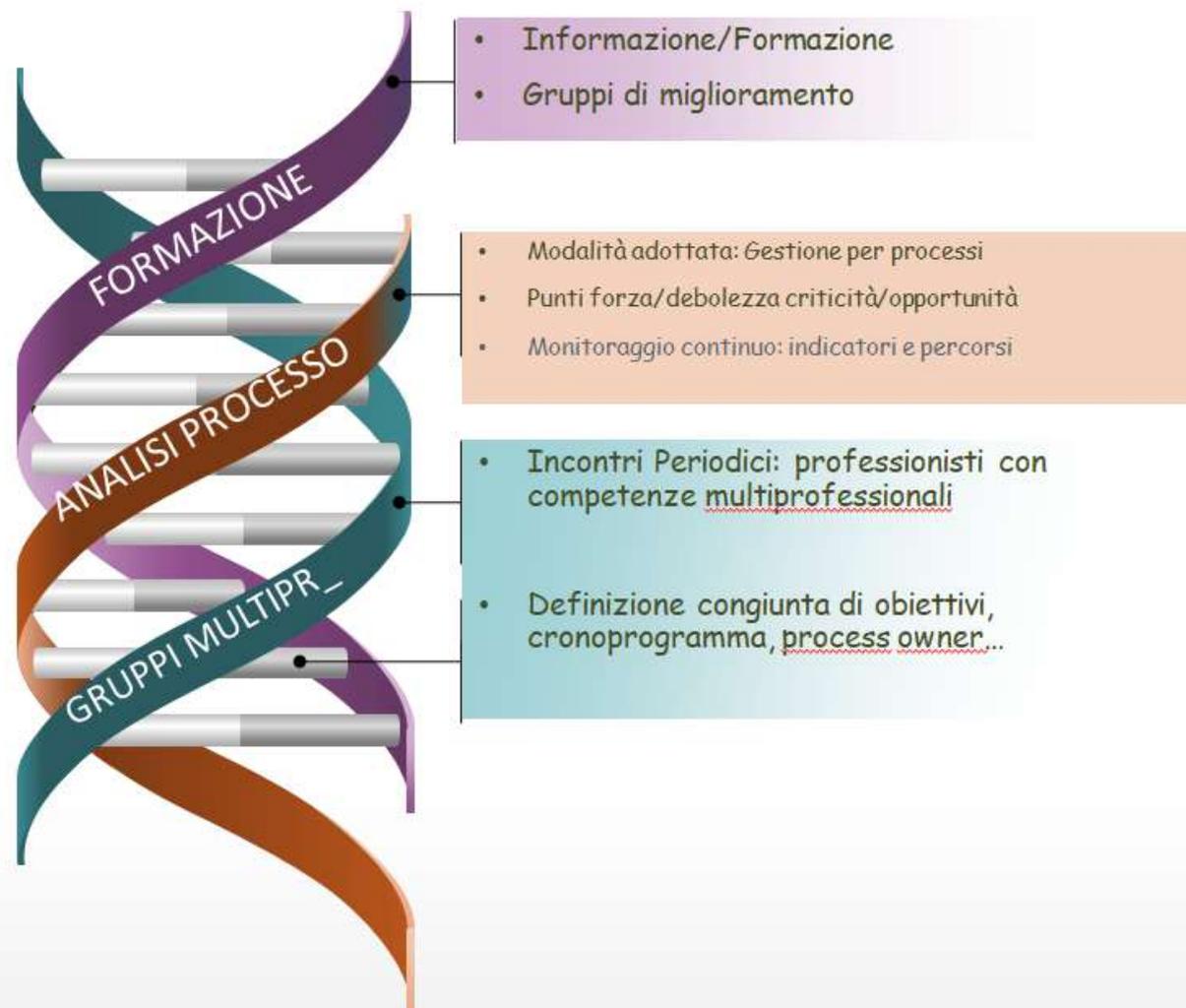
Punto di equilibrio tra INNOVAZIONE e SOSTENIBILITA'

Modelli organizzativi per l'implementazione della Salute Digitale



Modelli organizzativi per l'implementazione della Salute Digitale

Strumenti e Metodi



*Gestione Innovativa del Paziente Cronico in Lombardia:
Sfide e Opportunità Post DM 77*

«Sviluppo della Telemedicina e Teleconsulto»
Evoluzione, applicazioni e prospettive future

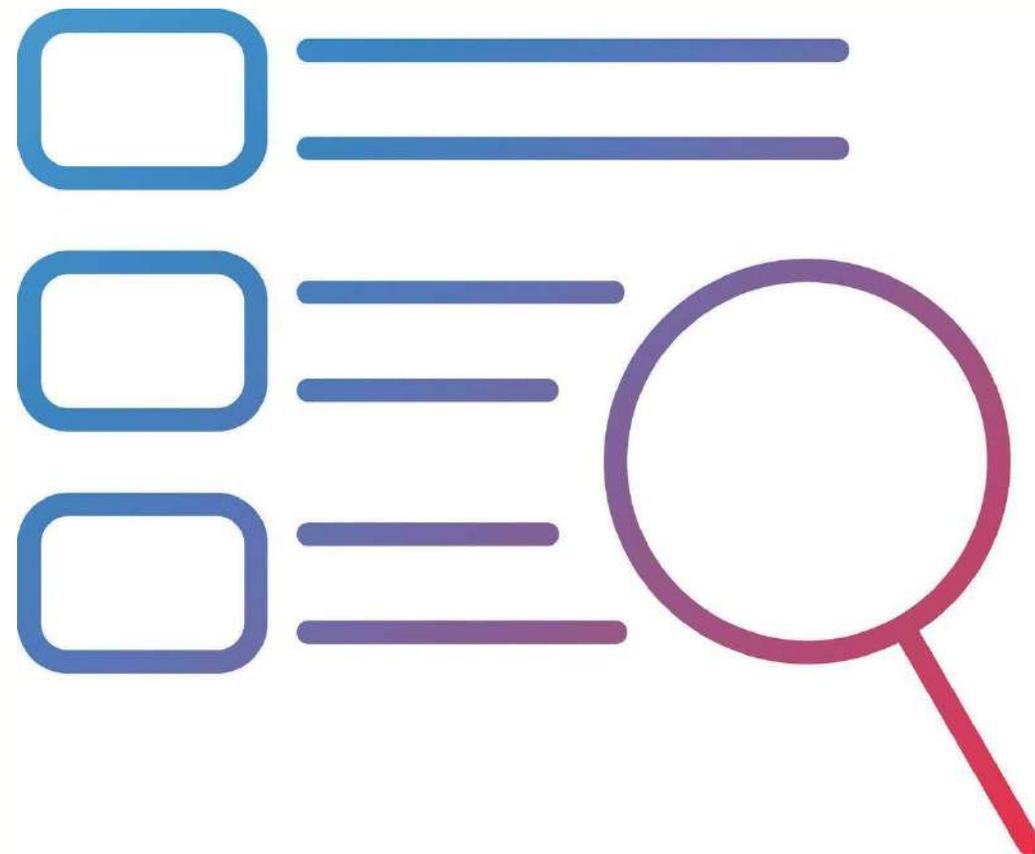
D.ssa Renata Ghelardi
Direttore SC Cronicità e Rete Diabetologica territoriale
ASST Melegnano Martesana

Con il contributo non condizionato di:



AGENDA

- **Panoramica sullo sviluppo della telemedicina e e le attuali applicazioni.**
- **Valutazione benefici e criticità**
- **Il ruolo nella gestione del paziente diabetico.**
- **Prospettive future**



La televisita e il teleconsulto sono due prestazioni mediche che vengono effettuate in remoto

- **Definizione di Telemedicina:**

La telemedicina consiste nell'utilizzo delle tecnologie di comunicazione digitale per fornire servizi sanitari a distanza. Include la diagnosi, il monitoraggio, la consulenza e il trattamento dei pazienti senza la necessità di un contatto fisico diretto.

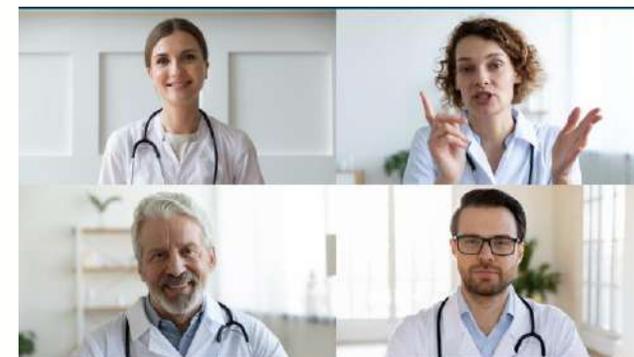
- **Definizione di Teleconsulto:**

Il teleconsulto è una forma specifica di telemedicina che prevede la consultazione tra due o più professionisti sanitari, utilizzando mezzi di comunicazione elettronica.

Applicazioni della Telemedicina

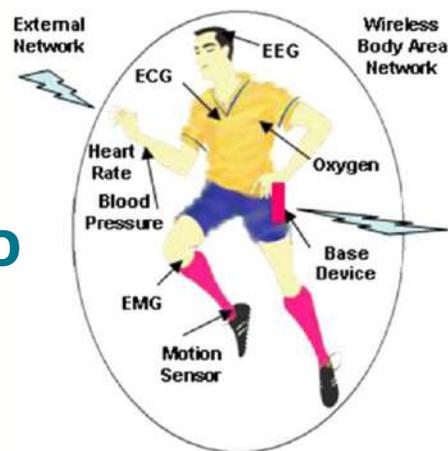


Televisita (atto medico)



Teleconsulto (atto medico)

Telemonitoraggio



Teleassistenza

Vantaggi della Telemedicina

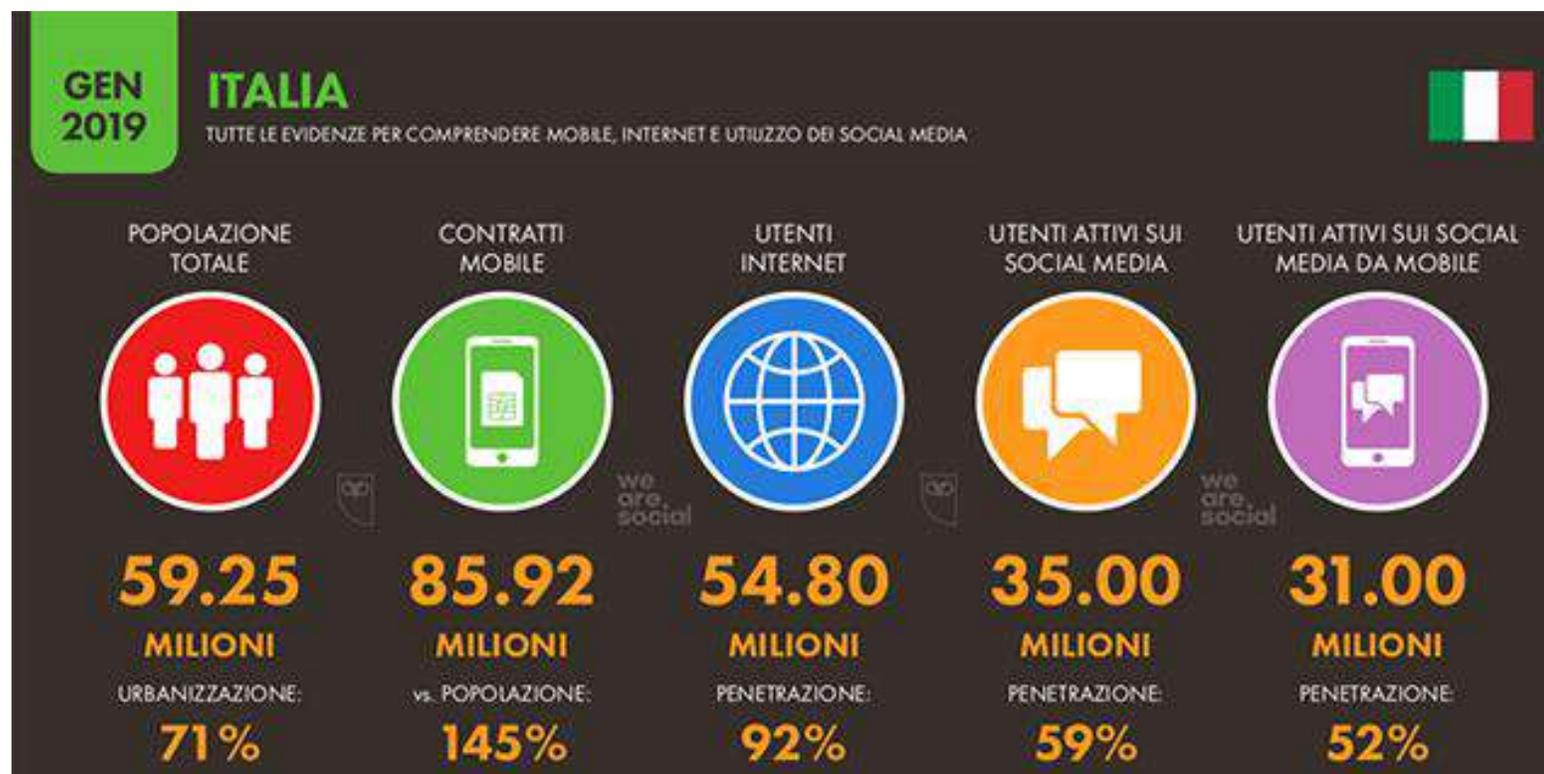
- **Accesso alle Cure:** Le persone in aree remote o rurali possono accedere a specialisti e trattamenti che altrimenti non sarebbero disponibili.
- **Efficienza del Sistema Sanitario:** Riduzione delle code negli ospedali e delle visite in pronto soccorso per casi non urgenti.
- **Riduzione dei Costi:** Minori spese per i pazienti in termini di viaggi e perdita di tempo lavorativo.
- **Gestione delle Malattie Croniche:** Monitoraggio continuo dei pazienti con malattie croniche, riducendo il rischio di complicazioni.
- **Multidisciplinarietà e multiprofessionalità:** capacità di un approccio sistemico
- **Riduzione delle ospedalizzazioni :** Triage virtuale



TM va ad integrare e potenziare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza dell'offerta del SSN.

Non si sostituisce alla visita in presenza!

La TM cresce in un Paese socialmente sempre più digitale..



... ma persistono alcune criticità, nonostante una sempre più sicura trasmissione di informazioni e dati di carattere medico.

- **Gestione della privacy e della sicurezza dei dati:** Normativa italiana e UE
- **Disomogeneità Territoriali** (frammentazione delle esperienze di TLM)
- **Problemi tecnici e infrastrutturali :** Sistemi aziendali non sempre integrati e interoperabili, non tutti i pazienti hanno accesso a internet o a dispositivi adeguati
- **Resistenza al cambiamento:** pazienti e professionisti sanitari
- **Regolamentazione e Rimborsi:** Definizione del tariffario per la Telemedicina
- **Definizione** standardizzata del servizio (Piattaforma Regionale)
- **Implementazione del FSE :** Ad oggi attivo in maniera frammentata a livello Nazionale. Importanza della raccolta dati da tutti i device e Applicazioni

AMBITI



Gli ambiti di applicazione della TM sono molteplici

- Gestione della cronicità
- Territori Estesi
- Malattie rare
- Ambito oncologico
- Medicina Penitenziaria
- Promozione degli stili di vita

Sistema Socio Sanitario



ASST Melegnano e della Martesana

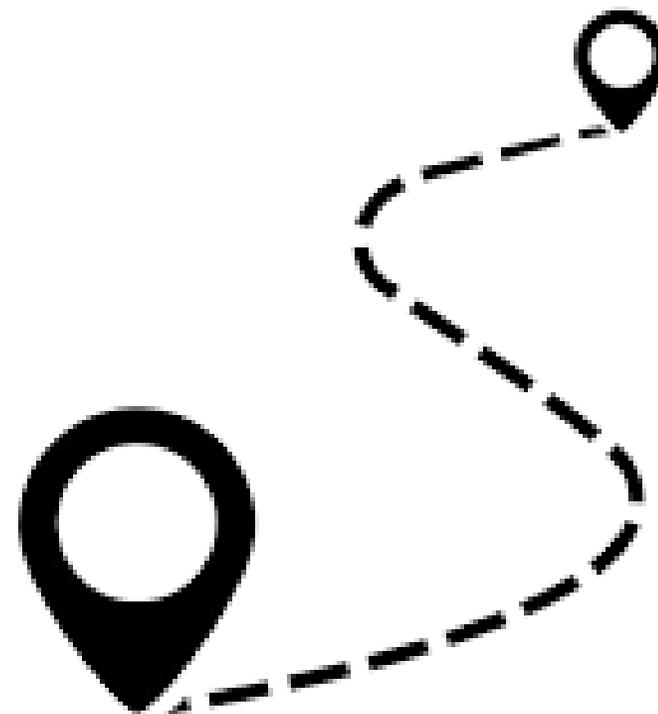
Il percorso

- **Sviluppo di un Modello Organizzativo:**

Adattato alla propria realtà geomorfologica e sociosanitaria, perché la **tecnologia da sola non basta**

- **Sostenibilità del progetto:**

Risiede nelle innovatività del modello organizzativo e nelle risorse e investimenti adatti per sviluppare un tale modello con adeguamenti sia strutturali sia digitali



Dal punto di vista del personale sanitario...

What's up
Messaggi
Telefonate
e-mail
Facebook
I siti web.....

Eccessivi dati
a disposizione



Attività non
riconosciuta

Modello
organizzativo

Scarsità
di tempo



SETTORE
NON REGOLAMENTATO

... e dal punto di vista del paziente

Impegno
maggiore

Impatto
psicosociale



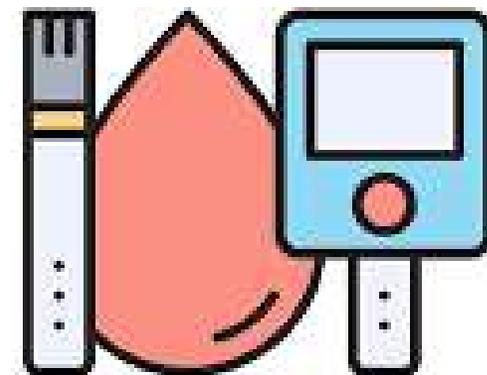
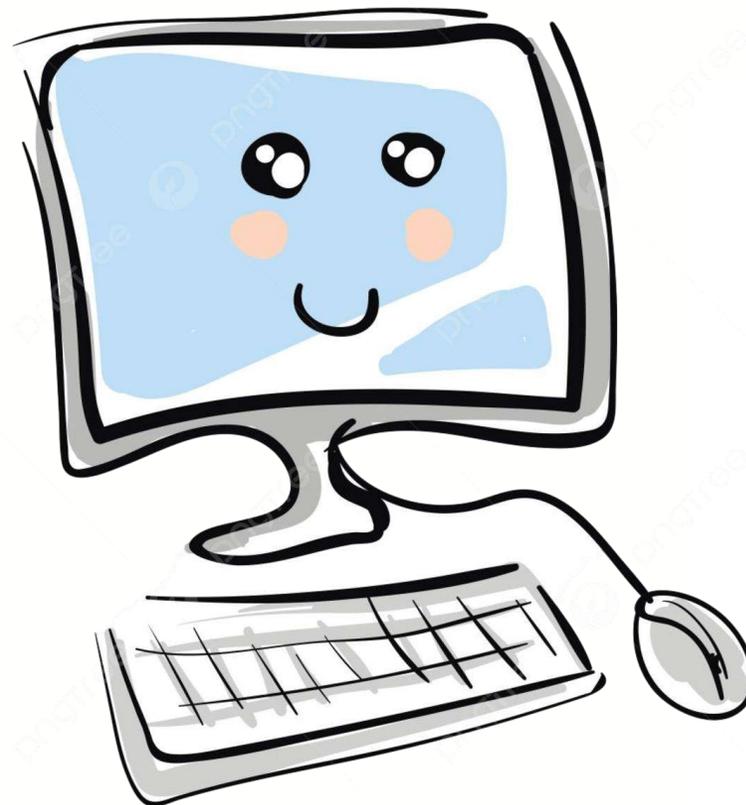
Troppe
informazioni
da gestire

Non corretta
formazione

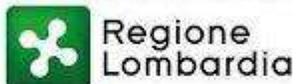
Accesso alla rete

Comunicazione

LA TM IN DIABETOLOGIA



Sistema Socio Sanitario



ASST Melegnano e della Martesana

Negli ultimi anni c'è stata una crescente offerta di tecnologia per la misurazione dei valori glicemici...

SMBG



Flash Glucose Monitoring - FGM



Continuous Glucose Monitoring - CGM



TECNOLOGIE INNOVATIVE IN VIA DI SVILUPPO
(laser, magnetic waves, etc)



... nonché di software e app per lo scarico e analisi dei dati glicemici

Ogni sistema ha una sua piattaforma spesso non integrata nella cc



... mentre parallelamente il PNRR dedica attenzione e risorse ai processi di presa in carico delle malattie croniche via remoto

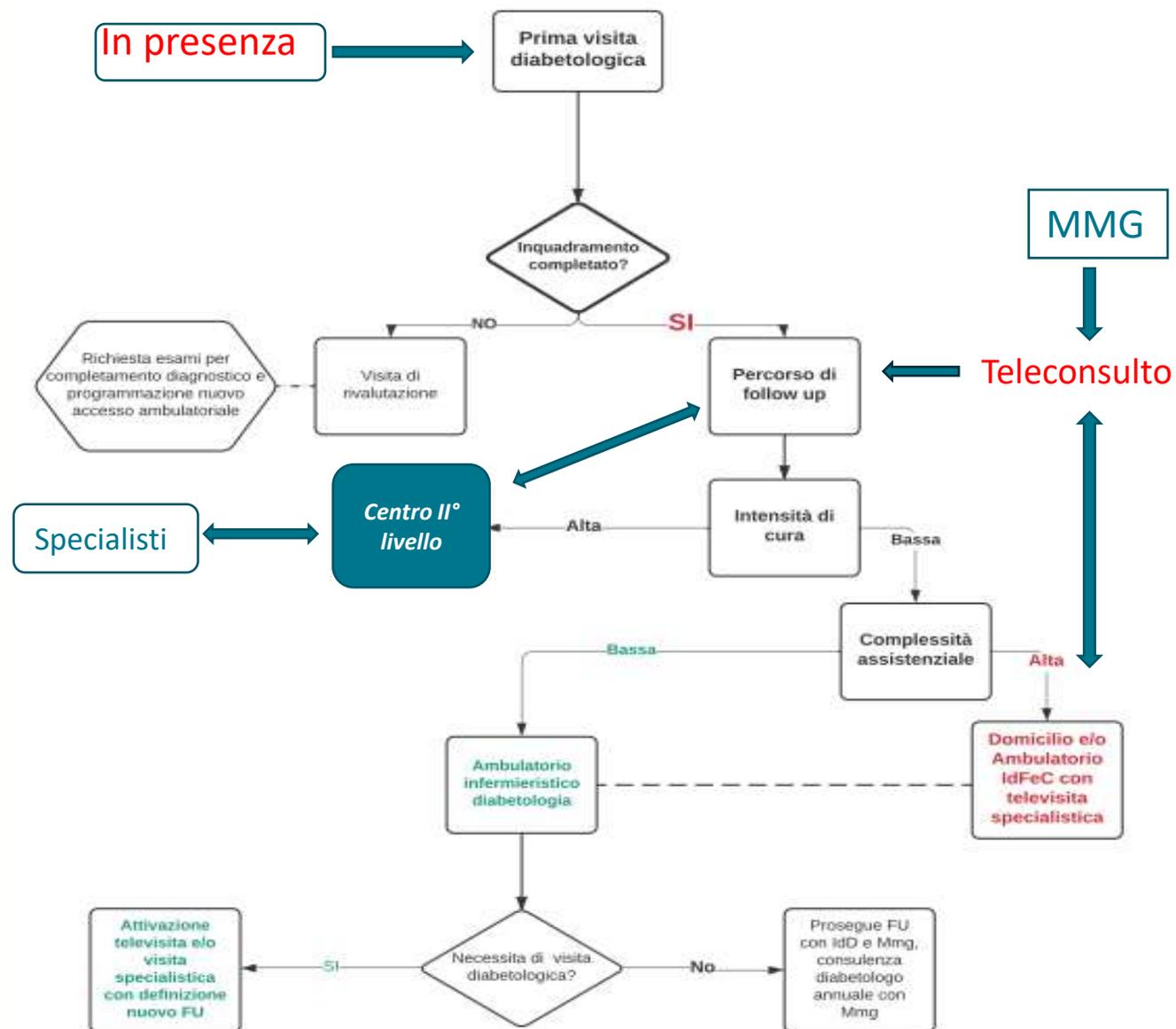
In particolare in diabetologia, l'obiettivo è il decentramento dall'ospedale al territorio ...

- **Diabete di Tipo 1 : Monitoraggio Continuo del Glucosio (CGM/ microinfusori) ,** : I dati possono essere inviati in tempo reale allo specialista tramite piattaforme di telemedicina.
- **Teleconsulto con MMG e altri specialisti:** eventuali aggiustamenti terapeutici senza doversi recare in ospedale
- **Educazione e Formazione a Distanza:** Piattaforme di telemedicina possono essere utilizzate per educare i pazienti sulla gestione della malattia, la dieta, l'uso corretto dei device e la somministrazione di insulina
- **Monitoraggio dell'Aderenza Terapeutica :** Attraverso app e strumenti di telemedicina , riduzione ospedalizzazioni

... in ottica di prossimità e continuità delle cure

- **Pazienti Anziani o Fragili** :Migliora l'accesso alle cure, riducendo il rischio di complicazioni derivanti dalla mancata assistenza.
- **Integrazione con i Sistemi di Intelligenza Artificiale**: Algoritmi che possono analizzare i dati provenienti dai dispositivi indossabili e dai sistemi di monitoraggio per prevedere tendenze o crisi glicemiche.
- **Programmi di Telemonitoraggio Post-Ricovero** : Dopo un ricovero ospedaliero (ad esempio, per complicanze del diabete), i pazienti possono essere monitorati a distanza, evitando ri-ammissioni ospedaliere
- **Coordinazione del Team Multidisciplinare**: La telemedicina facilita la comunicazione e il coordinamento tra i vari specialisti coinvolti nella cura del paziente diabetico

Il percorso diabete



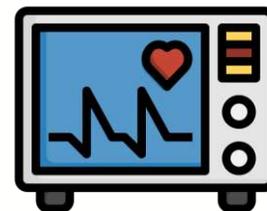
Strutturazione dei percorsi | 1

TELEVISITA / TELEASSISTENZA



- ✓ Pianificazione visita
- ✓ Prenotazione visita e slot professionista sanitario
- ✓ Sistema di video-call
- ✓ Scambio di documenti clinici e immagini
- ✓ Chat di chiamata
- ✓ Registrazione prestazioni effettuate
- ✓ Lettura automatica dei parametri clinici durante la tele-visita (comunicazione dati da parte del paziente solo se non possibile modalità automatizzata)
- ✓ Produzione di un referto (FSE)

TELE MONITORAGGIO



- ✓ Registrazione del dispositivo
- ✓ Ricezione dati dal dispositivo automatica
- ✓ Definizione parametri clinici
- ✓ Settaggio range di valori
- ✓ Invio di alert
- ✓ Sistema di alert nel quale è possibile settare un Workflow specifico di attivazione dei differenti attori (adi, care manager, 118..)
- ✓ Visualizzazione dei valori dei parametri configurabile e flessibile
- ✓ Inserimento dei valori di un parametro in autonomia (fuori dal piano di monitoraggio)
- ✓ Analisi dati, redazione report, analisi epidemiologica, socio-demografiche..ecc

Strutturazione dei percorsi | 2

TELECONSULTO



- ✓ Schedulazione colloqui tra professionisti
- ✓ Visibilità agende
- ✓ Sistema di video-call
- ✓ Scambio di documenti clinici e immagini
- ✓ Chat di chiamata
- ✓ Interoperabilità della cartella elettronica

COLLABORAZIONE



- ✓ Chat tra operatore e paziente (abilitata dall'operatore)
- ✓ Survey compilabili dal paziente
- ✓ Chat tra professionisti sanitari
- ✓ Possibilità di video-call tra MMG e specialista
- ✓ Validazione di usabilità dell'App del paziente
- ✓ Creazione di questionari ad hoc con campi strutturati
- ✓ Creazione di questionari tramite caricamento di template

Telemedicina: verso un futuro entusiasmante?

❑ Dispositivi Indossabili

L'uso di dispositivi indossabili per il monitoraggio della salute, come smartwatch e braccialetti fitness, consente la raccolta di dati in tempo reale. Questi dati possono essere inviati ai medici per analisi più approfondite, migliorando la gestione delle malattie croniche e la prevenzione.

❑ Intelligenza Artificiale e Big Data

L'analisi dei big data e l'IA possono migliorare la diagnosi e il trattamento personalizzato. Algoritmi avanzati possono identificare pattern nei dati dei pazienti, prevedendo focolai epidemici o rispondendo a esigenze sanitarie specifiche in modo tempestivo.

❑.Accessibilità e Inclusione

La telemedicina offre opportunità di accesso ai servizi sanitari per popolazioni rurali o svantaggiate. La continua diffusione della banda larga e l'uso di smartphone stanno contribuendo a ridurre il divario digitale nella salute.

Sì, ma è fondamentale la formazione di operatori sanitari e pazienti ...

☐ Integrazione con i Servizi Sanitari Tradizionali

La telemedicina non sostituisce, ma si integra con i servizi sanitari tradizionali. Si prevede un modello ibrido in cui le consultazioni in persona e a distanza si completano a vicenda, migliorando l'efficienza e la qualità dell'assistenza.

☐ Normative e Sicurezza dei Dati

L'evoluzione della telemedicina dovrà affrontare anche le sfide legate alla privacy e alla sicurezza dei dati. Le normative dovranno adattarsi per garantire la protezione delle informazioni sensibili dei pazienti, incentivando al contempo l'innovazione.

... per sfruttarne appieno le potenzialità e migliorare le competenze digitali e l'approccio clinico a distanza.

...



