

*laboratorio*  
**SANITÀ 20/30**  
14-15 GIUGNO 2023 LOMBARDIA  
FIERA DI BERGAMO 

# POSTER *gallery*

---

ONLINE

**POSTER**

Bergamo-Brescia

# POSTER gallery



## La prevenzione della fragilità inizia dalla nascita: ATS Bergamo certificata da UNICEF "Comunità Amica dei Bambini" per l'allattamento



Carmen Tereanu, Enrica Breda, Giuliana Rocca, Marinella Valoti, Stefania Barcella, Oliviero Rinaldi, Michele Sofia  
Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo

### Introduzione

#### Il benessere a tutte le età, sin dalla nascita

Per raggiungere lo sviluppo sostenibile è fondamentale garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età. Sono stati fatti grandi progressi per quanto riguarda l'aumento dell'aspettativa di vita e la riduzione di alcune delle cause di morte più comuni legate alla mortalità infantile e materna. Uno dei traguardi dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) entro il 2030 è quello di porre fine alle morti prevenibili di neonati e bambini sotto i 5 anni di età. [1] L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ed il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) hanno posto l'enfasi per molti anni sull'importanza di promuovere e proteggere la pratica dell'allattamento al seno - e di farla rivivere ove sia in declino - come un modo per migliorare la salute e la nutrizione dei lattanti e dei bambini. [2]

#### I benefici dell'allattamento al seno per la salute

Benefici per il/la bambino/a: aiuta lo sviluppo mentale; protegge dalle otiti, infezioni respiratorie, sibilio, diarrea e disturbi intestinali; riduce il rischio di diabete, di sovrappeso e di obesità in età adulta; riduce l'incidenza di eczema.

Benefici per le mamme: stimola la naturale contrazione dell'utero riducendo il naturale sanguinamento post-partum, aiuta a perdere il peso accumulato durante la gravidanza; riduce il rischio di tumore al seno, ovaio ed endometrio. [3]

#### Prevenzione degli eventi avversi e risk management

Inoltre, per aver il maggior beneficio da questa pratica è indispensabile formare i professionisti e gli stakeholders per informare e supportare adeguatamente le famiglie anche al fine di prevenire potenziali errori e/o rischio di eventi indesiderati (eventi avversi).

#### Obiettivo

Adottare il percorso strutturato UNICEF "Comunità Amica dei Bambini" (BFCI) al fine di aumentare la diffusione dell'allattamento corretto al seno.

### Metodologia

#### I. Applicazione dei dieci passi per l'allattamento dell'UNICEF [4]

- POLITICHE E DOCUMENTI:** protezione da pubblicità di prodotti che possono interferire con l'allattamento, procedure assistenziali che promuovono e sostengono l'allattamento, monitoraggio delle azioni a sostegno dell'allattamento
- COMPETENZE DEL PERSONALE:** personale competente (e formato) in allattamento e alimentazione infantile
- INFORMAZIONI IN GRAVIDANZA:** conversazione sull'importanza dell'allattamento per madri e bambini/e, informazioni pratiche sull'allattamento
- CONTATTO PELLE A PELLE:** contatto pelle a pelle fra madre e bambino/a dalla nascita in poi, valorizzazione delle competenze
- SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO:** posizione confortevole di mamma e bambino/a per una poppata efficace, offerta di sostegno pratico, strategie per prevenire e risolvere le difficoltà più comuni
- ALLATTAMENTO ESCLUSIVO:** sostegno all'allattamento esclusivo nei primi sei mesi, priorità al latte materno donato in caso di necessità, alle famiglie che ne fanno uso, indicazioni sull'impiego appropriato e sicuro della formula
- STARE INSIEME FIN DALLA NASCITA:** protezione della relazione madre/genitori-bambino/a, tutte le madri e i bambini/e sempre insieme, giorno e notte sia in ospedale che a casa
- ALIMENTAZIONE RESPONSIVA:** sostegno per riconoscere e rispondere ai segnali del bambino/a, nessun limite alla frequenza o alla durata delle poppate
- GESTIONE DI BIBERON, TETTARELLE E CIUCCI:** informazioni adeguate per alimentare e accudire senza ausili, indicazioni per le situazioni in cui sono necessari
- CONTINUITÀ DELLA CURA E DEL SOSTEGNO:** informazioni sulla rete di sostegno nel territorio, collaborazione fra portatori di interesse per rafforzare la rete, creazione di ambienti accoglienti per le famiglie

#### II. Processo di accreditamento di ATS Bergamo da parte di UNICEF per la partecipazione alla Baby Friendly Community Initiative (BFCI)



#### III. Monitoraggio tasso annuale dell'allattamento

Dal 2014 il monitoraggio allattamento è effettuato: alla dimissione, presso i Punti Nascita (dal 2020 dato CEDAP), alla I°-II°-III° vaccinazione, presso i Punti Vaccinali ASST del territorio, mediante questionari online/cartacei compilabili dalle madri che si presentano, per la vaccinazione del figlio/a.

### Risultati

#### I. Informazioni demografiche relative alla provincia di Bergamo (2021)

- Popolazione generale: 1.103.556 abitanti
- Nati: 7.696 (saldo naturale: -2.565)

#### II. Informazioni sulla rete di sostegno in provincia di Bergamo (2022)

- N. Punti Nascita: 4 (3 in strutture pubbliche e 1 in struttura privata)
- N. consultori sul territorio: 32
- N. spazi per allattamento nei consultori: 16
- N. Baby Pit Stops: 197
- N. Mamme Peer Counsellor in allattamento: 116

#### III. Tasso annuale di allattamento esclusivo al seno nel 2012:

- 36,6% in provincia di Bergamo (min.) versus 57,6% nella provincia di Brescia (max.)
- Media in Lombardia: 47,4%

#### IV. Tendenze temporale del tasso di allattamento dall'inizio dal 2014 ad oggi

Fig 1. Risultati rilevati nei Punti Nascita

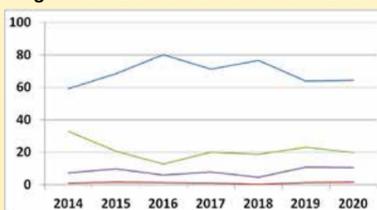


Fig 2. Risultati rilevati alla I° vaccinazione

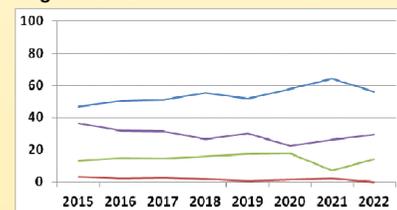


Fig 3. Risultati rilevati alla II° vaccinazione

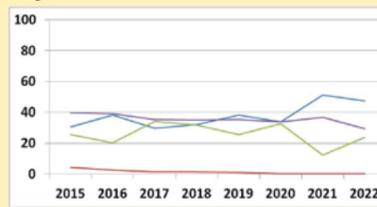
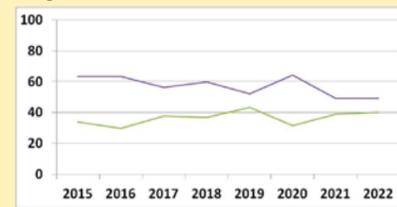


Fig 4. Risultati rilevati alla III° vaccinazione



— esclusivo — predominante — complementare — formula

### Conclusioni

❖ ATS di Bergamo è una delle 7 Comunità Amiche dei Bambini con riconoscimento UNICEF in Italia, grazie all'adesione alla BFCI nel 2014

❖ Riconoscimento avvenuto nel 2017 e in fase di riconferma nel 2023, grazie all'impegno profuso di famiglie, professionisti, stakeholders territoriali (consultori, punti nascita, comuni, datori di lavoro, ecc.)

❖ Notevole incremento del tasso di allattamento esclusivo al seno dal 36,6% nel 2014 al 56,2% nel 2022 (dato alla I° vaccinazione)

❖ Oltre ai benefici attesi per la salute dei bambini e delle bambine e delle mamme, ampiamente documentati nella letteratura specializzata, il percorso strutturato BFCI è adatto a prevenire anche altre tipologie di rischi/eventi avversi:

> rischio *corruzione*, attraverso la sensibilizzazione dei professionisti al rispetto del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte;

> rischio *infettivo* associato al latte artificiale (infezione da salmonella enterica e Cronobacter sakazakii), attraverso la formazione alla preparazione della formula alle madri che, per motivi di salute o per scelta, non allattano;

> rischio *ambientale*: il latte materno è ecosostenibile (zero rifiuti, no sprechi, è a km zero, si risparmiano energia, acqua ed emissioni legate all'allevamento e alla catena produttiva) [5];

> rischio di *incidenti domestici* (compreso il rischio di morte nella culla), attraverso la sensibilizzazione delle mamme;

> rischio di *eventi avversi da farmaco*, attraverso il counselling offerto dai professionisti e dal centro antiveleni alle mamme con necessità di assumere farmaci durante l'allattamento;

❖ L'allattamento al seno contribuisce a ridurre i costi per la famiglia (il latte materno è a costo zero) e per la società (perdite di produzione dovute all'assenteismo per malattia figli/e, ecc.)

### Bibliografia

- <https://unicef.org/it/obiettivo-3-assicurare-la-salute-e-il-benessere-per-tutti-e-per-tutte-le-eta/>
- Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno
- [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_303\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_303_allegato.pdf)
- [www.unicef.it/allattamento](http://www.unicef.it/allattamento)
- <https://www.gravidanzaonline.it/allattamento/allattare-al-seno-scelta-green.htm>

laboratorio  
**SANITÀ 2030**  
14-15 GIUGNO 2023 LOMBARDIA  
FIERA DI BERGAMO



Bergamo-Brescia

## AMBULATORI DIFFUSI: SERVIZIO SPERIMENTALE PER FRONTEGGIARE LA CARENZA DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Giupponi Massimo, Sofia Michele, Scardoni Alessandro, Trezzi Isabella, Zucchi Alberto, Crotti Giacomo, Paciello Arrigo - ATS BERGAMO  
Montermini Dario - Formatore per ATS BERGAMO

### Introduzione

La Provincia di Bergamo (ca. 1,2 milioni di abitanti) presenta, come numerose aree del territorio italiano e non solo, una diffusa carenza di Medici di Medicina Generale, più evidente in alcune aree montane e rurali, dove le cessazioni non stanno trovando un adeguato subentro di nuovi MMG, quantificabile in circa 19.000 assistiti senza un MMG (valore medio sul secondo semestre 2022) con un picco di circa 21.000 a luglio 2022.

L'obiettivo del servizio sperimentale "Ambulatori Diffusi" (AD), di ATS Bergamo, è stato di garantire l'accessibilità a un servizio di cure primarie per i pazienti senza MMG, altrimenti a carico dei punti di Continuità Assistenziale o destinati ad aumentare gli accessi ad alto rischio di inappropriata su altri punti di offerta sanitaria, quali il Pronto Soccorso (PS).



### Metodologia

Il modello operativo sperimentale AD si basa sulla disponibilità degli MMG attivi nella provincia ad effettuare visite a favore dei cittadini senza MMG, remunerate su base prestazionale secondo quanto previsto dall'ACN1.

Il servizio avviato prevede la prenotazione, da parte delle Farmacie, delle Case di Comunità e attraverso un'apposita App per smartphone, di appuntamenti nelle agende dei MMG secondo le loro disponibilità orarie per l'esecuzione di visite e prescrizioni occasionali (es. ricette farmaceutiche, richieste di visite specialistiche, rilascio di certificati di malattia, proposte di ricovero).



### Risultati

Nei primi 9 mesi di attività (agosto 2022 aprile 2023) sono state prenotate un totale di 26.797 visite. I MMG aderenti al progetto sono stati complessivamente 132 (19,7% del totale). Hanno dato la loro adesione per la fase di prenotazione 10 su 12 Case di Comunità attivate ad oggi (83%) e 248 farmacie su 330 (75,2%).

Gli utilizzatori sono più frequentemente pazienti di sesso femminile, cronici e anziani. A fronte di un livello di complessità clinico epidemiologica sostanzialmente che è sovrapponibile, il tasso di accesso al PS dei cittadini senza MMG (2,57) è stato sovrapponibile a quello della popolazione generale (2,61). La distanza media percorsa per raggiungere l'ambulatorio dai fruitori del servizio risulta di poco superiore (4,72 km) a quella normalmente in essere per gli assistiti con un curante (1,59 km). La prestazione più richiesta è stata il rinnovo di prescrizione di farmaci.

La customer satisfaction su un campione di 701 cittadini fruitori del servizio ha dato riscontri positivi, con un gradimento di 4,0 su 5 a fine ottobre.

### Conclusioni

La sperimentazione non è da considerarsi alternativa ad una presa in carico degli assistiti, in particolare nella gestione di percorsi di cronicità e fragilità, in cui il rapporto fiduciario con l'MMG e la centralità del cittadino rispetto a sistemi strutturati multidisciplinari ed integrati sono essenziali.

AD si propone come uno strumento efficace di compensazione a breve termine alle criticità di accesso ai servizi di cure primarie conseguenti alla carenza di MMG, sostenibile e di rapida implementazione attraverso risorse già disponibili e nell'attuale impianto normativo, complementare a misure di programmazione e di intervento strutturali.

Dagli indicatori di processo, di valutazione del servizio e di possibile impatto di salute, si è riscontrata una efficace ed equa accessibilità ai servizi ed un buon valore percepito, nonché un impegno economico sostanzialmente iso-risorse rispetto alla normale presa in carico tramite assegnazione ad un singolo MMG.

Ulteriori approfondimenti saranno effettuati attraverso una valutazione HTA del servizio.

### Riferimenti

Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano (2022), Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio normativo 2016-2018, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.114.

## CUSTODIRE MEMORIE in RSA

ATS BERGAMO, Accademia Carrara,  
Centro di Eccellenza Alzheimer FERB Onlus dell'Ospedale di Gazzaniga

### Introduzione

Iniziativa di co-progettazione (Servizi educativi Fondazione Accademia Carrara di Bergamo e Centro Eccellenza Alzheimer – Ferb Onlus) che mette in relazione arte e salute: le opere d'arte divengono occasione e possibilità per far riaffiorare i ricordi e suscitare emozioni positive.

Un progetto nato dalla sinergia e dalla condivisione di saperi, competenze e professionalità diverse; rivolto alle persone con malattia di Alzheimer, o comunque affette da demenza, che crede, vede e sperimenta trovando nell'arte un'occasione, una possibilità per far affiorare ricordi, promuovere benessere attraverso le opere esposte in Accademia Carrara.

ATS ha intercettato le potenzialità del progetto e ha dunque promosso e finanziato un corso tenuto da professionisti museali presso l'Accademia Carrara, dedicato a terapisti occupazionali ed educatori operanti nelle RSA del territorio, che hanno acquisito competenze ed imparato metodi ed approcci della mediazione museale, capaci di sollecitare e suscitare, attraverso l'intermediazione dell'opera d'arte interazioni, ricordi ed emozioni positive negli anziani malati.

### Metodologia

Il progetto si sviluppa in tre momenti:

una FASE IDEATIVA di confronto tra i professionisti per la selezione di opere d'arte valutate come efficaci ad innescare nei pazienti emozioni e memorie;

una FASE FORMATIVA in cui terapisti occupazionali ed educatori vengono formati in accademia per acquisire competenze da mediatori museali;

una FASE REALIZZATIVA con l'allestimento di una sala o di uno spazio espositivo presso le RSA aderenti con le riproduzioni delle opere selezionate e la realizzazione di un libro tattile per supportare l'avvicinamento alle opere.

All'interno della sala le persone anziane residenti in RSA, libere di muoversi o di sedersi comodamente, vengono condotte in un percorso di avvicinamento alle opere scelte, capace di far emergere vissuti ed affiorare ricordi del passato e quindi di generare emozioni positive.



### Risultati

L'iniziativa, promossa e presentata da ATS in un incontro plenario, è stata accolta con interesse dalle RSA del territorio, che hanno aderito al progetto individuando per la partecipazione alla fase formativa gli educatori ed i terapisti occupazionali impegnati nelle attività con gli anziani residenti in RSA.

I professionisti, suddivisi in 2 gruppi di 11 persone, per meglio favorire l'interazione e l'apprendimento del metodo loro consegnato dai mediatori museali, hanno frequentato con assiduità ed interesse gli appuntamenti nel Museo.

Gli incontri hanno rappresentato un'occasione di conoscenza e di apprendimento, in cui due saperi e professionalità di diversa estrazione si sono messi a confronto arricchendosi reciprocamente.

Ora la formazione si è conclusa, generando tanta curiosità, creatività e stimoli nuovi nei partecipanti. Sono state selezionate fra le tante esposte in Accademia, 15 opere d'arte, che verranno fedelmente riprodotte su leggeri e maneggevoli pannelli che andranno ad allestire una sala o spazio espositivo nelle RSA.

### Conclusioni

I risultati delle prime sperimentazioni sono risultati molto interessanti: il dipinto diviene uno strumento per costruire relazioni, un ponte verso l'anziano che, sollecitato di fronte all'opera d'arte, rivela nomi, cose e fatti del passato che sorprendentemente riemergono dalla memoria.

Il primo monitoraggio del progetto in corso è quindi incoraggiante. Rilevato il miglioramento delle alterazioni comportamentali e l'innescare di reazioni positive e di interazioni con l'operatore e l'ambiente circostante, si prefigura il coinvolgimento nel progetto di altre RSA del territorio, anche attraverso la condivisione del cammino percorso e dei traguardi raggiunti, mediante apposite visite guidate condotte dalle e nelle RSA che hanno aderito alla sperimentazione.

### Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento alla Direzione di Fondazione Accademia Carrara e del Centro Eccellenza Alzheimer - Ferb Onlus di Gazzaniga che hanno condiviso con ATS il metodo di lavoro già sperimentato di «Custodire Memorie», collaborando alla messa in campo dell'iniziativa promossa da ATS ed estendendo il progetto al mondo sociosanitario delle RSA.

Un sincero ringraziamento agli educatori museali dei Servizi Educativi di Accademia Carrara e alla Responsabile Dr.ssa Lucia Cecio, per la competenza e professionalità con cui hanno condotto la formazione.

Un grazie particolare alla Dr.ssa Sara Fascendini, Direttore sanitario del Centro Alzheimer Ferb di Gazzaniga, che ha ben delineato i presupposti scientifici su cui si fonda il Progetto.

Accademia Carrara

FERB FONDAZIONE  
CENTRO  
ECCellenza  
ALZHEIMER

# POSTER gallery

## PRO.F.U.M.O PROGETTO FOLLOW UP MALATO ONCLOGICO

ATS BERGAMO, DIPO (Dipartimento Interaziendale Oncologico Provinciale) Associazioni di Volontariato ARIA, ASST, Strutture Ospedaliere e Ambulatoriali Private Accreditate

### Introduzione

Il progetto PRO.F.U.M.O è nato da un input dato da Regione Lombardia sulla necessità di creare un percorso di prescrizione e contestuale prenotazione delle prestazioni di follow up nei malati oncologici sottoposti a chirurgia al momento della dimissione ospedaliera.

Già nelle premesse è apparso evidente quanto una progettualità limitata al paziente oncologico post chirurgico escludesse la maggior parte dei malati oncologici che, terminata la fase di work up, si fossero trovati nella condizione di intraprendere il lungo e delicato percorso di follow up.

Il progetto, ha visto nel suo sviluppo il coinvolgimento di più attori, ognuno dei quali ha apportato un contributo fondamentale alla realizzazione, implementazione e miglioramento del progetto stesso grazie all'integrazione di diverse competenze e con il fine comune di creare un percorso virtuoso per il follow up del paziente.

### Metodologia

Le fasi di realizzazione del progetto hanno previsto una fase di definizione preliminare da parte del DIPO degli esami diagnostici e delle visite specialistiche necessarie al follow up dei malati oncologici; individuazione da parte del SEA (Servizio Epidemiologico Aziendale) di ATS dei fabbisogni provinciali annui di esami di follow up sulla base dello storico già erogato dalle strutture presenti sul territorio; creazione, grazie al supporto tecnico di ARIA, di agende riservate e condivise da esporre al sistema della Rete Regionale di Prenotazione, tali da essere accessibili esclusivamente da parte delle strutture sanitarie che seguono pazienti oncologici in follow up.

Nella fase attuativa si è proceduto alla messa a disposizione progressiva delle agende da parte degli Enti erogatori ospedalieri e territoriali pubblici e privati accreditati.

E' stato necessario effettuare degli incontri formativi per gli operatori CUP e i gestori di agende per l'utilizzo dell'applicativo regionale GP OPE da parte degli Enti ed è stato creato un video tutorial ad hoc da parte di ARIA.

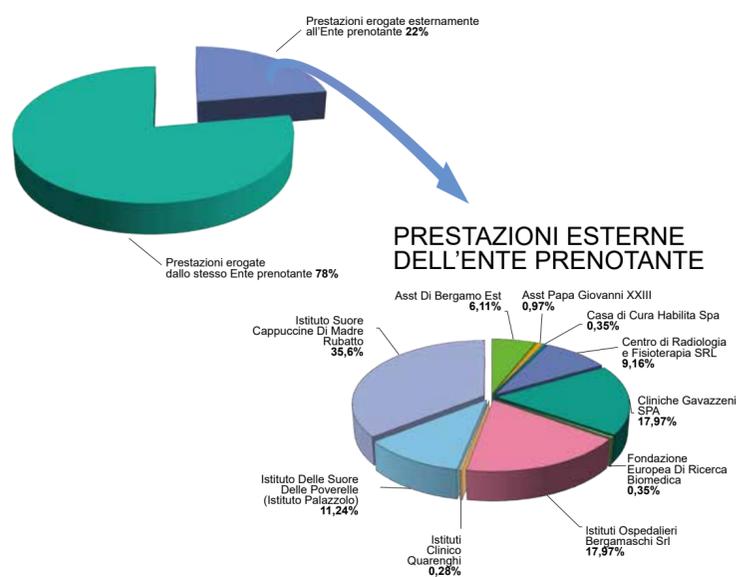
Con la collaborazione di ARIA prosegue il monitoraggio settimanale di:

1. Condivisione delle agende da parte dei singoli Enti
2. Verifica della correttezza dei parametri di configurazione
3. Utilizzo delle agende incrociando i dati Enti prenotatori/ erogatori
4. Prenotazioni effettuate attraverso il portale regionale GP OPE

Questo modello ha portato ad una riorganizzazione delle modalità di gestione delle prenotazioni permettendo di prenotare prestazioni diagnostiche anche da parte dei Centri che non potevano garantirle al loro interno, o per mancanza della risorsa o per tempi di attesa non adeguati alle esigenze di follow up. Inoltre la flessibilità della gestione del follow up, grazie alla collaborazione delle strutture territoriali, permette agli enti ospedalieri di avere maggiori disponibilità di esami da erogare in regime di priorità per fasi attive/acute o riacutizzate di malattia e declinare alle risorse territoriali gli esami programmabili in pazienti stabili. Infatti le prestazioni condivise nelle agende e NON prenotate nel limite temporale dei 60 giorni precedenti l'erogazione vengono rimesse a disposizione per prestazioni prioritarie (U, B, D).

### Risultati

#### PRESTAZIONI



### Conclusioni

Lo sviluppo del progetto ha consentito di raggiungere alcuni risultati significativi. Un percorso diagnostico tempestivo e in continuità tra ospedale e territorio per i pazienti con patologia oncologica; la prenotazione contestuale alla dimissione ospedaliera del paziente della prestazione diagnostica; minor disagio possibile per il paziente in termini di numero di accessi, di procedure e di tempi di attesa; riduzione del tempo complessivo dell'iter diagnostico ed eliminazione di sovrapposizioni, ritardi e "no show"; la creazione di una sinergia tra risorse ospedaliere e territoriali e tra strutture pubbliche e private accreditate; la programmazione dell'esame secondo la tempistica e l'ubicazione ottimale per le necessità del paziente.

In considerazione dei risultati raggiunti e in una prospettiva di ulteriore efficientamento dei servizi, il progetto verrà esteso a tutte le fasi del percorso di accompagnamento del paziente oncologico, in accordo con quanto stabilito da Regione Lombardia con nota RL del 04/04/2023: "Estensione del modello organizzativo di follow up con presa in carico "totale" del paziente con patologia oncologica".

### Ringraziamenti



# POSTER gallery

## SMARTBADANT microlearning per le Badanti

ATS BERGAMO

### Metodologia

Il progetto "Smart Badant - Microlearning per badanti" vuole fornire alle assistenti familiari o caregiver percorsi formativi fruibili al domicilio al fine di migliorare i percorsi assistenziali e ridurre il ricorso alle cure emergenziali.

Il progetto prevede la realizzazione di brevi filmati su argomenti specifici (ad esempio: alimentazione, igiene personale, prevenzione cadute, movimentazione della persona, presidi e ausili, primo soccorso, relazione di aiuto, servizi territoriali), realizzati da diversi professionisti, che illustrano le tematiche con un linguaggio semplice ed accessibile a chiunque.

E' stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da rappresentanti delle Direzione Sociosanitaria e Sanitaria, dei Dipartimenti P.I.P.S.S. e Prevenzione, della Comunicazione, che ha sviluppato la struttura del progetto. Il progetto è stato quindi validato della Direzione Strategica di ATS.

### Introduzione

Le persone accudite dagli assistenti familiari, nella maggior parte dei casi, sono "grandi anziani" (over 85 anni) e una quota assai rilevante è contrassegnata da un'elevata problematicità e da un consistente carico assistenziale (circa il 60%).

Oltre al supporto per il soddisfacimento dei bisogni primari (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, spostarsi), l'assistente familiare favorisce la socializzazione e intrattiene la persona durante la giornata; aiuta nelle faccende domestiche ed è di supporto a tutte le attività quotidiane che l'assistito deve svolgere, contribuendo al mantenimento dell'autonomia e del benessere.

La richiesta di assistenti viene soprattutto da famiglie con uno o più anziani: in media, nel nostro Paese, c'è un'assistente familiare ogni 15 over 65. Questo rapporto sale al Nord (dove c'è una badante ogni 13 anziani) ma cala vertiginosamente al Sud, dove il fenomeno è ancora limitato seppur in crescita.

Il mercato dell'assistenza presenta significativi numeri sommersi: secondo i dati raccolti dall'Istituto per la Ricerca Sociale solo una badante su tre ha un regolare contratto di lavoro. Il 43% vive e lavora in una condizione di totale clandestinità, mentre il 24% pur avendo un permesso di soggiorno presta l'attività ma non vengono versati i contributi.

E' ormai ampiamente condiviso che la "Badante" ha un ruolo sempre più importante nel nostro Sistema socio-sanitario: le Cure domiciliari di pazienti "fragili" sono talora possibili solo in presenza di Assistenti familiari adeguatamente formati.

Attualmente il profilo professionale dell'Assistente familiare è riconosciuto da Regione Lombardia (Decreto 1543/ 2008 e Legge 75/2015) con un percorso formativo che prevede un primo livello di base (di 160 ore) e un secondo livello specialistico (di 100 ore) dedicato all'assistenza al domicilio di pazienti complessi.

A fianco dei percorsi riconosciuti dal legislatore regionale sono presenti altri percorsi di formazione, più brevi, attivati dalle singole agenzie che si occupano di reperire assistenti familiari o da gestori sociosanitari.

### Risultati

Ad oggi sono stati realizzati 9 brevi filmati sui seguenti argomenti:

1. Valutazione condizioni generali, misurazione pressione e saturazione (MMG);
2. Igiene personale (Operatrice RSA);
3. Mobilizzazione da letto a carrozzina (Fisioterapista RSA);
4. Posizionamento telo per sollevatore (Fisioterapista RSA);
5. Cambio tampone medicazione (Infermiera RSA);
6. Somministrazione pasto (Operatrice RSA);
7. Vestizione/svestizione persona affetta da emiplegia (Operatrice RSA);
8. Rifacimento letto con persona allettata (Operatrice e infermiera RSA);
9. Somministrazione e manipolazione dei farmaci (Medico e Farmacista).

I filmati presentano sottotitoli in rumeno e portoghese; di prossima realizzazione anche in ucraino, francese ed inglese.

Per visionare i filmati scansionare il seguente QRCode



**smart  
Badant**  
MICROLEARNING PER BADANTI

### Conclusioni

Il progetto "Smart Badant - Microlearning per badanti" è stato presentato il 1 di marzo 2023 alla stampa e al network di partner (ASST territoriali, Collegio dei Sindaci, Curia, Associazioni ed Enti del terzo settore, OMCEO e OPI Bergamo, Fondazione Carisma, MMG, Farmacisti, Sindacati, Patronati, ABF, etc) in una conferenza stampa congiunta con l'Assessore alla Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità di Regione Lombardia.

Al network dei partner è stata inviata la locandina di promozione del progetto, per una capillare diffusione dell'iniziativa, contenente il QRCode per seguire facilmente tutti gli episodi pubblicati periodicamente sul canale YouTube e diffusi attraverso tutti i social di ATS Bergamo.

### Ringraziamenti

Si ringrazia la Fondazione Carisma per aver consentito la realizzazione di alcuni filmati presso la propria struttura ed OMCEO per aver dato il patrocinio all'iniziativa.



laboratorio  
**SANITÀ 2030**  
14-15 GIUGNO 2023 LOMBARDIA  
FIERA DI BERGAMO



Bergamo-Brescia

# POSTER gallery

## Valutazione dell'accessibilità spaziale delle Case della Comunità tramite Floating Catchment Area (FCA) Method

Giuseppe Cristini, Sara Corbelli, Elena Bazzani, Roberta Ciampolini P., Giuseppe Tompletto, Silvia Tiliatti, Lorenzo Giovanni Martovani, Alberto Zucchi P.

1) Servizio Epidemiologia e Prevenzione, Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo  
2) Centro di Ricerca e Ricerca sulla Terza Età, Gerontologia, Studi di Milano - Università Bicocca

### Introduzione

Le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresentano un'opportunità di rinnovamento della rete assistenziale territoriale. In particolare la Missione 4 (M4C1) per le reti di prossimità, struttura e implementa per l'assistenza sanitaria territoriale (in riferimento delle Case della Comunità).

La Casa della Comunità (CC) secondo il modello di riforma elaborato da Agenzia e Ministero, rappresenta il primo punto di contatto del cittadino con il sistema sanitario e socio-sanitario integrato, oltre che centro delle attività di assistenza sanitaria primaria e di prevenzione rivolte ad un bacino di utenza di 10000 abitanti.

L'implementazione della riforma, delegata alle istituzioni regionali e locali, permetterà di considerare le peculiarità territoriali nella progettazione della rete territoriale delle CC.

Data la natura di servizio di "prossimità", una adeguata "accessibilità" è cruciale per il funzionamento complessivo del sistema.

Cinque sono i determinanti dell'accessibilità ad un'unità/struttura sanitaria, le cosiddette 5A: availability (disponibilità), adequate (adeguatezza), affordability (accessibilità), acceptability (accettabilità), accessibility (accessibilità) o accessment (conspicuità).

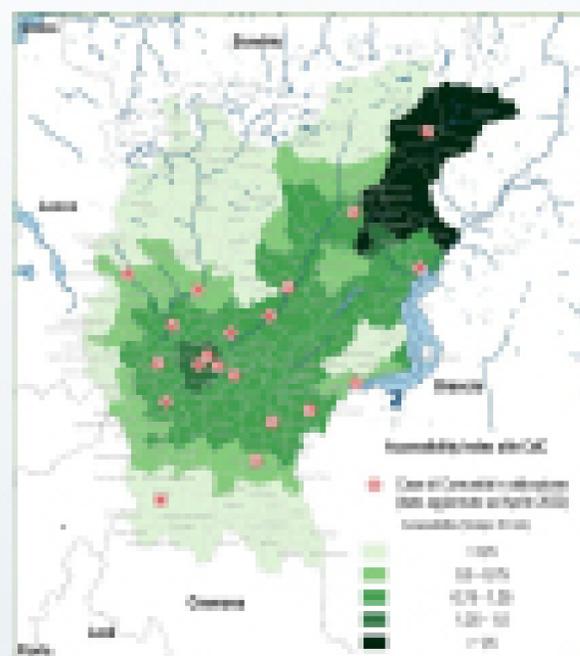
Disponibilità e prossimità vengono spesso considerate nel concetto di "accessibilità spaziale" (AS).

### Risultati

Indicatore	Valore	Intervallo
Indice di accessibilità spaziale (AS)	1.00	0.75 - 1.25
Indice di accessibilità spaziale (AS) - range	0.75 - 1.25	0.75 - 1.25
Indice di accessibilità spaziale (AS) - range	0.75 - 1.25	0.75 - 1.25
Indice di accessibilità spaziale (AS) - range	0.75 - 1.25	0.75 - 1.25
Indice di accessibilità spaziale (AS) - range	0.75 - 1.25	0.75 - 1.25
Indice di accessibilità spaziale (AS) - range	0.75 - 1.25	0.75 - 1.25

Secondo il modello sviluppato provider-to-population, abbiamo assunto il valore di 1 come livello ottimale di AS per ogni località e costruito un intervallo di accesso ottimale compreso tra 0.75 - 1.25.

Si è assunto un tempo di percorrenza massimo di 30 minuti ed una capacità erogativa di 10000 abitanti per ogni CC come da prescrizione ministeriale. 1191.4% della popolazione risulta declassata in comuni con AS ottimale, il 27.4% in comuni con AS "buono" (0.75-0.75 e 1.25-1.25), mentre il 19.4% risulta in comuni con indice di accessibilità indicativo di scarsa copertura (0.45-0.5). Solo l'1.6% della popolazione risulta sovra-coperto (>1.5).

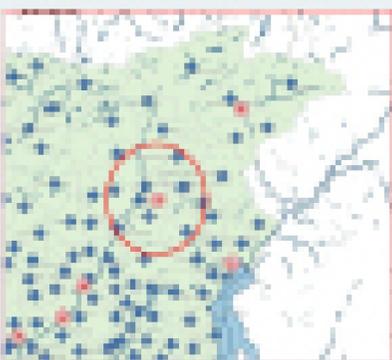


### Metodo

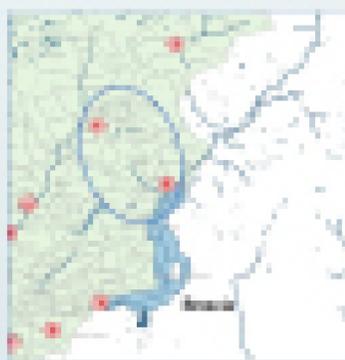
Per misurare l'accessibilità spaziale delle CC del territorio di ATS Bergamo nell'ambito attuale abbiamo impiegato un metodo in 2 step di Floating catchment area (FCA), caso speciale dei modelli gravitazionali di interazione spaziale, sviluppato per misurare l'accessibilità spaziale agli ambulatori dei medici di base. Il 2DFCA permette di combinare una serie di informazioni in un unico indice immediatamente interpretabile che permette di effettuare confronti tra diverse località.

Si è così calcolato per ogni "centro" comune un *proprietor Accessibility Index* (PAI) indicatore diretto rappresentativo dell'offerta di capacità di servizio.

Nel primo step, per ogni CC viene calcolato un *provider-to-population ratio* (PPR) dividendo la capacità erogativa della struttura (P) per la popolazione residente (Pa) all'interno di una catchment area, individuata tramite un criterio di utilità prestabilita, nel nostro caso un tempo di percorrenza stradale (Tg) medio di 30 minuti.



Step 1 - Ratio Provider-to-population



Step 2 - Accessibile

Nel secondo step, per ogni Comune viene calcolato l'*accessibility index* (AI) come rapporto del PPR delle strutture erogative che distano al massimo 30 minuti, ponderato per una decay function geografica.

### Conclusioni

Il caso studio presentato illustra come sia estremamente utile valutare l'accessibilità spaziale delle Case di Comunità, e dei presidi di assistenza sanitaria primaria, in quanto rispettare il rapporto popolazione-provider non garantisce l'allocazione ottimale delle risorse.

Il modello 2DFCA offre il vantaggio di un indice di sintesi di diverse «dimensioni» interpretabile in maniera intuitiva e media complessità computazionale. Inoltre permette di applicare diverse Decay Function secondo le necessità. In questo caso abbiamo applicato una funzione di decadimento Gaussiana costruita su una media di 30 minuti di tempo di percorrenza, che rappresenta la minore predisposizione dell'utente a spostarsi al crescere della distanza quando questa supera il limite prestabilito.

Limiti di questo modello sono una catchment area prefissata (es. 30 minuti di percorrenza stradale) ed una capacità erogativa identica per ogni provider.





## Malattie rare e fragilità: il DM 77/2022

Filippo Manelli UO Accettazione ed Urgenza ASST BERGAMO EST (Seriate, Bergamo-Italia)

Maria Sofia Cotelli UO Neurologia ASST VALCAMONICA (Esine, Brescia-Italia)

### Introduzione

- Una malattia si definisce "rara" quando la sua prevalenza, intesa come il numero di caso presenti su una data popolazione, non supera una soglia stabilita.
- In UE la soglia è fissata allo 0,05 per cento della popolazione, non più di 1 caso ogni 2000 persone
- Il numero di malattie rare conosciute e diagnosticate è di circa 10.000, ma è una cifra che cresce con l'avanzare della scienza e, in particolare, con i progressi della ricerca genetica.
- Solo in Europa esistono 900 associazioni di pazienti affetti
- In Italia si stima che oltre 1 milione di persone soffra di una malattia rara
- Circa 325 mila pazienti censiti al 2018 dal Registro nazionale malattie rare che raccoglie solo le segnalazioni di quelle incluse nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).
- Le malattie rare si associano frequentemente ad una condizione di fragilità

### Materiali e metodi

- Vogliamo immaginare un modello che consenta una corretta presa in carico di pazienti affetti da malattia rara alla luce del DM 77/2022 recentemente approvato
- 1) Presa in carico multidisciplinare e collaborazione attiva tra centri hub e spoke
  - 2) Possibilità di gestione dei malati rari -fragili:
- Infermiere di famiglia (rilevazione parametri, corretta assunzione della terapia, collaborazione con i medici nella eventuale segnalazione tempestiva di criticità)
  - Assistenza domiciliare: per i pazienti affetti da malattia rara con disabilità
    - Fisioterapia
    - Logopedia e dietistica
    - Presa in carico psicologica e riabilitazione cognitivo/comportamentale
  - Attivazione/implementazione di servizi di telemedicina per valutazioni specialistiche/multidisciplinari
    - Frequenza valutabile in base alla tipologia di malattia rara
  - Accesso con garanzia di priorità presso le Case della Comunità (ed ai servizi da esse erogati)
  - Possibilità di accesso con priorità presso gli Ospedali di Comunità per i pazienti con patologie rare che non richiedano assistenza presso il centro di riferimento
  - Rete delle cure palliative per la presa in carico di assistito e nucleo familiare ai fini di garantire una presa in carico adeguata anche nel fine vita

Tutte le tipologie di servizi dovrebbero prevedere un percorso "dedicato" ad hoc sia per i Pazienti che per i loro Familiari e gli operatori di qualsiasi ordine e grado dovrebbero ricevere una adeguata formazione per la corretta presa in carico e gestione dei malati rari

### Risultati attesi

- Presa in carico rapida, celere di pazienti affetti da malattia rara
- Maggiore attenzione ai bisogni dei malati rari e dei Familiari
- Precoce individuazione di sintomi e segni di peggioramento di malattia con rapido accesso a strutture dedicate
- Monitoraggio della fragilità
- Presa in carico multidisciplinare più efficace ed immediata
- Comunicazione immediata tra medico di Medicina Generale e Specialisti, sia di centri hub che spoke
- Monitoraggio regolare, meno oneroso per pazienti e familiari
- Accesso più rapido e tempestivo alle cure palliative
- Garanzia di accesso prioritario a percorsi dedicati
- Minore dispersione di tempi e risorse per malati e familiari

### Conclusioni

Il DM 77/2022 rappresenta la possibilità di una svolta per la presa in carico e gestione dei pazienti affetti da malattie rare e dei loro familiari

Fondamentale che tutti gli attori funzionino sinergicamente

Fondamentale garantire ai malati rari e fragili un percorso prioritario e dedicato per la presa in carico

Non va trascurata la necessità di formare il personale sanitario in generale, anche operativo sul territorio, sulla gestione corretta dei malati rari

Non c'è più tempo per ritardi e sprechi

### Bibliografia

- Ferreira CR. The burden of rare diseases. Am J Med Genet A. 2019 Jun;179(6):885-892.
- <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
- [www.malattierare.gov.it](http://www.malattierare.gov.it)

### Ringraziamenti

Ringraziamo:

- Fondazione Aiuti per la Ricerca sulle Malattie Rare (<https://www.armr.it/>)
- Pazienti affetti da malattie rare e loro Familiari

## La presa in carico del paziente anziano fragile in pronto soccorso: un modello “step by step”

Filippo Manelli<sup>1</sup>, Estella Cuni<sup>1</sup>, Maria Sofia Cotelli<sup>2</sup>

1) Unità di Accettazione ed Urgenza, ASST Bergamo Est (Seriato, Bergamo)

2) Unità di Neurologia ASST Valcamonica (Esine, Brescia, Italia)

### Introduzione

- L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS; World Health Organization-WHO) definisce i 65 anni come età di passaggio alla condizione di “anziano”, mentre le Nazioni Unite (United Nation, UN) si collocano sui 60 anni, considerando aree geografiche svantaggiate per bassa aspettativa di vita alla nascita (WHO, 2002).
- La proposta, che arriva dal congresso nazionale della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, è quella di aggiornare il concetto di anzianità portando 75 anni l'età ideale per definire una persona come anziana. Una persona di 65 anni di oggi, infatti, ha la forma fisica e cognitiva di una di 40-45 anni di 30 anni fa, e una di 75 anni quella di un individuo che ne aveva 55 nel 1980.
- A causa dell'allungamento medio nella speranza di vita alla nascita (in Italia 85 anni per le donne e 82 per gli uomini) è stata poi creata una nuova categoria di anzianità, dividendo le persone con più di 65 anni tra chi appartiene alla terza età (condizionata da buone condizioni di salute, inserimento sociale e disponibilità di risorse) e alla quarta età (caratterizzata da dipendenza da altri e decadimento fisico).
- La fragilità rappresenta una sindrome biologico-clinica caratterizzata da diminuzione delle riserve e di resistenza ad eventi stressogeni, conseguente al declino di molteplici sistemi fisiologici, che si manifesta in una aumentata vulnerabilità ad eventi avversi.
- I criteri diagnostici per la fragilità sono rappresentati da almeno 3 dei seguenti:
  - Perdita di peso > di 4 Kg nell'ultimo anno
  - Esauribilità - astenia
  - Riduzione della forza (“grip strenght”)
  - Rallentamento dell'andatura
  - Riduzione dell'attività/capacità fisica
- La fragilità correla con l'invecchiamento di una persona e le comorbidità
- Scopo del presente lavoro è proporre un modello per la gestione dei pazienti anziani fragili che sempre più spesso accedono in pronto soccorso. Viene proposto il progetto dell'Azienda Socio Sanitaria Bergamo-Est

### Materiali e metodi

Riportiamo il numero di pazienti, suddivisi per fasce di età, che hanno effettuato almeno un accesso presso uno dei 4 pronti soccorso che compongono l'ASST Bergamo Est: Seriato, Piario, Lovere, Alzano Lombardo.

Riportiamo, inoltre, la percentuale di ricoveri, suddivisi sempre per fasce di età

FASCIA ETA'	ACCESSI	RICOVERI NUMERO	RICOVERI %
TUTTE LE ETA'	34.470	3.480	10.09
FASCE ETA' "ADULTA"			
15-64	19.595 (56.8%)	1.378	7.03
65-80	5.690 (16.51%)	945	16.60
>80	3.519 (10.20%)	953	27.08
Numero medio accessi giornaliero = 287			

Notiamo come, a fronte della percentuale di accessi ridotta rispetto alle fasce di età più giovani, i pazienti anziani, spesso fragili e con plurime comorbidità, vengono più frequentemente sottoposti a ricovero ospedaliero.

### Risultati

IL PAZIENTE ANZIANO IN PRONTO SOCCORSO: APPROCCIO METODOLOGICO “STEP BY STEP” ATTRAVERSO UN “COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT” (valutazione geriatrica globale)

- Valutazione di base della “INTENSITA' DI CURA” (copertura medica) e della “COMPLESSITA' ASSISTENZIALE”, attraverso la valutazione dei parametri vitali (ACVPU, temperatura corporea, Frequenza cardiaca, Frequenza respiratoria, pressione arteriosa, SpO2, Scala NRS per dolore) e del National Early Warning Score o NEWS2 score.
- Invio del paziente in un setting appropriato, distinguendo principalmente due tipologie:
  - FAST TRACK (percorso rapido per specifiche problematiche)
  - VALUTAZIONE D'EMERGENZA URGENZA (percorso di presa in carico per problematiche acute, oppure croniche riacutizzate)
- ASPETTI SPECIFICI DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE ANZIANO IN PS
  - Valutazione / coinvolgimento precoce dell'eventuale Caregiver
  - Limitazione per quanto possibile della permanenza a letto
  - Utilizzo solo se necessario dei presidi per le funzioni di base (specie il cateterismo vescicale)
  - Valutazione e riconciliazione farmacologica
  - Attivazione supporto medico / infermieristico domiciliare
- DETERMINAZIONE DEL “BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING” (BRASS score) CON INDIVIDUAZIONE DEL LIVELLO DI RISCHIO DEL PAZIENTE IN DIMISSIONE (basso, medio, alto)

### Conclusioni

- Il modello proposto mira a garantire una migliore e tempestiva presa in carico del paziente anziano, soprattutto fragile e con plurime comorbidità
- Il modello proposto tenta di garantire non soltanto una ridotta permanenza in pronto soccorso (e quindi un minor rischio di peggioramento clinico con ospedalizzazioni anche prolungate e tutte le conseguenze ad esse legate), ma anche una dimissione che assicuri un rientro al domicilio in sicurezza evitando rientri in pronto soccorso nei giorni successivi

### Bibliografia

- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004 Mar;59(3):255-63. doi:10.1093/gerona/59.3.m255
- Chikhalkar B, Gosain D, Gaikwad S, Deshmukh R Assessment of National Early Warning Score 2 as a Tool to Predict the Outcome of COVID-19 Patients on Admission. *Cureus.* 2022 Jan 12;14(1):e21164. doi: 10.7759/cureus.21164. eCollection 2022 Jan.
- Colognesi S, Fagnani C, Panceri F, Fantini V, Ruggero M, Di Florio F, Boracchi P, Orenti A, Vergani M. The assessment of planned discharges: agreement between BRASS index and clinical judgement *Assist Inferm Ric.* 2019 Oct-Dec;38(4):183-191. doi: 10.1702/3273.32395.



# POSTER gallery

R. Tortelli <sup>1</sup>, R. Pellegrini <sup>2</sup>, R. Guerra <sup>3</sup>, N. S. Lapentty Carrion <sup>4</sup>, P. Xausa <sup>5</sup>, M. Mauri <sup>6</sup>

1. Referente S.S. Processi Integrati territorio - S.C. Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie - ASST Bergamo Est  
2. Infermiere Area Progettazione e Sviluppo della Qualità Assistenziale, S.C. Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie - ASST Bergamo Est  
3, 4 Infermiere di Famiglia e Comunità - S.C. Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie - ASST Bergamo Est  
5. Referente DAPSS Distretto Valle Seriana e Valle Seriana superiore, S.C. Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie - ASST Bergamo Est  
6. Responsabile ff. S.C. Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie - ASST Bergamo Est

## Introduzione

E' documentato come più dell'1% della popolazione mondiale necessita di supporto nell'uso della parola o, più in generale, nel processo comunicativo (García-Méndez S., 2018; Kerr D., 2016). La Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA) è un concetto che incorpora un'ampia gamma di processi finalizzati a potenziare, completare o sostituire la produzione e/o comprensione del linguaggio di individui con bisogni comunicativi complessi (Schultz A., 2018; Cook A.M., 2015). La CAA viene classificata in tre categorie (no-tech, low-tech e high-tech) in riferimento al livello di evoluzione tecnologica degli strumenti utilizzati, rientrando quindi tra le Tecnologie Assistive quali strategie per migliorare la qualità di vita in individui con limitazioni (Elsahar et al., 2019).

In considerazione del framework Human Activity Assistive Technology (HAAT) (Cook A.M., 2015), che descrive le interazioni esistenti tra l'attività da svolgersi, l'individuo, il contesto e la tecnologia assistiva, risulta cruciale il raggiungimento della maggiore coerenza possibile tra la selezione di una metodologia e le caratteristiche della persona chiamata a svolgere l'attività (Giesbrecht E., 2013). Rientrano nella CAA diverse tecniche tra cui il linguaggio dei segni, le schede di comunicazione, le lavagne elettroniche con tavole di comunicazione etc.; gli strumenti risultano i medesimi sia quando ad essere perseguita è l'accezione «Aumentativa» del concetto, quindi ad integrazione del linguaggio esistente, che in riferimento a quella «Alternativa» in sostituzione di un linguaggio assente o non funzionale (Elsahar et al., 2019). La CAA trova comunemente applicazioni in risposta a condizioni irreversibili dettate da situazioni di cronicità o acuzie invalidanti come disturbi dello spettro autistico (ASD), ictus, difficoltà di apprendimento, patologie oncologiche, malattie neurologiche degenerative; esistono anche applicazioni in condizioni temporanee quali stati post-operatori transitori in cui interventi come il supporto ventilatorio possono causare incapacità totale o parziale alla comunicazione (Elsahar et al., 2019); è inoltre indicata nel supporto alla comunicazione con persone di culture e lingue differenti da quella prevalentemente in uso nel contesto di vita, al fine di migliorare l'apprendimento delle informazioni ed aumentare il coinvolgimento nel percorso di cura (Dukhovny & Kelly, 2015).

Nel contesto dell'ASST Bergamo Est, strumenti di Comunicazione Aumentativa Alternativa sono in uso con ottimi risultati presso la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e a decorrere dall'anno 2019, trovano applicazione anche all'interno del Presidio Ospedaliero Locatelli di Piario nel quale, grazie al progetto "Ospedale in simboli", è stato effettuato un adeguamento della cartellonistica tradizionale con l'integrazione di comunicazioni facilitate al fine di garantire l'interazione e la comprensione anche alle persone con bisogni comunicativi complessi.

L'introduzione della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFEC) e di una valutazione assistenziale accurata delle condizioni della persona al domicilio, effettuata e documentata secondo il Modello concettuale di Marjory Gordon, ha consentito di rilevare la presenza di difficoltà comunicative di varia natura per le quali individuare metodi efficaci al fine di garantire un'assistenza sicura e personalizzata, in linea anche con quanto raccomandato dagli standard di Joint Commission International di Comunicazione efficace (IPSG 2) e di orientamento Patient-centred care (PCC 1.1).

## Metodi

Nell'anno 2022 è stato costituito dalla Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie un gruppo multidisciplinare costituito da 3 Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva con particolare competenza nell'utilizzo del software Symwriter® di realizzazione dei simboli grafici, 4 Infermieri di Famiglia e Comunità e 2 Logopedisti.

In ottemperanza a quanto richiesto, è stata acquistata la licenza di utilizzo del software Symwriter®.

In coerenza con la CAA a **bassa tecnologia** sono stati realizzati i **singoli simboli grafici** necessari per esprimere concetti o collegamenti tra gli stessi ed attraverso la loro aggregazione sono stati costituiti i seguenti strumenti:

### AD USO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

- **Schede lessicali** costituite da una selezione dei simboli ritenuti maggiormente rappresentativi dei concetti di base necessari per l'instaurarsi della relazione infermiere-persona assistita oppure infermiere-caregiver da cui hanno origine gli strumenti personalizzati

### AD USO DELLA PERSONA ASSISTITA o DEL CAREGIVER

- **Domande e risposte per l'effettuazione dell'Accertamento infermieristico iniziale (Figura 1)**

- **Agenda per ricordare ed organizzare le attività indicate**

- **Procedure semplificate con immagini o senza (Figura 2)**

E' stato sviluppato un cronoprogramma di progetto che ha previsto un lavoro di 10 mesi per la realizzazione degli strumenti a cui è seguita la fase sperimentale su casistica ristretta.

I criteri di selezione delle persone assistite e dei caregiver da ascrivere alla presentazione sono stati la presenza di un piano di presa in carico già attivo con il servizio di infermieri di famiglia e comunità, il riscontro di difficoltà comunicative durante l'assessment e la disponibilità manifestata dal destinatario di adesione all'iniziativa.

## Risultati

Dall'applicazione su un numero ristretto di persone assistite (n.5), prevalentemente caratterizzate da barriere linguistiche, il **percepito del personale infermieristico** relativamente a tale utilizzo è positivo in quanto l'utente risulta maggiormente abile nell'interazione con il personale infermieristico relativamente alle informazioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi di cura, rispondendo in modo appropriato e coerente alle domande poste, ponendo a suo volta semplici quesiti in merito alle informazioni fornite e con una riduzione sensibile del tempo necessario per l'interazione, rispetto a quanto inizialmente riscontrato.

Anche il **percepito delle persone assistite** e dei caregiver, ove lo strumento è stato orientato alla relazione infermiere-caregiver, è positivo in quanto riferiscono di sentirsi maggiormente in grado di gestire le attività quotidiane indicate dal personale infermieristico e di individuare precocemente segni e sintomi di rischio o di ingravescenza della condizione di salute già in atto.

In riferimento a quanto oggettivamente verificabile, la documentazione prodotta dalle persone assistite e dai caregiver evidenzia un'aderenza superiore alle indicazioni comportamentali fornite rispetto a quanto in essere precedentemente all'introduzione degli strumenti di CAA con monitoraggi puntuali ad esempio della rilevazione glicemica o pressoria e documentazione dei valori rilevati.

Sono stati rilevati episodi di **individuazione e segnalazione precoce al personale infermieristico di situazioni di rischio** (iperglicemia o ipoglicemia gravi) per la persona assistita che hanno consentito il contenimento precoce di eventuali eventi avversi.

## Discussione e Conclusioni

I risultati preliminari della sperimentazione dell'utilizzo di strumenti di Comunicazione Aumentativa Alternativa sono incoraggianti e risultano in linea con quanto riportato in letteratura in riferimento all'utilizzo di tali metodologie. Tendenzialmente, le persone con barriere linguistiche risultano ad un maggior rischio di eventi avversi e di maggior gravità rispetto a chi padroneggia la lingua (Wasserman et al., 2014) e la riduzione degli errori di comunicazione, documentati come causa del 59% degli eventi avversi gravi segnalati all'interno del Joint Commission's Sentinel Event Database, in particolare in questa popolazione è un risultato rilevante per la qualità del percorso di assistenza.

Le linee di futuro sviluppo della progettualità descritta riguardano l'ampliamento dell'utilizzo degli strumenti sia in termini di casistica di persone assistite che di personale infermieristico formato per l'adozione. A tal proposito saranno avviati specifici percorsi di formazione dedicati al raggiungimento di tutti gli infermieri di famiglia e comunità dell'ASST. Sono stati individuati, nella letteratura scientifica, strumenti sviluppati per la misurazione delle abilità comunicative che si prevede di introdurre per misurare gli esiti del percorso.

Gli strumenti si sono dimostrati versatili e personalizzabili, benché necessitino di risorse dedicate e di continuo aggiornamento; l'empowerment delle persone assistite e dei caregiver è sensibilmente incrementato. Futuri sviluppi riguardano anche l'integrazione di tali strumenti con le piattaforme di telemedicina al fine di promuovere il miglioramento della comunicazione anche attraverso l'utilizzo di tecnologie a distanza.

## Bibliografia

1. García-Méndez, S.; Fernández-Gavilanes, M.; Costa-Montenegro, E.; Juncal-Martínez, J.; Javier González-Castaño, F. Automatic natural language generation applied to alternative and augmentative communication for online video content services using simple NLG for Spanish. In Proceedings of the 15th Web for All Conference: Internet of Accessible Things, Lyon, France, 23–27 April 2018.
2. Kerr, D.; Bouazza-Marouf, K.; Gaur, A.; Sutton, A.; Green, R. A breath controlled AAC system. In Proceedings of the CM2016 National AAC Conference, Orlando, FL, USA, 19–22 April 2016; pp. 11–13.12
3. Schultz Ascarí, R.E.O.; Pereira, R.; Silva, L. Mobile Interaction for Augmentative and Alternative Communication: A Systematic Mapping. SBC J. Interact. Syst. 2018, 9, 105–118
4. Elsahar, Y. Hu S, Bouazza-Marouf K, Kerr D, Mansor A. Augmentative and Alternative Communication (AAC) Advances: A Review of Configurations for Individuals with a Speech Disability. Sensors (Basel). 2019 Apr 22;19(8):1911. doi: 10.3390/s19081911. PMID: 31013673; PMCID: PMC6515262
5. Cook, A.M.; Polgar, J.M. Assistive Technologies Principles and Practices, 4th ed.; Elsevier: New York, NY, USA, 2015.
6. Giesbrecht, E. Application of the human activity assistive technology model for occupational therapy research. Aust. Occup. Ther. J. 2013, 60, 230–240.
7. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Augmentative and Alternative Communication and Voice Products and Technologies. In The Promise of Assistive Technology to Enhance Activity and Work Participation; The National Academies Press: Washington, DC, USA, 2017; pp. 209–310.
8. Dukhovny, E., & Kelly, E. B. (2015). Practical resources for provision of services to culturally and linguistically diverse users of AAC. Perspectives on Communication Disorders and Sciences in Culturally and Linguistically Diverse (CLD) Populations, 22(1), 25–39. https://doi.org/10.1044/cds22.1.25
9. Wasserman, M., Renfrew, M. R., Green, A. R., Lopez, L., Tan-McGrory, A., Brach, C., & Betancourt, J. R. (2014). Identifying and Preventing Medical Errors in Patients With Limited English Proficiency: Key Findings and Tools for the Field. Journal for Healthcare Quality : Official Publication of the National Association for Healthcare Quality, 36(3), 5. https://doi.org/10.1111/JHQ.12065

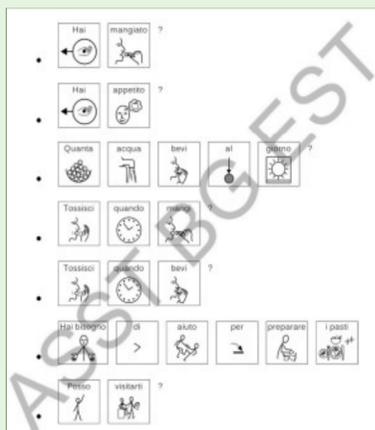


Figura 1. Esemplificazione delle domande per l'accertamento infermieristico iniziale (Modello Funzionale Nutrizionale - Metabolico)

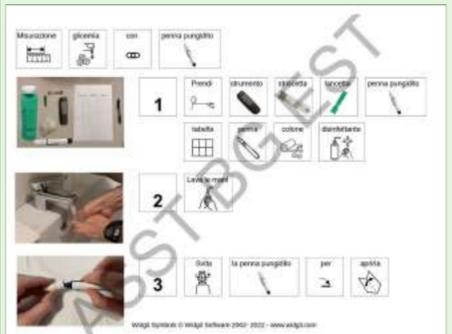


Figura 2. Parte della procedura semplificata con immagini di rilevazione della glicemia

# POSTER gallery

## Struttura Semplice Diagnostica Molecolare Avanzata SC Medicina di Laboratorio - ASST BERGAMO EST

Rea Valaperta<sup>1</sup>, Ludovica Varisano<sup>1</sup>, Agostino Facotti<sup>1</sup>, Alice Melocchi<sup>2,3</sup>, Alberto Cammarota<sup>4</sup>, Federico Parietti<sup>4</sup>, Pietro Imbrogno<sup>1</sup>, Aurelio Sonzogni<sup>5</sup>, Francesco Angelo Locati<sup>1</sup>, Annapaola Callegaro<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SS Diagnostica Molecolare Avanzata, SC Medicina di Laboratorio- ASST Bergamo Est, Seriate, Italia.

<sup>2</sup> Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Farmaceutiche, Sezione di Tecnologia e Legislazione Farmaceutiche "Maria Edvige Sangalli", 20133 Milan Italy.

<sup>3</sup> Multiply Labs, 1040 Mariposa Street, 94107, San Francisco, US-CA.

<sup>4</sup> Consultant at Boston Consulting Group.

<sup>5</sup> SC Anatomia Patologica, ASST Bergamo Est, Seriate, Italia

Sistema Socio Sanitario



### Obiettivi

**Realizzazione della Struttura Semplice «Diagnostica Molecolare Avanzata», quale articolazione della SC Medicina di Laboratorio nell'ambito del Dipartimento dei Servizi**

#### Linea attività M

Diagnostica molecolare avanzata  
Prestazioni NGS

#### Linea Attività P

Pandemia  
Modello open source scalabile (OT-2)

#### Linea Attività T

Tecnologia  
Automazione librerie genomiche (OT-2)

### Linea attività P

Mantenimento diagnostica molecolare *Open* mediante strumentazioni Opentrons modello operativo dinamico

Donazione Distretto Rotary 2042  
Collaborazione con Porsche Consulting  
Collaborazione con Multiply Lab (Standford)  
Collaborazione con Politecnico MI, Uni Milano, Uni Bergamo

#### Partner

- FERB
- Università di Bergamo
- ATS Bergamo
- Istituto M. Negri



### Linea attività T

Perché automatizzare la preparazione delle librerie NGS?

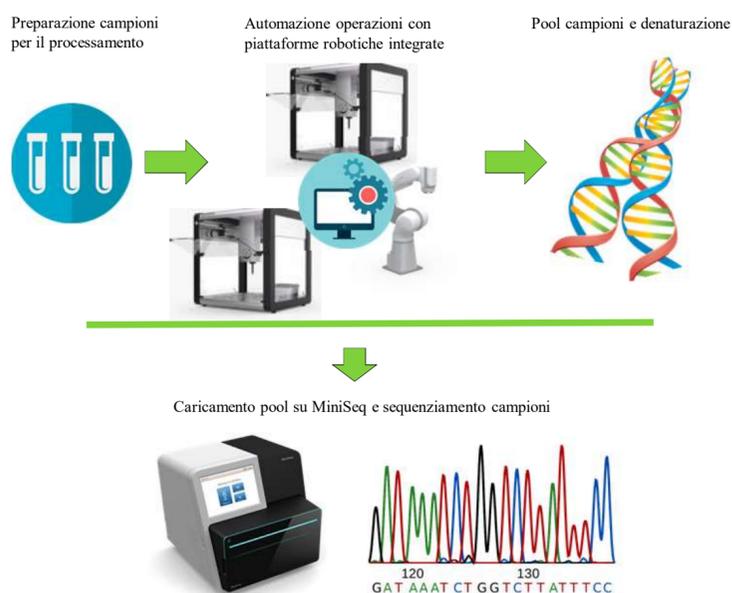
#### Criticità

- Molti passaggi ripetitivi
- Probabilità dell'errore umano
- Difficoltà di tracciare i campioni

Automazione dei processi

- Aumenta la ripetibilità dei processi
- riduce lo stress durante i passaggi critici
- Permette una tracciabilità dei campioni sistematica

Automazione in supporto alla preparazione delle librerie NGS



### Discussione e conclusioni



### Risultati

**Linea attività M: sequenziamento NGS per caratterizzazione molecolare tumori**

Pannello <10>40 GENI TARGET

#### Fase Preanalitica:

Presenza in carico del campione proveniente dalla UO dell'anatomia patologica  
Campione primario: - biopsia di tumore in paraffina  
- biopsia liquida

#### Fase Analitica:

Per i campioni paraffinati: - pretrattamento Over Night (sparaffinatura)  
- estrazione DNA e RNA mediante utilizzo di kit specifici

Preparazione di una Real Time PCR per valutare la quantità, la qualità e grado di frammentazione dell'estratto

I risultati ottenuti indicano la qualità del campione mediante la valutazione dell'indice di frammentazione (alta, media e bassa)

- 1) I campioni in base all'indice di frammentazione verranno opportunamente diluiti e amplificati mediante PCR.
- 2) Successivamente si procede con purificazione mediante biglie magnetiche e rimozione dei primers residui.
- 3) Indicizzazione: segue una PCR che permette di legare a ciascun frammento una copia univoca di due codici a barre (indici) specifica per ciascun campione
- 4) Normalizzazione: le librerie così costituite verranno normalizzate tramite l'uso di biglie magnetiche così da garantire una copertura omogenea dei campioni

Le librerie normalizzate vengono mescolate (Pool di librerie) e quantificate mediante strumento Qubit

Il Pool viene caricato su Illumina MiniSeq per sequenziamento  
Capacità analitica Sequenziatore MiniSeq: 6 campioni a DNA + 6 campioni a RNA

#### Fase Postanalitica:

I risultati vengono precedentemente analizzati da un Software specifico e successivamente valutati singolarmente dal Dirigente di Laboratorio



# POSTER gallery

## Ridurre l'impronta ecologica dei Servizi Sanitari: l'esperienza dell'ASST Bergamo Est

Green Team: professionisti che con ruoli diversi in Azienda concorrono al raggiungimento di obiettivi di sostenibilità e efficientamento energetico

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Bergamo Est

L'ASST Bergamo Est è una delle sette strutture sanitarie italiane che hanno aderito al progetto internazionale "Global Green and Healthy Hospitals" per ridurre l'impatto ambientale e promuovere salute.

Gli ospedali sono tra i primi consumatori di energia. Secondo quanto riferito dal Politecnico di Milano nell'ultimo "Rapporto Annuale sull'Efficienza Energetica", il consumo specifico di energia in ospedale è superiore di circa tre volte rispetto a quello per uso abitativo.

Ciò, soprattutto, per assicurare all'interno delle strutture sanitarie la continuità del servizio 24 ore al giorno tutti i giorni dell'anno e contemporaneamente, condizioni salubri e di sicurezza – ad esempio per il trattamento dell'aria – che a loro volta richiedono strumentazioni e attrezzature complesse e ad alto consumo di energia.

Il primo passo in questa direzione è stato quello di costituire un apposito "Green team" formato da dirigenti e professionisti afferenti a diverse aree strategiche aziendali, con il compito di pianificare le attività e monitorare i risultati raggiunti.

### INNOVAZIONE E TECNOLOGIA DIGITALE 1

ICT e soluzioni digitali intelligenti che non solo rendono l'ospedale più smart, ma possono anche renderlo più sostenibile.

SOLUZIONE	IMPATTO	DOVE	NOTE
Cartella clinica digitale	- 81% numero di modelli di cartelle cliniche	ASST Bergamo Est	- % compilazione= 90% - finanziamento PNRR
Definizione set esami pre-operatori appropriati	8.200 pre-ricoveri/anno	ASST Bergamo Est	* Protocollo con set di esami pre-operatori (approvato dicembre 2022) * Appropriata prescrivibilità

SOLUZIONE	IMPATTO	DOVE	NOTE
Telemedicina	digitalizzazione riduzione spostamenti	ASST Bergamo Est	- task force aziendale (Delibera 968 del 30.9.2021) - finanziamento PNRR

SOLUZIONE	IMPATTO	DOVE	NOTE
<b>RISPARMI</b> - Spostamenti evitati per cittadini, caregiver e professionisti sanitari - Tempo risparmiato (traffico, tempo d'attesa) - Riduzione di CO <sub>2</sub> : - 6,52 Tonnellate (stima, solo per Televisite) - Risparmio economico: carburante, parcheggio, assenza sul lavoro del caregiver			Attività svolta dal 01/01/2022 al 31/03/2023 * Televisite specialistiche: 552 * Teleconsulto specialistico * Teleassistenza/Telemonitoraggio: 225 pazienti/anno * Home-monitoring (pace-maker, defibrillatore + p.m.): 5.500 totali in follow-up

SOLUZIONE	IMPATTO	DOVE	NOTE
'MyTravel Care' (totem multilingue)	trasmissione elettronica dati per triage facilitato	Pronto Soccorso Ospedale di Seriate	ASST Bergamo Est capofila sperimentazione regionale (DGR 6387/2022)

### ARCHITETTURA E COSTRUZIONI 1

La progettazione architettonica e la costruzione dell'edificio sono una parte essenziale della creazione di ospedali ben funzionanti e di altri ambienti sanitari. Materiali innovativi, funzionalità e design creano nuove opportunità per lavorare verso un'assistenza sanitaria più sostenibile.

SOLUZIONE	IMPATTO	DOVE	NOTE
Nuovo Ospedale	Nearly Zero Energy Building	Ospedale Alzano Lombardo	-DGR 5833/21 -collegamento con la rete TEB
Polo medico chirurgico oncologico	Nearly Zero Energy Building	Ospedale Seriate	-DGR 5833/21 -Nuova fermata ferroviaria

SOLUZIONE	IMPATTO	DOVE	NOTE
Nuova piastra ambulatoriale e terapia subintensiva	Nearly Zero Energy Building	Ospedale Piario	-DGR 5833/21
Nuova sede Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	Nearly Zero Energy Building	Ospedale Lovere	-DGR 5833/21

Il percorso da seguire è complesso e richiede cambiamenti diffusi e a lungo termine; tuttavia i primi risultati sono incoraggianti. In primo luogo è necessario lavorare insieme, in modo integrato e interdisciplinare. Occorre coinvolgere l'intera organizzazione, cambiare procedure abituali, vincere resistenze, modificare contratti d'acquisto, raccogliere dati, studiare, promuovere incontri, formare il personale. Si è inoltre notato (soprattutto nelle persone direttamente coinvolte nel progetto) una crescente consapevolezza e una maggiore attenzione sulle potenziali ricadute delle proprie decisioni rispetto all'ambientale.

### OBIETTIVI

Il progetto "Greener and safer health care" si propone di ridurre l'impronta ecologica dei servizi sanitari senza compromettere la quantità e la qualità delle cure, agendo su tre fronti:

-rendere consapevoli tutti coloro che operano nell'azienda sanitaria (medici, infermieri, tecnici e amministrativi) dei rischi associati all'emergenza climatica, - identificare e avviare iniziative capaci di mitigare l'impatto ecologico delle cure, facendo in modo che tutti imparino a valutare le conseguenze delle proprie decisioni anche dal punto di vista dell'ambiente, cercando in ogni circostanza di adottare le soluzioni più sostenibili; - individuare idonei indicatori di processo e di risultato attraverso i quali monitorare le attività, riconoscere i successi e mettere in atto le eventuali azioni correttive.

Le azioni finora avviate sono diverse e coprono vari ambiti di attività. A titolo esemplificativo si cita:

#### EFFICIENTAMENTO ENERGETICO 1

Le strutture sanitarie consumano grandi quantità di energia e oggi ci sono diverse soluzioni innovative sul mercato che possono contribuire all'efficienza e al risparmio energetico. Con un uso più efficiente dell'energia e innovazioni moderne, possiamo rendere l'uso dell'energia più sostenibile, dal punto di vista economico e ambientale.

SOLUZIONE	IMPATTO	DOVE	NOTE
Energy manager	Valutazione consumo energetico	ASST Bergamo Est	5.891,8 TEP

#### EFFICIENTAMENTO ENERGETICO 2

SOLUZIONE	IMPATTO	DOVE	NOTE
Facility management: LED, inverter, teleriscaldamento (Alzano L.do), co-generatori, impianto fotovoltaico 20KWp (Seriate)	- 18% consumo/anno	ASST Bergamo Est	entro luglio 2023
Impianto fotovoltaico (60.03 KWp)	- 1% consumo/anno	Nuovo Distretto Trescore Balneario	Attivazione nel 2022 (Fondazione Azzanelli Cedrelli Celati)

#### RIFIUTI

Un ospedale o un servizio territoriale genera molti rifiuti e dobbiamo assicurarci di gestire i rifiuti che ne derivano nel miglior modo possibile. Con una gestione dei rifiuti più sostenibile, le risorse naturali vengono utilizzate in modo più efficiente e l'impatto ambientale è ridotto.

SOLUZIONE	IMPATTO	DOVE	NOTE
Raccolta differenziata	quantificazione in corso	6 sedi ospedaliere 3 distretti	Definiti protocolli di raccolta e stoccaggio temporaneo



# POSTER gallery

Sistema Socio Sanitario  
Regione Lombardia  
ASST Bergamo Est

## Gestione della telemedicina in un'Azienda Sociosanitaria Territoriale: L'esperienza di ASST Bergamo Est

Rocca P, Bigli M, Calagna L, Castelli G, Galbiati G, Giuliano L, Mangili P, Pagani I, Paternieri S, Pellegrini R, Pedrolì S, Stucchi P, Bertolaia P, Locati F  
ASST Bergamo Est – Seriate (BG)

### Introduzione

Il sistema sanitario lombardo sta attraversando un importante processo di riforma che prevede nei prossimi anni l'attivazione di "Case della Comunità", "Ospedali di Comunità", "Centrali Operative Territoriali" e l'implementazione della telemedicina al fine di rendere concreto l'obiettivo "Casa come primo luogo di cura" della Missione 6 del PNRR.

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Est copre un bacino di utenza che si estende su 94 Comuni con una popolazione di circa 385.000 abitanti. La Telemedicina diviene pertanto uno strumento utile per annullare le ampie distanze tra casa e presidi.

La Direzione Strategica aziendale ha ritenuto necessario istituire un **Team di Telemedicina** con l'obiettivo di implementare processi di sanità digitale nei percorsi di cura e di assistenza.

### Materiali e Metodi

#### Modello organizzativo del Team di Telemedicina

Schema matriciale, basato su due livelli correlati e interdipendenti (vedi Figura 1):

- Team di telemedicina: funzione di coordinamento in staff alla Direzione Sociosanitaria
- Gruppi di lavoro: gestiti da un process owner appartenente al team e attivati in funzione dei singoli progetti con il coinvolgimento dei professionisti delle Unità Operative e/o dei servizi territoriali e/o di istituzioni esterne (es.: dipartimenti di Università degli Studi di Bergamo).

#### Metodo adottato dal Team di Telemedicina per l'implementazione dei processi di Telemedicina:

- Approccio di gestione per processi
- Lean management

Tali strumenti operativi hanno l'obiettivo di superare la visione tradizionale a silos, fondata su ruoli e funzioni, in un'ottica di integrazione multiprofessionale e di miglioramento continuo dei processi assistenziali.

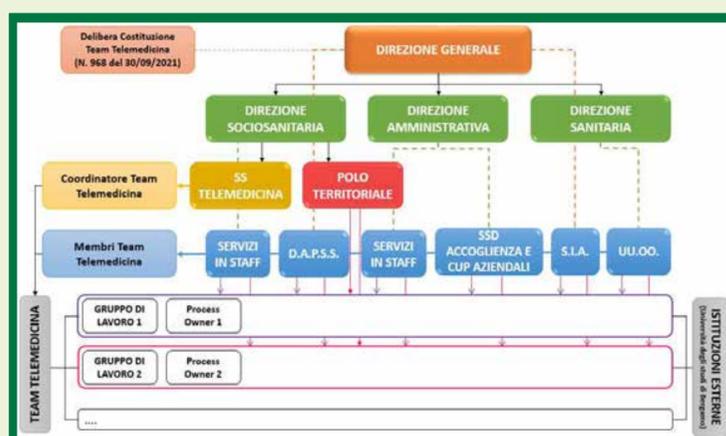


Figura 1: struttura organizzativa del Team di Telemedicina.

### Risultati

Processi di telemedicina attivi in ASST Bergamo Est (vedi Figura 2):

- **Televisita:** Cardiologia, Diabetologia, Nutrizione Artificiale, Ginecologia, Ser.D. (415 televisite nel 2022)
- **Teleassistenza** infermieristica per pazienti con scompenso cardiaco cronico
- **Telemonitoraggio** dei device elettrici impiantabili
- **Teleriabilitazione** in Cardiologia Riabilitativa
- **Teleconsulenze vulnologiche** (progetto di fattibilità in corso)
- **Teleconsulti multidisciplinari** tra specialisti
- **Teleconsulto specialistico** al Medico di Medicina Generale (vedi Figura 3)



Figura 2: Processi di telemedicina attivi in ASST Bergamo Est

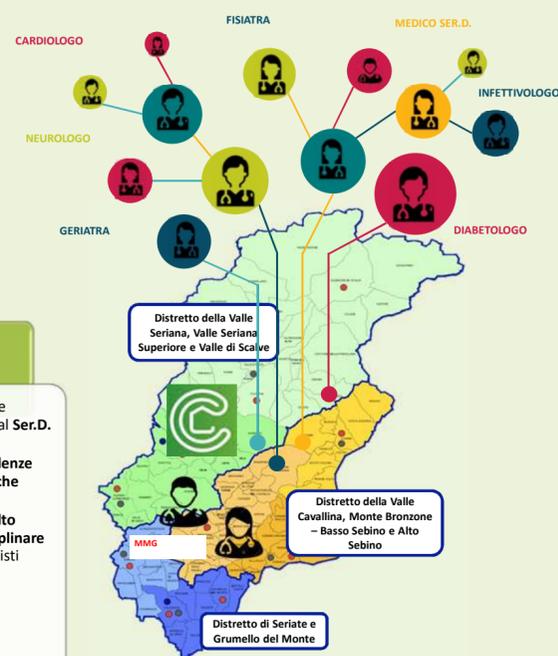


Figura 3: teleconsulto specialistico al MMG

### Conclusioni

La telemedicina rappresenta uno strumento innovativo per soddisfare le esigenze socio-clinico-assistenziali dei cittadini, ma la sua implementazione richiede un modello organizzativo solido e validato per essere sostenibile e garantire efficacia ed efficienza.

### Bibliografia essenziale

Telemedicina, «Linee di indirizzo nazionali» (2014); Accordo Stato-Regioni; «Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina» (2020); DGR 3528, «Indicazioni per l'attivazione di servizi sanitari regionali erogabili a distanza (televisita)»; Decreto 23 maggio 2022, n. 77. «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale»; Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (2021)

## OTTIMIZZAZIONE DEL FLUSSO PAZIENTI OPTIMIZING PATIENT FLOW

L. Capelletti\*, N. Facchetti\*\*, O.T. Tripodi\*\*, F.S. Pirola\*\*\*



### Introduzione

### Il Boarding in PS

La tematica relativa ai **tempi di attesa in Pronto Soccorso (PS)** dei pazienti che attendono il ricovero è stata affrontata da Regione Lombardia nella **Deliberazione XI/6893 del 05/09/2022 "Interventi per l'efficiamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso"** che ha l'obiettivo di ottimizzare il flusso dei pazienti in PS, garantendo l'adempimento dell'indicazione Ministeriale secondo cui **il tempo che intercorre fra l'accesso in PS e il ricovero nelle aree di degenza sia inferiore alle 8 ore**.

I dati di letteratura evidenziano che il tempo di attesa al ricovero, così detto **BOARDING**, è uno degli **elementi più critici nel flusso dei pazienti all'interno del PS** ed è la prima causa del sovraffollamento.

La presenza di pazienti in attesa di ricovero che stazionano presso il PS comporta:

- aumento dei tempi di attesa per la **prima valutazione medica** e della permanenza in PS;
- **maggiore necessità di risorse** in PS (spazi, tecnologia e risorse umane);
- **riduzione del livello di soddisfazione e comfort** dei pazienti;
- **riduzione del benessere psico-fisico degli operatori**;
- **aumento della durata del successivo ricovero**.

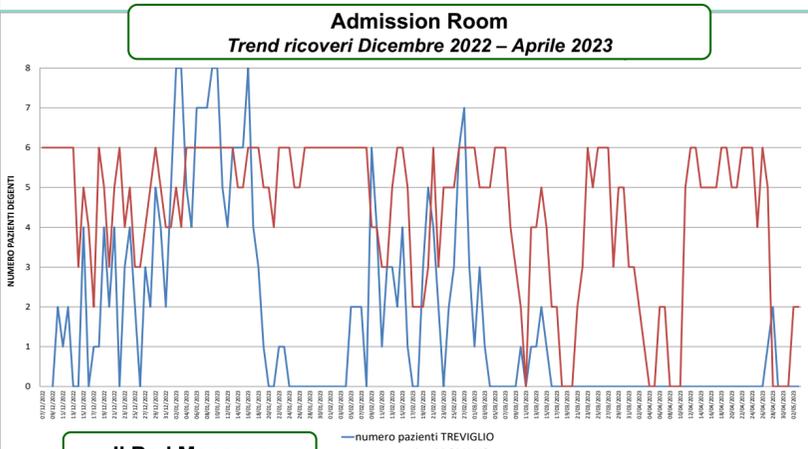
Il fenomeno che sta alla base del **boarding** consiste principalmente in un **disallineamento** tra il ritmo al quale il PS necessita di **posti letto** per pazienti con indicazione al ricovero e i **posti letto effettivamente disponibili** nelle Unità Operative (U.O.) di destinazione all'interno dell'ospedale.

### Metodologia

### Admission Room, Discharge Room e Bed Manager

In ottemperanza alla **DGR XI/6893 del 05/09/2022**, le strategie messe in atto dall'ASST BG OVEST nei presidi ospedalieri di Treviglio-Caravaggio e Romano di Lombardia per la gestione dei pazienti in caso di non immediata disponibilità dei posti letto da parte di una singola U.O. sono:

- **"ADMISSION ROOM"**, ossia aree dedicate per i pazienti che, terminato il percorso di emergenza-urgenza al PS, sono in attesa di essere inviati all'U.O. di competenza. Un servizio di Bed Management garantito 7 giorni su 7 e 24 h/die con n. 8 posti letto per il presidio di Treviglio-Caravaggio e con n. 6 posti letto per il presidio di Romano di Lombardia;
- **"DISCHARGE ROOM"**, aree dedicate ai pazienti da dimettere dall'U.O. di degenza che sono in attesa di essere trasferiti a domicilio o in altre strutture del territorio;
- **BED MANAGER** disponibile ed attivo 12 ore e un **NUCLEO AZIENDALE** per definire le strategie di gestione dei pazienti anche in caso di sovraffollamento, secondo il piano approvato dalla Giunta Regionale.



### Il Bed Manager

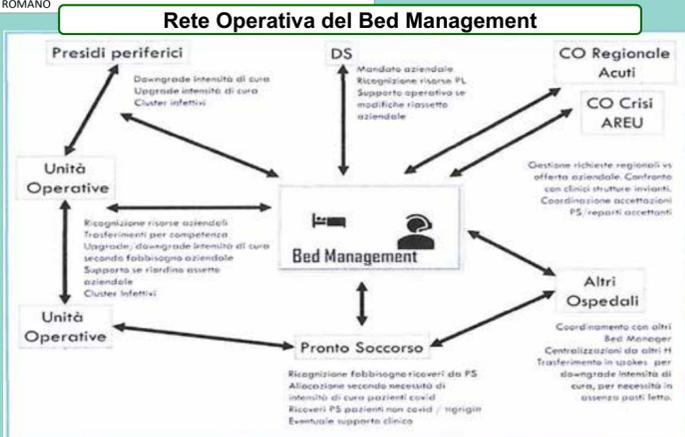
Il **BED MANAGER** ha funzioni volte a favorire l'**appropriatezza dei ricoveri**, la **gestione efficiente dei posti letto** e dei **flussi ospedalieri** sorvegliando in modo particolare i punti critici che risultano rilevanti alla **fluidità del processo di ricovero**, assicurando l'operatività necessaria alla risoluzione degli stessi. Diviene di fatto il **CENTRO DI COORDINAMENTO** tra le disponibilità di posto letto aziendali e le necessità di utilizzo per i flussi di ricovero dei pazienti, effettuando ricognizioni regolari delle disponibilità presenti e previste, oltre che a stretto contatto con le COT territoriali.

A sostegno delle azioni operative di cui sopra, l'Azienda si è avvalsa dell'utilizzo di un **sistema informativo**, un modulo per il **"BED BOARD DINAMICO"** che garantisce un cruscotto aggiornato dei posti letto liberi (anche per presidi ospedalieri differenti), così come la previsione di dimissioni in giornata, dei **bed-blockers** e dei piani di cura.

Il ricorso a **tecniche avanzate di MACHINE LEARNING (ML)** consente alla piattaforma di auto-apprendere dei dati raccolti e di costruire modelli predittivi in grado di individuare la disposizione ottimale dei posti letto.

La piattaforma adottata offre strumenti di pianificazione e previsione del flusso in entrata e uscita, con un occhio di riguardo a **privacy** e **sicurezza**. Ricostruisce i movimenti di un paziente o i contatti di un degente con altri pazienti, segnala isolamenti da contatto o positività da COVID-19 e degenze oltre-soglia con **ALERT** su superamento di soglie critiche.

È dunque nata una **piattaforma di aggregazione e sintesi delle informazioni rilevanti** per un monitoraggio attivo e continuo dell'occupazione ospedaliera e una gestione ottimale nell'allocatione dei posti letto a breve termine.



### Dashboard delle UU.OO. con le postazioni letto



### Risultati

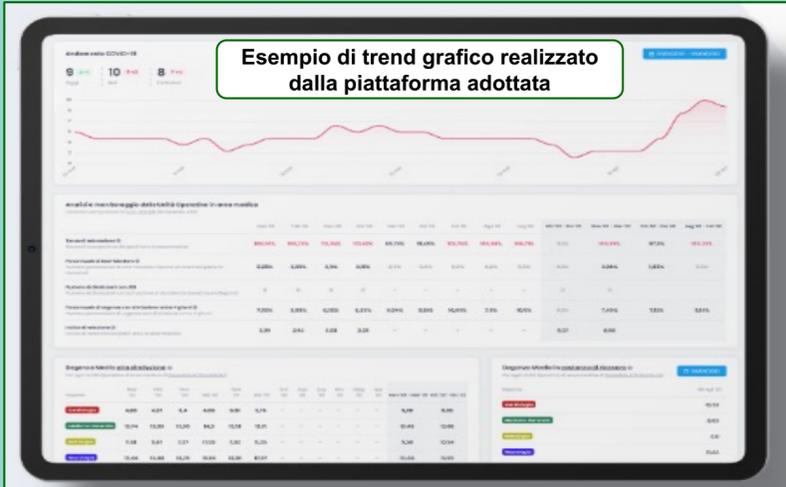
### Il nuovo sistema informativo e il Bed Management

L'adozione del **SISTEMA INFORMATIVO** scelto ha consentito di:

- **semplificare l'operatività quotidiana**, velocizzando le azioni più frequenti (es. produzioni di reportistica ad uso della Direzione Medica e di Pronto Soccorso);
- **potenziare le capacità del Nucleo Aziendale** con l'introduzione di nuove funzionalità più intuitive ed efficaci (es. segnalazione di **bed-blocker**, previsione dei flussi giornalieri in ingresso e in uscita, pianificazione di trasferimenti interni e/o esterni, notifiche proattive, proposta di utilizzi ottimizzati dei posti letti liberi);
- **rispondere prontamente a situazioni emergenziali** (es. fornire in pochi istanti l'elenco dei degenti con cui è stato in contatto un paziente rivelatosi positivo al COVID-19, al fine di contenere la diffusione del virus);
- **estrarre e valorizzare dati** in precedenza "vincolati" in forma cartacea o in documenti scansionati (vero patrimonio aziendale, indispensabile per strategie **AI-driven**).

L'attività di **BED MANAGEMENT** ha permesso inoltre:

- **riduzione dei bed-blockers**;
- **riduzione appoggi**;
- **riduzione tempi di boarding**;
- **riduzione ricoveri inappropriati**;
- **aumento attivazione di prestazioni domiciliare** per migliore presa in carico del paziente fragile.



### Conclusioni

### Dashboard, Report, Pianificazione ed Intelligenza Artificiale

Con la piattaforma adottata le Direzioni hanno a disposizione:

- una **DASHBOARD** d'impatto, collegata a tutti i presidi aziendali e aggiornata in tempo reale per una panoramica globale di facile lettura;
- **REPORTISTICA PUNTUALE**: raccoglie dati in maniera automatica e li elabora quotidianamente per fornire gli indicatori di maggiore interesse: degenza media e mediana, tasso di saturazione, indice di rotazione, % dei **bed blockers**, % pazienti da aree intensive, n. attivazioni domiciliari, etc.;
- **PIANIFICAZIONE ED INTELLIGENZA ARTIFICIALE**: offre strumenti di pianificazione e previsione del flusso in entrata e in uscita. Algoritmi di **Machine Learning** aggiungono valore e precisione alla previsione del carico di occupazione.

Sintesi delle azioni organizzative e operative per l'applicazione di modelli efficaci di Bed Management

**"IL PAZIENTE GIUSTO, NEL LETTO GIUSTO, AL MOMENTO GIUSTO"**

La **GESTIONE DEL POSTO LETTO** è un'attività che si estende a più unità organizzative. È un **processo aziendale trasversale e multidisciplinare**, un processo decisionale **comunicativo, informativo e condiviso** che richiede informazioni solide e affidabili, una buona comunicazione a tutti i livelli all'interno dell'organizzazione.

La gestione del posto letto è un'attività che richiede di sintetizzare le informazioni raccolte in cruscotti che propongano, non solo dati aggiornati di dettaglio, ma trend. È un processo basato su **dati di andamento** e su **stime di fabbisogno**. Il cruscotto diventa uno strumento di supporto decisionale e pianificazione al team aziendale.

L'engagement della Direzione strategica della ASST Bergamo Ovest, che ha sempre supportato questo percorso di cambiamenti e miglioramento continuo, ha permesso il **raggiungimento veloce degli obiettivi** indicati ed il **consolidamento del ruolo del Bed Manager** in Azienda

### Riferimenti bibliografici

- Deliberazione XI/6893 seduta del 05/09/2022 "Interventi per l'efficiamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso";
- Procedura Aziendale Cod. PODAZ26 "Efficiamento del flusso dei pazienti di area medica dal Pronto Soccorso"

\* Bed Manager \*\*Infermiera Collaboratrice Bed Manager \*\*\* Direttore Sanitario



## La sanità del presente e del futuro, un ecosistema sempre più integrato e interconnesso

Progetto sperimentale di ASST Bergamo Ovest in collaborazione con Doctolib  
A. Ghedi, I.B. Lamera, G. Pezzotta, C. Corte, M. De Carli

### Introduzione

#### La rete territoriale di prossimità

L'attuazione della nuova Riforma punta a realizzare un nuovo modello organizzativo della **RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE DI PROSSIMITÀ** per portare le risposte ai bisogni di salute il più vicino possibile ai cittadini.

Tra gli **obiettivi** della Riforma troviamo la **definizione di standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi per la rete di assistenza primaria** e facilitare l'**individuazione delle priorità di intervento** in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche, favorendo e potenziando la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità anche grazie all'impiego della telemedicina. (PNRR - Salute)

### Metodologia

#### Telerefertazione e confronto clinico

##### COLLABORAZIONE CON SPECIALISTA CARDIOLOGO-MMG/PLS

- Collaborazione tra **IFEC** e Specialista **CARDIOLOGO** durante la **LETTURA DI ECG** con anomalie per una **TELEREFERTAZIONE** immediata;
- Collaborazione tra **MMG/PLS** e Specialista **CARDIOLOGO** per confronto caso clinico rilevante per patologia cardiovascolare, invio ad ambulatorio cardiologico di casa di comunità.



### Metodologia

#### Collaborazioni in corso

- **INTERCONNESSIONE TRA IFEC** per organizzazione planner settimanale (gestione agende) e analisi e discussione casi clinici;
- **INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO:** tra Specialist Wound Care ospedaliero e Specialist Wound Care ambulatori diffusi;
- **INTERAZIONE TRA IFEC E IFEC SPECIALIST WOUND CARE** per la valutazione e gestione di utenti portatori di lesioni difficili;
- **COOPERAZIONE TRA IFEC E MMG/PLS** nella gestione delle prese in carico territoriali.



### Risultati

#### Nuova alleanza tra ospedale e territorio

A **Maggio 2023** è stato lanciato il progetto sperimentale della durata di **6 mesi**, coinvolti circa **70 professionisti** sul territorio di ASST Bergamo Ovest, tra cui: **Infermieri/e di Famiglia e Comunità (IFeC), Cardiologi e Medici di Medicina Generale (MMG)**. La circolazione delle informazioni e la rapidità delle risposte sulla presa in carico dei casi risulta essere straordinariamente efficace. Il nuovo canale di Comunicativo tra MMG-PLS, IFeC e specialisti è uno straordinario volano per una **NUOVA ALLEANZA TRA OSPEDALE E TERRITORIO**.

### Conclusione

#### Doctolib un'innovativa piattaforma di interconnessione

ASST ha inteso, con un bando di pubblica evidenza, individuare un partner con cui garantire una sperimentazione a titolo gratuito di **STRUMENTI AVANZATI DI INTERCONNESSIONE** e comunicazione tra Ifec-MMG-PLS e Medici specialisti. La collaborazione tra ASST Bergamo Ovest e **DOCTOLIB** consiste nell'utilizzo di un'innovativa piattaforma, già in uso da parte di parecchi MMG, che **favorisca una comunicazione sanitaria sicura ed efficace per la trasmissione di informazioni e documenti**, così da facilitare il percorso di presa in carico dei pazienti cronici e fragili sul territorio.

### Privacy

Il sistema è certificato con gli obblighi di cui al GDPR. Gli scambi di informazioni: documenti relativi agli appuntamenti e comunicazioni è crittografata end-to-end.



## Ambulatori infermieristici: la nuova sfida degli Infermieri di Famiglia e Comunità

A. Ghedi, I. B. Lamera, C. Corte, N. Leoni, F. Severgnini, S. Gibellini

### Introduzione

#### Ambulatori «Infermieristica territoriale»

Riprogettare o cambiare un'organizzazione sanitaria significa ricercare e trovare un delicato equilibrio tra l'efficienza e l'efficacia del sistema e la sua equità (Baraldi et al., 2015). L'equilibrio si ottiene definendo **nuove regole organizzative** e delineando le attitudini professionali, le competenze trasversali degli attori che si muovono all'interno del sistema. L'**approccio alla cronicità** è differente da quello utilizzato per l'acuzie e richiede un diverso ruolo delle cure primarie - basato sulla "sanità di iniziativa" - e attenzione ai determinanti sociali della salute. Un adeguato sistema di cure primarie è il mezzo ideale per il miglioramento globale della salute (Sen, AK & Rigamonti, 2005). Sotto l'influsso di questo cambiamento, la creazione degli **Ambulatori di Assistenza Infermieristica**, è una **proposta innovativa** e rappresenta per gli infermieri una vera opportunità di crescita e sviluppo professionale oltre che uno dei punti strategici della rete territoriale per la **presa in carico**. Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'**Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)**, ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali (D.M 77/22);

L'ASST Bergamo Ovest ha provveduto all'**apertura di sedi ambulatoriali in modo capillare sull'intero territorio** di competenza a partire dalla prima metà del 2022. La gestione degli ambulatori è in carico alla figura dell'**Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)** che, oltre a realizzare una medicina di prossimità, garantisce la continuità ospedale-territorio.

### Le sedi degli Ambulatori Infermieristici



### Risultati

#### Le prestazioni erogate

Nel grafico sottostante sono riportati i dati riguardanti le **prestazioni erogate** negli ambulatori infermieristici raggruppati per Distretto di appartenenza, da aprile 2022 ad aprile 2023.

Le prestazioni maggiormente erogate risultano:

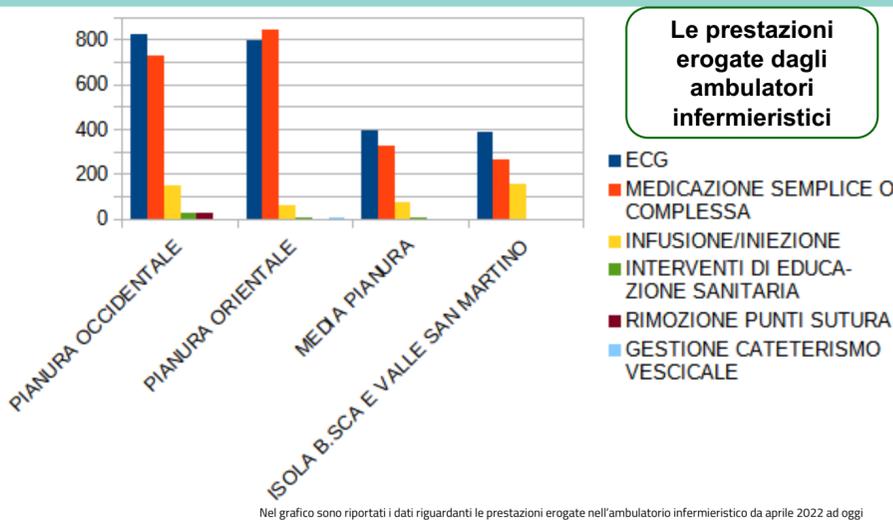
- Elettrocardiogrammi con telelettura per un totale di 2417
- Medicazioni avanzate semplici e complesse per un totale di 2180

Al termine dell'accesso in ambulatorio viene chiesto all'utente la compilazione del Customer Satisfaction per verificare la qualità percepita; dall'analisi dei dati raccolti il 92% degli utenti ha fornito un valore sulla scala Likert (0-7) tra 6 e 7.

L'ambulatorio infermieristico rappresenta quindi:

- L'ambito territoriale nel quale il cittadino riceve risposte coerenti alla propria domanda di assistenza infermieristica;
- L'ambito d'integrazione tra assistenza infermieristica e complessiva rete delle cure primarie;
- Un punto di orientamento per favorire la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria.

### Le prestazioni erogate dagli ambulatori infermieristici



Nel grafico sono riportati i dati riguardanti le prestazioni erogate nell'ambulatorio infermieristico da aprile 2022 ad oggi

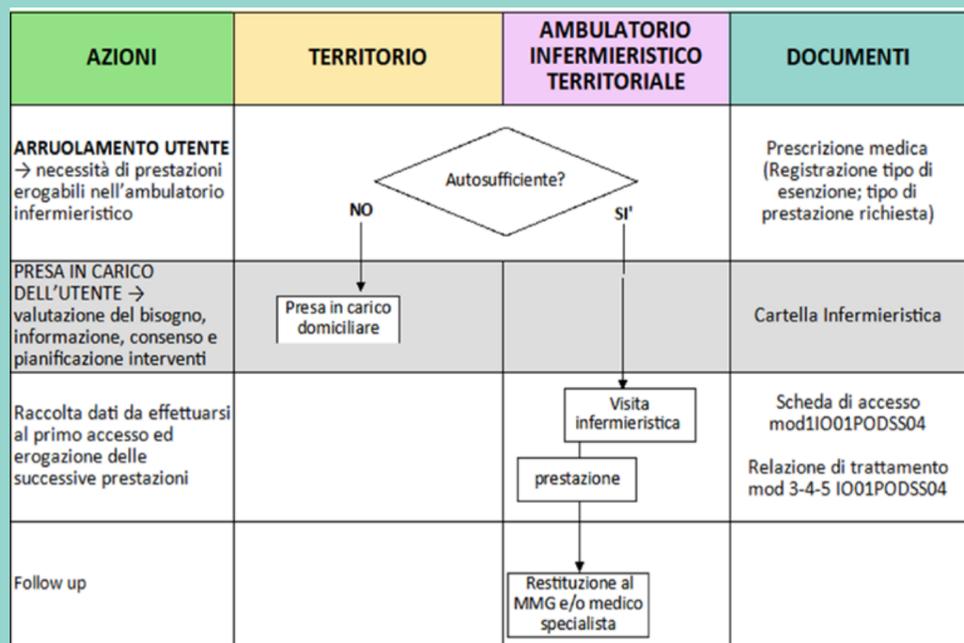
### Metodologia

#### Chi, come, quando attivare la presa in carico

**TARGET D'UTENZA:** qualsiasi cittadino autosufficiente che necessita di servizi infermieristici, siano essi prestazionali (medicazioni semplici o complesse, terapie iniettive, ecc....) o educativi (counseling su stili di vita, educazione al self care, ecc....).

**MODALITA' DI ACCESSO:** il cittadino accede in ambulatorio presentando l'impegnativa del **MMG/PLS/specialista** che riporta la prestazione da eseguire.

**PRESA IN CARICO:** prevede un momento di **informazione e consenso** da parte dell'utente al **piano assistenziale** di cura per la gestione dei problemi presentati. In seguito viene effettuata una **raccolta dati** e una **pianificazione** dei successivi accessi. Al termine di ogni appuntamento viene redatta e consegnata all'utente una **relazione di trattamento** effettuato.



### Conclusioni

#### Infermiere come figura di riferimento di prossimità

L'**apertura capillare** degli ambulatori sul territorio dell'ASST Bergamo Ovest ha portato il cittadino ad avere una **figura di riferimento di prossimità** che risponda ai bisogni di natura socio sanitaria in maniera celere ed efficace.

Il Servizio di Infermieri di Famiglia e Comunità, attraverso l'ambulatorio infermieristico e la presa in **carico del paziente al proprio domicilio**, ha contribuito alla realizzazione di **sinergie positive con i MMG/PLS** del territorio di competenza creando così una rete multidisciplinare efficace al fine di garantire alla popolazione la risposta al bisogno espresso in termini di salute.

L'esperienza maturata in questo anno consentirà di **implementare le attività educazionali e di prevenzione** sia all'interno del contesto familiare per gli utenti presi in carico, sia a livello comunitario, in collaborazione con il **terzo settore** e gli ambiti sociali di appartenenza. Questo porterà a un **modello assistenziale proattivo di gestione della salute** agendo prima dell'insorgenza o aggravamento delle patologie. In questo contesto il ruolo dell'infermiere è valorizzato sia con riferimento alla dimensione clinica che alla dimensione relazionale e di Empowerment del paziente.

Un ringraziamento speciale alla nostra Direzione strategica ASST Bergamo Ovest che ci ha sempre supportato e accompagnato in questo percorso

Ai Colleghi Servizio di Infermieri di Famiglia e Comunità che con Noi hanno condiviso i meriti e i problemi dell'inizio progetto



### Riferimenti bibliografici

- DECRETO 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;
- Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)
- Riprogettare o cambiare un'organizzazione sanitaria significa ricercare e trovare un delicato equilibrio tra l'efficienza e l'efficacia del sistema e la sua equità (Baraldi et al., 2015)
- Un adeguato sistema di cure primarie è il mezzo ideale per il miglioramento globale della salute (Sen, AK & Rigamonti, 2005).



## Patient Relationship Management (PRM): una nuova modalità di comunicare con il paziente oncologico

Progetto sperimentale di ASST Bergamo Ovest in collaborazione con il Direttore della SC di Oncologia, Dott. Andrea Luciani e il suo staff, i Sistemi Informativi Aziendali e Hi.Tech S.p.A.

### Introduzione

Il **paziente fragile, cronico e complesso** richiede un'attenzione particolare, deve sentirsi seguito e tutelato anche al di fuori dell'Ospedale. Questa esigenza assorbe tempo e risorse di reparto.

Il **PRM (Patient Relationship Management)** è una soluzione innovativa progettata per creare un collegamento diretto tra i pazienti e il loro reparto di cura: questa soluzione fornisce al paziente un canale privilegiato pensato per ottimizzare la comunicazione e la gestione delle informazioni all'interno di un ambiente sanitario.

Attraverso il sistema di PRM, i pazienti avranno la possibilità di accedere a un portale online per connettersi con il proprio reparto.

### Paziente

Il sistema PRM consente ai pazienti di comunicare direttamente con i professionisti sanitari dell'Oncologia attraverso **messaggi sicuri e protetti**: potranno inviare domande, fornire aggiornamenti sul loro stato di salute e compilare questionari personalizzati che permettono di **aggiornare sul proprio stato di salute il personale del Reparto**.

Inoltre, il sistema di PRM fornirà anche **promemoria automatici via SMS ed e-mail** per le comunicazioni, gli appuntamenti, la richiesta di compilazione di questionari, permettendo al reparto di raccogliere velocemente informazioni dettagliate sullo stato di salute del proprio paziente e monitorare l'evoluzione della cura, concentrandosi sui casi più critici.

### Privacy

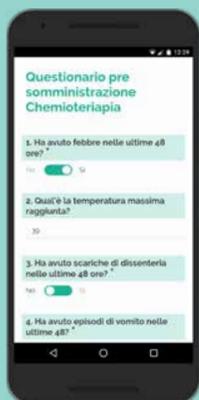
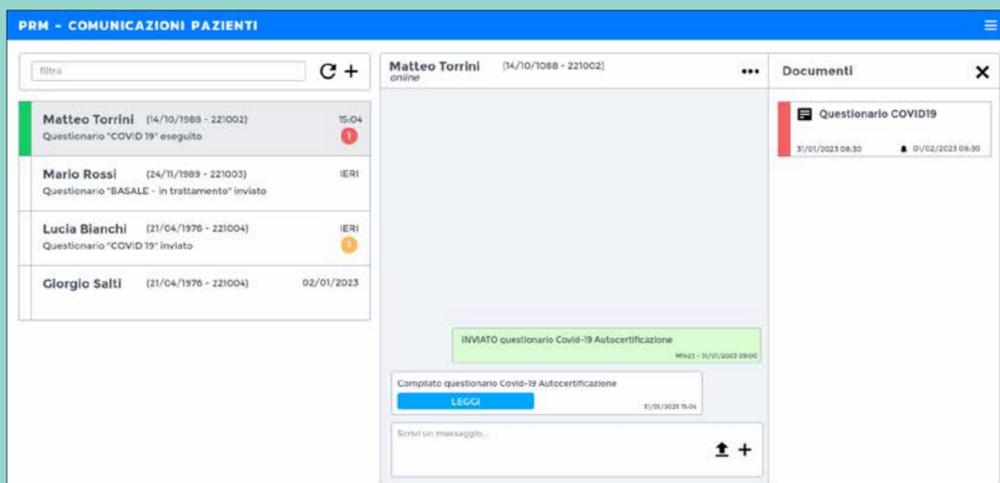
Il sistema è conforme con gli obblighi di cui al GDPR, fornendo al paziente un accesso anonimo e scambiando informazioni attraverso il protocollo HTTPS con crittografia end-to-end

### Cruscotto di reparto

Il PRM offre un **cruscotto di reparto** in grado di raccogliere tutte le comunicazioni ricevute dai propri pazienti, con cui poter gestire il paziente da remoto.

Questa soluzione è altamente personalizzabile per adattarsi alle esigenze specifiche di ogni reparto ed Ospedale, offrendo anche la possibilità di costruire una libreria di questionari specializzati per ogni stato di cura del paziente, che possono poi essere inviati all'occorrenza.

**Offre un'interfaccia intuitiva**, sicura e facile da usare per il personale sanitario, migliorando l'efficienza delle operazioni e ottimizzando la gestione delle cure.



### Arruolamento paziente

L'accesso del paziente al sistema PRM è concessa dal reparto che, con pochi semplici passaggi, lo attiva l'accesso, certificando i canali di notifica (SMS e/o e-mail) tramite l'invio di un token.

Il paziente, una volta arruolato, potrà essere abilitato a comunicare con uno, o più Reparti, tramite un'unica utenza ed una sola interfaccia.

### Evoluzioni

Estendere le funzionalità del paziente, aggiungendo la possibilità di ricevere prescrizioni, lo scaricamento referti, etc.

# POSTER gallery

## Approccio proattivo, promozione della salute e case management nella presa in carico di anziani e fragili: attività del Servizio Infermieri di Famiglia e di Comunità e delle Case di Comunità nell'ASST Papa Giovanni XXIII

Stasi MB<sup>1</sup>, Cesa S<sup>2</sup>, Casati M<sup>3</sup>, Marchetti D<sup>4</sup>, Ghilardi P<sup>5</sup>, Severgnini R<sup>6</sup>, Caldara C<sup>7</sup>



<sup>1</sup>Direttore Generale, ASST Papa Giovanni XXIII  
<sup>2</sup>Direttore Socio Sanitario f.f. e Direttore SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali  
<sup>3</sup>Direttore Distretto Valle Brembana, Valle Imagna e Villa d'Almé, ASST Papa Giovanni XXIII  
<sup>4</sup>Infermiere SS Progettazione e Sviluppo, SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII  
<sup>5</sup>Dirigente Dipartimento Materno Infantile e Pediatrico, SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII  
<sup>6</sup>Responsabile Ottimizzazione dei processi riabilitativi, SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII  
<sup>7</sup>Dirigente Processi Socio Assistenziali Territoriali, SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII

### Introduzione

In linea con la normativa e le indicazioni nazionali e regionali, l'ASST Papa Giovanni XXIII ha inaugurato nel novembre 2020 il Servizio Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC), per un totale attuale di 11 sedi distribuite sul territorio di afferenza. Dal 2022 sono state aperte anche 3 Case di Comunità (CdC), rispettivamente a Bergamo, Sant'Omobono Terme e Villa d'Almé, cui ne seguiranno altrettante nel prossimo futuro. L'approccio proattivo, la promozione della salute e il case management coincidono sia con le competenze degli IFeC (FNOPI, 2020) che con i cardini logici delle CdC (Ministero della Salute, 2022; Regione Lombardia, 2022). Le attività descritte si realizzano compiutamente in piena integrazione, raccordo e coordinamento con i Medici Specialisti, i Medici di Medicina Generale, gli Assistenti Sociali e gli altri professionisti. Obiettivo del presente lavoro è analizzare le attività sopra citate svoltesi nel contesto aziendale.

### Materiali e metodi

Si sono analizzate le attività dal 05/11/2020, data di apertura del Servizio IFeC, al 31/03/23.

### Risultati

Nel periodo analizzato sono stati promossi eventi di promozione della salute aperti alla collettività. Tra quelli destinati ad anziani e fragili, in particolare, si segnalano "Benessere e salute nella terza età. I benefici del movimento: per vivere bene il tempo che verrà", "Benessere e salute della donna. Star bene in menopausa" e "Conosciamo il gioco d'azzardo patologico" (Figura 1). Gli eventi, organizzati complessivamente otto volte da settembre 2022, hanno visto il coinvolgimento di più professionisti a seconda del tema: Medici Fisiatri, Fisioterapisti, Ostetriche, Psicologi, Educatori Professionali e Assistenti Sociali.

Figura 1 – Locandine degli eventi



L'approccio proattivo si è concretizzato, nelle CdC, anche con lo screening per il tumore della cervice uterina, come da indicazioni regionali.

In particolare gli IFeC hanno garantito attività di case management, declinate in valutazione, monitoraggio, relazione, educazione sanitaria e coordinamento, facilitazione e integrazione dei servizi a un totale di 1.357 persone.

Ad esse sono state garantite 35.275 attività come illustrato dalle Figure 2 e 3.

Figura 2 – Attività degli IFeC aggregate per categoria

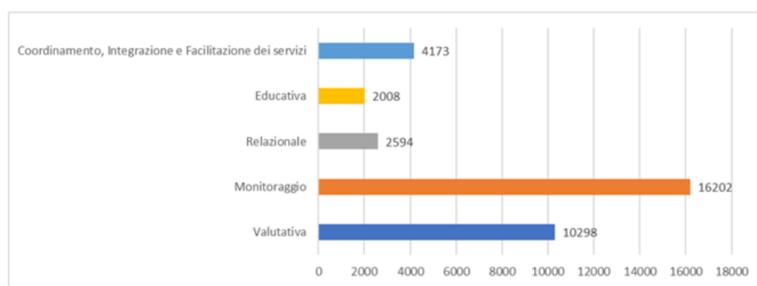
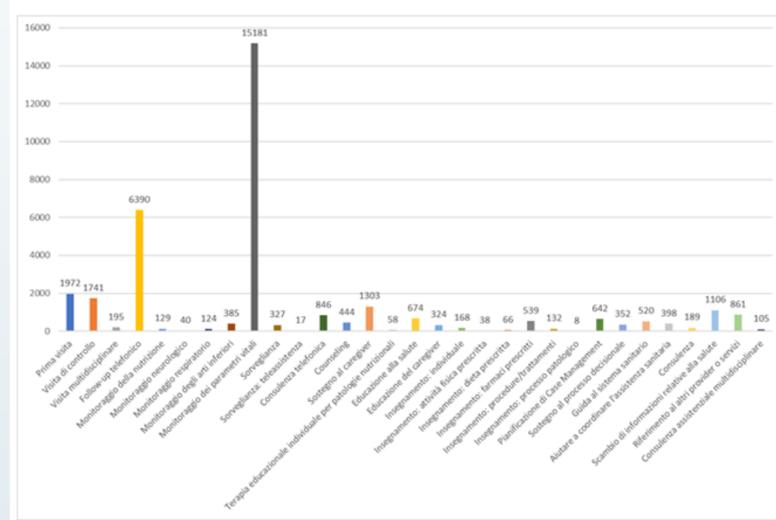


Figura 3 – Dettaglio delle attività erogate dagli IFeC



Tendenzialmente la maggior parte delle segnalazioni provengono da Medici di Assistenza Primaria (35%) e da Assistenti Sociali (21%) che si integrano fattivamente con gli IFeC anche nei Punto Unico di Accesso.

### Conclusioni

I risultati mostrano come approccio proattivo, promozione della salute e case management si realizzino pienamente quando prevedono il coinvolgimento di una diversificata offerta di servizi e attività e di un'équipe multiprofessionale, attraverso la partecipazione attiva delle persone anziane o fragili e dei loro caregiver. Solo così è possibile che le CdC diventino il luogo ove tendere a migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

### Bibliografia essenziale

- ASST Papa Giovanni XXIII (2020-oggi), *Progetto aziendale di attivazione del Servizio di Infermieri di Famiglia e Comunità presso l'ASST Papa Giovanni XXIII*
- FNOPI (2020), *Position statement l'infermiere di famiglia e di comunità*
- Ministero della Salute (2022), *Decreto n. 77*
- Regione Lombardia (2022), *Deliberazione N° XI / 6760*



# POSTER gallery

## LE MISSED NURSING CARE NELLE RSA DELLA PROVINCIA DI BERGAMO: STUDIO OSSERVAZIONALE CROSS-SECTIONAL



Gianluca Solitro: Presidente OPI Bergamo  
Andrea Poliani: membro Commissione Ricerca Opi Bergamo  
Simone Cosmai: Consigliere OPI Bergamo

### Abstract

**INTRODUZIONE:** Le Missed Nursing Care sono quegli errori che si verificano quando il personale infermieristico omette e/o posticipa alcuni interventi nell'assistenza agli assistiti. La ricerca su questi ultimi è largamente condotta nei setting ospedalieri ma la produzione letteraria negli ambienti non acuti è ancora scarsa. Lo scopo di questo studio è quello di indagare quale sia la prevalenza delle MNC riscontrate dagli infermieri che lavorano nelle RSA della provincia di Bergamo e le relative cause.

**METODI:** lo studio condotto è un Cross-Sectional. È stato svolto attraverso la somministrazione del questionario MISSCARE-Survey, agli infermieri in servizio nelle RSA della provincia di Bergamo nel periodo Novembre 2022 - Gennaio 2023. Gli infermieri partecipanti allo studio sono 61.

**RISULTATI:** le maggiori cure considerate omesse e/o ritardate sono state: la somministrazione della terapia entro trenta minuti dall'orario indicato (47,07%), la valutazione dell'efficacia della terapia farmacologica (39,38%), l'effettuazione delle pratiche igieniche ed il controllo della cute (35,00%) e la preparazione del piano di dimissione con coinvolgimento dell'assistito (35,09%). le cause preponderanti sono quelle appartenenti alla macroarea denominata "mancanza di personale" (58,82% rispetto al totale delle cause) ed in particolare al numero inadeguato di personale sanitario (74,58%), al numero inadeguato di personale di supporto/ausiliari, al numero non bilanciato di pazienti per infermiere (64,91%) ed al carico di lavoro eccessivo (66,1%).

**DISCUSSIONI:** Risulta importante non solo rilevare le MNC all'interno dei contesti residenziali e per anziani, ma anche monitorarle nel tempo, in quanto è riconosciuto come queste possano comportare serie conseguenze per le persone anziane, per la sicurezza delle cure e per la soddisfazione degli assistiti.

### Risultati

Sessantuno infermieri hanno espresso la volontà di partecipare allo studio compilando il consenso informato e rispondendo al questionario anonimo.

La maggior parte degli individui possedeva un'età compresa tra i 40 ed i 49 anni (46,7%), seguiti da individui con un'età superiore ai 50 anni (38,3%). La parte residua di campione è occupata da infermieri con un'età compresa tra i 30 ed i 39 anni (6,7%) e tra i 23 ed i 29 anni (8,3%). Il campione presentava un'esperienza clinica media di 22,45 anni (DS 9,71; mediana 25; IQR 11,5) di cui 7,68 (mediana 8,48; IQR 9) nell'attuale unità operativa (Tabella 1). Quaranta partecipanti (65,6%) possedevano, alla data di compilazione della survey, il diploma di infermiere; diciannove (31,1%) dichiaravano di possedere il titolo di laurea triennale (L) in Infermieristica e due (3,3%) di possedere il titolo di laurea magistrale (LM) in scienze infermieristiche ed ostetriche (Tabella 2).

TITOLO DI STUDIO	numero	percentuale (%)
Totale infermieri	61	100,00
Laurea triennale	40	65,57
Laurea magistrale	2	3,28
Diploma infermiere	19	31,15

TITOLOGIA DI MASTER DI I LIVELLO	numero	percentuale (%)
Management e tecniche di coordinamento delle professioni sanitarie	13	21,31
Cura infermiere	2	3,28
Formazione e aggiornamento professionale	4	6,56

(Tabella 1: Rappresentazione sociodemografica)

(Tabella 2: Titoli di studio)

Le maggiori cure considerate omesse e/o ritardate sono state: la somministrazione della terapia entro trenta minuti dall'orario indicato (47,07%), la valutazione dell'efficacia della terapia farmacologica (39,38%), l'effettuazione delle pratiche igieniche ed il controllo della cute (35,00%) e la preparazione del piano di dimissione con coinvolgimento dell'assistito (35,09%). Dai dati emersi emerge come le cause preponderanti siano quelle appartenenti alla macroarea denominata "mancanza di personale" (58,82% rispetto al totale delle cause) ed in particolare al numero inadeguato di personale sanitario (74,58%), al numero inadeguato di personale di supporto/ausiliari, al numero non bilanciato di pazienti per infermiere (64,91%) ed al carico di lavoro eccessivo (66,1%).

### Introduzione

Il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) afferma che le MNC siano da utilizzare come campanelli d'allarme per avvertire della mancanza di personale e conseguentemente come indicatori della qualità dei servizi assistenziali. L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bergamo si è impegnato a raccogliere i dati su attività omesse o ritardate in RSA a fronte del contesto attuale dei servizi territoriali caratterizzati da una sempre più richiesta da parte dei cittadini e una migrazione del personale infermieristico nelle strutture per acuti. Le condizioni di salute della popolazione anziana italiana sono rappresentate per il 32,3% (che sale al 47,7% tra gli over ottantacinquenni) da popolazione con gravi patologie croniche e multimorbidità, da 3,8 milioni di anziani con grave riduzione dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana e/o domestica e da un milione di anziani con bisogno di assistenza o ausili perché non autonomi nella cura della propria persona (ISTAT 2021). Parallelemente all'aumento delle persone con maggiori richieste di istituzionalizzazione si sta assistendo, sia a livello nazionale che internazionale, ad una riduzione del personale assistenziale (Global Health Workforce statistics database 2022). All'interno delle RSA il personale assistenziale è costretto a rendere prioritarie alcune attività quali la somministrazione della terapia farmacologica, somministrazione della nutrizione e a tralasciarne altre come la mobilitazione degli assistiti, cure igieniche e assistenza spirituale, emotiva e sociale. (Hendry and Walker 2004). Beatrice J. Kalisch nel 2006 che definì le MNC come "ripetute omissioni di cure, non occasionali o cure mancate in caso di emergenza o in una situazione non critica" (Kalisch 2006). Nei successivi anni, ulteriori definizioni sono state coniate anche per gli ambienti extraospedalieri di < cui si ricorda quella di Mangrum e colleghi del 2020 riguardante le nursing home (NH): "Le MNC nelle NH comprendono situazioni in cui l'assistenza clinica o non clinica non sia fornita ai residenti traducendosi in un monitoraggio o intervento aggiuntivo aumentando gli outcome negativi rispetto alla fisicità, all'emotività o all'integrità psicosociale" (R. Mangrum et al. 2020).

Lo scopo di indagare quali siano le MNC e le relative cause all'interno delle RSA nel panorama italiano ed internazionale si è deciso di condurre uno studio osservazionale con l'intento di indagare quale sia la prevalenza delle MNC riscontrate dagli infermieri che lavorano nelle RSA della provincia di Bergamo e le relative cause.

È stato strutturato un questionario composto da tre sezioni: la prima indagava aspetti demografici; la seconda indagava quale siano le MNC riscontrate dagli infermieri che lavorano nelle RSA della provincia di Bergamo e le relative cause attraverso l'utilizzo dello strumento validato in italiano MISSCARE Survey Tool (Sist et al. 2017); la terza è una domanda aperta per dare la possibilità al partecipante un contributo narrativo sulla tematica. L'arruolamento dei partecipanti allo studio è stato possibile attraverso un campionamento probabilistico di convenienza.

La distribuzione al personale infermieristico del link di accesso alla survey è stata effettuata dal dirigente delle singole residenze socio-assistenziali ottenendo il permesso da parte dello stesso. Il contatto con il dirigente delle singole RSA è stato realizzato utilizzando una e-mail ufficiale da parte dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di Bergamo.

### Conclusioni

I risultati del presente studio coincidono con le cure omesse e/o ritardate sia sul panorama nazionale che europeo. Le Missed Nursing care considerate di maggior riscontro nelle RSA della provincia di Bergamo risultano in linea con quelle citate nella Scoping Review effettuata da Andersson e colleghi nel 2021. Le maggiori cause di MNC individuate dal presente studio risultano coerenti con la letteratura nazionale ed internazionale. Infatti, in linea anche con l'attuale contesto italiano ed internazionale attualmente caratterizzato dalla mancanza di personale infermieristico (EpiCentro 2022) rimangono la mancanza di personale assistenziale e di supporto ed il carico lavorativo come riportano anche da Sworn e Booth nel 2020 e Kalánková e colleghi nel 2020.

La popolazione precisa di infermieri in servizio nelle RSA bergamasche non è un dato certo. Altresì il campione dello studio, essendo caratterizzato da un numero ridotto di partecipanti, sembrerebbe comunque non riflettere la popolazione di infermieri che lavora all'interno delle RSA bergamasche: per questo motivo i risultati non possono essere generalizzabili. La scala utilizzata per il seguente studio, come già riportato nei metodi, risulta essere la validazione in lingua italiana della MISSCARE Survey strutturata per valutare la presenza delle MNC nei contesti per acuti. Estendere un monitoraggio delle cure mancate a setting rappresentativi dell'intero territorio nazionale consentirebbe da un lato di avere dati generalizzabili e, dall'altro, di disporre un set di dati utili per meglio comprendere i meccanismi di "prioritizzazione" messi in atto di fronte all'ineludibile necessità di posticipare od omettere un'attività assistenziale (Sist et al. 2017).

### Bibliografia

- Andersson I, Bååth C, Nilsson J, Eklund A.J. 2022. A scoping review-Missed nursing care in community healthcare contexts and how it is measured. Nurs Open. Jul;9(4):1943-1966. doi: 10.1002/nop.2945.
- Hendry C, Walker A. 2004. Priority setting in clinical nursing practice: literature review. J Adv Nurs. 47(4):427-436. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03120.x.
- ISTAT. 2022. Rapporto Annuale 2022 - La situazione del paese.
- Kalánková D, Ziačková K, Kuručová R. 2019. Approaches to understanding the phenomenon of missed/rationed/unfinished care – a literature review. Central European Journal of Nursing and Midwifery. 10:1005-1016. doi:10.15452/CEJNM.2019.10.0007.
- Kalisch BJ. 2006. Missed nursing care: a qualitative study. J Nurs Care Qual. 21(4):306-313; quiz 314-315. doi:10.1097/00001786-200610000-00006.
- Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. 2009. Missed nursing care: a concept analysis. J Adv Nurs. 65(7):1509-1517. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x.
- Mangrum R, Stewart MD, Gifford DR, Harris Y, Ogletree AM, Bergofsky L, Perfetto D. 2020. Omissions of Care in Nursing Homes: A Uniform Definition for Research and Quality Improvement. J Am Med Dir Assoc. 21(11):1587-1591.e2. doi:10.1016/j.jamda.2020.08.016.
- Sist L, Contini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, Maricchio R, Giansini G, Bassi E, Tartaglino D, et al. 2017. [MISSCARE Survey - Italian Version: findings from an Italian validation study]. Ig Sanita Pubbl. 73(1):29-45.
- Sworn K, Booth A. 2020. A systematic review of the impact of 'missed care' in primary, community and nursing home settings. J Nurs Manage. 28(8):1805-1829. doi:10.1111/jonm.12969.



# POSTER gallery

## GESTIONE DELLA CRONICITA'

Promozione della salute, interventi motivazionali e medicina territoriale.

Una proposta di *Budget Impact Analysis*

Biagio Tinghino (ASST Brianza), Tudor Draghici (ASST Pini-CTO), Elena Madonini (ASST Santi Paolo e Carlo), Elena Tettamanzi (ATS Insubria)  
Contatti: biagio.tinghino@asst-brianza.it

### Introduzione

#### CRONICITA' E COSTI SANITARI

Le proiezioni indicano che tra 10 anni, nel 2028, il numero di malati cronici salirà a 25 milioni, mentre i multi-cronici saranno 14 milioni. Di Seguito si espongono i costi attuali per patologie croniche/anno sul territorio (farmaci, visite specialistiche, accertamenti)

- Scompenso cardiaco congestizio: €1.500
- Malattie ischemiche del cuore: circa €1.400 annui
- Diabete di tipo 2: €1.300
- Osteoporosi: circa €900 annui
- Ipertensione: €864

#### LA MORBILITA' EVITABILE, I FATTORI MODIFICABILI

A fronte di uno scenario tanto preoccupante, va ricordato che molti fattori di rischio sono modificabili. Esempi sono costituiti l'aderenza terapeutica, il sovrappeso/obesità, l'alimentazione, il fumo di tabacco, i livelli di attività fisica, solo per fare gli esempi principali. Si tratta però di cambiamenti in cui la motivazione, l'engagement e altri parametri comportamentali giocano un ruolo fondamentale. La recente riforma della medicina territoriale, come indicata nel Piano Nazionale Cronicità e declinata del DM 77 (e seguente normativa regionale) può peraltro costituire una importante opportunità. L'istituzione di nuove figure professionali (es. Infermieri di Famiglia e di Comunità), nuove offerte di cure intermedie (Case di Comunità, Ospedali di Comunità), forme organizzative dei MMG, l'istituzione dei Distretti, offrono importanti occasioni per la soluzione dei problemi esaminati.

### Metodologia

La metodologia proposta è quella di interventi di counseling, articolato su più livelli e all'interno di un modello di sistema "cascata", che aggancia il paziente in modo breve e lo arruola, infine, alla partecipazione di gruppi motivazionali. La prima fase parte col *Counseling Motivazionale breve (CMB)* effettuato in tutti i setting sanitari (**I step, durata 1-2 minuti**), continua con un intervento di *Counseling Individuale (CI)* (**durata 15-20 minuti**). In questo modo è possibile arruolare e motivare i pazienti cronici a partecipare ad interventi educazionali di gruppo svolto con approccio motivazionale (**III step, durata. 5-8 incontri di 90 minuti per circa 8-12 pazienti**)

Il counseling motivazionale è un approccio tecnico, validato, basato sulla teoria di Miller e Rollnick (*Motivational Interview*) e sull'approccio di Carl Rogers. Una formazione efficace, già sperimentata, prevede moduli così organizzati:

- Counseling Motivazionale Breve: 4-7 ore
- Counseling Individuale: 14 ore
- Counseling di gruppo (educazione con approccio motivazionale): 14-21 ore

### BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Elaborazioni su dati Lombardia - Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018 - Ed. Regione Lombardia. 2 Si tratta di dati raccolti nell'ambito del Progetto Health Search della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)
- Global Burden of Disease Study 2010. GBD Profile: Italy. Available: [http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country\\_profiles/GBD/ihme\\_gbd\\_countr\\_report\\_italy.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_countr_report_italy.pdf) Accessed 2014 September 13. [Ref list]
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003. [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_introduction.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf). (7 January 2016). [Google Scholar]
- Ali, S., Godfrey, C. A., & Parrott, S. (2011). *Economic model of adult smoking related costs and consequences for England*. Public Health Research Consortium. [http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC\\_A4-06\\_Final\\_Report.pdf](http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC_A4-06_Final_Report.pdf)
- Moretti R., Tinghino B., Cremaschini M., Cereda D., Anghinoni E., Ceresa P., Salaroli R., Talassi F., Aimi F., Silvestri MG, Maurizio G, Bonfanti M., Coppola L., Zerbi L., Gramegna M., Pirola ME. Counseling breve per disassuefazione dal fumo di sigaretta nel setting degli screening oncologici (mammografico), RCT in regione Lombardia. *Tabaccologia* 1-2/2012. [http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/1-2\\_2012/1312-2012.pdf](http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/1-2_2012/1312-2012.pdf)
- Codie R Rouleau, Kathryn M King-Shier, Lianne M Tomfohr-Madsen, Simon L Bacon, Sandeep Aggarwal, Ross Arena, Tavis S Campbell. The evaluation of a brief motivational intervention to promote intention to participate in cardiac rehabilitation: A randomized controlled trial *Patient Educ Couns*. 2018 Nov;101(11):1914-1923. doi: 10.1016/j.pec.2018.06.015. Epub 2018 Jun 26.
- Anjana Mohan, Zahra Majid, Michael L Johnson, Ekere J Essien, Jamie Barner<sup>2</sup>, Omar Serna, Esteban Gallardo, Marc L Fleming, Nancy Ordóñez, Marcia M Holstad<sup>3</sup>, Susan M Abughosh<sup>4</sup>. A Motivational Interviewing Intervention to Improve Adherence to ACEIs/ARBs among Nonadherent Older Adults with Comorbid Hypertension and Diabetes Drugs Aging. 2023 Apr;40(4):377-390. doi: 10.1007/s40266-023-01008-6. Epub 2023 Feb 27.
- Pantaleo Giannuzzi, et al. GOSPEL Investigators. Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction Results of the GOSPEL Study, a Multicenter, Randomized Controlled Trial From the Italian Cardiac Rehabilitation Network *Arch Intern Med*. 2008;168(20):2194-2204. doi:10.1001/archinte.168.20.2194

### Risultati

Di seguito si espongono i risultati attesi, basati su dati di letteratura e ipotizzati nel contesto territoriale italiano, utilizzando gli strumenti della riforma del DM 77. La valutazione, basata sull'Health Technology Assessment (HTA), intende misurare l'impatto di un modello comportamentale fondato sul counseling nella riduzione dei costi sanitari e nel miglioramento della qualità di vita. Il modello è ispirato ai principi dell'*Outcomes Research*, che studia gli esiti soggettivi ed oggettivi degli interventi sanitari, con particolare riferimento agli aspetti di efficacia del modello percepiti dal paziente e soggettivamente giudicati più importanti (*patient-oriented analysis*). L'analisi di maggior interesse è la *Budget Impact Analysis (BIA)*, attualmente più utile per i policy maker, visto l'aumento della spesa sanitaria e il trend crescente di patologie croniche.

#### Efficacia dell'approccio motivazionale nei fattori di rischio per malattie croniche

	No intervento (= Usual Care)	Counseling (Individuale/multistep)
Cessazione dal fumo (% di cessazioni a 12 mesi)	1-3%	13-46%
Aderenza terapia antipertensiva (post IMA)	1	+46%
Riduzione rischio mortalità totale (post IMA)	1	- 48%
Ospedalizzazione per scompenso CC (post IMA)	1	-28%
Attività fisica regolare	1	+41%
Riduzione grassi saturi dieta	1	+54%
Consumo di porzioni di frutta/verdura	1	+24%

### Conclusioni

La Promozione della Salute, l'implementazione dell'aderenza terapeutica basati su un efficace *engagement* e gestiti attraverso percorsi motivazionali ben strutturati (dal counseling breve ai gruppi educazionali) costituiscono strategie capaci di avere un grande impatto sui costi sanitari.

Dai dati disponibili si ritiene che questo approccio è costo/efficace, è *patient oriented*, è implementabile ed è coerente con gli orientamenti del DM77



## UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO NELLA CURA DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE: L'AMBULATORIO INFERMIERISTICO DI NEFROLOGIA

C. Aldrigo; M. Ippolito; M. Cozzolino; SC Nefrologia - ASST Santi Paolo e Carlo, Milano

### Abstract

Con il "Documento di indirizzo per la Malattia Renale Cronica" (2014) la L.R. 23/2015 e la DGR XX/2017 si ha un'evoluzione nella presa in carico del paziente nefropatico, al fine di migliorare la qualità della prestazione sanitaria, ottimizzando l'impiego delle risorse. Il progetto, avviato l'aprile 2021, vuole superare la visione classica della malattia cronica, introducendo concetti ed elementi strategici nella presa in carico del paziente nefropatico utilizzando, come valore aggiunto, le competenze dell'infermiere esperto di nefrologia e dialisi con master in infermiere di famiglia e comunità. Nella fase operativa sono state utilizzate scale di valutazione per indagare le diverse dimensioni della fragilità, creando un nuovo modello organizzativo per far crescere una rete assistenziale nel contesto di famiglia e di comunità.

### Introduction

Il registro lombardo di dialisi e trapianti certifica un incremento costante (+ 3,8% su base annua) di pazienti uremici, la cui età media è di 67 anni, il 50% dei nuovi ingressi presenta un'età superiore ai 70 anni. La fragilità del soggetto con patologia cronica è definita come uno stato di maggior suscettibilità ai fattori di stress. L'aumento delle patologie renali in età avanzata determina una maggior frequenza di comorbidità, con conseguente aumento dei bisogni assistenziali. La presa in carico precoce del soggetto fragile pluripatologico diventa fondamentale per rendere consapevole l'utente del suo stato di salute e del progredire della malattia cronica e per prevenire le eventuali complicanze. Creare un'integrazione tra ospedale e territorio è elemento indispensabile per garantire una continuità assistenziale e ridurre gli accessi impropri alle cure ospedaliere. La proposta di attivare un ambulatorio infermieristico di nefrologia nasce dall'esigenza di rispondere in modo puntuale alle criticità rilevate nell'attuale contesto assistenziale.



### Acknowledgements

Add your information, graphs and images to this section.

### Methodology

L'assessment dei pazienti ha utilizzato:

- Il QUESTIONARIO Q9 SUNFRAIL, che attiva un alert sulle diverse dimensioni della fragilità, in modo da poter sollecitare un intervento specifico utilizzando le risorse del paziente e i servizi sociali e territoriali;
- La scala MORISKY, che valuta l'aderenza terapeutica, argomento di colloquio, con il paziente per aumentarne la compliance;
- L'aderenza alla dieta quale elemento terapeutico nell'IRC. Gli indicatori valutati:
  - Numero pazienti transitati per gravità da un ambulatorio all'altro; > 10%
  - Numero pazienti immessi in terapia sostitutiva; 45 emodialisi 11 peritoneale
  - Numero pazienti immessi in dialisi peritoneale, rispetto al numero dell'anno precedente; > 50%
  - Diminuzione ricoveri per eventi acuti nei pazienti seguiti dall'ambulatorio > 30%



### Conclusion

Secondo l'analisi comparata il modello di presa in carico precoce si sta rivelando migliorativo

I colloqui e le relative scale di valutazione hanno permesso una scelta condivisa di trattamento con i pazienti e care giver, dove presente, entrambi consapevoli dei limiti e delle opportunità terapeutiche.

Il monitoraggio attraverso i colloqui ha permesso di modulare il percorso costruendo una rete di professionisti in grado di intervenire al fine di evitare l'evento acuto o richieste di prestazioni inutili

Il risultato è incoraggiante in considerazione del fatto che lo studio ha esaminato la performance a distanza di solo un anno dalla presa in carico degli assistiti.

Sistema Socio Sanitario

## VALUTAZIONE DOMICILIARE DEGLI UTENTI FRAGILI ULTRASESSANTACINQUENNI QUALE MISURA DI PREVENZIONE E SVILUPPO DELLA PRESA IN CARICO GLOBALE SUL TERRITORIO

P. Bacchetta, B. Pinna, K. Albo, S. Boncinelli, A. Pepe, S. Scarioni, C. D. Mariani, N. Aprigliano, G. Cattaneo -  
SC Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitaria - SC Distretti 5 6 7 Milano - ASST Santi Paolo e Carlo

### Abstract

Presso la ASST Santi Paolo e Carlo, partendo dall'esperienza distrettuale mutuata nell'ambito delle vaccinazioni domiciliari COVID del 2021, è stata attivata una funzione di valutazione e monitoraggio domiciliare da parte degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) presenti nelle Case di Comunità (CdC).

È stata identificata una sotto-popolazione di pazienti con profilo di fragilità, individuato nella fornitura di presidi-ausili di protesica maggiore, residenti nei Distretti 5-6-7. I referenti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) hanno coinvolto i medici sul territorio (MMG) ed è stato definito e condiviso il protocollo organizzativo e operativo, che vede coinvolti lo staff dei Distretti, la Centrale Operativa Territoriale (COT) e gli IFeC presenti nelle CdC.

### Introduction

La programmazione degli accessi è effettuata dagli IFeC della COT che contattano i care giver e programmano le agende, registrando l'attività su report predisposto ad hoc.

La valutazione a domicilio ha l'obiettivo di individuare precocemente situazioni di criticità sanitarie o socioassistenziali.

L'IFeC esplora i seguenti domini con i relativi strumenti:

- COMPLESSITÀ del BISOGNO (Scala TRIAGE)
- BISOGNI DI BASE (Scala ADL-IADL)
- INTEGRITÀ CUTANEA (Scala Di Braden)
- ADERENZA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA (Scala Di Morisky)

Viene inoltre rilevata la possibilità di successive sessioni di tele visite e tele monitoraggio, registrando la disponibilità di dispositivi, rete WF e care giver a supporto. L'attività svolta è registrata su SGDT (Sistema di Gestione Digitale del Territorio) e condivisa con il MMG, per le eventuali attività assistenziali necessarie.



### Methodology

È stata utilizzata l'anagrafica della popolazione residente presso i Municipi 5, 6 e 7 di Milano (over 65, registrati come residenti su SIAVR Sistema Informativo Anagrafe Vaccinale Regionale), individuando la sotto-popolazione di 1308 assistiti, inserita negli elenchi delle forniture di protesica (ASSISTANT-RL), senza altri servizi domiciliari attivi (ADI-ADP-ADEM), georeferenziata tramite Google Maps.

È stata inviata informativa ai responsabili AFT dei tre Distretti da parte dei Direttori di Distretto, con indicazioni relative all'attività svolta e alle tempistiche di avvio, ed è stata inviata comunicazione ai Medici di Medicina Generale (MMG) coinvolti (44 MMG, con almeno 10 assistiti interessati), cui è stato trasmesso l'elenco degli utenti per raccogliere le indicazioni preventive alla visita.



### Conclusion

In linea con il PNRR e il DM 77, il percorso valorizza le attività sociosanitarie e assistenziali di prossimità per la presa in carico proattiva e personalizzata della popolazione sul territorio. Un ruolo chiave in questo processo è dato dalla sinergia MMG/IFeC nelle CdC dei Distretti.

### Acknowledgements

Add your information, graphs and images to this section.

Sistema Socio Sanitario

# POSTER gallery

## “PNRR MISSIONE 6 innovazione tecnologica: Analisi del Medication Management Platform nelle strutture socio sanitarie “

Dott.ssa Antonioli Sonia (infermiera Fondazione socio Sanitaria Carettoni Ponte di Legno)  
Dott. Paolo Boldini (infermiere esperto in area organizzativa)

### Abstract

La continua evoluzione della tecnologia e dell'informatica, ha permesso notevoli progressi anche nelle scienze mediche, ricoprendo così un ruolo sempre più importante, determinando una necessaria implementazione di queste tecnologie (TI tecnologie informatizzate) anche in ambito sanitario, al fine di facilitare e rendere più sicure le attività svolte dai diversi operatori.

L'investimento nella tecnologia informatizzata in ambito sanitario trova campo d'applicazione attraverso la cartella clinica informatizzata, la prescrizione informatizzata, armadi informatizzati, carrelli intelligenti, tecnologia con codice a barre, tecnologia. Questo studio ha analizzato il carrello intelligente Automated Trolley del Medication Management platform della ditta Antares Group.

### Introduction

Le RSA sono definite come: “strutture residenziali extra ospedaliere finalizzate a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie e di recupero e trattamenti riabilitativi ad anziani ed altri soggetti in condizioni di non autosufficienza fisica e psichica, che non sono più in grado di rimanere al proprio domicilio, a causa della loro condizione di salute e della mancanza di autonomia”. All'interno di queste strutture gli infermieri hanno la necessità di somministrare moltissimi farmaci.

Troppo spesso vengono commessi errori nella somministrazione dei farmaci, che possono portare a reazioni avverse al farmaco. Un sistema automatizzato di gestione dei farmaci è essenziale per creare un processo e una soluzione su misura per ogni struttura: per evitare errori e aumentare la sicurezza del paziente. Una gestione completa dei farmaci migliora il modo in cui lavorano gli infermieri e gli operatori sanitari, garantendo al contempo la sicurezza dei pazienti. Inoltre, il sistema aiuta a tenere traccia di tutti i costi e può persino ridurli grazie a processi automatizzati. Con la somministrazione automatica dei farmaci, gli infermieri risparmiano molto tempo eliminando i passaggi manuali.

### Methodology

E' stato analizzato il processo di preparazione e somministrazione della terapia nella Casa di riposo “Carettoni di Ponte di Legno” dove vi sono 4 nuclei con 82 ospiti 41 in regime di accreditamento e 41 in regime di sollievo. In particolare ci si è concentrati sulla terapia delle ore 8 di un nucleo di 20 ospiti di cui 11 sono in regime di sollievo. La preparazione e la somministrazione della terapia viene eseguita al momento del giusto orario di somministrazione, con l'ospite vicino e mai anticipatamente per evitare possibili errori in tale procedura. Sono stati cronometrati i tempi di preparazione della terapia in quattro giorni differenti ed è stato calcolato il tempo medio ponderato.

Successivamente è stato calcolato il tempo di preparazione della terapia utilizzando il processo automatizzato della Medication Management Platform.

La multinazionale che ha ideato il prototipo ha permesso di poter svolgere nella loro sede un test sperimentale con il Medication Management platform e in particolare con l'utilizzo sperimentale del carrello Automated

### Results

I risultati di tali studi concordano nel dimostrare che la terapia automatizzata è uno strumento efficace nella riduzione in generale degli errori di terapia in ambito sanitario, aumentando di conseguenza la sicurezza per le persone assistite.

Inoltre, gli studi hanno dimostrato che lo strumento può ridurre gli errori in fase di preparazione e di somministrazione, di competenza infermieristica.

Il Risk Management consente di affrontare il tema dell'errore da un punto di vista più ampio: gli errori non sono causati dal singolo individuo ma da un malfunzionamento del sistema.



### Conclusion

È fondamentale che gli infermieri adottino modelli teorici di riferimento per garantire una migliore pratica assistenziale. Per questo, gli strumenti tecnologici devono essere standardizzati e adattati secondo il modello di riferimento delle strutture in cui lo introducono. È importante sottolineare che anche la tecnologia più avanzata non è destinata a sostituire la professionalità dell'Infermiere e degli altri componenti del team multidisciplinare, ma deve essere intesa come un aiuto per il professionista. La tecnologia deve diventare parte integrante di un sistema più complesso basato sulla cultura della sicurezza e sulla competenza degli operatori sanitari.

### Acknowledgements

Fondazione Monsignor Giacomo Carettoni O.N.L.U.S. Ponte di Legno ( Brescia)

