

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

# POSTER *gallery*

---

ONLINE

**POSTER**

Area Lombardia

## Monitoraggio degli indicatori della Centrale NEA 116117 in Regione Lombardia.

Fabrizio Polverini, Marco Ghidini, Simone Baratto, Raffaele Di Mauro, Michele Pirovano.  
Direzione Aziendale delle professioni sanitarie e sociosanitarie, Agenzia Regionale Emergenza Urgenza.

### Introduction

Il numero telefonico 116117 è il numero europeo armonizzato (NEA) per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura. Il D.M. 77/2022 definisce le funzioni delle centrali NEA 116117. La Regione Lombardia ha assegnato il NEA tramite la Legge Regionale n. 23 del 2015 e con successivi e specifici provvedimenti, all'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU).  
L'attivazione del NEA in Regione Lombardia (RL) si è completata il 20 luglio 2020 con un bacino di utenza di oltre 10 milioni di persone. La centrale operativa NEA è unica ed è ubicata a Milano, divenendo di fatto una porta d'accesso telefonica per il cittadino che ha bisogno di prestazioni e informazioni a bassa intensità/priorità di cura.

### Methodology

AGENAS ha proposto alcuni indicatori di riferimento per il monitoraggio del servizio. A questi si aggiungono le linee di indirizzo definite nella Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 24/11/2016.

Indicatori:

1. Numero accessi al 116117;
2. Trasferimenti alla Continuità Assistenziale;
3. Numero di richieste di modalità di accesso per prestazioni e/o consigli medici e/o sanitari pervenute dai non residenti;
4. Numero di richieste di accesso al MMG/PLS pervenute dai residenti nella Regione/PA;
5. Numero trasferimenti al 118;
6. Tempi di risposta del servizio 116117.

Gli autori hanno interrogato la letteratura di riferimento (Tab. 1,2) e i siti delle Regioni in cui il 116117 è attivo. Nonostante la normativa europea del 2009 relativa all'attivazione del servizio 116117, attualmente non sono presenti studi esaustivi.

Database	Keyword/Mesh
PUBMED	"Emergency Medical Dispatch"[Mesh]
PUBMED	"Interview" [Publication Type]
PUBMED	"Emergency Medical Dispatcher"[Mesh]
PUBMED	116 117 (campo libero)
PUBMED	116117 (campo libero)
TRIPDATABASE	Emergency Medical Dispatch
TRIPDATABASE	Emergency Medical Dispatcher
TRIPDATABASE	116117

Tabella 1: Key terms.

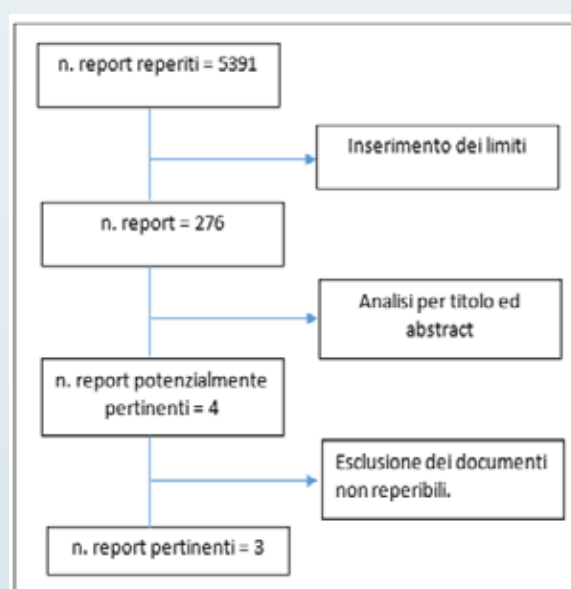


Tabella 2: Analisi dei documenti

### Results

Di seguito i dati relativi agli indicatori:

**Indicatore 1 e 2:** Nel 2021, in Regione, il NEA ha gestito 1.415.590 chiamate.

**Indicatore 3:** Meno del 1% delle richieste sono pervenute da cittadini non residenti in RL.

**Indicatore 4:** Il 99% delle richieste sono pervenute da cittadini RL.

**Indicatore 5:** Se il cittadino ha un problema potenzialmente urgente o evolutivo, la chiamata viene indirizzata alla Centrale per l'Emergenza Sanitaria 118 di competenza. In media il 2% delle chiamate.

**Indicatore 6:** il tempo di risposta al cittadino è mediamente inferiore ai 3 minuti, arrivando a gestire la chiamata nel 90% dei casi entro i 6 minuti (Fig. 1).

TEMPO ATTESA				TEMPO PROCESSO			
Media	Mediana	75%	90%	Media	Mediana	75%	90%
179"	67"	238"	489"	158"	146"	186"	238"

Fig. 1: tempi

### Conclusion

Nonostante la normativa europea del 2009 relativa all'attivazione del servizio NEA 116117, attualmente non sono presenti studi esaustivi circa l'organizzazione di tale servizio nei vari Paesi dell'Unione Europea.

Indubbiamente l'integrazione di una piattaforma tecnologia e la condivisione processi trasversali tra le centrali 116117 e le centrali deputate alla gestione delle emergenze (NUE 112, 118) ha creato sistemi sinergici finalizzati all'efficientamento della risposta al bisogno di salute del cittadino.

In letteratura non ha fornito risultati per il confronto degli indicatori osservati in RL. Gli autori ritengono opportune ulteriori indagini al fine di poter confrontare il modello posto in essere da AREU con altre realtà e i relativi indicatori descritti. Inoltre sarà opportuno validare uno strumento a supporto dell'intervista effettuata dall'Operatore Tecnico.

### Bibliography

- Torlén K, et al. Emergency medical dispatchers' experiences of managing emergency calls: a qualitative interview study. *BMJ Open* 2022; 12: 4.
- Turner J, et al. Impact of NHS 111 Online on the NHS 111 telephone service and urgent care system: a mixed-methods study. *NIHR Journals Library* 2021; Nov.
- Lehm KK, Andersen MS, Ridderuold IS. Non-urgent Emergency Callers: Characteristics and Prognosis. *Prehosp Emerg Care* 2017; 21:2.
- Quaderno di Monitor 2022 Supplemento alla rivista semestrale Monitor. AGENAS. Codice ISSN 2282-5975.

## LA TELERIABILITAZIONE ENTRA NELLE CASE DEI PAZIENTI per accedere alla "palestra virtuale" basta un tablet



### COS'È

Un percorso riabilitativo online per il mantenimento delle abilità motorie necessarie alle attività quotidiane, da eseguire nel comfort della propria casa con o senza l'aiuto del caregiver.

Un nuovo modo di entrare in contatto con la persona e di concepire la riabilitazione al domicilio.

### DESTINATARI

A chi ha difficoltà a spostarsi dal domicilio ma desidera mantenersi attivo per preservare autonomia e benessere. Nella fase iniziale, il progetto ha coinvolto persone con più 65 anni e patologie croniche, in un quadro di stabilità clinica e in possesso delle abilità cognitive necessarie a muoversi in autonomia nell'ambiente domestico.

### IL PERCORSO

L'attivazione inizia con un primo colloquio telefonico con il paziente, il suo caregiver e il medico di medicina generale. Le sedute a domicilio sono previste due volte a settimana per un mese. I pazienti potranno sempre contare sull'assistenza dell'operatore di riferimento che - oltre ad impostare la terapia riabilitativa - si occuperà di monitorare anche le fasi successive.



450 visualizzazioni



### GLI STRUMENTI

I contenuti multimediali sono accessibili on demand tramite l'applicazione dedicata e installata sul tablet

### L'ASSISTENZA

Oltre ad affiancare l'intero percorso, il fisioterapista valuta in itinere l'andamento del programma.

### I PROMOTORI

Il progetto è a cura della della Struttura Complessa Servizi per la Domiciliarità e della Struttura



## Utilizzo dell'intelligenza artificiale (IA) nel predire l'outcome clinico in pazienti con polmonite severa da COVID-19 trattati con anakinra o tocilizumab durante la prima ondata pandemica presso l'ASST di Lecco.

S. Piconi<sup>a</sup>; S. Pontiggia<sup>a</sup>; A. Pandolfo<sup>a</sup>; C. Molteni<sup>a</sup>; L. Bradanini<sup>a</sup>; V. Morena<sup>a</sup>; F. Conti<sup>a</sup>; F. Branda<sup>b</sup>; D. Tosi<sup>c</sup>

<sup>a</sup> S.C. Malattie Infettive, A. Manzoni, Lecco (LC), Italia

<sup>b</sup> Università della Calabria, Rende (CS), Italia

<sup>c</sup> Università dell'Insubria, Varese (VA), Italia

### Background

Un aspetto importante emerso durante la pandemia da SARS-CoV-2 è rappresentato dalla necessità sempre più stringente di costruire modelli statistici predittivi utili non solo a supportare i medici nelle decisioni cliniche, ma soprattutto il Sistema Sanitario Nazionale nella pianificazione di politiche sanitarie efficaci nella gestione e nel contenimento di questa nuova malattia infettiva. In questo studio abbiamo valutato la validità di modelli statistici nel determinare il rischio di infezioni o morte nei pazienti con COVID-19 trattati con anakinra o tocilizumab.

### Materiali e Metodi

È stata condotta un'analisi retrospettiva che ha incluso tutti i pazienti ricoverati con diagnosi di polmonite severa da COVID-19 durante la prima ondata della pandemia (1 marzo-15 maggio 2020) e che hanno ricevuto trattamento off-label con anakinra o tocilizumab. I criteri di inclusione erano: positività del tampone nasofaringeo per SARS-CoV-2, polmonite bilaterale, febbre, livelli alterati degli indici di flogosi (proteina C-reattiva [PCR]  $\geq 10,0$  mg/dL o ferritina  $\geq 900$  ng/mL) e funzione respiratoria deteriorata ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$  mmHg). Sulla base dei dati raccolti, sono stati implementati modelli predittivi con l'IA finalizzati a valutare il rischio di morte o infezione secondaria nei pazienti trattati attraverso l'elaborazione della seguente funzione:

$$f(z) = \frac{1}{1 + e^{-(model)}}$$

Al fine di fornire una valutazione quantitativa delle prestazioni dei modelli e della loro efficacia nel fare previsioni, è stato calcolato: (1) il coefficiente di determinazione, più comunemente R-quadro ( $R^2$ ), che misura il legame tra la variabilità dei dati e la correttezza del modello statistico utilizzato (es: se  $R^2 = 0,50$ , circa la metà della variazione può essere spiegata dagli input del modello) e (2) l'errore quadratico medio (MSE), che misura la quantità di errore nei modelli statistici.

Tabella 1. Caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti trattati con anakinra o tocilizumab.

	Overall N = 110	Anakinra N = 71	Tocilizumab N = 39	p-value
<b>Caratteristiche demografiche</b>				
Maschi, mediana (%)	71.8 (79)	73.2 (52)	69.2 (27)	0.82
Età, mediana (IQR)	65 (59-71)	65 (59-71.6)	65.7 (60.7-71)	0.96
<b>Comorbidità, n (%)</b>				
Iperensione	52 (47.2)	36 (50.7)	16 (41)	0.44
Cardiopatia	11 (10)	6 (8.5)	5 (12.8)	0.51
BPCO	8 (7.2)	6 (8.5)	2 (5.1)	0.71
Diabete	10 (9)	6 (8.5)	4 (10.3)	0.74
Insufficienza renale cronica	5 (4.5)	3 (4.2)	2 (5.1)	1
Tumore	5 (4.5)	5 (7)	0 (0)	0.16
BMI > 25 kg/m <sup>2</sup>	32 (29.1)	28 (39.4)	4 (10.3)	0.001*
CCI	3 (2-4)	3 (2-4)	3 (3-4)	0.69
<b>Condizioni cliniche</b>				
N giorni tra sintomi e inizio trattamento, mediana (IQR)	13 (10-16)	13 (10-16)	13 (11-15.5)	0.86
Venturi Mask/reservoir	20 (18)	17 (23.9)	3 (7.6)	0.04*
CPAP	71 (64.4)	40 (56.6)	31 (79.4)	0.02*
IOT	19 (17.6)	14 (19.7)	5 (12.8)	0.44
$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio (mmHg)	134 (109-197)	131 (106-200)	134 (110-175)	0.80
<b>Biomarcatori ematici ad inizio terapia</b>				
PCR (mg/dL)	17 (11.6-26.0)	16.4 (11.05-26)	18.1 (14.2-25.2)	0.38
Linfociti (cells/mL)	720 (520-1.070)	730 (519-1.120)	670 (480-930)	0.35
Ferritina (ng/mL)	1.807 (1.147-2.813)	1.807 (1.147-2.879)	1.741 (1.233-2.317)	0.60
LDH (U/L)	416 (336-497)	415 (330-534)	416 (347-475)	0.40
D-dimero (ng/mL)	4.630 (1.623-14.071)	3.752 (1.562-14.746)	5.105 (1.908-11.949)	0.64

Note: \*Variabili statisticamente significative ( $p < 0.05$ ).

Tabella 2. Valutazione ed efficacia dei Modelli predittivi

	Model	MSE	5-fold score ( $R^2$ )	Mean 5-fold score ( $R^2$ )	
Anakinra	Infezione secondaria	$0.838^* \text{CCI}$	0.17	0.82; 0.82; 0.91; 0.91; 0.91	0.88
		$0.574^* \text{CCI} - 0.009^* \text{LDH}$	0.125	0.87; 0.87; 0.87; 0.87; 1	0.9
		$6.14e-01^* \text{CCI} - 1.8e-05^* \text{XDP}$	0.1	0.9; 0.9; 0.88; 0.88; 0.88	0.89
		$0.048^* \text{CCI} - 0.242^* \text{CREA}$	0.18	0.9; 0.81; 0.9; 0.9; 0.9	0.88
		$0.502^* \text{CCI} - 0.494^* \text{CRP}$	0	0.9; 1; 0.9; 0.8; 0.88	0.9
	Sopravvivenza	$0.325^* \text{CCI} - 0.078^* \text{WBC}$	0.18	0.9; 0.9; 0.72; 0.9; 0.9	0.85
		$0.792^* \text{CCI} - 1.002^* \text{CREA}$	0.18	0.91; 0.81; 0.9; 0.9; 0.8	0.85
		$0.839^* \text{CCI}$	0.25	0.82; 0.72; 0.81; 0.91; 0.72	0.80
		$0.015^* \text{CCI} - 0.939^* \text{CRP}$	0.2	0.8; 0.7; 0.8; 0.9; 0.77	0.79
		$8.18e-01^* \text{CCI} - 4.49e-05^* \text{XDP}$	0.2	0.8; 0.8; 0.77; 0.77; 0.77	0.78
Tocilizumab	Infezione secondaria	$1.354^* \text{CCI} - 0.007^* \text{LDH}$	0.125	0.825; 0.75; 0.75; 0.875; 0.85	0.77
		$0.721^* \text{CCI} - 0.247^* \text{WBC}$	0.35	0.54; 0.72; 0.72; 0.8; 0.8	0.68
		$1.31e-07^* \text{CCI}$	0.28	0.85; 0.71; 0.71; 0.87; 0.65	0.70
		$1.27e-01^* \text{CCI} - 3.62e-05^* \text{XDP}$	0.28	0.71; 0.87; 0.66; 0.66; 0.66	0.65
		$0.124^* \text{CCI} - 0.002^* \text{LDH}$	0.33	0.5; 0.66; 0.66; 0.66; 0.66	0.62
	Sopravvivenza	$0.494^* \text{CCI} - 0.722^* \text{CREA}$	0.43	0.71; 0.57; 0.5; 0.66; 0.66	0.62
		$0.008^* \text{CCI} - 0.784^* \text{CRP}$	0.71	0.71; 0.8; 0.5; 0.66; 0.66	0.61
		$0.539^* \text{CCI} - 0.021^* \text{WBC}$	0.57	0.428; 0.14; 0.66; 0.5; 0.33	0.41
		$0.209^* \text{CCI} - 0.420^* \text{CRP}$	0	1; 0.66; 1; 0.82; 0.5	0.80
		$8.22e-01^* \text{CCI} - 9.22e-05^* \text{XDP}$	0.428	0.57; 0.57; 0.66; 1; 0.5	0.65
Sopravvivenza	$0.579^* \text{CCI} - 0.610^* \text{CREA}$	0.285	0.57; 0.57; 0.66; 0.82; 0.66	0.65	
	$0.684^* \text{CCI}$	0.428	0.71; 0.57; 0.57; 0.71; 0.66	0.64	
	$0.385^* \text{CCI} - 0.005^* \text{LDH}$	0	0.5; 0.5; 0.5; 1; 0.66	0.62	
	$0.758^* \text{CCI} - 0.127^* \text{WBC}$	0.428	0.71; 0.57; 0.66; 0.66; 0.5	0.62	

### Risultati

Sono stati inclusi 71 pazienti trattati con anakinra e 39 pazienti trattati con tocilizumab (Tab. 1). La mortalità a 30 giorni è stata del 23% (20/71) nei pazienti trattati con anakinra rispetto al 35% (12/39) in quelli trattati con tocilizumab, senza una differenza statisticamente significativa. Gli stessi risultati sono stati trovati per le infezioni secondarie (19,7% e 28,2% nei gruppi anakinra e tocilizumab, rispettivamente). La tabella 2 riassume la valutazione quantitativa delle prestazioni dei modelli e la loro efficacia nel predire la probabilità di infezione secondaria e/o morte in base alla relazione tra Charlson Comorbidity Index (CCI) e/o biomarcatori (per es.: se il paziente A ha  $\text{CCI}=7$  e valore di creatinina=3, la probabilità di infezione secondaria è del 42% con anakinra e del 78% con tocilizumab).

### Discussione

I modelli predittivi elaborati con dati di «real-life» hanno mostrato una buona validità statistica nell'identificare e personalizzare la terapia immuno-modulante nei pazienti con infezione severa da COVID-19 in assenza di terapie antivirali specifiche.



# POSTER gallery

## Il polo territoriale nell'ASST di Lecco Dal DM 77 al «Modello Lecco»: Il Dipartimento della Fragilità

P. Favini; G. Scaccabarozzi; F. Lombardi; L. Riva; G. Beretta; M. Re; A. Perucchini; L. Bonfanti; S. Manzoni

### Premessa : Il Dipartimento delle fragilità e lo sviluppo delle Reti Locali Long Term Care e Cure Palliative

Per la gestione dei percorsi assistenziali dei pazienti anziani fragili e affetti da patologie croniche in fase avanzata, presso l'ASST di Lecco opera da anni il Dipartimento della Fragilità, che attraverso le sue strutture governa la continuità di cura ( informativa e gestionale) della rete della long term care ( ADI geriatrica/riabilitativa - Cure Subacute) e della rete locale di cure palliative ( UCP dom e Hospice ospedaliero) che permettono la presa in carico al domicilio di circa 1900 pazienti anno con una media giornaliera di circa 450/500 pazienti in linea su tutta la provincia.

Sulla base degli indirizzi nazionali in applicazione del PNNR come previsti nel DM77, l'offerta erogativa in favore della popolazione anziana fragile si è ulteriormente arricchita attraverso l'attività dell'IFeC e l'apertura di un'Ospedale di comunità.

### La Continuità delle cure e la Rete Long Term Care

Il Dipartimento della Fragilità ha progressivamente orientato le proprie centrali operative secondo le logiche della continuità di cura ospedale/territorio, della multidisciplinarietà, della flessibilità organizzativa e soprattutto delle attività consuntive/assistenziali nei reparti di ricovero, aumentando le attività di raccordo al fine di migliorare sempre più la qualità dei propri servizi anche attraverso la gestione delle Dimissioni Protette verso il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata geriatrica/riabilitativa (circa 1100 pz/anno) , verso le aree di degenza di Cure sub acute o l'Ospedale di Comunità.

Le CURE SUBACUTE (circa 550 ricoveri anno per 26 PL complessivi in ASST) sono una modalità assistenziale erogata in filiera ad un ricovero in reparto per acuti con la finalità di assicurare un'assistenza di media intensità che permetta ai pazienti prevalentemente anziani fragili ed affetti da patologie croniche degenerative complesse riacutizzate e stabilizzate, la graduale uscita dalla fase acuta favorendo il rientro al proprio domicilio.

- Favoriscono l'integrazione ospedale-territorio nel percorso assistenziale del malato fragile e cronico complesso
- Sulla base dell'attività valutativa iniziale eseguita attraverso strumenti di valutazione multidimensionale viene predisposto per ogni singolo paziente un Piano assistenziale individuale (PAI) ed individuato il setting idoneo per assicurare un'opportuna ed efficace continuità clinico assistenziale post-ricovero, favorendo il rientro dei pazienti al proprio domicilio.

L'OSPEDALE DI COMUNITA': nel presidio ospedaliero di Bellano, sono stati attivati 10 PL ed è prevista l'implementazione di ulteriori 10 posti nello stesso ospedale, 10 posti letto a Introbio, 20 posti letto presso il Presidio di Lecco e 20 posti letto presso il Presidio di Merate. La responsabilità gestionale - organizzativa è assegnata ad un dirigente infermieristico, la responsabilità clinica al Dipartimento della fragilità, la responsabilità clinico-igienista alla Direzione Medica di Presidio.

CONTINUITÀ CURE - PRESTAZIONI / ACCESSI				
Tipologia	Bellano	Lecco	Merate	Totale
Prevenzione (preventiva)	991	2.262	3.312	6.565
ADI	4.668	11.523	20.883	36.884
Cure domiciliari	111	111	232	454
Costi (adulti + senzatetto)				
<b>Totale</b>	<b>10.214</b>	<b>22.799</b>	<b>38.669</b>	<b>71.673</b>
<b>Assistenza domiciliare</b>	<b>184</b>	<b>1.072</b>	<b>1.094</b>	<b>2.350</b>
Medica prescrizione gratuita, visita di consulenza, sostegno				
Rehabilitazione (intervento riabilitativo)	1	273	86	360
Prescrizione di medicinali (cronicità)				
Riduzione dei costi (assistenza)	5	14	21	40
Altre prestazioni	13	42	20	75
<b>Totale</b>	<b>198</b>	<b>1.396</b>	<b>1.394</b>	<b>2.788</b>
<b>Assistenza ospedaliera</b>	<b>139</b>	<b>277</b>	<b>333</b>	<b>749</b>
Completamento prescrizione/assistenza in reparto				
Completamento Medico di Cure Subacute in reparto	1	135	206	342
Completamento Medico di Cure Subacute in domicilio				
<b>Totale</b>	<b>140</b>	<b>312</b>	<b>539</b>	<b>991</b>

### La Rete Locale di Cure Palliative - RLCP



La Rete Locale di Cure Palliative coordina e promuove lo sviluppo delle attività dei soggetti erogatori di cure palliative nei diversi setting assistenziali: Hospice, Ospedale, strutture socio sanitarie e domiciliari (assistenza di base e specialistica), assicurando la necessaria continuità delle cure, la tempestività della risposta e la flessibilità dei percorsi.

### CURE PALLIATIVE DOMICILIARI DI BASE E SPECIALISTICHE ( circa 850 pz/anno )

Consistono nell'erogazione diretta, tramite le UCP dom, di cure domiciliari di base e specialistiche ad elevata complessità a favore di persone nella fase terminale della vita. Le prestazioni professionali erogate sono di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, psicologico e sociale finalizzato al controllo dei sintomi difficili e alla terapia del dolore. La continuità delle cure è garantita 7/7 giorni con pronta disponibilità medica nelle 24 ore.

### CURE PALLIATIVE IN OSPEDALE

Garantiscono l'assistenza medica e infermieristica di cure palliative in ospedale attraverso l'identificazione del bisogno, la modulazione e proporzionalità dei trattamenti, il controllo dei sintomi, l'avvio di cure simultanee e il supporto nell'attivazione dei percorsi di presa in carico. Tutto questo utilizzando strumenti di valutazione multidimensionale.

### HOSPICE OSPEDALIERO 'RESEGONE' E HOSPICE TERRITORIALE 'IL NESPOLO'

Le strutture di degenza Hospice sono la risposta clinico assistenziale per la presa in carico dei pazienti ricoverati in altre strutture, all'interno dell'ASST di Lecco, che manifestano un bisogno di cure palliative e non possono essere dimessi al proprio domicilio a causa dell'elevata complessità assistenziale o per la mancanza e fragilità del care giver.

In particolare l'Hospice ospedaliero Resegone è l'area di degenza diretta che afferisce al Dipartimento della Fragilità (DIFRA) collocata al secondo piano del Presidio Ospedaliero di Lecco.

L'organizzazione prevede che vi sia continuità di presa in carico e valutazione dei bisogni attraverso un modello di approccio centrato sulla persona assistita in grado di considerare gli aspetti biologici, psicologici, culturali, sociali religiosi.

La gestione clinica ordinaria è garantita dai medici palliativisti dell'UOC Cure Palliative.

Gli standard assistenziali minimi relativi al personale medico, previsti dai requisiti di accreditamento, prevedono un minitaglio/pazienti/die pari a 30' paziente, calcolato sui 7 giorni. È inoltre assicurata la pronta disponibilità medica (PD) continuativa sull'arco delle 24 ore.

### L'Infermiere di Famiglia e Comunità



L'IFeC è responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito comunitario. Attraverso la prossimità, la proattività e l'approccio multiprofessionale, promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa, riabilitativa e palliativa, differenziata per bisogno e per fascia di età, mediante interventi orientati a garantire risposte eque ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale.

L' infermiere di famiglia opera in collaborazione anche con il medico di medicina generale e i servizi sociali e la sua funzione primaria è quella di assicurare la **continuità assistenziale** in ambulatorio presso le Case della Comunità (CDC), da remoto e quando necessita al domicilio fornendo tutti i servizi di maggiore richiesta degli utenti e diventando un punto di riferimento per la comunità in termini di informazione, educazione sanitaria, prevenzione e promozione della salute.

Nella tabella i pazienti presi in carico e l'attività implementate nell'ASST di Lecco dall'IFeC :

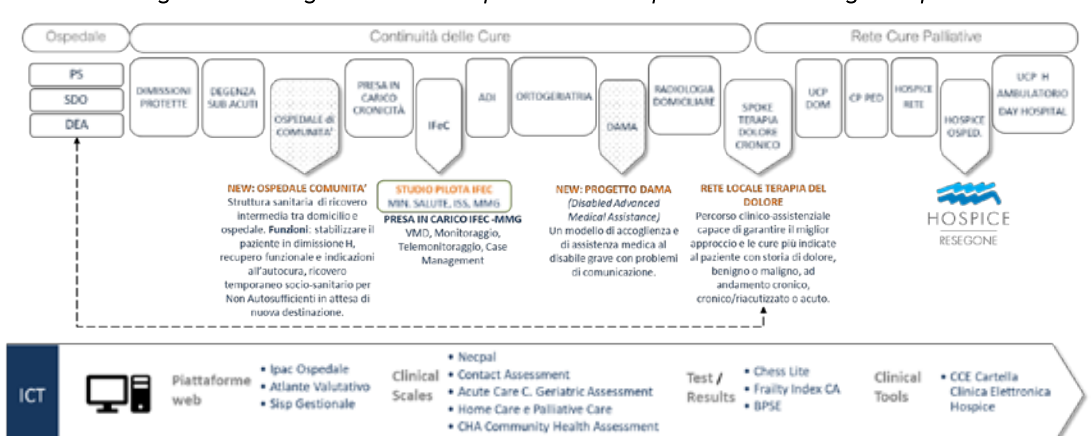
### ATTIVITÀ IFE C E PRESTAZIONI: LUG '22/MAR '23

Attivazioni: 376 (156 da Mmg/Pls) Dimissioni: 304
Monitoraggi: prestazioni 556
Visite domiciliari: accessi 410 - prestazioni 834
Ambulatorio IFeC: accessi 1715 - prestazioni 4908
VMD-SIP- R.P.V. ambulatorio geriatrico: pazienti 150
Punto SALUTE: pazienti 13
Progetto DAMA: pazienti 21

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI: LUG '22/MAR '23

Presidio Ospedaliero	184	1.072	1.094
UOC Cure Palliative	184	1.072	1.094
Costi (adulti + senzatetto)			
<b>Totale</b>	<b>368</b>	<b>2.144</b>	<b>2.188</b>

### Il modello organizzativo e digitale in «filiera» implementato dal dipartimento della fragilità in provincia di Lecco



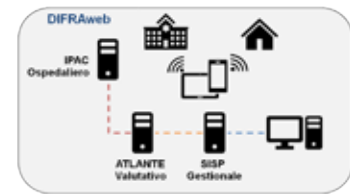
### L'infrastruttura digitale a supporto delle reti : DIFRAweb

La piattaforma digitale ICT DIFRAWEB supporta lo svolgimento dei processi di valutazione multidimensionale che accompagnano le decisioni cliniche e l'elaborazione dei piani di cura individuali attraverso algoritmi per la definizione di indicatori di fragilità e di misura del peso assistenziale e la valutazione degli outcome.

### • INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA

La piattaforma integra l'interoperabilità di 2 portali web:

1. **Atlante** per le attività di valutazione e di gestione della continuità di cure tra ospedale e territorio (Sub Acute, Dimissioni protette, Infermiere di Famiglia e Comunità, Ambulatori di cure palliative, Hospice Ospedale, Hospice di territorio);
2. **Sispy** per la gestione delle attività di erogazione a domicilio delle prestazioni di cura integrate e palliative, attraverso l'utilizzo di App e dispositivi mobili dedicati (tablet e smartphone).



### • STRUMENTI DI VALUTAZIONE E CARTELLA CLINICA DIGITALE

Gli strumenti di valutazione implementati sono di 3a generazione e appartengono alla suite interRAI, con certificazione e validazione internazionale.

Tra questi assumono particolare rilievo:

- **Home Care e Palliative Care** per l'assistenza domiciliare integrata e palliativa;
- **Ncpal tool**, per l'identificazione precoce del bisogno palliativo;
- **Contact Assessment** per la valutazione in dimissione protetta;
- **Palliative Care Hospice** per la valutazione residenziale hospice;
- **CHA Community Health Assessment** per la valutazione di comunità per le persone autosufficienti o parzialmente autosufficienti in continuità assistenziale territoriale.
- **CCE cartella clinica digitale residenziale Hospice ospedaliero.**

### • INDICATORI, OUTCOME E FLUSSI INFORMATIVI

Gli algoritmi previsti dagli strumenti di valutazione consentono di fornire indicatori di fragilità e di misura del peso e della complessità assistenziale. Tra quelli validati da articoli e ricerche scientifiche si evidenziano la Chess Lite e il Frailty Index. La piattaforma permette di generare i flussi informativi regionali e ministeriali.

### Conclusione:

Il Dipartimento della Fragilità, ha implementato ed eroga assistenza in filiera lungo la rete della Long Term Care e delle Cure Palliative in piena coerenza con le modalità organizzative delle reti territoriali declinate nel DM 77 e le modalità operative della Medicina della Complessità ( VMD e Pianificazione assistenziale dinamica sulla base dei bisogni valutati e degli indici sintetici di fragilità e complessità), permettendo la presa in carico precoce del malato anziano fragile comorbido che viene in questo modo seguito lungo tutto il percorso di malattia.



# POSTER gallery

## Modello Lecco

**Partendo dal territorio un laboratorio di integrazione per individuare nuove risposte ai bisogni di salute Innovative, utili e sostenibili**

E. Frisone (1) M Magri (2) L. Sesana (1) E. Brenna (2) F. Leonardi (3) F. Brusa (3) L. Rossi (3) S. Rossi (3) G. Vergani (3) P. Favini (1)  
(1) ASST Lecco, (2) COSMA Cooperativa (3) Medici di Medicina Generale

### Introduzione

La Provincia di Lecco si estende su un territorio vasto, comprendente una parte pianeggiante, ed una collinare e montana.. Pur non avendo una popolazione numerosa (330.000), presenta sul territorio una serie di realtà sociali, imprenditoriali, culturali e turistiche, che ne fanno una delle provincie più vivaci all'interno del panorama di Regione Lombardia.

Inoltre la facilità nell'intessere relazioni attive tra i vari soggetti è una valore aggiunto non trascurabile specialmente nel campo della salute. La capacità sia delle istituzioni sanitarie che degli Enti locali di cogliere le migliori sinergie con le realtà cooperative, private e del terzo settore è un punto di forza che ha permesso di costruire un vero e proprio "Modello Lecco" in grado di permettere la individuazione di percorsi innovativi e soprattutto sostenibili per i propri cittadini. Proprio per questa capacità di essere "laboratorio" di soluzioni innovative, le diverse realtà presenti sul territorio lecchese si pongono come esperienza concreta e verificabile per i diversi territori di Regione Lombardia. Con la convinzione che all'interno delle regole normative nazionali e regionali, ci sia la necessità di "mettere a terra" le diverse soluzioni organizzative in campo sanitario, partendo dal Territorio come soggetto attivo e vitale sapendone cogliere tutte le sue capacità e opportunità, dando così un contributo fondamentale non solo alla salute dei propri concittadini ma anche al loro benessere.

### Il Territorio come Risorsa



La capacità di costruire rapporti sinergici tra i vari attori fa sì che il lavoro di ognuno possa essere facilitato e supportato dal contributo non solo professionale ma anche di idee e soluzioni da parte degli altri soggetti. In un contesto dove anche la parte pubblica trova una sua dimensione più vicina ed attiva.

Un esempio è la elaborazione tra diversi soggetti di una proposta, che partendo dalle normative nazionali e regionali possa dare sostanza alla opportunità delle Case di Comunità



- Tavolo Istituzionale per l'Integrazione Socio-sanitaria - Distretto di Lecco**
- Distretto di Lecco - Ambiti di Bellano Lecco e Merate
  - OPMCeO- Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Lecco
  - OPI-Ordine Professioni Infermieristiche - Lecco
  - FEDERFARMA Lecco
  - Cosma Coop. Prov. Medici Medicina Generale Lecco
  - Confcooperative dell'Adda - Lecco
  - CSV - Centro Servizi Volontariato Monza Lecco Sondrio
  - ATS Brianza
  - ASST Lecco

Milano 22 Aprile 2022

### Metodologia

#### Una proposta organizzativa per le Case di Comunità



Introduzione delle «Case di Comunità» come «opportunità» per ripensare in maniera integrata ed innovativa la organizzazione della sanità a livello territoriale (focus sulla SALUTE) in stretta collaborazione con l'Ospedale (focus sulla MALATTIA)

Il metodo di lavoro comune, per quello che riguarda la ASST Lecco ed i Medici di Medicina Generale avviene attraverso un ruolo favorente della Cooperativa dei Medici di Medicina Generale COSMA attiva sul territorio di Lecco da oltre 25 anni. Questa costante collaborazione ha permesso di realizzare una serie di attività di intensa relazione tra la struttura Ospedaliera ed i suoi specialisti e la Medicina Generale.

**27.000 Piani Assistenziali**

Oltre 30.000 Prenotazioni/anno

Integrazione socio sanitaria

Collaborazione con Enti Locali

Telemedicina  
Teleferfertazione in coll. con ASST

**COSMA e ASST**  
220 Medici - circa 300.000 assistiti  
7 Persone Amministrative - 12 Infermiere (CM)  
MISSIONI  
Creare un modello sul territorio che con la centralità del Medico di Medicina Generale e la implementazione di un Centro Servizi proprio, possa mettere in rete tutti gli attori per generare sinergie, ottimizzare le risorse e dare significato concreto al "paziente al centro"

Telemonitoraggio  
1200 pazienti seguiti

Medicine di Gruppo  
36centri per140 medici

Migliorare il proprio lavoro per essere più efficaci ed efficienti nell'attività di assistenza ai pazienti

50.000 Telefonate/anno

Vaccinazioni  
Covid 8 centri prossimali gestiti  
Partecipazione centri vaccinali  
140.000 vaccinazioni COVID

### Risultati

**Ambulatorio mobile per le prestazioni sanitarie**

**Utilizzo della telemedicina per effettuare prestazioni in regime di SSN**

- ECG
- Spirometria
- Holter cardiaco
- Esame del fundus oculare
- Raster pressione
- Test di prescrizione
- Esami ecografici
- Visite specialistiche
- Screening - prostate

**FORTE INTEGRAZIONE CON GLI ENTI LOCALI PRESENTI SUL TERRITORIO**

Un Progetto di telemedicina in regime di SSN con la effettuazione di esami (ECG, spirometria, esame del fundus) in diverse piazze delle principali città della provincia, appoggiandosi agli studi dei medici di famiglia, con il supporto anche tecnico della Cooperativa COSMA e con la refertazione in capo agli specialisti degli ospedali della ASST Lecco.

Realizzazione di Piani Assistenziali (PAI) non solo sanitari ma socio sanitari con la collaborazione degli assistenti sociali dei Comuni del lecchese per una visione unitaria dei pazienti e delle loro problematiche

**CORSO DI AGGIORNAMENTO PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER COORDINATORI DI AFT**

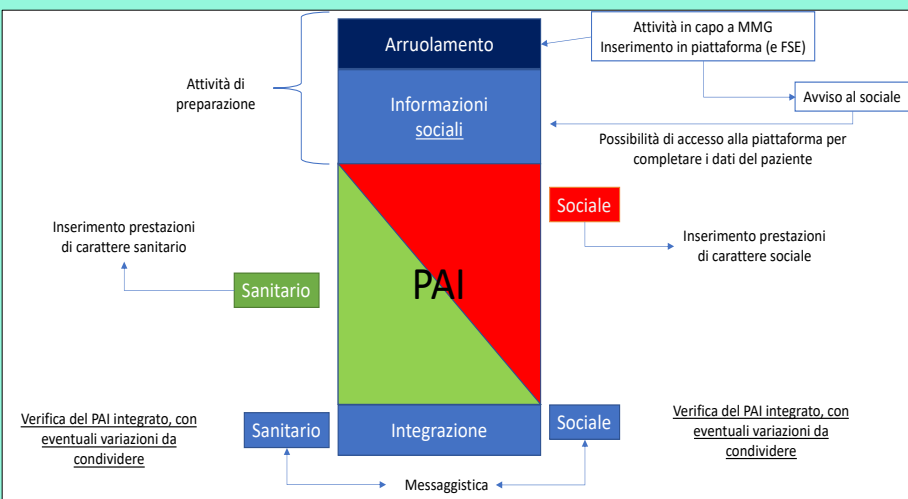
**Razionale**

La strutturazione della Medicina Generale in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) prevista dalla legge Balduzzi ( Dec. Leg. n. 158 del 13/9/2012) sta diventando realtà con l'applicazione pratica con quanto previsto dal recente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della Medicina Generale e negli Accordi Integrativi Regionali (AIR).

L'istituzione delle AFT rappresenta un passaggio importante nella organizzazione della Sanità Territoriale in quanto prevede un forte radicamento territoriale (con dimensionamenti basati anche su caratteristiche geografiche) dell'attività della Medicina Generale nonché una forte spinta nella direzione di una maggiore collaborazione tra i Medici stessi nel fornire servizi omogenei ai propri pazienti.

Corso di aggiornamento congiunto per i coordinatori di AFT ( Aggregazioni Funzionali Territoriali) coinvolgendo tutti gli attori della salute presenti sul territorio, come le istituzioni sanitarie, gli enti locali ed i rappresentanti del Terzo settore.

Organizzazione di tavoli congiunti tra i diversi professionisti con l'obiettivo della conoscenza reciproca, analisi dei principali problemi e stesura di procedure operative per migliorare il lavoro.



**Organizzazione di tavoli di lavoro congiunti tra diversi soggetti**

- Medici di Medicina Generale Specialisti Ospedalieri
- Medici di Medicina Generale Assistenti sociali
- Medici di Medicina Generale Infermiere di Comunità
- Coordinatori AFT ASST Lecco Direttori dei Distretti
- Medici di Medicina Generale Oncologia

### Acknowledgements

Un particolare ringraziamento a tutti coloro che hanno collaborato e stanno collaborando alla realizzazione di questi progetti

# POSTER gallery

## Effects of a music-assisted rehabilitation on early recovery of post-stroke upper limb paresis. A pilot study

C.M. Megliani, M. Sozzi, D. Spada, S. Fumagalli, A. Salmaggi, P. Favini  
CRAMS, Università di Pavia, ASST Lecco

### Introduction

About 70 percent of individuals suffering from stroke display a motor deficit involving the upper limb at disease onset, and two thirds of these suffer from long term disability due to persistent deficit

Recovery of upper limb motor performance is of paramount importance in activities of daily living and functional independence

An increasing number of studies focus on the use of both passive and active musical approaches in rehabilitation, however there is a lack of studies in the early phase of stroke.

Neural circuits subserving motor are tightly connected to cerebral areas involved in music listening and production, with a relevant role in exercise adherence, also due to activation of pathways of reward

Also, the high costs implied by some of the innovative rehabilitation approaches pose a problem of sustainability in the context of decreasing resources and increasing life expectancy of the population

We therefore developed a computer-assisted training program implying an active role of stroke patients in the production of sounds via progressive activation of finalized voluntary movements of the upper limb in the early phase post-stroke

We compared short-term results on upper limb motricity and quality of life in a group of patients with similar clinical features and treated with standard of care



La descrizione clinica del campione dei **149 pazienti** sottoposti a screening è la seguente 82 M e 67 F (55% vs 45%)  
Età media: 76,8 anni (dev. St. 12,26).  
I pazienti sono stati visitati con una media di **5,7 giorni dopo l'evento acuto** (dev. St. 6,2), dei pazienti valutati l'84% presentava un ictus ischemico, il 12% emorragico, il 4.4% misto (ischemico e successivamente emorragico).  
Il 32% presentava una lesione localizzabile in emisfero destro, il 55% a sinistra; il 12% nei territori del circolo posteriore.

**Legenda:** AF = attività fisica; RF= limitazioni ruolo fisico; DF= dolore fisico; SG= salute generale; VT= Vitalità; AS= attività sociali; RE= limitazioni ruolo emotivo; SM= salute mentale; ISF= indice salute fisica; ISM= indice salute mentale

### Methodology



ARAT  
Action research arm test

- GRASP subscale
- GRIP subscale
- PINCH subscale
- GROSS MOVEMENT subscale



Indicatore	Valore
Età media	76,8 anni
Dev. St.	12,26
Giorni dopo evento acuto	5,7
Dev. St.	6,2
84%	ictus ischemico
12%	emorragico
4.4%	misto
32%	lesione localizzabile in emisfero destro
55%	lesione localizzabile in emisfero sinistro
12%	lesione localizzabile nei territori del circolo posteriore

#### CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Pazienti affetti da paresi all'arto superiore in conseguenza di stroke ischemico emorragico a compromissione mista (prossimale e/o distale)

Età inferiore ai 18 anni;

Ictus esordito da non meno di 48 ore e non più di 7 giorni;

MMSE inferiore a 23.8;

MMSE uguale o superiore a 23.8;

deficit di comprensione valutato come punteggio al Token test inferiore a 28/36;

Conservata capacità di comprensione valutata con punteggio al Token test (De Renzi e Faglioni, 1978) superiore o uguale a 29/36;

assente controllo del tronco;

ipoacusia grave;

Punteggio minimo alla scala ARAT uguale o superiore a 3;

patologie muscoloscheletriche, internistiche e psichiatriche tali da impedire la aderenza al trattamento proposto.

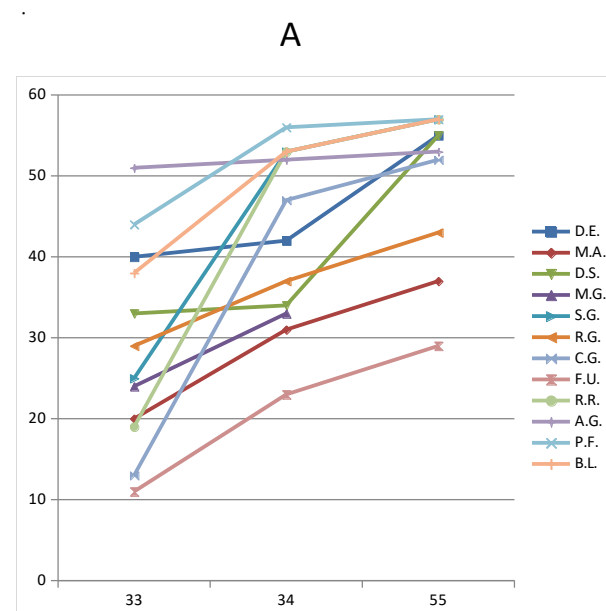
disturbi motilità oculare, visus

Consenso informato firmato da parte del paziente o di un "testimone imparziale" ove necessario, ovvero il paziente fosse impossibilitato a firmare

Età superiore ai 18 anni.

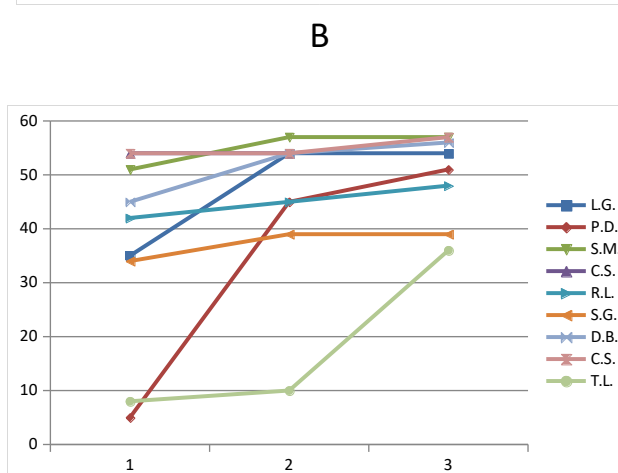


### Results



Punteggi ARAT nei pazienti trattati con sonificazione (A)(n=12) o standard of care (B)(n=8)

T0-T1 p< 0.002  
T1-T2 p< 0.015



T0-T1 p< 0.017  
T1-T2 p N.S

### Conclusion

Patients treated with sonification displayed a persistency in ARAT score improvement also after the first rapid improvement post-stroke, whereas those undergoing standard of care did not

Patients treated with sonification had a better perception of physical health during hospitalization as compared with standard of care.

Treating patient in an acute phase presents some difficulties:

- patient confusion about his-her condition, drowsiness
- limited treatment time and often discontinuous
- recovery expectations

We think that an exhaustive information about the sonification utility in rehabilitation can improve the patient involvement.

It might be useful to show some videos before start the training about the way in which the sonification takes place.

Grau-Sánchez, J., Münte, T. F., Altenmüller, E., Duarte, E., & Rodríguez-Fornells, A. (2020). Potential benefits of music playing in stroke upper limb motor rehabilitation. *Neuroscience & Biobehavioral Review*, 112, 585-599

Sihvonen, A. J., Särkämö, T., Leo, V., Tervaniemi, M., Altenmüller, E., & Soinila, S. (2017). Music-based interventions in neurological rehabilitation. *The Lancet Neurology*, 16(8), 648-660.

Grau-Sánchez, J., Duarte, E., Ramos-Escobar, N., Sierpowska, J., Rueda, N., Redón, S., Rodríguez-Fornells, A. (2018). Music-supported therapy in the rehabilitation of subacute stroke patients: A randomized controlled trial. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1423(1), 318-328

### Acknowledgements

Funded by INTERREG program "City for Care"  
Musical sonification of arm movements in stroke rehabilitation Y



## LA RACCOLTA DELLE DONAZIONI DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI: IL MODELLO LECCO

P. Favini, A. Gerosa, E. Casartelli, E. Doni, B. Foglieni, G. Merati, F. Montanelli, S. Realini, S. Sirianni, M. Spreafico, L. Stocco  
ASST di Lecco

### PREMESSA : UN PICCOLO TERRITORIO, UNA GRANDE CULTURA DELLA DONAZIONE

La Provincia di Lecco è un piccolo territorio con una popolazione residente di circa 330.000 abitanti (203.000 circa nella fascia di età compresa fra i 18 e i 65 anni, l'età in cui è possibile praticare la donazione di sangue ed emocomponenti, e il numero di donatori residenti (15.673 al 31 dicembre 2022) appare contenuto se raffrontato a quello di province più grandi. Tuttavia il numero dei donatori lecchesi risulta consistente e molto significativo se rapportato alla popolazione residente, sia nel confronto con la popolazione di Regione Lombardia che con quella totale italiana; ancora più significativo risulta il numero delle loro donazioni annuali, sempre nel confronto con le donazioni raccolte in Regione Lombardia e nell'intero Paese.

### I DONATORI NELLA PROVINCIA DI LECCO

- Nella Provincia di Lecco i donatori sono iscritti per la maggior parte (n. 14.841) all'Associazione AVIS (Associazione Volontari Italiani del Sangue) Provinciale, distribuita sul territorio in 18 sezioni Comunali che coprono capillarmente tutti i comuni della Provincia; una piccola quota di essi (n. 832) risulta invece iscritta all'Associazione denominata ALDE (Associazione Lariana Donatori di Sangue, Emocomponenti e Midollo Osseo), attiva esclusivamente nella Città di Lecco.
- Le due Associazioni collaborano tra loro e da sempre programmano e organizzano la raccolta delle donazioni secondo le indicazioni dell'U.O.C. di Medicina Trasfusionale dell'ASST di Lecco, alla quale indirizzano i propri associati nei due Presidi Ospedalieri di Lecco e di Merate.
- La stretta collaborazione e la condivisione degli obiettivi fra le Associazioni dei donatori e l'U.O.C. di Medicina Trasfusionale ha consentito nel corso degli anni la realizzazione di un modello sempre più caratterizzato da efficienza di azione ed efficacia di risultati ottenuti.
- Alcuni indicatori, riferiti all'Associazione che raggruppa il maggior numero dei donatori (AVIS Provinciale) descrivono bene la cultura della donazione diffusa sul territorio; ne sono un esempio il numero dei donatori periodici per 1000 abitanti residenti (fig. 1) e il numero delle donazioni annuali ogni 1000 abitanti residenti, raffrontati ai numeri regionale e nazionale;
- considerata la popolazione residente il numero dei donatori e delle loro donazioni annuali risulta essere di gran lunga superiore nel confronto regionale e soprattutto nazionale

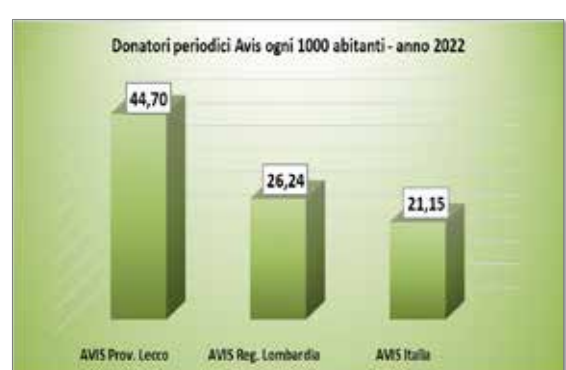


Fig.1



Fig.2

- Un numero così significativo di donatori e l'efficace coordinamento fra le loro Associazioni e l'U.O.C. di Medicina Trasfusionale dell'ASST di Lecco rendono ormai da diversi anni possibile una raccolta di donazioni annuale di rilievo, molto superiore alle necessità di terapia trasfusionale richiesta dai Presidi Ospedalieri del territorio, messa a disposizione per la compensazione regionale e nazionale delle zone carenti.

### LA DONAZIONE: UN PROCESSO CHE CHIEDE DI ESSERE GOVERNATO

La donazione del sangue e degli emocomponenti però non è un gesto lasciato in balia della retorica e dell'emotività.

Non è la singola donazione eseguita in tempi casuali che salva una vita, ma l'organizzazione accurata e meticolosa che rende disponibili scorte adeguate e soprattutto di alta qualità di emocomponenti, sempre disponibili per le necessità di una trasfusione sicura, per ogni paziente e in ogni momento;

La donazione rappresenta un processo che richiede di essere governato:

- per evitare carenze
- per evitare eccessi di scorte e quindi sprechi di risorse (invecchiamento di emocomponenti, eliminazione degli stessi per scadenza di validità)
- per soddisfare i piani di compensazione regionali e nazionali e raggiungere l'autosufficienza del fabbisogno trasfusionale nazionale
- per raccogliere tutte le potenziali donazioni proposte da un territorio, secondo le risorse disponibili (spazi, personale, ...), nei tempi e nei modi più efficienti
- richiede di essere governato in tempo reale, giorno dopo giorno, con un monitoraggio costante a cura di tutti gli operatori

Nell'esperienza di Lecco questo governo della donazione può avvenire solo con il coinvolgimento diretto di tutti gli attori protagonisti (il donatore, le Associazioni dei donatori il personale sanitario di medicina trasfusionale) nello sviluppo di una cultura della donazione

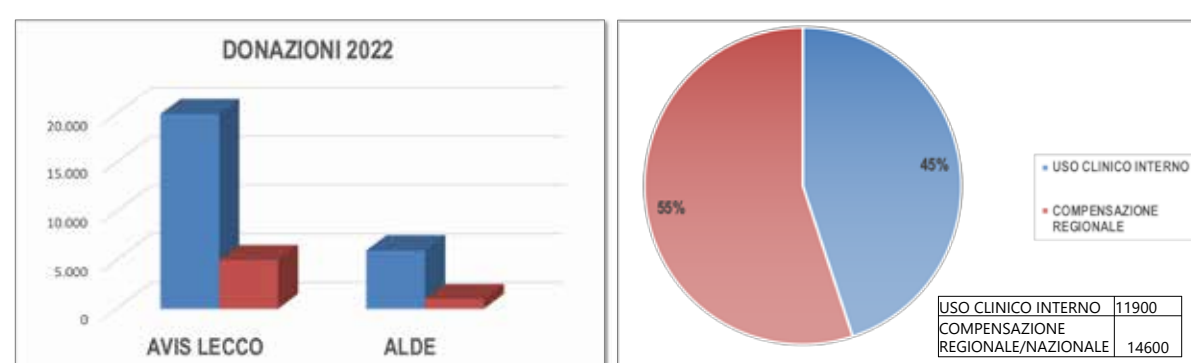
### LA CULTURA DELLA DONAZIONE: comprensione e condivisione da parte di tutti i protagonisti del processo sul significato della donazione

intesa come

- la partecipazione alla costruzione di condizioni di salute in una comunità, in un territorio
- la partecipazione alla realizzazione della cura della malattia

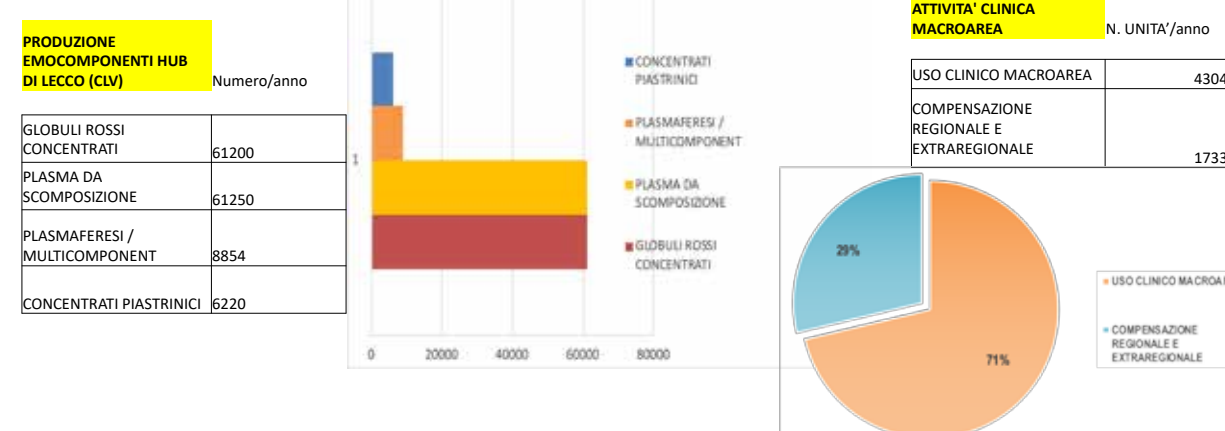
### I DONATORI NELLA PROVINCIA DI LECCO

Da ormai diversi anni le donazioni di sangue intero nell'ASST di Lecco si sono assestate su una soglia che supera le 26.000 unità annuali; considerata una necessità trasfusionale di globuli rossi concentrati di circa 11.000/12.000 unità richiesta nei due Presidi Ospedalieri di Lecco e di Merate risultano disponibili per la compensazione regionale e nazionale a favore delle zone carenti circa 15.000 unità raccolte nel territorio provinciale.



L'ASST di Lecco risulta essere anche sede hub della rete trasfusionale regionale, con la funzione di lavorare e validare tutte le donazioni di sangue intero e di emocomponenti raccolte negli spot afferenti (ASST di Sondrio, SIMT di Desio e di Gravedona, IRCCS di Monza), e di garantire agli stessi gli emocomponenti necessari per la terapia trasfusionale.

Questa funzione comporta la gestione di un numero di unità di sangue intero che supera la soglia delle 60.000 annuali, al momento la maggiore fra tutti gli hub della rete trasfusionale di Regione Lombardia.



### LA RACCOLTA DELLE DONAZIONI: GLI ATTORI IN GIOCO

Gli attori coinvolti nel governo della raccolta delle donazioni occupano ruoli diversi, solo la loro integrazione concorre alla realizzazione di obiettivi condivisi e di risultati di qualità e di quantità

#### Il ruolo del donatore

- una partecipazione sempre più consapevole alla realizzazione degli obiettivi della raccolta delle donazioni

#### Il ruolo delle Associazioni dei donatori:

- la cerniera di connessione fra il donatore e l'U.O.C. di Medicina Trasfusionale
- la regia della convocazione dei donatori nella condivisione degli obiettivi della raccolta delle donazioni, con gli strumenti resi disponibili dall'innovazione digitale (mail, sms, app) ma in un rapporto personalizzato con il donatore
- lo sviluppo di una capacità di risposta in tempo reale alle necessità mutevoli della raccolta

#### Il ruolo del personale di medicina trasfusionale e dell'ASST:

- la regia del processo di raccolta delle donazioni, secondo le esigenze del territorio e i piani di compensazione della programmazione regionale e nazionale
- la cura del donatore con la realizzazione delle migliori condizioni di confort:
  - la disponibilità di accessi diversificati per giorni e orari della donazione (fasce orarie pomeridiane, sabato mattina, giorni festivi)
  - riduzione dei tempi di attesa e di accesso alla donazione, convocazione dei donatori per controlli sanitari indipendenti dalla donazione solo quando strettamente indispensabile
  - cura della comunicazione e della gestione sanitaria
  - cura della sicurezza del donatore nell'intero percorso della donazione (idoneità alla donazione, precisione dell'accesso venoso, clima disteso in sala donazioni)
  - garanzia della qualità del prodotto della donazione (identificazione corretta del donatore e della donazione, donazione completata per quantità standard)

### CONCLUSIONI

La raccolta delle donazioni di sangue ed emocomponenti rappresenta un processo che se governato da tutti gli attori in gioco (donatore, Associazioni, personale sanitario) nella condivisione della cultura della donazione e di obiettivi di efficienza organizzativa può raggiungere risultati significativi per qualità e per quantità, nel rispetto e nella crescita della consapevolezza di ciascuno nell'essere parte attiva nella realizzazione della cura della malattia e di condizioni di salute di una comunità e di un territorio.

### Bibliografia

- G. Briola, Demografia, antropologia e donazione: uno sguardo in avanti - Blood Transfus 2022; 20 (Suppl 1) DOI 10.2450/2022.S1
- V. De Angelis, Nuove prospettive nella raccolta di emocomponenti - Blood Transfus 2022; 20 (Suppl 1) DOI 10.2450/2022.S1
- Linee di indirizzo ad interim per le regioni finalizzate alla gestione del rapporto convenzionale tra Unità di Raccolta e Servizio Trasfusionale, CNS 2022
- Castellnuovo G., Menici R., Fedi M., La donazione in Italia, ed. Springer 2017
- Catalano I., Piccinini V., Pati I., et al., Rapporto ISTISAN 22-25 ISSN: 1123-3117



## TELESORVEGLIANZA DELL'UTENTE CON PATOLOGIA POLMONARE A DOMICILIO

Direttore Socio Sanitario ASST di LODI  
Dottor Enrico Tallarita

### Introduction

Le patologie croniche respiratorie e cardiache rappresentano, insieme ai tumori, le prime causa di malattia e di morte nella popolazione. Regione Lombardia ha avviato un percorso volto alla presa in carico dei cittadini affetti da patologia cronica respiratoria e cardiologica mediante il progetto Nuove Reti Sanitarie (NRS/2007), ribadito nel DGR N. VIII/010072 del 07 agosto 2009 e successive modifiche. L'ASST di Lodi con deliberazione 351/2022 ha avviato una collaborazione con il Provider Medicaid al fine di garantire il Servizio di Telesorveglianza Bronco - Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) 3°- 4° Stadio Gold e Scompensazione Cardiaca Cronica (SCC) 3°- 4° classe NYHA, garantendo al domicilio degli assistiti affetti da patologia cronica respiratoria la continuità delle cure.

### Results

I professionisti esperti dedicati contribuiscono all'empowerment dell'assistito mediante la personalizzazione degli interventi previsti dal protocollo per essere maggiormente rispondenti alle necessità del singolo cittadino e in raccordo con tutti i setting di cura previsti. Il progetto nell'anno in corso ha raggiunto un campione di 20 assistiti nel percorso della BPCO.

### Methodology

Il servizio di telesorveglianza BPCO prevede siano dedicate risorse umane (medici, infermieri e fisioterapisti), strutturali (ambiente dedicato) e tecnologiche (supporto informatico fornito dal Provider). Il protocollo adottato prevede un arruolamento annuale suddiviso in due semestri, alta e bassa intensità, durante i quali l'équipe multidisciplinare garantisce l'arruolamento e l'addestramento all'impiego delle apparecchiature, il monitoraggio telefonico a scadenza e al bisogno, nonché l'accesso programmato agli ambulatori per i successivi controlli.

#### **Fasi operative:**

1. Identificazione candidato all'arruolamento: in dimissione ospedaliera, in corso di visita specialistica pneumologica, in corso di progetto riabilitativo respiratorio ambulatoriale, su segnalazione di MMG
2. Visita di arruolamento: a) Raccolta dati clinici, strumentali, se incompleti, SatO2 notturna, EGA, 6minWT, Spirometria b) Stesura del profilo di intensità, raccolta consensi e programmazione degli interventi
3. Verifica telefonica registrata, mediata dal provider a cadenza programmata con verifica estemporanea, parametri vitali e indici di salute
4. Visite specialistiche e prestazioni sanitarie in caso di necessità e visite finale e dimissione

### Conclusion

Il percorso di Telesorveglianza per le persone affette da patologia cronica si pone come momento di transizione della persona nei diversi setting di cura a garanzia della continuità della presa in carico volta alla riduzione delle ri-ospedalizzazioni al ricorso inappropriato alla rete di emergenza-urgenza. L'assistito manterrà un controllo quotidiano e settimanale dei segni e dei sintomi volto a migliorare la gestione della sua patologia e del quale riferirà telefonicamente al personale di riferimento evitando di ricorrere ad altri servizi ospedalieri.



Ospedale Maggiore di Lodi  
Distretti e Presidi Lodigiani

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia  
ASST Lodi



## PROCUREMENT

Infermiere Esperto in Procurement (IEP)  
Dottoressa Matilde Riboldi

### Introduction

L'infermiere svolge un ruolo sempre più rilevante nella gestione del processo dei trapianti, partecipando attivamente alle procedure di individuazione, selezione e mantenimento dei donatori, al processo di allocazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti, nonché intervenendo in prima persona nell'elaborazione ed esecuzione dei percorsi assistenziali pre e post trapianto.

Con DGR n. XI / 6150 del 21.3.2022 "Determinazioni in merito alla revisione e aggiornamento del modello organizzativo del sistema regionale trapianti" è stata rimodulata l'architettura del modello organizzativo del Sistema Regionale Trapianti, definendo una disponibilità continuativa del servizio per la gestione dei donatori di organi e tessuti, con un medico esperto e un infermiere esperto.

L'infermiere esperto in Donazioni e Trapianti di Organi e Tessuti, è in grado di operare in diversi contesti:

- Centro Nazionale Trapianti;
- Centro Interregionale Trapianti;
- Centro Regionale Trapianti;
- Coordinamento Locale (aziendali) alla Donazione e Trapianti;
- Coordinamento nell'ambito dei Centri di Trapianto.

### Methodology

Valorizzazione del professionista esperto – INFERMIERE PROCUREMENT - in Donazione e Trapianto per il coordinamento delle attività correlate favorendo e promuovendo la cultura della donazione-trapianto.

L'infermiere esperto in procurement, in possesso di conoscenze in ambito della donazione e prelievo di organi e tessuti, svolge la sua attività in tutti i presidi di ASST Lodi.

Nello specifico è in grado di:

1. Applicare il modello organizzativo nazionale donazione - trapianto (centro nazionale trapianti) ed il modello regionale
2. Partecipare attivamente nel processo di donazione organi e tessuti
3. Interagire con le diverse realtà dipartimentali, aziendali ed extra aziendali, adattando il modello organizzativo del procurement
4. Ottimizzare l'uso dei beni e delle risorse disponibili
5. Applicare il modello di organizzazione delle banche dei tessuti
6. Garantire le procedure di mantenimento del potenziale donatore

### Results

La ASST di Lodi annovera, tra i suoi collaboratori, una figura infermieristica con percorso formativo specialistico post-base che da anni;

1. Assicura il processo di donazione in aderenza alle procedure e nel rispetto della qualità e sicurezza in riferimento alle norme deontologiche e giuridiche
2. Elabora, propone e implementa progetti di miglioramento relativi al percorso donativo
3. Promuove e coordina le attività di informazione, educazione e crescita culturale in materia di donazione di organi tessuti nelle scuole e nella popolazione
4. Promuove lo sviluppo professionale ed il ruolo del «task shifting» da personale medico versus personale infermieristico

### Conclusion

L'inserimento di questa nuova figura professionale, consente di aumentare l'offerta dei servizi all'utenza secondo un'ottica di valorizzazione dei professionisti e di «task shifting». Inoltre, l'individuazione di operatori sanitari attivamente collaborativi (sentinelle) nel percorso del prelievo dei tessuti oculari, oltre alla reale presa in carico del percorso stesso, ha determinato un aumento della sensibilizzazione del personale, con rinforzo alla cultura della donazione e al trapianto di organi e tessuti unitamente all'incremento dell'aderenza degli utenti e dei rispettivi familiari.



## La Cartella Sociale Informatizzata

Direttore Generale ASST di Lodi  
Dottor Salvatore Gioia

### Introduction

Nell'ambito delle scienze sociali, la **circolarità delle informazioni** e la loro disponibilità elettronica permette una gestione integrata e corresponsabile del caso evitando sovrapposizioni di interventi, prevenzione degli accessi impropri alla struttura ospedaliera e garantisce la dimissione protetta dell'utenza fragile. La Cartella Sociale Informatizzata (CSI) costituisce un **collegamento tra i diversi flussi informativi** garantendo un rapido e costante accesso alle risorse informative dei servizi sociali dell'ASST di Lodi e dei Comuni e rappresenta uno **strumento condiviso di raccordo immediato**, corresponsabile dei processi di cura. Può essere costantemente aggiornata in merito alla presa in carico e **conserva dati di flusso storico** e raccoglie sia la valutazione sociale integrata in itinere che gli elementi necessari per la predisposizione dei PDTA.

### Methodology

Essendo già in dotazione ai Comuni uno strumento di registrazione della casistica (Urbi smart PA Digitale), non immediatamente fruibile da ASST perché l'ambito socio sanitario opera e registra in modo differente, al Tavolo Tecnico del dicembre 2020, si è condiviso di realizzare uno strumento "ex novo" a partire da ASST Health Meeting, con un primo step di intra ed inter operabilità tra i sistemi e gli attori istituzionali di area socio sanitaria e socio assistenziale, quale soluzione "ponte" che poneva entrambe le organizzazioni nella possibilità di una iniziale "sola lettura" dei dati registrati. Nello stesso anno l'ASST di Lodi ha avviato un processo di implementazione dello strumento per la presa in carico integrata tra la ASST e l'Ambito Territoriale, denominata Health Meeting (HM), in collegamento con lo strumento in dotazione ai Comuni del Lodigiano, Urbi Smart PA Digitale.

### Results

1. Predisposizione di uno **strumento integrato** che consente la gestione della presa in carico di soggetti affetti da patologie cronico-degenerative residenti sul territorio lodigiano per favorire una attività integrata tra ASST e Comuni.
2. Creazione di un **data base** per la gestione sociale integrata dell'utenza.

### Conclusion

La CSI HM ha consentito l'avvio di una gestione integrata dei servizi sociali a livello Intra ed Interistituzionale e fra servizi sociali comunali e dell'area socio-sanitaria della ASST, garantendo la rete ed il coordinamento degli attori e dei servizi coinvolti.

La realizzazione dello strumento è stata recepita quale obiettivo condiviso nell'accordo di programma (ex art 18 della L.R. 3/2008) per l'attuazione del Piano di zona della Provincia di Lodi dove, al punto 1 si cita lo "Sviluppo del Sistema informativo finalizzato alla condivisione dei dati sanitari e sociali nelle diverse aree di integrazione e diffusione delle informazioni a favore dei cittadini".



# POSTER gallery



## FAST TRACK DAL PS ALLA CDC E DAL MMG ALLA CDC PER LA CURA DEL PAZIENTE CRONICO

Direttore Socio Sanitario ASST di LODI  
Dottor Enrico Tallarita

### Abstract

Il rilancio della sanità territoriale a rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria, avviato con il DM n. 71/15, trova riscontro nel PNRR e nel DM 77/22 e la ASST Lodi ha individuato un modello organizzativo ed ha sviluppato un percorso di cura del paziente cronico e istituito una "rete di servizi" a lavoro integrato e multidisciplinare, assicurando una risposta appropriata ai bisogni di salute. La Rete si attiva sin dal PS che valuta e dimette l'utente e, se ritenuto utile un approfondimento specialistico, attiva la COT per una prenotazione e comunica all'utente data, ora e luogo della prestazione, assicurata entro le 12/24h successive. La collaborazione attivata tra MMG e ASST Lodi consente, mediante l'attivazione della COT, la possibilità di chiedere allo specialista, una rapida valutazione del caso "Fast Track", così da evitare un accesso improprio al PS.

### Introduction

La presa in carico e la gestione del paziente cronico si fonda sulla collaborazione dei Medici del PS, degli MMG, della COT, del Case Manager e degli Specialisti che operano all'interno della Cdc. Si compone di interventi ed azioni specifiche:

- **Pronto Soccorso:** attivazione della presa in carico dopo la dimissione in assenza di acuzie necessitanti stabilizzazione in regime ospedaliero. Il Medico del PS dimette il paziente contatta la COT per la prenotazione di una visita, assicurata nelle 12/24h successive.

**MMG e Attivazione Fast Track per pazienti cronici anziani:** Il MMG, qualora il paziente affetto da patologia cronica manifestasse criticità cliniche tra una visita programmata e l'altra, tali da rendere necessaria una rapida rivalutazione, potrà attivare la COT per richiedere una consulenza specialistica, che sarà erogata entro 12/24 h presso la Cdc, oppure potrà chiedere un confronto telefonico tempestivo con lo Specialista. L'attivazione del fast track non sarà prevista per: **a)** condizione clinica del paziente con chiara indicazione al ricovero; **b)** sintomatologia acuta ed improvvisa tempo dipendente.

### Methodology

- Individuazione di percorsi di Fast Track da PS e da MMG versus specialità ospedaliera

- Agenda di prenotazione interna con slot per 8 visite specialistiche die assicurate dallo specialista della Cdc (Medicina Interna-Pneumologia-Geriatria)

Add.

### Results

La presa in carico integrata permette di:

- Favorire e rinforzare la rete e l'integrazione tra attività territoriale e ospedaliera**, per la globale presa in cura di prossimità della persona
- Semplificare e affiancare il paziente nel processo di cura/riabilitazione del paziente**
- Garantire una presa in carico individualizzata anche nella fase di post dimissione**
- Ridurre gli accessi in PS**



Figura: rappresentazione del processo di presa in cura del paziente cronico

### Conclusion

Consolidando una reale integrazione tra ospedale e territorio, si prevencono e si riducono soprattutto i ripetuti accessi del paziente cronico "over 65" in pronto soccorso.

Tale modello assume rilevanza per il potenziamento della rete dei servizi, nel rispetto delle indicazioni presenti nel Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità fornito da AGENAS.



## Studio retrospettivo su pazienti presi in carico dagli infermieri di famiglia di ASST Mantova



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia  
ASST Mantova

**Mara Azzi**, Direttore Generale ASST Mantova

**Renzo Boscaini**, Direttore Socio Sanitario ASST Mantova

**Angela Bellani**, direttore struttura Gestione Fragilità e direttore distretto mantovano ASST Mantova

**Monica Carnevali**, RAD dipartimento delle fragilità

**Sara Faroni**, responsabile infermieristico Centro Servizi, COT e Infermieri di famiglia e comunità ASST Mantova  
Infermieri di famiglia e comunità ASST Mantova

**Elisa Tartari**, responsabile di flussi informativi delle attività produttive ambulatoriali e socio sanitarie e del sistema di reporting

**Stefano Bernardelli**, direttore DAPSS ASST Mantova

### INTRODUZIONE

Al fine di valutare l'efficacia dell'impatto dell'attività infermieristica nella appropriatezza delle cure e di garantire il setting di cura ottimale, si è pensato - grazie alla preziosa collaborazione del Controllo di Gestione di ASST Mantova - di organizzare uno studio retrospettivo con una valutazione ex-ante e a 6 mesi ex-post dalla data del 1° contatto per ciascun paziente preso in carico dagli IFEC rispetto al numero di ricoveri (flusso SDO) e al numero di prestazioni effettuate (flusso 28 SAN).

### MATERIALI E METODI

Al fine di valutare l'efficacia dell'impatto dell'attività infermieristica nell'appropriatezza delle cure garantendo così il setting di cura ottimale, si è pensato di organizzare uno studio retrospettivo con una valutazione ex-ante e a 6 mesi ex-post dalla data del 1° contatto per ciascun paziente preso in carico dagli IFEC rispetto i seguenti indicatori: numero di ricoveri (flusso SDO) e numero di prestazioni effettuate (flusso 28 SAN) nel periodo in esame.

Questi pazienti sono stati presi in carico dagli infermieri di famiglia e di comunità di ASST Mantova con interventi di monitoraggio dei parametri vitali (sia a domicilio che con un kit di telemedicina) e con interventi mirati alla valutazione della compliance clinico/terapeutica. Tali pazienti sono stati segnalati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

### RISULTATI

Complessivamente dei 1102 pazienti ad oggi in carico agli infermieri di famiglia e comunità, solo 890 sono stati arruolati nel presente studio poiché aventi i criteri di eleggibilità (6 mesi ante e 6 post dal momento di primo contatto). La distribuzione per sesso è di 404 maschi vs 486 femmine.

Rispetto ai due indicatori scelti si evincono i seguenti dati:

RICOVERI	EX - ANTE	273	-76,43% ex post VS ex ante	Durata media ricovero: 11 giorni	Ricovero durata media: - 3 giorni ex post VS ex ante
	EX - POST	57		Durata media ricovero: 8 giorni	

PRESTAZIONI SPECIALISTI AMBULATORIALI E DIAGNOSTICA STRUMENTALE	EX - ANTE	4.151	-79,12% ex post VS ex ante	CASE MIX PRESTAZIONI Visite ambulatoriali 32% Specialistica ambulatoriale e diagnostica specialistica 68%
	EX - POST	978		

### CONCLUSIONI

Seppur con i limiti del numero di soggetti arruolati limitato, dovuto ai sei mesi ex post, sono stati evidenziati:

- una **riduzione netta e significativa dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali specialistiche** dal momento di primo contatto in poi;
- un' **ottima appropriatezza del setting assistenziale** contrassegnato sia dal numero di ricoveri, ma anche dalle giornate di degenza ridotte, segno che i pazienti arrivano in ospedale in condizioni meno compromesse;
- un **miglioramento delle ripercussioni sociali su caregiver e famigliari**.

Evidenzia la fattibilità del modello e l'efficacia nella riduzione delle ospedalizzazioni.

### BIBLIOGRAFIA

1. Shajani Z., Snell D., *Infermieristica di famiglia. Una guida per prendersi cura del sistema famiglia*, Edizione italiana a cura di Brugnolli A., Cavadana L., Longhini J., Pedrotti D., Saiani L., Il Pensiero Scientifico Editore, 2021
2. Position statement. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) - Revisione luglio 2020 (<https://bit.ly/3DcTDIH>)
3. Rocco G, Mercadelli S, Stievano A, Cipolla C., *Infermiere di famiglia e di comunità: proposte di policy per un nuovo welfare: ricerca svolta in collaborazione tra Ministero della salute e Collegio IPASVI di Roma*, Franco Angeli, 2017
4. Mislej M., Paoletti F., *L'Infermiere di famiglia e di comunità*, Maggioli editore, 2008



# POSTER gallery



## Infermiere di Famiglia e di Comunità attore e protagonista della prevenzione e della promozione della salute in ambito scolastico

Casa di Comunità di Gorgonzola – Vaprio d'Adda – Cassano d'Adda – Pioltello



### Introduzione

IL BISOGNO FORMATIVO è nato dalla necessità di somministrare alcune terapie in ambito scolastico. Ciò sottopone i Docenti ad uno stress notevole che spesso induce a rifiutare l'esecuzione della procedura.

SCOPO DEL PROGETTO è fornire ai Docenti le conoscenze di base sulla somministrazione efficace e sicura della terapia in ambito scolastico per gli alunni fragili.

OBIETTIVI FORMATIVI: Il corso si pone l'obiettivo generale di fornire ai Docenti le basi per rispondere consapevolmente alle richieste delle famiglie degli alunni fragili e dei medici curanti in materia di somministrazione di farmaci INDISPENSABILI E/O SALVAVITA in caso di:

- Crisi asmatica
- Crisi glicemica
- Crisi epilettica
- Reazioni allergiche e/o anafilattiche
- Gestione di PEG e somministrazione di idratazione e farmaci salvavita
- Movimentazione del paziente alunno e relativo cambio del presidio assorbente comprensivo di tecniche per l'igiene.

#### OBIETTIVI SPECIFICI:

Obiettivo 1: Conoscere i criteri normativi per la somministrazione efficace e sicura dei farmaci in ambito scolastico

Obiettivo 2: Saper agire con consapevolezza nei casi in cui, durante l'orario scolastico, si manifesti una situazione critica nel bambino già segnalato dal pediatra e con un piano terapeutico aggiornato e valido,

Per ogni alunno indicato dalla dirigente scolastica è stata verificata la presenza della documentazione necessaria. Essa comprende la richiesta scritta dei genitori di somministrazione del farmaco in orario scolastico da parte dei docenti, con relativa certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno, il piano terapeutico e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Inoltre è stato accertato che all'interno dell'Istituto vi fosse personale addetto al primo soccorso debitamente formato.

Si è raccolto il materiale didattico basandosi sulle evidence based practice facendo riferimento alle Linee Guida Internazionali, con particolare attenzione alle procedure di somministrazione dei farmaci.

### Metodologia e materiali

METODOLOGIA DIDATTICA: Lezione, discussione, dimostrazioni in video di casi.

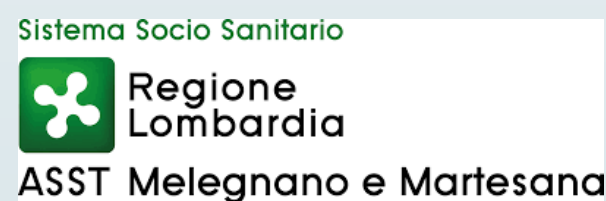
DESTINATARI DELL'EVENTO: Docenti di scuola dell'infanzia, scuola primaria e secondaria di primo grado

Il corso è stato realizzato in due edizioni della durata di tre ore. I docenti sono stati suddivisi in tre gruppi in base al ciclo di istruzione. Al primo incontro hanno partecipato i docenti della scuola primaria, al secondo i docenti della scuola secondaria di primo grado e della scuola dell'infanzia, suddivisi in due gruppi. Per ogni gruppo, formato da circa 30 docenti, sono state affrontate tutte le tematiche emerse nell'analisi dei bisogni precedentemente effettuata con la Dirigente Scolastica.

Al termine della presentazione sono stati discussi i casi presentati dalla scuola e si è dato spazio alle discussioni.

Sono stati presentati ai docenti il questionario pre e post test per fornire loro una modalità di autovalutazione della formazione seguita.

Per ogni tematica sono state elaborate delle slides con la piattaforma Canva, presentate a scuola su lavagna interattiva includendo immagini e video formativi.



### Risultati

I docenti di tutti e tre i gruppi hanno partecipato al corso di formazione con attenzione e interesse attivo ponendo numerosi quesiti.

Durante gli incontri di formazione si sono affrontate alcune criticità riguardanti ad esempio la modalità di conservazione e la relativa reperibilità dei farmaci all'interno del plesso scolastico, alle quali si è data risposta fornendo consigli e suggerimenti pratici che i docenti hanno accolto con entusiasmo.

Al termine del corso tutti i docenti si sono ritenuti soddisfatti, più sicuri e tranquilli, specialmente di fronte al tema della responsabilità della somministrazione del farmaco salvavita, hanno richiesto materiale didattico, brochure informative e la possibilità di realizzare altre edizioni del corso per il nuovo anno scolastico.

Per semplificare la prassi e la gestione delle emergenze sono state realizzate, per ogni tematica, delle check-list relative al piano d'azione in caso di emergenza da apporre nelle classi.

Il corso di formazione è stato anche un'opportunità per presentare alla comunità scolastica la nuova figura dell'Infermiere di famiglia e di comunità e tutti i servizi offerti dalle Case di comunità presenti sul territorio e nei Distretti dell'ASST di Melegnano e della Martesana.



### Conclusioni

L'infermiere di Famiglia e di Comunità, oltre ad essere attore e protagonista della prevenzione e della promozione della salute in ambito scolastico, è un riferimento per tutti i cittadini ed un valido alleato per la salute.

#### Le attività di formazione scolastica

- 19/09/22 Istituto Bellisario Inzago: somministrazione liquidi tramite PEG
- 21/09/22 Istituto Bellisario Inzago: somministrazione liquidi tramite PEG e cambio presidi assorbenti
- 23/09/22 Istituto Manzoni Pozzuolo Martesana: reazione allergica e somministrazione adrenalina
- 05/10/22 Asilo nido Vignate: asma allergica
- 13/10/22 Istituto Bellisario Inzago: somministrazione liquidi tramite PEG e cambio presidi assorbenti
- 20/01/23 Università IEO Milano "Metaparadigmi: Ambiente, uomo, salute e cura"
- 17/01/23 Istituto Comprensivo di Basiglio - Masate: incontro informativo reazioni allergiche ed epilessia
- 26/01/23 CSS Insieme Melzo: gestione colostomia
- 28/02/23 Istituto Comprensivo Mattei - Di Vittorio di Pioltello: crisi asmatica; crisi epilettica; crisi glicemica; reazioni allergiche e/o anafilattiche
- 27/03/23 Istituto Mascagni Liscate: gestione ipoglicemia
- 28/03/23 Asilo nido Vignate: crisi convulsiva
- 30/03/23 Asilo nido Vignate: crisi convulsiva
- 12/04/23 Istituto Comprensivo Alda Faipò di Gessate: anafilassi e somministrazione adrenalina; asma; epilessia
- 18/04/23 Istituto Comprensivo Alda Faipò di Gessate: anafilassi e somministrazione adrenalina; asma; epilessia
- 04/05/23 Istituto Comprensivo Ai nostri caduti di Trezzo sull'Adda: gestione di PEG e somministrazione di idratazione e farmaci salvavita.

#### Bibliografia

- D.M. 77 del 23/05/2022
- DGR 6760 del 25/07/2022
- DGR 7592 del 15/12/2022
- Delibera Direttore Generale ASST Melegnano n°75 del 24.01.2018
- L'infermiere, 2021;58:5:e82-e91 e90



### Ringraziamenti

- Distretto Alta Martesana - Casa di Comunità di Gorgonzola
- Distretto Adda - Casa di Comunità di Vaprio d'Adda
- Distretto Adda - Casa di Comunità di Cassano d'Adda
- Distretto Bassa Martesana - Casa di Comunità di Pioltello

- Franco Cipriani coordinatore CDC - Ilaria Belloni IFeC - Gloria Villa IFeC
- Laura Brienza coordinatrice CDC - Barbara Monzani IFeC
- Paola Biraghi IFeC
- Gabriella Lazzari coordinatrice CDC - Simone Colturi IFeC
- Giuseppina Priore IFeC
- Claudia Pirronello coordinatrice CDC - Monica Rota IFeC - Daniela Banfi IFeC

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



Area Lombardia

# POSTER gallery

Sistema Socio Sanitario  
Regione Lombardia  
ASST Melegnano e Martesana

## “Insieme si può”: la casa come primo luogo di cura IFeC CdC Cassano d'Adda, Distretto Adda, ASST Melegnano e della Martesana



G. Priore, S. Colturi, C. Biazzo, M. Consalvo, F. Motta, D. Pietrapertosa, T. Tirnetta, R. Venezia, G. Lazzari

### Introduzione

La fragilità implica il concetto di non autonomia nella cura del sé, nello svolgimento delle azioni quotidiane, nella vita di relazioni. Possono tuttavia coesistere, nei medesimi individui, fragilità di natura clinica e fragilità di natura sociale. Molteplici sono le definizioni di fragilità: si parla di paziente fragile in presenza di patologie multiple croniche e/o importante decadimento fisico/cognitivo, con fabbisogno assistenziale continuo, multispecialistico e multidisciplinare. La recente letteratura scientifica si è ampiamente soffermata sugli aspetti sociali quali fattori di rischio che influenzano pesantemente i percorsi e gli esiti di salute. La dimensione epidemiologica della tematica è quantitativamente rilevante.

STRATIFICAZIONE DELLA DOMANDA				
LIVELLO	n° soggetti stimati in Regione Lombardia	domanda	bisogni	pertinenza prevalente
1	150.000	fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	integrazione percorsi ospedale / domicilio / riab / socio san (ADI, RSA, RSA aperta)	struttura di erogazione (ASST, struttura privata, RSA)
2	1.500.000	cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extra ospedalieri ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati / frequent users	coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica) e gestione proattiva del follow up (p. visite ed esami all'anno)	struttura di erogazione (ASST, struttura privata)
3	1.500.000	cronicità in fase iniziale prevalentemente monopatologica a richiesta medio bassa di accessi ambulatoriali integrati / frequent users	avere garantiti percorsi ambulatoriali riservati / di favore ed un a controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	territorio (mmg proattivo)
4	3.000.000	soggetti non cronici che usano i servizi in modo sporadico (prime visite / accessi ambulatoriali veri)	avere accessibilità a tutte le agende ambulatoriali disponibili sul territorio	territorio (mmg)
5	3.850.000	non usano i servizi ma sono comunque potenziali utenti sporadici	sono solo potenziali utenti	territorio (mmg)

Con il progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento della prevalenza di malattie croniche e della fragilità, è parso prioritario attivare politiche e attuare modelli di gestione delle cure integrati e personalizzati. Il PNRR e il DM 77/22 rappresentano l'occasione per riformulare il modello di assistenza territoriale, con l'obiettivo di garantire le migliori condizioni possibili di equità di accesso alle cure, tempestività e qualità degli interventi. Con la Missione 6, il PNRR prevede interventi di prevenzione e assistenza sul territorio, in una prospettiva di integrazione tra i servizi ospedalieri, territoriali e sociali.

Il potenziamento dell'accesso alla rete assistenziale è garantito dalle Case della Comunità che operano su 3 livelli d'intervento:

- individuale e familiare;
- di gruppo;
- comunitario.

Per una presa in carico efficace è necessario un approccio clinico-assistenziale e socio sanitario. Vanno quindi creati dei percorsi organizzati all'interno della rete dei servizi con un progetto assistenziale individualizzato, che risponda ai bisogni del malato, garantendo la continuità assistenziale ospedale-territorio.

### Materiali e metodi

Le CdC sono lo strumento individuato dal PNRR per raggiungere gli obiettivi prefissati di una riforma sanitaria più vicina ai bisogni dei cittadini. ASST Melegnano e Martesana attraverso il "Tavolo Fragilità" coordinato da ATS Milano sta individuando i servizi e le misure attivabili per i pazienti fragili e uniformando le competenze per creare una base condivisa per la presa in carico.



### Risultati

Prevenzione e promozione della salute sono stati sin dall'inizio al centro dei progetti socio-assistenziali rivolti al singolo paziente cronico e alla comunità. Sono in atto programmi d'intervento a tutela della popolazione con coinvolgimento dei servizi sociali comunali, di distretto e MMG sulle tematiche sanitarie più diffuse relative alla cronicità. Nella descrizione dei programmi emergono i possibili vantaggi nel percorso di cura per il paziente cronico quali:

- aumento della qualità di vita e meno stress;
- maggiore personalizzazione delle cure e riduzione dei tempi d'attesa;
- maggiore accompagnamento e minore disagio per le famiglie.



### Conclusioni

Nell'ambito della prevenzione sociale sugli anziani e sui pazienti fragili, c'è un grande bisogno di co-progettare interventi socio-sanitari e socio-assistenziali affinché la solitudine e la fragilità non costituiscano l'anticamera dell'isolamento sociale.



#### Bibliografia

D.M. 77 del 23/05/2022  
DGR 6760 del 25/07/2022  
DGR 7592 del 15/12/2022

### Ringraziamenti

Direzione Strategica  
DAPSS di ASST Melegnano e Martesana  
Direttore di Distretto Dott.ssa Daniela Invernizzi  
Dott.ssa Michela Mancini  
Dott.ssa Daniela Meregalli

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



Area Lombardia

# POSTER gallery



## Sanità a km 0

Infermiere di Famiglia e di Comunità per un progetto di Educazione Sanitaria a favore dei Cittadini

Casa di Comunità di Peschiera Borromeo – Distretto Bassa Martesana e Pallese



### Introduzione

In corso di anno 2022 ASST Melegnano e Martesana ha lavorato intensamente per dare attuazione al PNRR/M6 Missione 6 salute, avviando i progetti delle Case di Comunità sul suo territorio. La Casa di Comunità di Peschiera Borromeo, inaugurata a Dicembre 2022, ha visto l'attivazione del Servizio di Infermieri di Famiglia e Comunità, che lavora in stretta sinergia con l'ADI, i Servizi Sociali e le Cure Primarie e ha tra le sue finalità, l'attuazione di progetti di prossimità e di educazione sanitaria alla popolazione.

Il primo passo verso la cittadinanza è stato pensato in sinergia con i Servizi Sociali del comune di Peschiera Borromeo, rivolto alla cittadinanza e con particolare focus sui care giver dei pazienti fragili. La collaborazione tra i servizi ha visto nascere il progetto "sanità a chilometro 0"; un progetto in cui gli Infermieri di Famiglia e Comunità vogliono farsi conoscere e sensibilizzare i Cittadini sui temi della Integrazione, sull'offerta di servizi integrati e soprattutto sulla Promozione della salute, al fine di accrescere la consapevolezza rispetto all'importanza della Prevenzione.

Gli obiettivi di questo progetto sono:

- sensibilizzare i Cittadini sui temi della Promozione della salute al fine di accrescere la consapevolezza rispetto all'importanza della Prevenzione;
- presentare i servizi territoriali attivi della CdC;
- raccontare una Sanità a chilometro zero, più vicina ai Cittadini e professionisti della salute che si occupano di assistenza multidisciplinare.



### Metodologia e materiali

Gli incontri rivolti alla popolazione si sono svolti attraverso la viva voce degli Infermieri di Famiglia e Comunità della CdC di Peschiera Borromeo, con l'ausilio di slides e distribuzione di materiale informativo.

METODOLOGIA DIDATTICA:

- Formazione frontale attraverso l'ausilio delle slide e diretta streaming sui canali social
- Dimostrazioni pratiche di tecniche di mobilitazione del paziente fragile
- Presentazione di casi clinici
- Risposta alle domande del pubblico partecipante

Gli incontri sono stati organizzati su tre serate della durata di circa 2 ore ciascuna.

DESTINATARI DELL'EVENTO: Tutti i Cittadini interessati ad acquisire conoscenze in merito al paziente fragile e alle competenze del caregiver.

MATERIALI: E' stato utilizzato materiale informatico ( proiezione di slide) e materiale cartaceo ( brochure informative dei servizi).



### Risultati

I risultati attesi di questo progetto sono:

- il miglioramento della qualità di vita del paziente e dei propri familiari/caregivers attraverso l'incremento di competenze e conoscenze fornite al cittadino;
- l'acquisizione di abilità da parte del caregiver, chiamato a preservare il comfort, la sicurezza, la dignità e l'autostima del paziente e a costruire un'alleanza terapeutica con i professionisti sanitari coinvolti nel processo di prevenzione e cura;
- promuovere e sostenere l'empowerment dell'utente e della famiglia individuando soluzioni, condividendo la progettazione, costruendo la permanenza di un sostegno nel tempo ai caregivers formali e non formali, cercando di mantenere il più possibile la loro autonomia;
- riduzione degli accessi ospedalieri e promozione di una sanità territoriale a KM 0.

Inoltre i risultati ottenuti sono anche una maggiore richiesta da parte della cittadinanza dei servizi erogati dagli Infermieri di famiglia e Comunità e di tutta l'equipe della CdC e di conseguenza più soddisfazione da parte della popolazione riguardo i servizi sanitari proposti.



### Conclusioni

Il ciclo di serate formative ha riscosso molto successo sul territorio della CdC, sia in termini di numeri che di apprezzamento, tanto che altri comuni del Distretto Martesana e Pallese hanno fatto richiesta di poterlo replicare a favore dei propri cittadini. Inoltre è stato possibile riscontrare un incremento nel numero degli accessi spontanei presso il Pua e delle relative prese in carico di pazienti fragili. Anche la collaborazione con gli altri servizi del territorio (sia comunali che del terzo settore) è in fase di crescita, evidenziando così la realizzazione effettiva dell'integrazione socio-sanitaria.

BIBLIOGRAFIA:

DM 77 del 23/05/2022

DGR 6760 del 25/07/2022

DGR 7592 DEL 15/12/2022

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE ASST MELEGNANO N°75 DEL 24/01/2018

PROGETTO PIPA



### Ringraziamenti

- Distretto Bassa Martesana e Pallese – Casa di Comunità di Peschiera Borromeo
- Sanaldi Chiara responsabile DAPSS di Area Territoriale Sud
- Ancora Alessandra coordinatore CdC
- Amodio Jessica IFeC
- Asta Anna IFeC
- Bonino Espejo Miluska IFeC
- Dell'Atti Francesca IFeC
- Dello Buono Annalisa IFeC
- Piccione Azzurra IFeC
- Nicotra Marialuisa Assistente Sociale
- ADI dell'Asst melegnano Martesana
- MMG
- FISIOTERAPISTA dell'Asst Melegnano Martesana

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

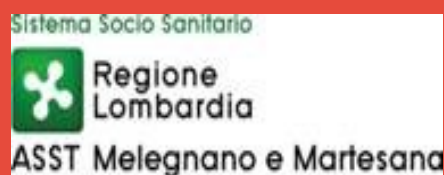


Area Lombardia



# POSTER gallery

## LE CENTRALI DIMISSIONI PROTETTE OSPEDALIERE COME STRUMENTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE



Colombo I., Mancini M., - DAPSS ASST Melegnano e Martesana

### Introduction

Uno degli aspetti più critici, connessi con l'erogazione di un'assistenza sicura e di alta qualità, è rappresentato dal coordinamento e integrazione tra differenti strutture, tra varie unità operative e tra i diversi professionisti anche di una stessa organizzazione. In considerazione della complessità, multidisciplinarietà e multidimensionalità che contraddistinguono la dimissione di un paziente fragile, si ritiene necessario definire un processo in grado di agevolare l'integrazione tra servizi e professionisti coinvolti, facilitando il percorso di continuità assistenziale della persona ricoverata e della sua famiglia.

**DIMISSIONI PROTETTE** = è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o similare ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio-sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.

NEL PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI 2021-2023 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali le DIMISSIONI PROTETTE vengono definite come

### LEPS = Livello Essenziale delle Prestazioni in ambito Sociale

La "dimissione protetta" dovrebbe prevedere un'attenta e accurata valutazione dei bisogni sanitari e assistenziali del paziente e del suo contesto socio-ambientale, nonché una serie di operazioni a carattere gestionale, organizzativo e informativo per un'appropriata continuità nella presa in carico tra operatori ospedalieri e gli altri operatori socio-sanitari che si occuperanno della persona a domicilio o in altri contesti residenziali.

E' necessario quindi prevedere una precoce segnalazione da parte delle Unità Operative Ospedaliere che hanno ricoverato il paziente che rilevi la necessità di un accompagnamento nella dimissione, una corretta valutazione dei bisogni complessi e l'attivazione degli interlocutori utili e appropriati per garantire la continuità con un passaggio di informazioni puntuale e una valutazione integrata degli interventi secondo un progetto personalizzato.

### Methodology

L'ASST Melegnano e Martesana per poter raggiungere gli obiettivi sopraesposti ha:

1. Costituito nel 2021 **TRE CENTRALI DI DIMISSIONI PROTETTE (CDP)**, una per ogni Presidio Maggiore cui agganciare anche i Presidi più "piccoli" in cui operano Assistenti Sociali e Infermieri di Famiglia e Comunità



**CDP VIZZOLO PREDABISSI**  
1 AS + 2 IFEC  
Sede Operativa: Ospedale di Vizzolo Predabissi



**CDP MELZO-CASSANO D/A:**  
1 AS + 1 IFEC  
Sede Operativa: Ospedale S.Maria delle Stelle di Melzo



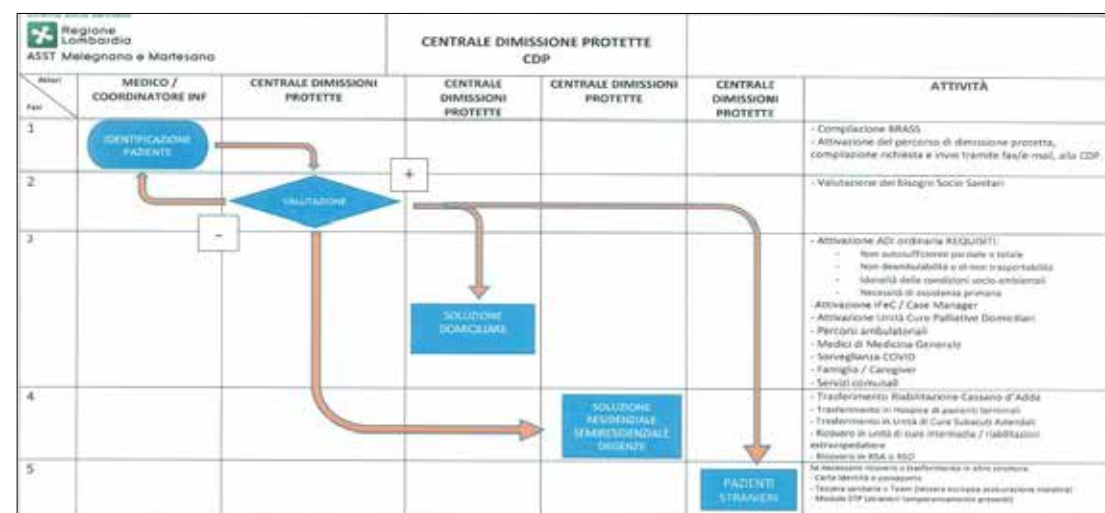
**CDP CERNUSCO S/N - VAPRIO D/A:**  
1 AS + 1 IFEC  
Sede Operativa: Ospedale Uboldo di Cernusco S/N

2. Introdotto lo strumento della "**SCHEDA BRASS**" (Blaylock Risk Assessment Screening Score) affinché le UU.OO. possano precocemente individuare i pazienti che presentano un rischio nella dimissione.

3. Codificato nel 2022 un percorso attraverso ad una **PROCEDURA AZIENDALE** standardizzata che uniformasse la presa in carico dei pazienti in dimissione in tutti i Presidi

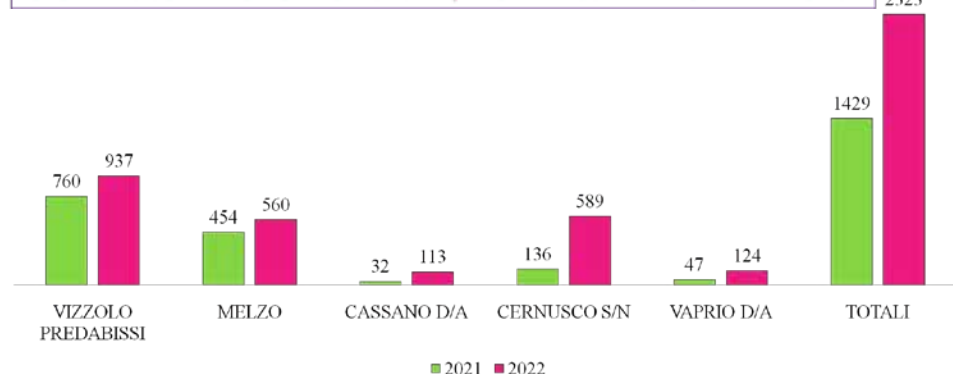
### Results

Il percorso delineato nella procedura aziendale dell'ASST Melegnano e Martesana a seguito dell'introduzione dell'attività delle Centrali di Dimissioni Protette e dell'utilizzo della "Scheda Brass" quale strumento di identificazione precoce del paziente che è a rischio basso, medio o alto nella gestione e organizzazione di una dimissione può essere sintetizzato nel seguente diagramma di flusso:



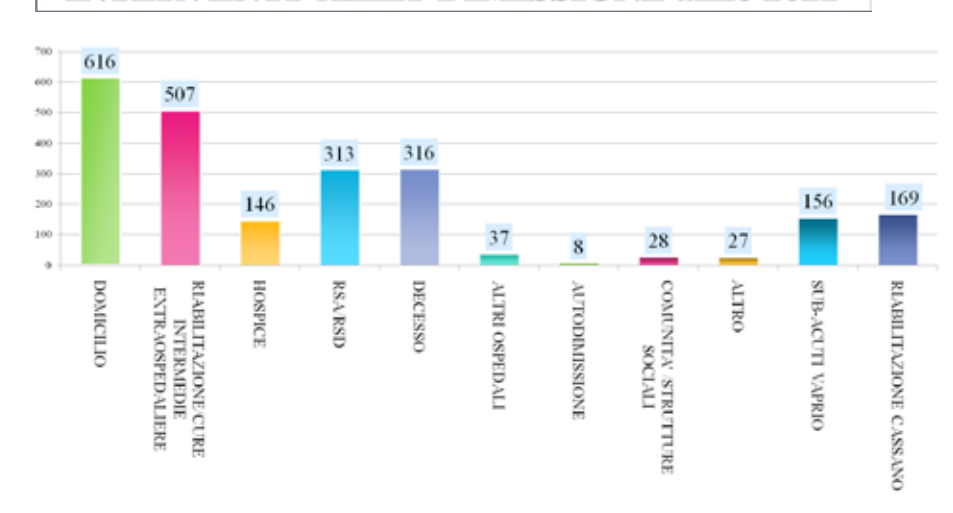
L'approccio metodologico così come delineato ha permesso un aumento delle segnalazioni di pazienti che necessitano una presa in carico per la definizione di un progetto di dimissione che garantisca la continuità assistenziale.

### CONFRONTO SEGNALAZIONI anni 2021 - 2022



Per la quasi totalità dei pazienti che sono stati segnalati alle Centrali di Dimissioni Protette è stato definito un progetto di continuità assistenziale in ambito domiciliare oppure attraverso il trasferimento in altre strutture socio-sanitarie o sociali utili a soddisfare i bisogni socio-assistenziali degli stessi. Rimangono esclusi i pazienti che si autodimettono, che devono proseguire le cure in altro istituto ospedaliero specialistico o che decidono prima della costruzione di un progetto di continuità assistenziale.

### INTERVENTI ALLA DIMISSIONE anno 2022



### Conclusion

Introducendo su tutti i Presidi Aziendali una Centrale di Dimissioni Protette all'interno della quale operano figure professionali di diverso profilo che permettono una valutazione multidimensionale del paziente fragile, utilizzando lo strumento della BRASS e definendo una procedura standardizzata è sensibilmente aumentato il numero delle segnalazioni di pazienti ricoverati presso le diverse UU.OO. che necessitano di un percorso organizzato e definito di dimissione protetta secondo la stesura di un progetto personalizzato.

La sfida nel prossimo futuro con l'implementazione delle Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità sarà gestire sempre di più e sempre meglio la **DIMISSIONE PROTETTA**, ma anche prevedere dei percorsi di **IMMISSIONE PROTETTA** affinché la **CONTINUITA' ASSISTENZIALE** non si ponga solo come una questione nella fase di uscita del paziente fragile dall'Ospedale ma si generi altresì un circuito virtuoso e accompagnato anche in ingresso.

### Acknowledgements

Un ringraziamento particolare va a chi presso l'ASST Melegnano e Martesana si è speso affinché venisse realizzato il progetto esposto in primis il Dott. Enrico Ballerini e il Dott. Mario Licata., rispettivamente Dirigente e membro dello Staff della DAPSS Aziendale. Ulteriori ringraziamenti vanno agli operatori che ogni giorno lavorano all'interno delle CDP Aziendali portando avanti con dedizione e impegno il ruolo a loro affidato.



# POSTER gallery

## ACCOGLIERE, ORIENTARE E VALUTARE IL PAZIENTE FRAGILE

### L'esperienza del PUA come luogo di integrazione di sguardi professionali

Assistenti sociali dott.sse Marialuisa Nicotra e Valeria Cappadonna

Casa di Comunità di Peschiera Borromeo - Distretto Bassa Martesana e Casa della Comunità di Gorgonzola - Distretto Alta Martesana



#### Il PUA (Punto Unico di Accesso)

Il PUA è una modalità organizzativa che permette a coloro che presentano bisogni complessi di salute l'accesso unitario universalistico ai servizi sanitari, sociali e socio-sanitari-assistenziali. Il PUA è finalizzato ad attuare pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi di coloro che ne presentino le necessità. Può essere considerato una struttura operativa che facilita l'integrazione socio-sanitaria perché si fonda sulla presa in carico del bisogno complesso. Si configura come un servizio a disposizione del cittadino che svolge funzioni di:

- Accoglienza;
- Orientamento;
- Valutazione.



#### Accoglienza

E' un processo dinamico, influenzato da componenti professionali, organizzative, operative, che si realizza a partire dal primo contatto tra i cittadini e il servizio. E' la fase di avvio di un processo ampio dove si realizzano la conoscenza reciproca tra cittadino e servizio e la prima raccolta-trasmissione di informazioni. L'assistente sociale e l'infermiere uniscono le loro professionalità con l'obiettivo di effettuare una lettura multidisciplinare del bisogno.

- Strumenti utilizzati:
- Colloquio sociale;
  - Analisi della documentazione;
  - Piattaforma SGGT;
  - Relazione di aiuto.



#### Orientamento

E' la competenza dell'operatore di conoscere la rete dei servizi al fine di poter guidare la persona nel determinare le proprie scelte in base al bisogno e all'offerta di risorse presenti.

E' collegato alla capacità professionale di cogliere e contenere le emozioni che sottendono ai bisogni della persona, di comprenderne il punto di vista e di interessarsi attivamente alla risoluzione dei loro bisogni, in un'ottica di promozione dell'empowerment individuale.

Necessita della conoscenza approfondita della rete dei servizi presenti sul territorio e della presenza di connessioni possibili tra gli professionisti che vi operano.



#### Valutazione

E' il momento cruciale di integrazione degli sguardi professionali ai fini della costruzione del progetto individualizzato. Qui, gli aspetti più prettamente sanitari (anamnesi infermieristica, lettura della documentazione clinica, rilevazione dei parametri vitali e di sintomi e segnali, etc.) si affiancano alla valutazione dei bisogni sociali e di cura assistenziale.

Elemento fondamentale di analisi diventa anche:

- Il contesto di vita della persona;
- La presenza/assenza di supporto (caregiver);
- La rete sociale territoriale.

Strumento fondamentale di questa fase è la visita domiciliare effettuata in maniera congiunta tra assistente sociale e infermiere. La casa, infatti, diventa il luogo privilegiato per conoscere la persona e i bisogni, e punto di partenza per progettare interventi.

#### Le sfide del PUA

- Realizzare concretamente l'integrazione socio-sanitaria;
- Essere il punto di partenza per la realizzazione di percorsi integrati (socio-sanitari-assistenziali);
- Migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie;
- Essere il punto di riferimento socio-sanitario a km zero per il cittadino.

#### Bibliografia

D.M. 77/2021

Legge 328/2000

L'integrazione socio-sanitaria in pratica (Brolis R., Maccani P., Perino A., Maggioli Editore, 2018)

Il sistema dell'integrazione socio-sanitaria; attori, livelli e strumenti (Perino A., Maggioli Editore, 2018)

Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi. (Carocci, Roma, 2005)

Il lavoro di équipe nei servizi alla persona. Metodologia e indicazioni operative (Edizioni del Cerro, Pisa, 2009)

#### Ringraziamenti

Giulia Sofia Franco, tirocinante Università degli Studi Milano Bicocca, secondo anno CdL in Servizio Sociale



## La presa in carico del paziente con sospetto disturbo neurocognitivo alla luce del DM 77/2022: modelli possibili

Maria Sofia Cotelli UO Neurologia ASST VALCAMONICA (Esine, Brescia-Italia)  
Filippo Manelli UO Accettazione ed Urgenza ASST BERGAMO EST (Seriata, Bergamo-Italia)

### INTRODUZIONE

In Italia, secondo le proiezioni demografiche, nel 2051 ci saranno 280 anziani ogni 100 giovani, con aumento di tutte le malattie croniche legate all'età, e tra queste le demenze.

Attualmente il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre 1 milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nella loro assistenza, con conseguenze anche sul piano economico e organizzativo.

La demenza di Alzheimer rappresenta circa il 60% di tutte le demenze.

La malattia di Alzheimer e le altre demenze rappresentano la settima causa di morte nel mondo (Dati OMS, MINISTERO DELLA SALUTE).

IL DM 77 del 23.5.2022 definisce il regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085)

VOGLIAMO PROPORRE UNA SERIE DI PUNTI CHIAVE PER LA CORRETTA PRESA IN CARICO DI UN PAZIENTE CON SOSPETTO DISTURBO NEUROCOGNITIVO.

### Materiali e metodi

Stiamo elaborando un percorso in collaborazione con i Medici di Medicina Generale per valutare quali pazienti inviare al Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) e con quali tempistiche.

Fondamentale, per stabilire la priorità di presa in carico: sarebbe innanzitutto capire quali siano le esigenze del paziente, discriminando, in fase di invio, tra:

A) Pazienti con sospetto disturbo neurocognitivo, che debbano essere inquadrati con valutazioni testistiche ed esami

B) Pazienti con evidente disturbo neurocognitivo, mai diagnosticato in ambito specialistico, che necessita di gestione di una patologia ormai in evoluzione ed eventuale certificazione ai fini di invalidità/accompagnamento. In questo caso il CDCD dovrebbe mantenere posti dedicati. Per proporre la tempistica corretta di valutazione il Curante dovrebbe:

- Identificare precocemente il paziente fragile (patologie associate, terapie assunte...)
- Valutare la tipologia di fragilità (fisica, mentale, entrambe)
- Identificare precocemente il setting familiare "a rischio" (pazienti con Caregiver inadeguato od assenza dello stesso)
- Verificare se, in assenza, di caregiver, possa essere approntata una "rete assistenziale" (amici, conoscenti)
- Valutare il setting abitativo del paziente (campagna? città? frazioni?)
- Valutare lo status socioeconomico del paziente e dei familiari
- Valutare eventuale necessità di presidi (assorbenti, per disfagia ...)
- Valutare quali servizi siano disponibili nel territorio in cui vive il paziente, come accedere ad essi
- Valutare la tipologia di abitazione (vecchia, con molte scale, isolata)

Il Curante potrebbe, inoltre, somministrare la Scala "Frailty Index", strumento immediato per quantificare la fragilità

### MODELLO PRATICO

Paziente con sospetto disturbo neurocognitivo

- a) Paziente che necessita di inquadramento diagnostico iniziale, non fragile
- b) Paziente che necessita di inquadramento di disturbo neurocognitivo, fragile
- c) Paziente con disturbo neurocognitivo evidente, fragile
- d) Paziente con evidente disturbo neurocognitivo, non fragile.

Utile

- Individuare pazienti che possano essere presi in carico da Infermiere di Famiglia e Comunità (ad esempio per rilevazione dei parametri, somministrazione delle terapie)
- Individuare pazienti meritevoli di presa in carico, mediante assistenza domiciliare (pazienti fragili con difficoltà motorie e limitazioni negli spostamenti)
- Individuare pazienti meritevoli di ricovero presso gli Ospedali di Comunità (ad esempio pazienti con gravi disturbi del comportamento o grave peggioramento cognitivo)

Presenza in carico di pazienti con disturbo neurocognitivo basata anche sulla fragilità

### Conclusioni

- Il Paziente con disturbo neurocognitivo va valutato anche sulla base della eventuale fragilità concomitante
- La possibilità di usufruire di posti dedicati per le valutazioni di pazienti fragili all'interno dei CDCD potrebbe consentire una presa in carico più rapida dello specialista e migliore sinergia con medico di Medicina Generale
- Utile identificare la tipologia di fragilità ai fini di attivare eventuali corretti servizi dedicati (Infermiere di Famiglia, Assistenza Domiciliare...)
- Fondamentale la presa in carico multidisciplinare

### Bibliografia

- <https://www.salute.gov.it/portale/demenze/>
- <https://www.epicentro.iss.it/en/alzheimer/>
- <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
- Wallace L, Theou O, Rockwood K, Andrew MK. Relationship between frailty and Alzheimer's disease biomarkers: A scoping review. *Alzheimer's Dement (Amst)*. 2018 May 30;10:394-401

### Ringraziamenti

- Si ringraziano:
- Associazione Alzheimer Camuno-Sebino
  - Pazienti e 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.



## L'importanza delle dimensioni in un reparto di Medicina Generale: studio monocentrico

Paola Zintilini<sup>1</sup>, Giovanna Caldara<sup>1</sup>, Maria Sofia Cotelli<sup>2</sup>, Roberto Furloni<sup>1</sup>

1) Unità Operativa di Medicina Generale, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valcamonica (Esine, Brescia-Italia)

2) Unità Operativa di Neurologia Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valcamonica (Esine, Brescia- Italia)

### Introduzione

Il fenomeno dell'incremento di patologie croniche ed invalidanti in Italia, l'aumento dell'età media della popolazione con il conseguente invecchiamento della stessa, l'incremento di pazienti fragili con multimorbilità e politerapie, l'aumento dell'incidenza di casi di nuclei familiari che sperimentano una condizione di indigenza rende da un lato necessario abbreviare la durata dei ricoveri ospedalieri, ma dall'altro complessa la possibilità di dimissione del paziente al domicilio in condizioni di sicurezza.

Si rende pertanto fondamentale l'introduzione di figure "Case Manager" che siano in grado di inquadrare correttamente fin dall'ingresso in reparto i pazienti "fragile" e che necessitano di "dimissioni protette"

Tali figure devono costituire il punto di congiunzione tra ospedale e territorio, ai fini di garantire non solo la gestione della patologia in fase acuta, ma la presa in carico successive al domicilio.

Scopo del presente lavoro di ricerca consiste nel valutare i risultati preliminari della dimissione protetta di un gruppo di pazienti ricoverati in un reparto ospedaliero in un periodo di tempo di sei mesi.

### Materiali e metodi

Tipologia di ricerca: studio osservazionale monocentrico retrospettivo

Durata di follow-up: 1° Ottobre 2021 - 1° Aprile 2022 (6 mesi)

Criteri di inclusione: tutti i pazienti ricoverati nel reparto di Medicina 2 dell'Ospedale di Esine (Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valcamonica) mediante ricovero ordinario

Criteri di esclusione: nessuno

Sample size: 228 pazienti

Scala utilizzata: **Scala di BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score)**

Fasi analizzate: presa in carico dal punto di vista sociale dall'ingresso in reparto fino alla fase di dimissione

### Scala di Brass

Rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile

#### 10 ITEM:

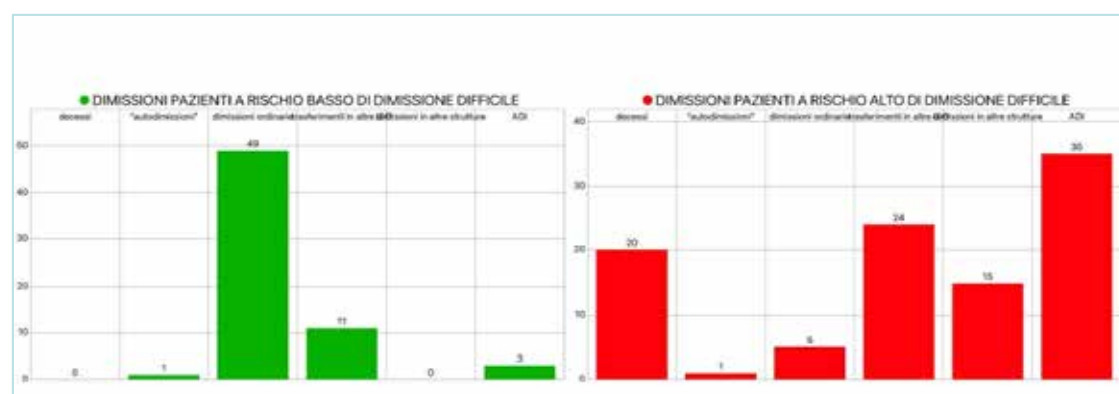
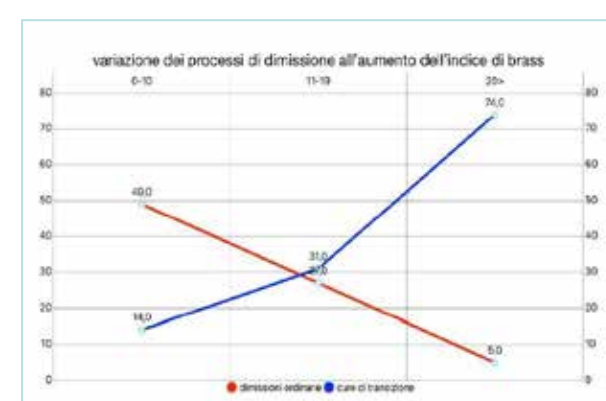
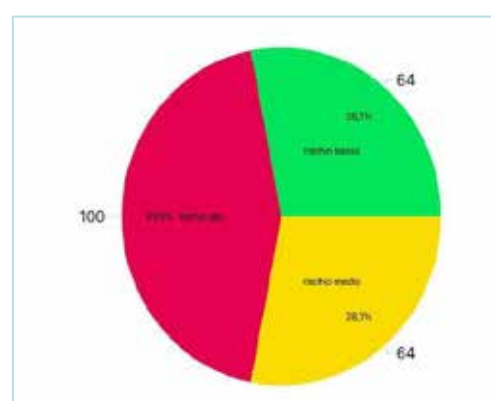
1. Età
2. Condizioni di vita e supporto sociale
3. Stato funzionale
4. Stato cognitivo
5. Modello comportamentale
6. Mobilità
7. Deficit sensoriali
8. Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso
9. Numero di problemi clinici attivi
10. Numero di farmaci assunti



#### PUNTEGGIO FINALE:

- rischio basso
- rischio medio
- rischio alto

### Risultati



\* Nel calcolo finale della figura non vengono inclusi pazienti deceduti ed autodimissioni

### Conclusioni

- Il processo delle dimissioni protette è ancora oggi troppo sottovalutato e sottodimensionato all'interno di un reparto di Medicina
- Sarà fondamentale valutare gli effettivi benefici del processo a distanza di tempo sulla realtà clinica
- Sarà altresì molto importante rendere il processo maggiormente automatico, rapido, organizzato, semplice e replicabile
- E' importante la collaborazione costruttiva di tutte le figure preposte

### Bibliografia:

- Farrell TW, Tomoia-Cotisel A, Scammon DL. Impact of an integrated transition management program in primary care on hospital readmissions. J Healthc Qual. 2015 Jan-Feb;37(1):81-92.
- Mistiaen P, Duijnhouwer E, Prins-Hoekstra A, Ros W, Blaylock A. Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems. Blaylock Risk Assessment Screening Score. J Adv Nurs. 1999 Nov;30(5):1050-6.
- Hinkle JL, Cheever KH Infermieristica Medico-Chirurgica · Editore: CEA Edizione: 5 · 16 gennaio 2017 ·



## LA TELEMEDICINA NEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO: ATTIVAZIONE DELLA CARTELLA CONDIVISA CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Alberto Madureri<sup>1</sup>, Paola Malamani<sup>2</sup>, Luciana Taboni<sup>1</sup>, Laura Tosetti<sup>1</sup>, Claudia Salice<sup>1</sup>, Giacomina Tomasini<sup>2</sup>

1) UO Cardiologia ASST Valcamonica (Esine, Brescia-Italia)

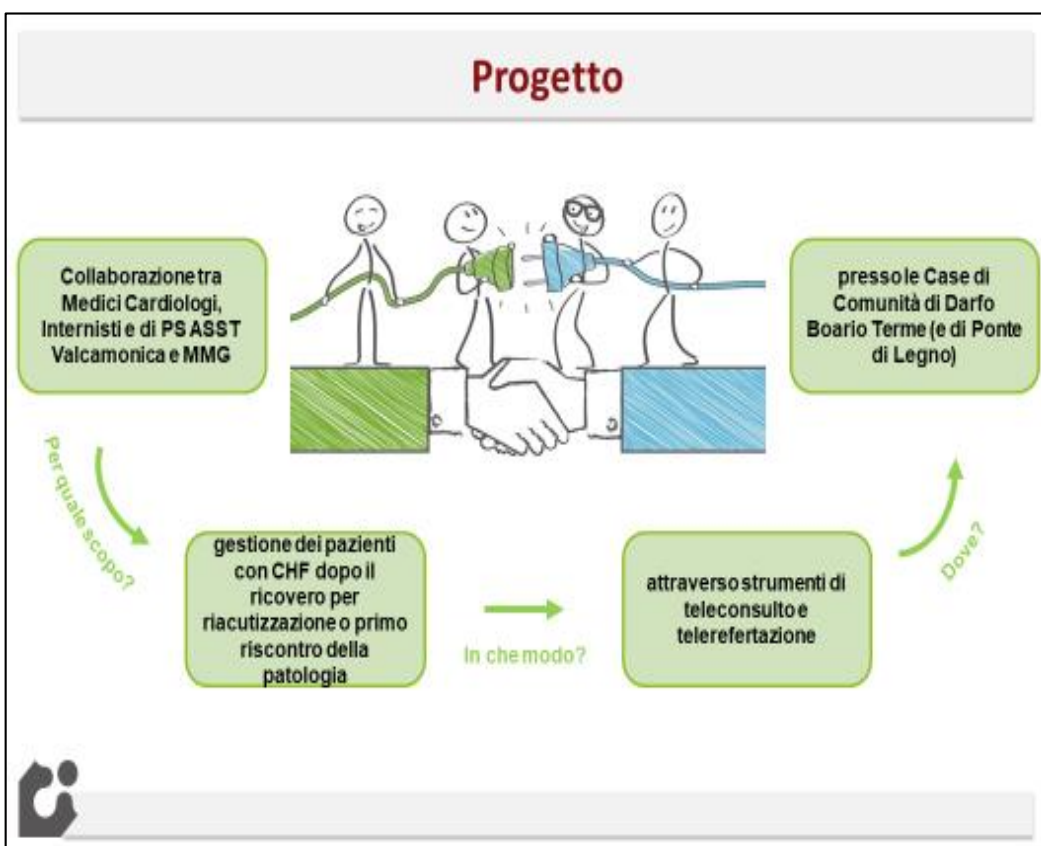
2) 2) UO Accettazione ed Urgenza ASST Valcamonica (Esine, Brescia-Italia)

### Introduzione

- Lo scompenso cardiaco rappresenta una condizione patologica che si caratterizza per l'incapacità del cuore di assolvere alla normale funzione contrattile di pompa e di garantire il corretto apporto di sangue a tutti gli organi.
- Non è sempre facilmente diagnosticabile: nello stadio precoce, infatti, tale condizione può essere asintomatica.
- Lo scompenso origina da una disfunzione sistolica e/o diastolica ed è tra le cause più comuni di invalidità e di morte nelle nazioni industrializzate
- Causato da cardiopatia arterosclerotica, infarto miocardico, cardiopatia ipertensiva, valvolare, dilatativa o congenita. I sintomi sono: dispnea, affaticamento, ritenzione idrica
- Aspettativa di vita di 5 anni nel 35% dei casi



### Metodi



### Scenari del progetto



### Conclusioni

Importanza della tempestività della presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco già in PS

Tentativo di cooperazione tra ospedale e territorio (Case di Comunità) per gestione e follow-up a lungo termine

### Ringraziamenti

Si ringraziano I Pazienti ed i loro Familiari

## Il ruolo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) nella dimissione pianificata ed al domicilio del paziente fragile presso l'Ospedale di Edolo

Giacomina Macri<sup>1</sup>, Ambra Mosconi<sup>1</sup>, Fausta Omodei<sup>1</sup>, Maria Sofia Cotelli<sup>2</sup>, Giuliana Zanini<sup>3</sup>, Claudia Rosso<sup>4</sup>, Paola Martinelli<sup>5</sup>, Patrizia Laffranchini<sup>6</sup>

1. IFeC ASST Valcamonica (Esine, Brescia- Italia)

2. UOC Neurologia ASST Valcamonica (Esine, Brescia-Italia)

3. Dirigente delle Professioni Sanitarie ASST Valcamonica

4-5 Assistente Sociale e Coordinatore

6. Coordinatore IFeC ASST Valcamonica

### Introduzione

- Il progressivo invecchiamento della popolazione ha determinato un crescente interesse alla formulazione di linee guida e di politiche sanitarie in grado di migliorare la gestione dei pazienti ad elevata complessità clinica, assistenziale e sociale.
- Due elementi ne sottolineano l'interesse e l'urgenza:
  - demografia: si prevede che nel 2045 oltre un terzo della popolazione italiana avrà un'età pari o superiore a 65 anni (dati ISTAT)
  - epidemiologia: si evidenzia come il processo di invecchiamento si associ ad incremento di patologie coniche (maggiore multimorbidità)
- Se la presenza di due o più patologie croniche caratterizza già il 75% dei sessantenni, tale condizione sembra colpire gli ultraottantenni nella loro quasi totalità



- incremento del numero di ricoveri ospedalieri di pazienti complessi, che necessitano sia di un approccio multidisciplinare durante il ricovero stesso che di un coordinamento con i servizi territoriali al domicilio per la dimissione e la gestione domiciliare.

Valle Camonica: vallata alpina con caratteristiche diverse, sia dal punto di vista morfologico che di distribuzione della popolazione nelle varie zone (alta, media e bassa Valle Camonica) per un totale di 97.936 abitanti all'01/01/2022 (Dati ISTAT).

Alta Valle Camonica: 16700 abitanti distribuiti in piccoli paesi di montagna

- progressivo spopolamento
- indice di vecchiaia elevato in molti di essi
- bassa scolarità e bassa alfabetizzazione sanitaria.
- collegamenti ridotti con media e basse Valcamonica
- Servizi sanitari ridotti
  - Ambulatorio medico di medicina generale
  - Farmacia
  - Ospedale di Edolo

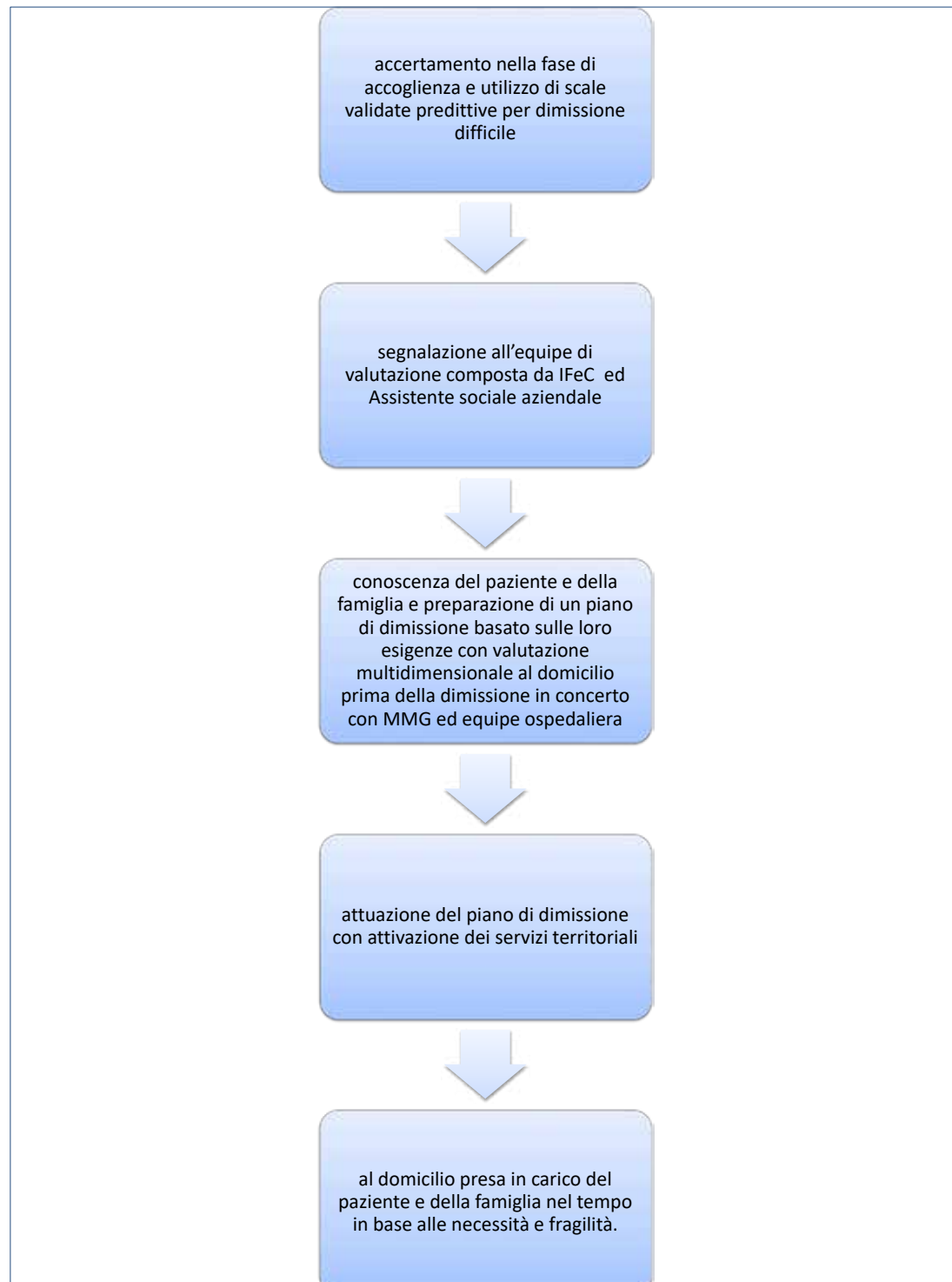
IFeC (Infermiere di Famiglia e Comunità)

- Individua zone e nuclei familiari che necessitano di assistenza
- Figura di congiunzione tra ospedale e territorio per rispondere alle necessità della popolazione

### Scopo dello studio

Gestione e pianificazione di dimissione di pazienti "fragili" degenti presso il Presidio Ospedaliero di Edolo e residenti in Alta Valcamonica con l'obiettivo di:

- Fornire supporto alle persone degenti, alla famiglia, agli assistenti familiari
- Favorire il coordinamento tra servizi ospedalieri e territoriali
- Ridurre la durata di degenza ed il tasso di riammissioni ospedaliere



### Materiali e metodi

NOSOCOMIO DI EDOLO- POSTI LETTO TOTALI

- Medicina generale: 22
- Riabilitazione geriatrica generale: 14
- Chirurgia /ortopedia: 20
- Subacuti: 5

CRITERI DI INCLUSIONE: Pazienti dimessi dal Nosocomio di Edolo dall'1.1.23 al 30.4.23

### Risultati

96 dimissioni pianificate di persone con bisogni socio-sanitari

Decessi: 3 pazienti (3%)  
Bisogni socio-sanitari: 45 pazienti (46.8%)  
Bisogni socio-assistenziali: 43 pazienti (44.8%)

- Valutazione delle condizioni a domicilio (caregiver, setting) rispetto alle necessità assistenziali
- Idoneità del paziente al rientro immediato /differito al domicilio
- Pianificazione di dimissione «protetta»
- Presa in carico a lungo termine del paziente in base alle necessità ed al grado di disabilità/fragilità

### Conclusioni

- Una dimissione ben pianificata riduce l'esposizione della persona a rischi e migliora la salute e il benessere.
- Gli interventi educativi alle persone o a chi le assiste favoriscono il trasferimento dall'ospedale al domicilio se questi vengono attuati durante la degenza e proseguite al domicilio.
- Il Medico di Medicina Generale riveste un ruolo chiave nella presa in carico sul territorio dei pazienti dimessi, in collaborazione con l'IFeC ed in continuità con i Colleghi Ospedalieri
- L'IFeC rappresenta la figura professionale che può guidare l'assistenza del paziente dall'ambito ospedaliero fino al rientro a domicilio in condizioni di sicurezza, prenderlo in carico e seguirlo nel tempo.
- Gli obiettivi vengono raggiunti attraverso la fusione fra interventi sociali e socio-sanitari, al cui interno l'assistente sociale è divenuto con il tempo componente preziosa
- La partecipazione del servizio sociale professionale all'interno della struttura ospedaliera, sottolinea l'aspetto sociale della persona/ paziente/cittadino, fondendosi con la parte clinica, contribuendo al sistema di cura.



### Bibliografia

- <https://www.istat.it/it/archivio/popolazione-residente>
- Zahra Shajani Diana Snell, Infermieristica di comunità Una guida per prendersi cura del sistema famiglia Il pensiero scientifico editore 2022
- Sandra Scalorbi Yari Longobucco, Infermieristica preventiva, di famiglia e comunità, Edizione italiana a cura di Anna Brugnolli, Luisa Cavada, Jessica Longhini, Daniel Pedrotti, Luisa Saiani Mc Graw Hill 2021

laboratorio  
SANITÀ 2030



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Valle Olona

## RISCHIO AGGRESSIONE AI DANNI DEI LAVORATORI: ATTIVAZIONE DI UN GRUPPO DI COORDINAMENTO MULTIDISCIPLINARE

D. Rocca – Direzione Medica PO Busto Arsizio ASST Valle Olona  
V. Cacciapuoti – Dirigente DAPSS Polo Territoriale ASST Valle Olona  
A. Vignati – Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione ASST Valle Olona  
T. Redaelli – Risk Manager  
C. Arici – Direttore Sanitario ASST Valle Olona  
M. Dell'Acqua – Direttore SocioSanitario ASST Valle Olona  
M. Passaretta – Direttore Amministrativo ASST Valle Olona  
E. Porfido – Direttore Generale ASST Valle Olona

### Introduction

Le aggressioni sul lavoro rappresentano uno dei cosiddetti "rischi emergenti" su cui negli ultimi anni si è focalizzata l'attenzione, sia a livello nazionale che internazionale, come testimoniano gli esiti di numerose ricerche sul tema e la frequenza dei fatti di cronaca riportati dai media.

Il fenomeno interessa prevalentemente le attività che prevedono un contatto con il pubblico: il mondo della sanità e dell'assistenza sociale sono particolarmente interessate dal fenomeno, tanto che il Ministero della Sanità contempla gli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari tra gli "eventi sentinella", ovvero segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori. Lo stesso Ministero ha emanato nel novembre 2007 una Raccomandazione specifica sull'argomento (Raccomandazione n. 8).

Gli effetti impattano in modo significativo a livello dell'individuo che subisce l'aggressione, in termini di infortuni e/o conseguenze psicofisiche, a livello dei colleghi che assistono e/o vengono a conoscenza dell'evento, in termini di stress lavoro correlato, e a livello Aziendale, a causa degli oneri diretti e indiretti correlati alla gestione degli eventi, contenziosi e riduzione della capacità produttiva.

Il D.Lgs. 81/08 impone al Datore di lavoro l'obbligo di valutazione di tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, compresi i rischi psico-sociali.

Con deliberazione n. 771 del 19/08/2022 è stato creato il gruppo aziendale di coordinamento multidisciplinare per la prevenzione degli atti di violenza ai danni degli operatori dei settori sanitario e socio-sanitario (Gruppo Multidisciplinare Aggressioni, GMA), allo scopo di valutare strategie di riduzione del rischio.

### Results

Nel periodo quinquennio 2017-2022 sono stati segnalati al Servizio Prevenzione da parte degli operatori n. 1008 episodi di violenza fisica o verbale all'interno degli ospedali della nostra Azienda (grafico in Figura 2), evidenziando una ripresa delle aggressioni a seguito del periodo covid (Figura 1).

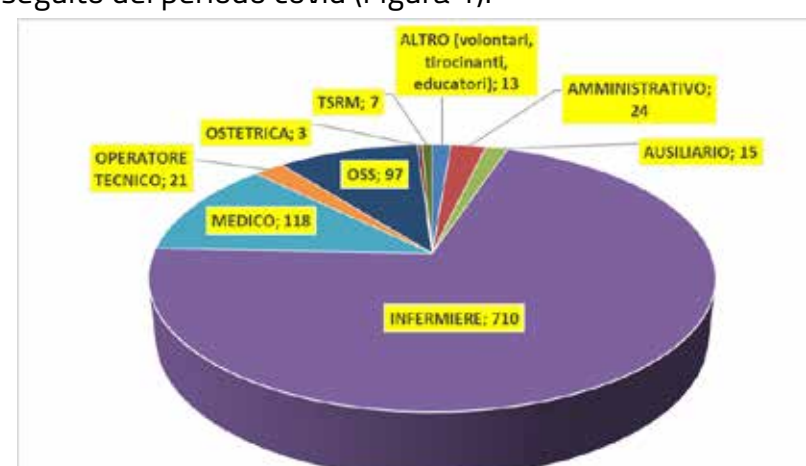


Figura 2: Numero aggressioni per qualifica del personale (anni 2017-2022) – ASST VALLE OLONA

Il Gruppo di Lavoro ha, ad oggi, effettuato diversi incontri plenari e attivato ulteriori sottogruppi per l'approfondimento dei seguenti temi:

- **Formazione** del personale
- **Campagna informativa** per l'utenza
- Aggiornamento della **procedura** di segnalazione eventi aggressione mediante piattaforma online
- Elaborazione di un **metodo statistico** per il calcolo preventivo del livello di rischio aggressioni tra gli operatori all'interno di gruppi omogenei di rischio

In occasione della giornata nazionale contro la violenza sugli operatori, è stato inoltre organizzato un incontro pubblico in piazza per la sensibilizzazione ed il coinvolgimento dell'utenza mediante la rappresentazione teatrale di situazioni di conflittualità, e il loro superamento, che si prevede di riproporre anche nei prossimi anni.

### Methodology

La composizione del Gruppo, formalizzata con delibera aziendale, prevede la presenza di un rappresentante per ciascuna delle seguenti strutture: Direzioni Mediche di Presidio, Distretti, DAPSS, Affari Legali, Risorse Umane, Medico Competente, Risk Manager, RSPP, URP, Psicologia Clinica. Sono parte integrante del Gruppo anche un RLS (Rappresentante per la sicurezza dei lavoratori), un rappresentante CUG (Comitato Unico di Garanzia) ed un referente WHP (Workplace Health Promotion).

Il Gruppo ha individuato i seguenti obiettivi:

- divulgare la **procedura** relativa al rischio aggressioni a tutto il personale attraverso la intranet aziendale;
- **analizzare** gli episodi di violenza ai danni degli operatori della ASST segnalati dalla data di applicazione della procedura ad oggi (andamento in Figura 1), al fine di individuare i fattori di maggiore complessità e specifiche criticità organizzative;
- **monitorare** nel tempo gli effetti delle misure implementate.
- avanzare proposte alla Direzione Strategica in ordine alle **azioni di intervento**, di carattere strutturale, impiantistico/tecnologico, organizzativo, di supporto e/o formativo, finalizzate alla mitigazione del fenomeno e alla gestione del rischio, sulla base delle evidenze scaturite dall'analisi degli eventi e dalla valutazione del rischio.

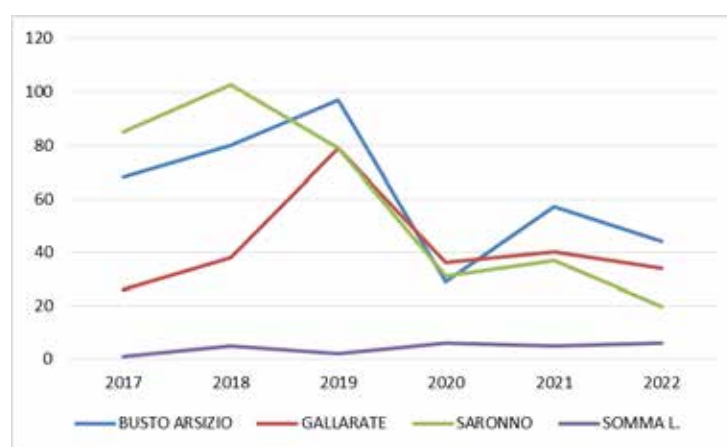


Figura 1: andamento temporale delle aggressioni fisiche o verbali (anni 2017-2023) in ambito ospedaliero – ASST VALLE OLONA

### Conclusion

Il Gruppo di Lavoro ha affrontato, con approccio multidimensionale, la problematica delle aggressioni al personale sanitario, percorrendo le n. 3 principali strategie di intervento, di seguito sintetizzate:

- Formazione del personale
- Sensibilizzazione dell'utenza
- Valutazione del rischio

Nell'ambito della valutazione del rischio, è stato elaborato un modello per il calcolo a priori delle condizioni di rischio presenti in ambito lavorativo, raggruppando le attività in "Gruppi Omogenei di Lavoratori" (GOL), sulla base dell'esposizione al rischio aggressione (es. turni notturni, presenza di barriere di separazione con l'utenza). Il modello, tutt'ora in fase di testing, una volta applicato a tutti gli ambiti lavorativi, diventerà parte integrante del **DVR (Documento di Valutazione del Rischio, ex 81/08)** e consentirà di valutare l'efficacia degli interventi preventivi, nonchè monitorare il rischio residuo. Una volta perfezionato, il modello potrà inoltre essere esportato e applicato presso altre strutture sanitarie.

#### • Normativa di riferimento

- D.Lgs. 81/08, Testo Unico in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro
- Raccomandazione n. 8, novembre 2007, Ministero della Salute, Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
- LEGGE 14 agosto 2020, n. 113 Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni.
- Legge Regionale Regione Lombardia 8 luglio 2020, n. 15 Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario
- Delibera RL N. XI-1986 del 23 luglio 2019 : Sub Allegato C "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio"- Guida operativa





# POSTER gallery

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Valle Olona

## Un ospedale nuovo, in un nuovo ospedale, per un territorio che cambia: il metaprogetto del Nuovo Ospedale delle città di Busto Arsizio e Gallarate

D. Rocca – Direzione Medica PO Busto Arsizio ASST Valle Olona ; V. Cacciapuoti – Dirigente DAPSS Polo Territoriale ASST Valle Olona ; C. Arici – Direttore Sanitario ASST Valle Olona ; M. Dell'Acqua – Direttore SocioSanitario ASST Valle Olona ; M. Passaretta – Direttore Amministrativo ASST Valle Olona ; E. Porfido – Direttore Generale ASST Valle Olona

### Introduction

Il progetto del Nuovo Ospedale delle città di Busto Arsizio e di Gallarate nasce dalla necessità di riqualificare l'Ospedale come luogo di risposta a bisogni acuti di salute, dove ad ogni cittadino viene garantito un percorso diagnostico celere, di qualità, nel rispetto della privacy e dove si stabilizza il paziente, programmando e poi attuando la gestione territoriale di ogni singolo caso per il completo recupero funzionale.

Sulla base di tale bisogno, con delibera n. XI/1166 del 21/01/2019, Regione Lombardia ha promosso l'accordo di programma per la realizzazione della sede unica ospedaliera che riunisca le attività Socio-sanitarie degli ospedali di Busto Arsizio e di Gallarate ed ha affidato ad ASST Valle Olona il compito di delineare una proposta progettuale che illustri i principi ispiratori, il dimensionamento e le ipotesi di ridestinazione delle attuali sedi ospedaliere.

Alla luce del mandato ricevuto, ASST Valle Olona ha costituito un Gruppo di Lavoro Aziendale rappresentato dalla Direzione Strategica, dal Responsabile Tecnico Patrimoniale, dal Responsabile Budget e Controllo Strategico e dalle professionalità di specifica competenza necessarie ad approfondire alcuni aspetti della progettazione (Direzione Medica, Direzione Professioni Sanitarie, Risorse Umane).

Le relazioni e gli elaborati prodotti dal Gruppo di Lavoro sono confluiti all'interno del Documento Preliminare alla Progettazione del Nuovo Ospedale e sono stati sottoposti a valutazione da parte di Regione Lombardia nell'ambito dell'Accordo di Programma.

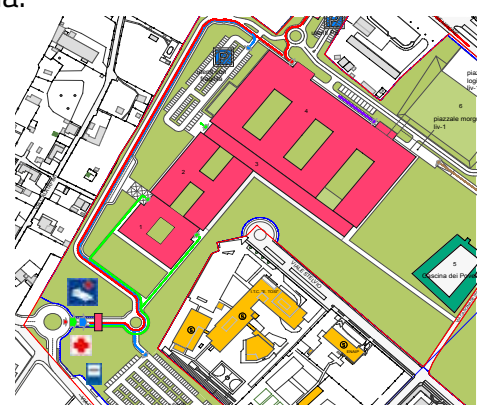


Figura 1: planimetria generale proposta progettuale

### Results

In generale il modello di Ospedale proposto dal "Metaprogetto" è rappresentato da un sistema articolato per intensità di cura, per complessità tecnologica e per approccio alle cure da parte dei Pazienti.

Pertanto i cluster principali individuati sono i seguenti:

- **Sistema dell'Accoglienza e del Terziario Ospedaliero** (Ingressi, info-point, relazioni con il Pubblico, Prenotazione ed Accettazione), funzioni pensate tutte nell'Edificio "Accoglienza" onde favorire l'accessibilità indipendente anche di "terzi" diretti alle aree terziarie, evitando così ogni interferenza con i flussi Ospedalieri;
- **Ospedale di Giorno** (fig. 3) incernierato sull'asse della "Main Street", pensato per la sua massima accessibilità e funzionalità nella gestione degli ampi "turn-over";
- **Sistema dell'Emergenza/Urgenza** (fig. 4, DEA e sistemi di Diagnosi, Cura e Ricovero correlati), rappresenta la seconda "porta di ingresso" che deve dare accesso immediato e sicuro a tutte le funzioni ad esso afferenti quali:
- **Quartiere Operatorio; Area Critica Intensiva;**
- **Sistema del Ricovero** articolato, come detto, in Moduli a "corpo quintuplo" (di gran lunga il sistema distributivo più efficiente ed ampiamente sperimentato a livello internazionale come il più efficace e flessibile);
- **Sistema Materno/Infantile/Pediatico** attrezzato con giardino pensile accessibile direttamente con percorso orizzontale in copertura;
- **Sistema delle Fragilità:** dedicato in particolare alle funzioni di continuità assistenziale, alla integrazione Ospedale-Territorio ed alle funzioni di transizione Acuzie/Post-Acuzie.



Figura 3: l'Ospedale di Giorno

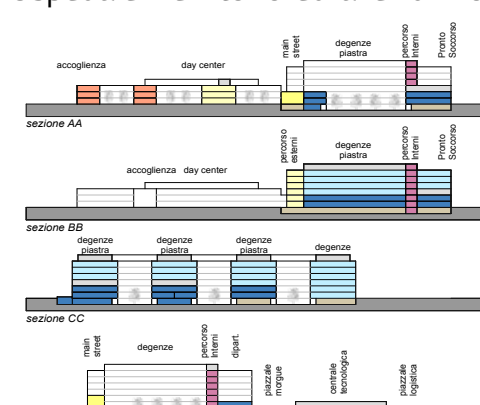
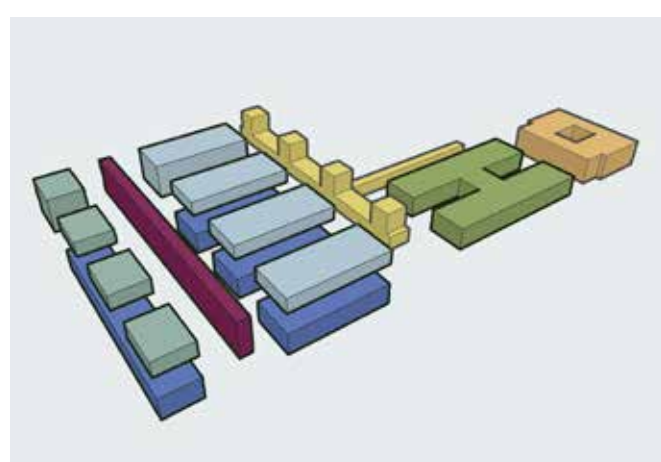


Figura 4: schema funzionale sezioni

### Methodology

Le **Milestones del "Metaprogetto"** per il Nuovo Ospedale di Busto Arsizio - Gallarate, propedeutico e necessario allo sviluppo dei previsti Studi VAS (Valutazione Ambientale Strategica) e DOCFAP, su incarico di ASST Valle Olona, si articolano, in sintesi, come segue:

- una nuova infrastruttura che offra **CONTINUITA'** ed **APERTURA** ai bisogni sanitari del territorio ed **INTEGRAZIONE** con i servizi socio-sanitari distrettuali;
- metaprogetto per un Nuovo Ospedale **SICURO, ADATTABILE, TRASFORMABILE** nell'infrastruttura edilizia e tecnologica frutto dell'esperienza nella gestione delle **GRANDI EMERGENZE**;
- un nuovo Ospedale **MODULARE** e **FLESSIBILE**, caratterizzato dalla più sofisticata articolazione dei differenti percorsi, organizzato con **"MODULI"** standardizzati atti a garantire la massima componibilità del Sistema Costruito;
- un nuovo Ospedale ideato ed organizzato per **PROGRESSIONE** dell'Intensità di Cura e per **AREE Funzionali Omogenee**;
- un nuovo Ospedale moderno con una forte propensione alle **CURE DIURNE** grazie alla presenza di un importante Sistema di Day Center;
- un **"GREEN HOSPITAL"**, sostenibile, capace di proporre un nuovo **EQUILIBRIO** tra uomo ed ambiente per qualità costruttiva, energetica ed ambientale, caratterizzato da un grande Parco fruibile di cucitura territoriale;
- un nuovo Ospedale da **667 posti letto di degenza ordinaria, 58 posti letto di area intensiva e sub intensiva, 180 posti letto di Day Center.**



- BLOCCO ACCOGLIENZA
- MAIN STREET PERCORSO ESTERNI
- PERCORSO PERSONALE-INTERNI
- BLOCCO OSPEDALE DIURNO
- PIASTRA DIAGNOSI E CURA
- DEGENZE
- DIPARTIMENTI

Figura 2: aggregazioni volumetriche "cardine" del sistema

### Conclusion

Il "Metaprogetto" offre innumerevoli spunti di innovazione ed originalità, sia dal punto di vista funzionale che Organizzativo, di seguito sintetizzati:

- **Valorizzazione delle aree esterne** grazie ad un rapporto di continua relazione tra spazi interni e spazi esterni (inserimento paesaggistico ed ambientale, qualità percepita dagli utenti, valorizzazione della luce naturale, degli affacci non introspettivi, delle aree verdi esterne progettate);
- Articolazione del sistema Ospedaliero
  - in **Cluster per marco-funzioni** omogenee: Accoglienza e Terziario, Ricovero, Diagnosi e Cura, Tecnologia e Logistica (leggibilità, flessibilità, integrabilità);
  - in **percorsi netti, dedicati, chiari, leggibili** e mai interferenti (orientamento, sicurezza, efficienza, efficacia, flessibilità, privacy, umanizzazione, qualità percepita);
- **Sviluppo orizzontale** del sistema volto a raggiungere un'armonia d'inserimento paesaggistico;
- Adozione dei criteri di **massima modularità** (adattabilità e trasformabilità nel tempo, continuità funzionale, ampliabilità);
- **Ampliabilità complessiva del sistema** senza provocare alcuna interferenza rispetto alle aree operative (sicurezza e mantenimento dei livelli di assistenza e della capacità produttiva costanti).

Tali proposte e previsioni sono tutte volte a realizzare, per l'appunto, un Ospedale "2.0" che sappia coniugare gli aspetti imprescindibili di efficienza ed efficacia clinica con gli aspetti di Qualità percepita dagli Utenti sempre più valorizzata come uno degli elementi fondamentali costituenti il percorso/decorso clinico dei Pazienti.



Figura 5: green Hospital

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



Area Lombardia

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Valle Olona

## Progetto pilota per l'attivazione di una Casa di Comunità: dalla metodologia di progettazione all'analisi degli output

Cacciapuoti V. (1) De Pieri F. (2) Maffei L. (3) Rocca D. (4) Adinolfi A. (5) Porfido E. (6) Arici C. (7) Passaretta M. (8) Dell'Acqua M. (9)

(1) Dirigente DAPSS Polo Territoriale ASST Valle Olona (2) Infermiera di Famiglia e Comunità ASST Valle Olona (3) Direttore Distretto ASST Valle Olona (4) Direzione Medica ASST Valle Olona (5) Gestione Operativa ASST Valle Olona (6) Direttore Generale ASST Valle Olona (7) Direttore Sanitario ASST Valle Olona (8) Direttore Amministrativo ASST Valle Olona (9) Direttore Socio Sanitario ASST Valle Olona



### Introduction

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Valle Olona è radicata nel territorio della Valle Olona in provincia di Varese e copre il fabbisogno di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di un bacino di utenza di circa 440.000 abitanti. Territorialmente l'Azienda si inserisce nell'ambito di competenza di ATS Insubria che copre una superficie di 1.895,8 Km<sup>2</sup> con una densità abitativa di 757 abitanti per Km<sup>2</sup>, raggiungendo nel Distretto Valle Olona i 1336,9 abitanti/Km<sup>2</sup>. Il Polo Ospedaliero è costituito da quattro Presidi Ospedalieri mentre afferiscono al Polo Territoriale quattro Distretti (Gallarate, Busto Arsizio/Castellanza, Somma Lombardo e Saronno) con un ambito territoriale di competenza che si estende su 32 comuni. In linea con gli indirizzi nazionali e regionali relativi allo sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale (PNRR, DM 77/2022, L.R. n.22/2021; DGR XI/6760/2022), l'ASST ha definito un piano di potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale che porterà, nell'arco temporale di un triennio, all'attivazione di 11 Case di Comunità (CdC) e 2 Ospedali di Comunità.

### Methodology

Dal mese di gennaio 2022 è stato avviato un progetto pilota che, oltre ad aver portato all'attivazione delle prime case di comunità, ha delineato una metodologia di progettazione ed un modello organizzativo ispirati dalla logica della valorizzazione e integrazione delle competenze professionali e del risultato orientato al cittadino. È stato costituito una *team* di progetto che ha visto l'integrazione di competenze multi professionali sanitarie e tecniche. I professionisti sanitari hanno focalizzato l'attenzione sull'implementazione dei PDTA ad integrazione ospedale-territorio in sinergia con specialisti ospedalieri, MMG/PLS, mentre la componente tecnica ne ha curato gli aspetti infrastrutturali, logistici e tecnologici. Per una preliminare analisi di contesto sono stati presi in esame dati socio demografici della popolazione residente nei comuni di competenza dell'ASST nonché dati di ricovero e assorbimento di risorse ospedaliere. Le informazioni demografiche della popolazione residente nell'ambito dei comuni di competenza dell'ASST, contribuiscono, seppur indirettamente, alla valutazione delle condizioni socio-sanitarie e sono di grande valore per una corretta pianificazione dell'offerta socio sanitaria territoriale in risposta ai bisogni rilevati. In questa ottica si sono presi in esame alcuni dati come la distribuzione per età, il tasso di natalità, l'indice di invecchiamento, l'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza nonché la stratificazione dei soggetti cronici per livello di complessità (fonte dati ATS Insubria). L'indice di invecchiamento a livello di ATS Insubria (23,7) è in costante aumento negli ultimi cinque anni, con il valore di 23,6 raggiunto nel Distretto di Valle Olona. Il valore ATS Insubria è risultato superiore a quello lombardo e nazionale, e in aumento nel periodo di osservazione (figura 1).

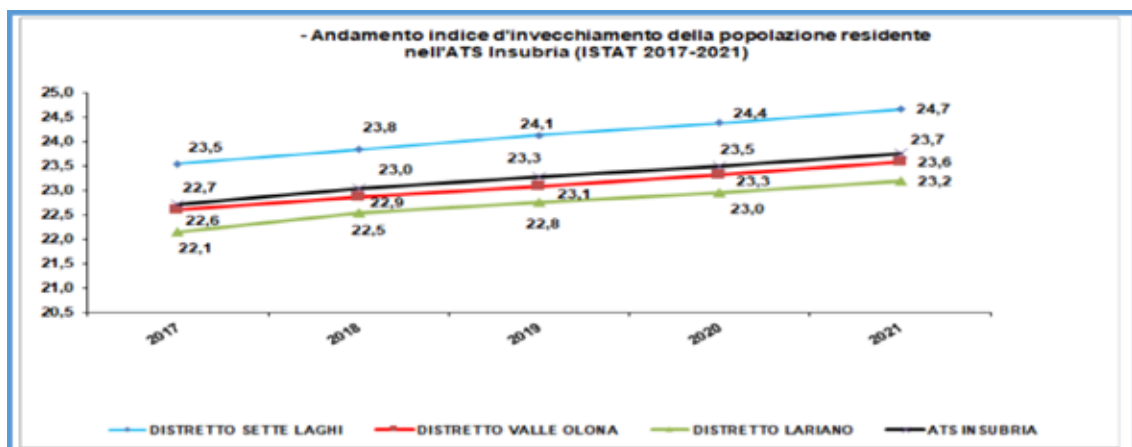


Figura 1. Andamento indice di invecchiamento popolazione residente ATS Insubria (Istat, 2017-2021)

L'indice di dipendenza viene considerato un indicatore di rilevanza economica e sociale. Tale indicatore è risultato 58,5% (figura 2), superiore a quello lombardo (56,7%) ed italiano (57,3%) con un trend che negli anni tende a crescere (fonte dati ATS Insubria). Ciò indica che per 100 cittadini in età lavorativa ci sono circa 58 persone in età potenzialmente non produttiva. Il Distretto della Valle Olona ha il valore di 59%.

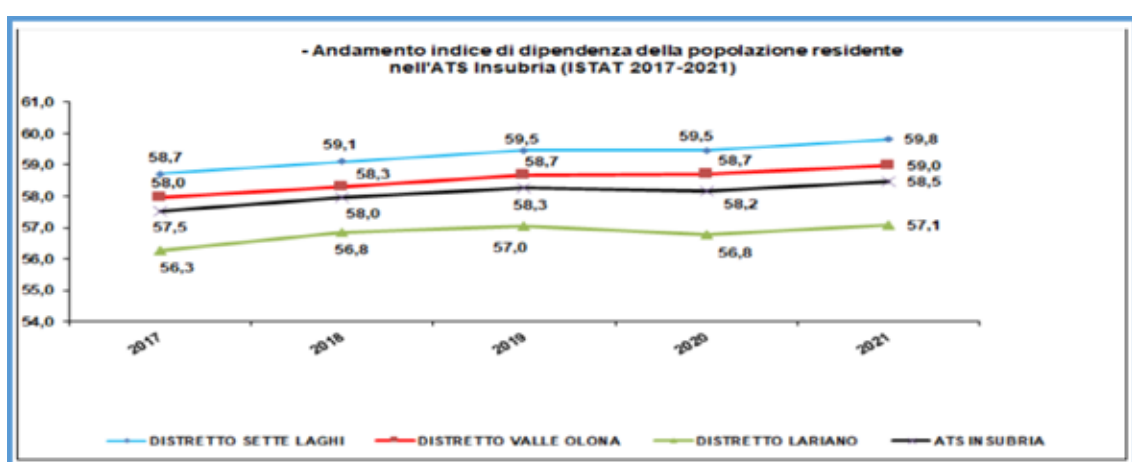


Figura 2. Andamento indice di dipendenza popolazione residente ATS Insubria (Istat, 2017-2021)

Per la progettazione organizzativa è stata fatta anche un'analisi di contesto che ha preso in esame i ricoveri ospedalieri nell'anno 2019 e 2021 (si è scelto di non considerare l'anno 2020 per impatto emergenza pandemica da Sars-CoV-2).

Nel 2019 su un totale di 19.951 ricoveri di pazienti con età >= 65 anni, i casi con una degenza ospedaliera oltre soglia sono stati l'11,1% con un numero di casi pari a 2.233, dati quasi sovrapponibili a quelli del 2021 in cui su un totale di 14.170 ricoveri di pazienti con età >= 65 anni, gli oltre soglia sono stati l'11,08% con un numero di casi pari a 1.571 (Tabella n. 1)

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

Tabella n.1 n. casi con degenza oltre soglia

Altro fenomeno oggetto di analisi è quello dei *frequent user* del pronto soccorso: è emerso che nell'anno 2019 sono stati 3.102 i pazienti con età >= 65 anni che hanno effettuato un numero uguale o maggiore di 3 accessi al pronto soccorso, mentre nel 2021 i casi sono stati 2.179 (Tabella n. 2)

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

Tabella n.2. *Frequent user* pronto soccorso

È stato altresì indagato il fenomeno dei ricoveri ripetuti nell'arco temporale di un anno (Tabella n.3)

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

Tabella n.3 ricoveri ripetuti pazienti con età >= 65 anni

Approfondendo i dati si è rilevato che tra le Unità Operative che hanno registrato un numero maggiore di casi oltre soglia rientrano quelle di Medicina Generale, Cardiologia, Pneumologia e Neurologia. A partire da questi dati, il focus sulle diagnosi principali alla dimissione ha permesso di rilevare che esse sono per lo più ascrivibili all'ambito delle patologie croniche.

In questo scenario, da parte della Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali (DAPSS) del Polo Territoriale è stato avviato un percorso di valorizzazione del ruolo degli infermieri di famiglia e comunità. Nello specifico, per l'attivazione delle Case di Comunità, sono stati conferiti incarichi di funzione professionale su progetti trasversali come di seguito indicati (Figura 3).



Figura n.3. Progetti trasversali per l'attivazione delle Case di Comunità

### Results

Esulano dalla presente trattazione le analisi di tipologia e volumi di attività già proprie dell'assistenza distrettuale, si enunciano invece alcuni risultati correlati al contributo specifico dell'infermiere di famiglia e comunità come valore aggiunto a tutte le professionalità già presenti sul territorio. Nello specifico si riportano alcuni volumi di attività relativi alla CDC di Lonate Pozzolo (attiva da gennaio 2022) e alla CDC di Saronno (attiva da ottobre 2022).

#### CASA DI COMUNITÀ' LONATE POZZOLO (DISTRETTO DI SOMMA LOMBARDO)

<b>PUA</b>	Registrati 3027 accessi al Punto Unico di Accesso (PUA) da parte dei cittadini residenti nei comuni di Lonate, Ferno e Cardano al Campo per cui sono state erogate attività di consulenza, di attivazione dei Servizi socio sanitari e di "attivazione" e coinvolgimento del professionista appropriato per la risoluzione del bisogno rilevato. Tali attività sono state rendicontate e classificate come: -Erogazione di attività a prevalente carattere amministrativo e certificativo -Attivazione ed erogazione di prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali -Attivazione di altri professionisti per l'integrazione dei servizi e discussione in equipe
<b>PUNTO PRELIEVI</b>	Sono stati eseguiti 1468 prelievi ad una popolazione con fascia d'età prevalente maggiore di 60 anni. Il punto prelievi gestito da infermieri di famiglia e comunità ha permesso di coniugare l'erogazione della prestazione sanitaria con una raccolta strutturata di dati finalizzati ad uno screening della fragilità e di valutazione dell'engagement nel percorso di cura.
<b>AMBULATORIO INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ'</b>	Sono stati registrati 492 accessi presso l'ambulatorio per approfondimenti e valutazione multidimensionale a cui sono seguite attività di presa in carico del paziente cronico e fragile per un totale di 38 pazienti. Per lo screening della fragilità è stato somministrato il questionario <i>Sunfrail</i> . Nel periodo marzo-agosto 2022 sono stati somministrati agli over 65 n. 419 questionari. I primi risultati sono indicativi di alcuni alert su cui porre attenzione e pianificare specifici interventi. Il 78% presenta una fragilità nel dominio fisico, il 36% nel dominio socio economico e il 22% degli over 65 presenta una fragilità nel dominio cognitivo. A valle di tali valutazioni si è proceduto con: -attivazione e contatti telefonici con il MMG, -attivazione e discussione dei casi con i servizi sociali comunali -discussione in equipe multidisciplinare per valutazione multidimensionale per la presa in carico di casi complessi e fragili -progettazione di 7 incontri di promozione della salute aperti a tutta la cittadinanza

#### CASA DI COMUNITÀ' DI SARONNO (DISTRETTO DI SARONNO)

<b>PUA</b>	Registrati 4957 accessi al Punto Unico di Accesso (PUA) da parte dei cittadini residenti nei comuni di competenza del distretto, per cui sono state erogate attività di consulenza, di attivazione dei Servizi socio sanitari e di "attivazione" e coinvolgimento del professionista appropriato per la risoluzione del bisogno rilevato. Tali attività sono state rendicontate e classificate come: -Erogazione di attività a prevalente carattere amministrativo e certificativo -Attivazione ed erogazione di prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali -Attivazione di altri professionisti per l'integrazione dei servizi e discussione in equipe
<b>PUNTO PRELIEVI</b>	Sono stati eseguiti 650 prelievi (compresa la sede di Caronno Pertusella) ad una popolazione con fascia d'età prevalente maggiore di 60 anni.
<b>AMBULATORIO INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ'</b>	Sono stati presi in carico 28 pazienti per approfondimenti e valutazione multidimensionale a cui sono seguite attività di presa in carico del paziente cronico e fragile. Per lo screening della fragilità è stato somministrato il questionario <i>Sunfrail</i> . Nel periodo novembre 2022-aprile 2023 sono stati somministrati agli over 65 n. 142 questionari. -progettazione di 7 incontri di promozione della salute aperti a tutta la cittadinanza
<b>AMBULATORIO TELEMEDICINA</b>	Eseguite 25 spirometrie in seguito all'attivazione del progetto di Telemedicina per paziente con BPCO

### Conclusion

I dati di contesto presi in analisi hanno confermato lo scenario epidemiologico mutato e l'impatto sui servizi sanitari. In regione Lombardia con la LR n. 22/2021 si è dato avvio ad una profonda trasformazione del Sistema Socio Sanitario, con un cambio di paradigma sia negli aspetti organizzativi che nel modello teorico di lettura e gestione della complessità legata alla cronicità. Tuttavia, affinché ciò avvenga, è necessario che le strutture ospedaliere siano in grado di innovare la loro organizzazione e riprogettare l'intera filiera erogativa, integrando le risposte ai bisogni di cure specialistiche nei processi di presa in carico della cronicità e fragilità. Poiché la fragilità oggi è considerata la condizione da identificare precocemente nel modello di stratificazione del bisogno, è opportuno concentrare il focus dell'Ifc su tale target identificato attraverso l'analisi dei dati epidemiologici e sociodemografici. Il percorso di attivazione della CdC è ancora in fase di implementazione, tuttavia, i primi dati di attività possono offrire alle Direzioni spunti di riflessione sui *driver* del cambiamento culturale ed organizzativo funzionali per l'attivazione delle Case di Comunità: *Leadership e stile direzionale che consenta di creare consenso e condivisione con mission e vision strategica;*  
-Approccio al cambiamento basato su metodologie di *projet management ed evidenze scientifiche;*  
-Valorizzazione ruolo e identità professionale dell'infermiere di famiglia e comunità.

### References

Decreto Ministero della Salute 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 (PNRR) approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021.  
Linee di indirizzo infermieristico di famiglia e comunità. Conferenza delle Regioni e Province autonome, 2020.  
L.R. n.22/2021, DGR XI/6760/2022.



# POSTER gallery

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Valle Olona

## L' Ospedale di comunità a garanzia dell'appropriatezza di setting nella presa in carico della fragilità e cronicità: proposta di un modello organizzativo

Cacciapuoti V. (1) Piperno F. (2) Rocca D. (3) Adinolfi A. (4) Porfido E. (5) Arici C. (6) Passaretta M. (7) Dell'Acqua M. (8)

(1) Dirigente DAPSS Polo Territoriale ASST Valle Olona (2) *Clinical Manager* Ospedale di Comunità (3) Direzione Medica ASST Valle Olona (4) Gestione Operativa ASST Valle Olona, (5) Direttore Generale ASST Valle Olona (6) Direttore Sanitario ASST Valle Olona (7) Direttore Amministrativo ASST Valle Olona (8) Direttore Socio Sanitario ASST Valle Olona



### Introduction

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Valle Olona è radicata nel territorio della Valle Olona in provincia di Varese e copre il fabbisogno di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di un bacino di utenza di circa 440.000 abitanti. Territorialmente l'Azienda si inserisce nell'ambito di competenza di ATS Insubria che copre una superficie di 1.895,8 Km<sup>2</sup> con una densità abitativa di 757 abitanti per Km<sup>2</sup>, raggiungendo nel Distretto Valle Olona i 1336,9 abitanti/Km<sup>2</sup>. Il Polo Ospedaliero è costituito da quattro Presidi Ospedalieri mentre afferiscono al Polo Territoriale quattro Distretti (Gallarate, Busto Arsizio/Castellanza, Somma Lombardo e Saronno) con un ambito territoriale di competenza che si estende su 32 comuni.

In linea con gli indirizzi nazionali e regionali relativi allo sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale (PNRR, DM 77/2022, L.R n.22/2021; DGR XI/6760/2022), l'ASST ha definito un piano di potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale che porterà, nell'arco temporale di un triennio, all'attivazione di 11 Case di Comunità (CdC) e 2 Ospedali di Comunità (OdC).

A fronte dell'evidenza che circa il 70% delle risorse sanitarie nei Paesi avanzati sono attualmente assorbite dalla gestione delle malattie croniche, la presa in carico della cronicità rappresenta senza dubbio una delle sfide più complesse e attuali del Sistema Sanitario. L'analisi del fenomeno in termini epidemiologici e socio-demografici ma anche in termini di impatto sociale, sanitario ed economico (Cricelli et al, 2018) ha mostrato la forte necessità di riorganizzazione dei servizi sanitari affinché siano in grado di privilegiare l'integrazione socio-sanitaria, di garantire la continuità assistenziale e che unitamente all'ampliamento dell'offerta territoriale forniscano una alternativa valida ed appropriata al ricovero ospedaliero.

In tale contesto di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, sia ospedaliera che territoriale, l'Ospedale di Comunità si configura come un servizio residenziale territoriale che eroga degenze di breve durata rivolte a pazienti che necessitano di assistenza infermieristica continuativa e/o di interventi sanitari a bassa intensità clinica non gestibili al domicilio (DM 77/2022).

### Methodology

In previsione dell'attivazione a pieno regime di un Ospedale di Comunità con una dotazione di 20 posti letto, dal mese di dicembre 2022 è stato attivato in via sperimentale un OdC con 10 posti letto presso il Presidio Ospedaliero di Somma Lombardo. Un'analisi di contesto che ha preso in esame i ricoveri ospedalieri nell'anno 2019 e 2021 (si è scelto di non considerare l'anno 2020 per impatto emergenza pandemica da Sars-CoV-2) ha contribuito a descrivere la popolazione target per cui l'OdC può garantire appropriatezza di setting e di cura. Nel 2019 su un totale di 19.951 ricoveri di pazienti con età >= 65 anni, i casi con una degenza ospedaliera oltre soglia sono stati l'11,1% con un numero di casi pari a 2.233, dati quasi sovrapponibili a quelli del 2021 in cui su un totale di 14.170 ricoveri di pazienti con età >= 65 anni, gli oltre soglia sono stati l'11,08% con un numero di casi pari a 1.571 (Tabella n. 1)

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

Tabella n.1 n. casi con degenza oltre soglia

Per quel che concerne i *frequent user* del pronto soccorso: è emerso che nell'anno 2019 sono stati 3.102 i pazienti con età >= 65 anni che hanno effettuato un numero uguale o maggiore di 3 accessi al pronto soccorso, mentre nel 2021 i casi sono stati 2.179 (Tabella n. 2)

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

Tabella n.2. *Frequent user* pronto soccorso

È stato altresì indagato il fenomeno dei ricoveri ripetuti nell'arco temporale di un anno (Tabella n.3)

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

Tabella n.3 ricoveri ripetuti pazienti con età >= 65 anni

A partire da questi dati, il focus sulle diagnosi principali alla dimissione ha permesso di rilevare che esse sono per lo più ascrivibili all'ambito delle patologie croniche. In questo scenario, è stato delineato il modello organizzativo dell'OdC nonché i percorsi di cooperazione sia con i presidi ospedalieri per acuti che con le offerte e i percorsi socio sanitari territoriali già attivi (Case di Comunità, Centrale Operativa Territoriale e Nucleo Dimissioni/Ammissioni Protette).

### Struttura e Modello organizzativo dell'Ospedale di comunità

L'OdC è una struttura residenziale collocata presso il P.O. di Somma Lombardo con una dotazione di n. 10 posti letto. La collocazione fisica all'interno del presidio ospedaliero consente, già in fase sperimentale, di poter garantire il livello assistenziale avanzato a quei pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da uno scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica. Tali pazienti necessitano di supporto medico ed infermieristico e/o di procedure diagnostiche e terapeutiche di base che non richiedono il ricovero in un ospedale per acuti.

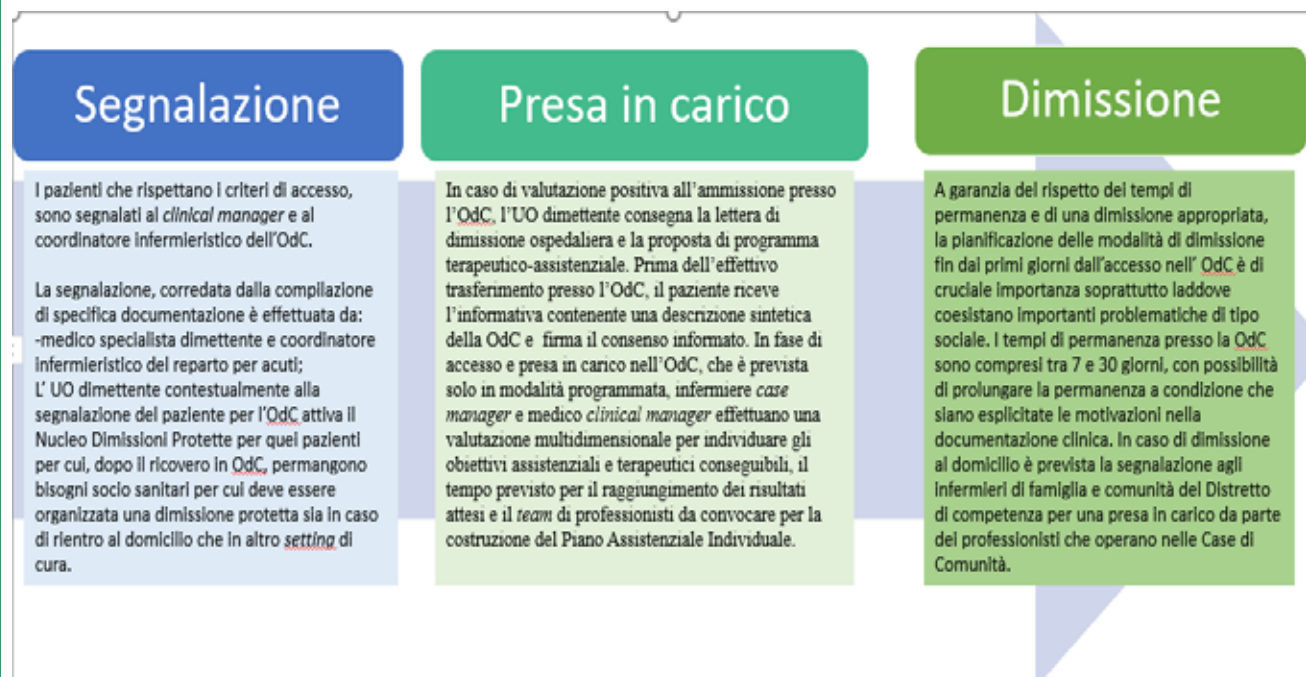
Nell'ottica del *Chronic Care Model* (CCM), la gestione e le attività sono basate su un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione e integrazione delle diverse competenze. Il modello organizzativo dell'assistenza infermieristica è il *Case Management*, in questo senso, la presenza di un infermiere di famiglia con funzione di *case manager* garantisce il rispetto dei programmi di *case management* sia nella logica dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) che in quella del *Transitional Care*.

La responsabilità assistenziale è in capo al personale infermieristico presente in modo continuativo nelle 24 ore giornaliere, coadiuvato da operatori socio-sanitari con un mix e numerosità rispondenti alle reali necessità e bisogni assistenziali dei pazienti, e da altri professionisti in relazione a specifiche necessità (es. fisioterapisti).

Si indicano di seguito i criteri di eleggibilità dei pazienti provenienti dalle degenze per acuti e dal pronto soccorso:

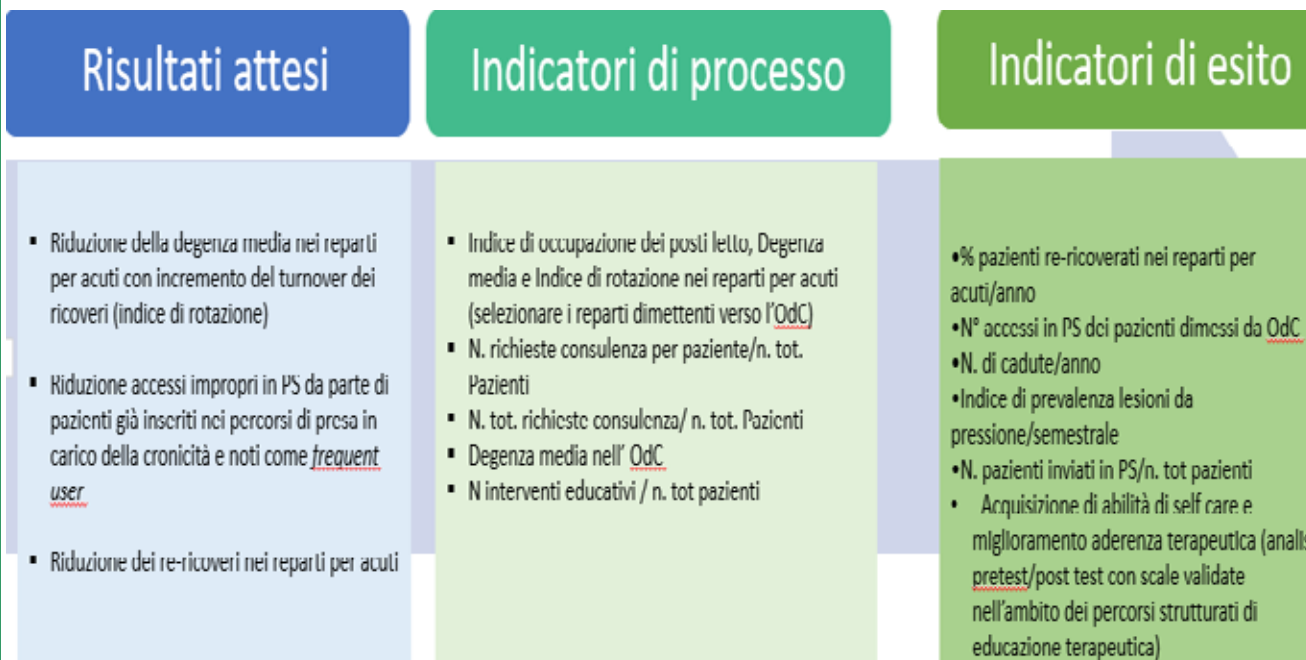
- Pazienti fragili e/o cronici clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni che necessitano ancora di una fase di osservazione e continuità terapeutica e riabilitativa non erogabile al domicilio per inidoneità strutturale e/o sociale;
- pazienti che necessitano di assistenza infermieristica per la somministrazione di farmaci o per la gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio, e/o di monitoraggi che richiedono una sorveglianza continua o quasi continua, anche se non di tipo intensivo;
- pazienti con patologie croniche che necessitano di interventi strutturati di educazione terapeutica, addestramento del *caregiver* prima dell'accesso a domicilio o che sono in attesa di attivazione di soluzioni assistenziali territoriali.

Il percorso del paziente nella Degenza di comunità avviene seguendo 3 fasi.



### Results

Durante la sperimentazione sarà costante l'attività di monitoraggio degli indicatori di seguito indicati anche in relazione ad eventuali azioni correttive da mettere in atto.



### Conclusion

Al fine di valutare l'impatto dell'attivazione dell'OdC saranno costantemente monitorati gli indicatori di esito, auspicando in una riduzione significativa dell'assorbimento di risorse ospedaliere. L'attivazione di un Ospedale di Comunità va ad integrare l'attuale offerta e i percorsi socio sanitari territoriali già attivi (Case di Comunità, Centrale Operativa Territoriale e Nucleo Dimissioni/Ammissioni Protette). La presa in carico da parte degli infermieri di famiglia e comunità dei pazienti dimessi al domicilio si rivela fondamentale per contrastare l'istituzionalizzazione e favorire la permanenza al domicilio rinforzando gli interventi educativi intrapresi durante la degenza in OdC e potenziando le abilità di self management.

### References

Decreto Ministero della Salute 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 (PNRR) approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021.

Linee di indirizzo Infermiere di famiglia e comunità. Conferenza delle Regioni e Province autonome, 2020. L.R n.22/2021; DGR XI/6760/2022



## Ospedale di Comunità di Somma Lombardo: analisi *in progress*

dr. Saverio Ungheri – Dirigente Medico DMPO Gallarate – Somma L.do – ASST Valle Olona  
dr.ssa Vittoria Frontuto – Direttore Distretto Somma L.do – ASST Valle Olona  
dr. Marino dell'Acqua – Direttore Socio Sanitario - ASST Valle Olona  
dr. Roberto Gelmi – Direttore Medico DMPO Gallarate – Somma L.do

### Introduzione

Presso l'Ospedale Angelo Bellini di Somma L.do sono stati aperti i primi 10 posti letto dell'Ospedale di Comunità (OdC) dell'intera ASST Valle Olona.

L'ospedale di comunità consente di facilitare il trasferimento dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti<sup>1-2</sup>.

### Materiali e Metodi

In questo studio si valuta l'attività dei primi 4 mesi dell'anno 2023 della Struttura, analizzando diversi indicatori ospedalieri forniti dal Controllo di Gestione Aziendale.

I dati sono stati elaborati grazie al software ADT Web, in dotazione a tutto il personale sanitario dell'ASST per la gestione dei ricoveri ospedalieri.

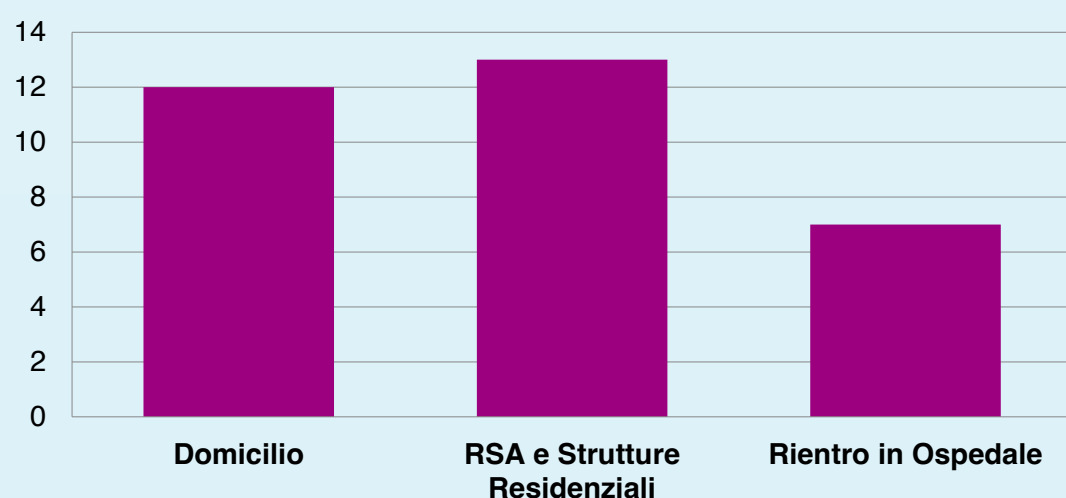
Lo scopo principale del lavoro è quello di confrontare i dati preliminari, elaborati prima dell'apertura dell'OdC, con quelli attuali, così da analizzarne il case mix e la reale efficacia sul *Bed Management* Ospedaliero e la presa in carico Territoriale.

### Risultati

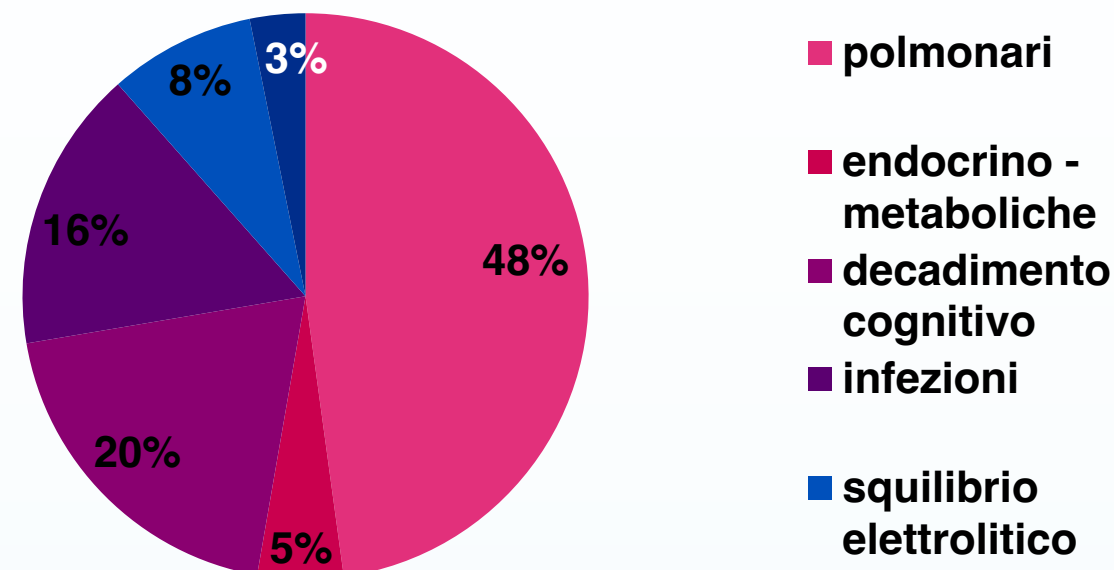
Nei primi 4 mesi dell'anno 2023 sono stati ricoverati in tutto 40 pazienti con 548 giornate di degenza totali, 10,6 giorni di degenza media, intervallo di *turn over* medio di 2,5 e un indice di rotazione medio di 2,3:

	POSTI LETTO	TOT. RICOVERI	DEGENZA MEDIA	INDICE OCCUPAZIONE	INTERVALLO TURNOVER	INDICE ROTAZIONE
GENNAIO	5	9	9,00	90,00	1,00	1,80
FEBBRAIO	5	15	6,90	98,57	0,10	4,00
MARZO	5	6	13,80	89,03	1,70	2,00
APRILE	10	10	12,73	63,67	7,27	1,50

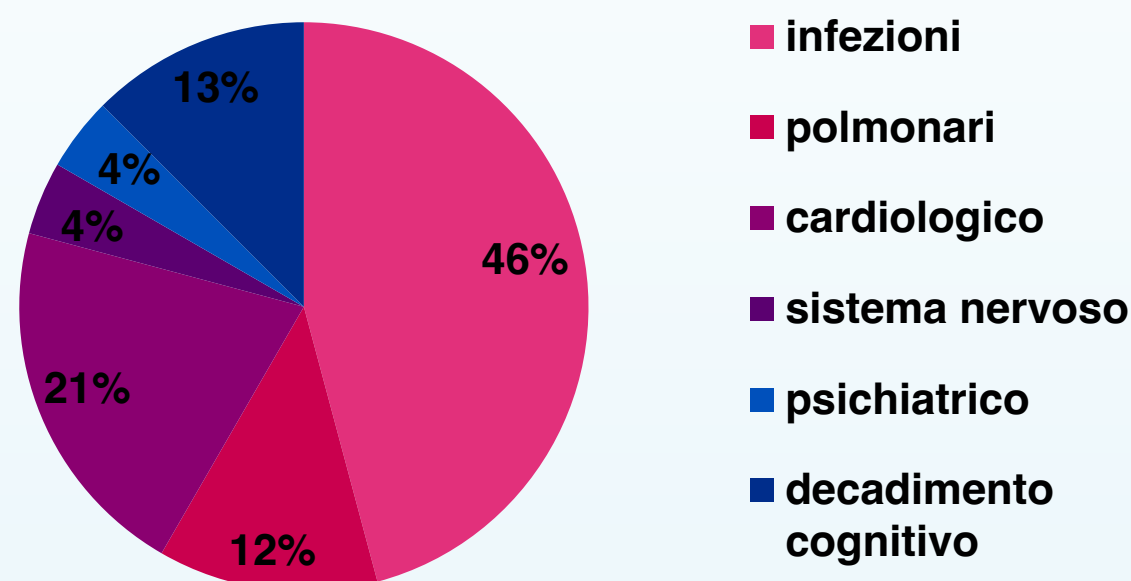
Di seguito si riassume il resoconto della prosecuzione delle cure intermedie a seguito della presa in carico presso l'OdC:



### Analisi *ex ante*



### Analisi *in progress*



### Conclusioni

I risultati analizzati dell'indice *case mix ex ante*, al confronto con gli attuali dati *in progress*, dimostrano come siano stati presi in carico maggiormente pazienti con infezioni (46%), seguiti da patologie cardiologiche (21%) e, in ultimo, di natura psichiatrica (13%).

Inoltre il 32% dei pazienti ricoverati è stato nuovamente trasferito presso reparti di degenza ospedalieri a maggiore intensità di cura a seguito del peggioramento del quadro clinico generale o di instabilità clinica subentrata durante il ricovero, sintomo della difficile gestione di pazienti geriatrici con un andamento clinico non sempre prevedibile.

E' necessaria pertanto una maggiore sinergia tra il personale Ospedaliero e quello Territoriale e lo sviluppo di protocolli in grado di identificare situazioni di maggiore rischio, unica soluzione possibile per garantire lo sviluppo di PDTA integrati Ospedale – Territorio davvero efficaci.

### Bibliografia

- 1 - Deliberazione n. XI/6426 del 23/05/2022;
- 2 - Decreto 23 maggio 2022, n. 77

# POSTER gallery



## LA CENTRALE UNIC.A. DI TELEMEDICINA: RIORGANIZZAZIONE DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE IN ATS MONTAGNA



M.Elena Pirola \*, Sabrina Cattaneo \*, Silvia Fasani \*, Corrado Scolari\*, Raffaello Stradoni \*, Giuseppe Sechi\*\*, Francesca Cortellaro\*\*, Simone Baratto\*\*, Gabriele Dassi\*\*, Carlo Bonati\*\*, Paolo Formigoni \*\*\*

\* ATS della Montagna - \*\*AREU - \*\*\*ASST Valtellina Alto Lario

### Introduzione

La grave difficoltà a reperire medici per garantire il regolare svolgimento del servizio di continuità assistenziale, ha portato all'individuazione di un nuovo modello organizzativo. Il progetto nasce dalla collaborazione tra AREU e ATS della Montagna e rappresenta la piena integrazione di due progetti paralleli pensati, da ciascuna azienda coinvolta, per fare fronte a specifiche criticità:

AREU	ATS della Montagna
Ridurre l'utilizzo improprio dei servizi di Emergenza /Urgenza	Carenza di medici: sia di medicina generale che di continuità assistenziale
Sovraccarico del Pronto Soccorso	Difficoltà a coprire le postazioni di continuità assistenziale in ambito territoriale
Transizione verso la gestione a domicilio del paziente fragile	Difficoltà garantire il soddisfacimento dei bisogni degli assistiti con le risorse disponibili, in un territorio montano, caratterizzato da lunghi tempi di percorrenza verso i presidi sanitari

La soluzione di AREU in risposta alle criticità è stata lo sviluppo di una piattaforma (CMU) per garantire assistenza sanitaria attraverso la telemedicina, il teleconsulto e utilizzo delle prescrizioni dematerializzate

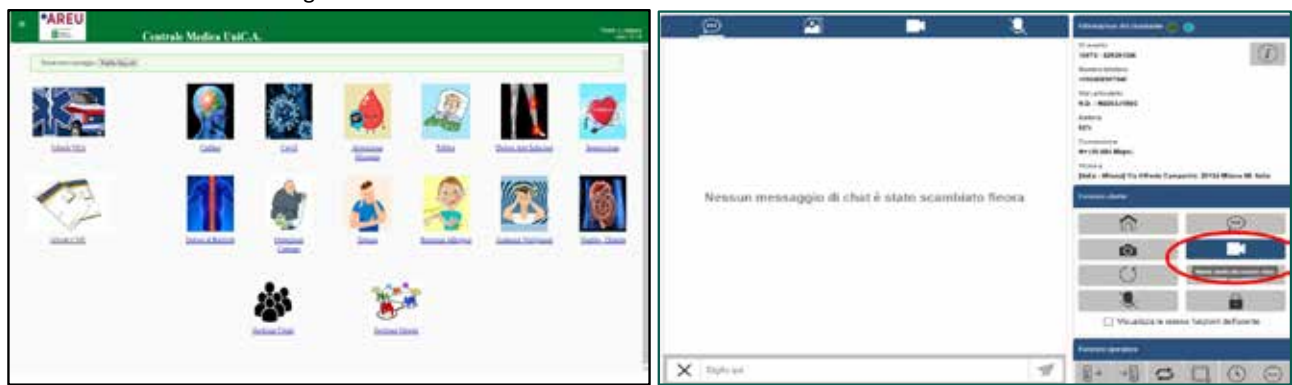
ATS della Montagna ha usufruito della piattaforma (CMU) per reingegnerizzare il Servizio di Continuità Assistenziale, in relazione alle esigenze orografiche del proprio territorio, istituendo una centrale UNIC.A., presidiata da personale medico, verso la quale far confluire tutte le richieste di bisogni di salute gestibili tramite la telemedicina e le prescrizioni dematerializzate ed inviando ad un numero ridotto di postazioni ambulatoriali/visite al domicilio, la casistica che lo necessita.

### Piattaforma CMU

AREU ha sviluppato una piattaforma informatica integrando Clinical Decisional Pathways (CDP) a supporto dell'attività della centrale UNIC.A.:

- favorendo la standardizzazione dell'approccio in telemedicina e migliorando l'attuale compilazione della documentazione sanitaria di CA;
- garantendo il dataset per il monitoraggio di progetto.

La piattaforma prevede l'invio al paziente di ricette dematerializzate e del referto della telemedicina che viene reso disponibile anche al medico di medicina generale.

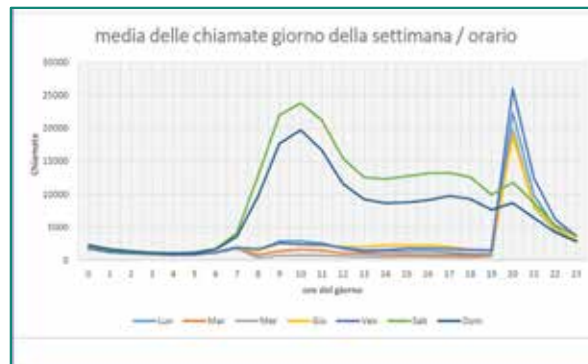


### Contesto

Nel 2021, il servizio di continuità assistenziale ha garantito 19.374 interventi.

L'analisi dei dati ha evidenziato che:

- l'80% degli assistiti che usufruiscono del servizio di continuità assistenziale, accede al servizio attraverso la NEA 116117;
- il 60% delle prestazioni di C.A. è erogato nei giorni festivi e nella fascia oraria tra le 8 e le 20;
- il 40% delle prestazioni di C.A. è erogato nei giorni feriali e nella fascia oraria compresa tra le 20 e le 24;
- Nella fascia oraria compresa tra le 24 e le 8 si rileva una media 1,4 interventi/ora.



L'analisi della distribuzione per età degli interventi evidenzia che la fascia "15-64 anni" ricorre maggiormente ai servizi di C.A., assorbendo oltre il 55% degli interventi/anno.

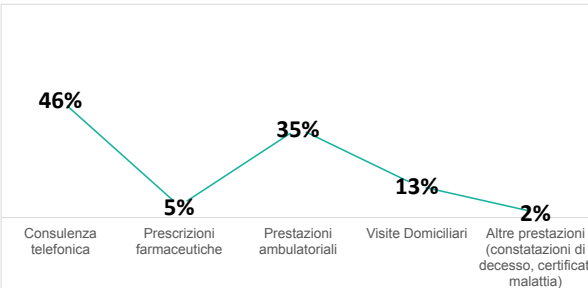
Per la fascia "15-64 anni" si osserva un indice di accesso pari a 60 interventi su 1000 abitanti.

Per la fascia d'età maggiore di 65 anni è stato individuato un indice di accesso pari a 81 accessi per 1000 abitanti

L'analisi della distribuzione degli interventi erogati per tipologia di prestazioni erogate evidenzia che:

- oltre il 50% delle prestazioni è rappresentato da interventi riconducibili a teleconsulti;
- il 13% sono prestazioni domiciliari;
- il 35% sono prestazioni eseguite nelle postazioni ambulatoriali.

Fasce età	Frequenza percentuale per fasce di età intervenuti
0 - 30 giorni	0,11%
1 mese - 12 mesi	0,69%
1 - 5 anni	5,44%
6 - 14 anni	4,16%
15 - 64 anni	55,33%
65 - 80 anni	18,38%
> 80 anni	11,78%
n.d.	4,12%



Le informazioni relative alle tipologie hanno consentito la progettazione di un nuovo modello organizzativo che si avvale dell'esperienza della CMI (Centrale Medica Integrata di AREU) per la gestione in telemedicina dei problemi acuti non urgenti, in un'ottica di reingegnerizzazione dei processi che garantisca il soddisfacimento dei bisogni espressi.

### NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO -CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il nuovo modello è in linea con le indicazioni nazionali previste per la riorganizzazione complessiva della medicina territoriale e prevede che tutte le chiamate pervenute dai cittadini all'116117 vengono trasferite alla centrale UNIC.A. che, valutato il bisogno di cura del paziente, fornisce consulenze telefoniche o attiva i medici nelle sedi periferiche per la visita ambulatoriale o domiciliare.

La Centrale Medica Territoriale – denominata UNIC.A. ha sede a Morbegno ed è attiva 7 giorni su 7.

Fascia oraria	N° ore	day/week
19.00 - 08.00	N 13 ore	tutti i giorni della settimana sabato, domenica e festivi infrasettimanali
08.00 - 19.00	D 11 ore	

I medici presenti tramite la piattaforma di telemedicina integrata su EMMAWEB di AREU e connessa con il SISS effettuano le seguenti attività:

- consulto telefonico, prescrizione farmaceutica e ambulatoriale dematerializzata;
- attivazione visita ambulatoriale con accesso diretto dell'assistito presso la postazione territoriale individuata;
- attivazione visita domiciliare attraverso il Medico reperibile;
- invio in Pronto Soccorso tramite l'attivazione del 112.



### Attuazione del Progetto

L'avvio del progetto ha comportato le attività di seguito descritte:

- Definizione della sede di UNIC.A. e delle sedi ambulatoriali, con riduzione iniziale di queste ultime da 7 a 5;
- Dimensionamento di UNIC.A. e degli Ambulatori di C.A. effettuato avvalendosi dell'analisi storica del numero complessivo di chiamate ricevute dal NEA e sul tempo medio di una telemedicina;
- Sviluppo piattaforma informatica: AREU - Clinical Decisional Pathways (CDP) a supporto dell'attività di UNIC.A.;
- Formazione degli operatori sanitari con la condivisione dei protocolli clinici proposti e inseriti nelle CDP;
- Allestimento centrale UNIC.A. e logistica;
- Informazione alla cittadinanza e agli Enti Locali del nuovo modello organizzativo;
- Monitoraggio giornaliero dell'attività erogata in UNIC.A. e formazione continua con tutti gli operatori coinvolti, analisi e feedback dell'attività svolta, valutazione dei casi clinici.

### Risultati

Il servizio è stato attivato il 04/03/2023 sono state gestite n° 1.481 chiamate (rilevazione al 09/05/2023).

**Risorse umane impiegate:**

- Giorni festivi: 2 medici nella fascia oraria 8-24 e 1 medico nella fascia 24-8
- Giorni feriali: 2 medici nella fascia oraria 19 -24 e un medico nella fascia 24-8

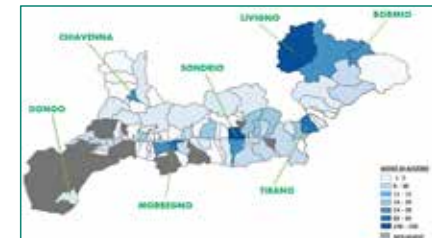
**Attività:**

- Giorni festivi: fascia oraria 8-24 sono state gestite circa 10 chiamate/ora; mentre nella fascia 24-8 sono state gestite 4 chiamate/ora.
- Giorni feriali: fascia oraria 19 -24 sono state gestite 3 chiamate/ora, da mezzanotte alle 8, 1 chiamata/ora.

**Tipologia/provenienza della popolazione assistita:**

La popolazione che ha avuto accesso al servizio con più frequenza percentuale (oltre il 40%) è quella compresa nella fascia di età tra i 15 e i 45 anni; il 18% degli interventi sono erogati ad assistiti compresi nella fascia di età oltre i 65 anni. Il 9,3% degli interventi è destinato a minori compresi nella fascia d'età tra 0 e 5 anni.

L'analisi del servizio per indice di accesso per Comune di provenienza evidenzia un bisogno maggiore per le aree ad elevata vocazione turistica.

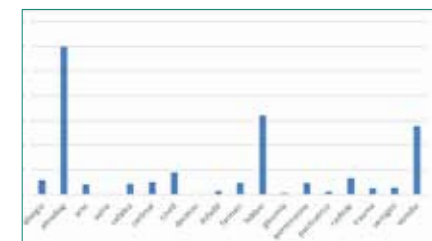


**Prestazioni erogate:**

- Al 100% delle chiamate è stato trasmesso il referto
- Al 26,5% delle chiamate è stata effettuata una ricetta farmaceutica dem;
- Al 3,5% delle chiamate è stata effettuata una prescrizione diagnostica di specialista ambulatoriale dem;
- Al 7% delle chiamate è stata effettuata una prestazione di telemedicina

**Motivo di chiamata:**

- Il 12% delle richieste è classificato in «Febbre»;
- L'11% delle richieste è classificato in «Vomito»;
- Seguono: covid, allergia, cefalea, ipertensione, stati d'ansia, dolore addominale, sintomatologia prime vie aeree, altro.



### Conclusioni e prospettive

L'attivazione del nuovo modello organizzativo, basato sulla Centrale Medica Unica avvalendosi della piattaforma tecnologica di telemedicina messa a disposizione da AREU, ha consentito l'ottimizzazione e l'efficientamento del servizio di Continuità Assistenziale, garantendo, sul totale delle chiamate effettuate, nel 70% dei casi una telemedicina, con relativa trasmissione del referto e della prescrizione, garantendo al cittadino la risposta al bisogno espresso direttamente al domicilio, evitando spostamenti, con elevato gradimento da parte dei cittadini, in particolare dei care giver degli anziani.

Solo il 20% delle richieste di intervento è stato trasferito alle postazioni ambulatoriali, con una sensibile diminuzione degli accessi diretti.

Nel 2% dei casi si è resa necessaria una prestazione domiciliare (prevalentemente constatazioni di decesso). Il restante 8% dei casi è stato gestito dal 118.

Si segnala l'atteggiamento proattivo dei medici di continuità assistenziale coinvolti nel progetto, che si sono messi in gioco attivamente, nei processi di problem solving manifestando interesse e soddisfazione.

In prospettiva si intende integrare il modello nelle Case di Comunità con piena integrazione delle cure primarie con il servizio emergenza urgenza e presidi ospedalieri di riferimento, anche sviluppando attività di teleconsulto coinvolgendo medici specialisti quali ad esempio il pediatra o il cardiologo.

D'interesse anche l'ipotesi sviluppare l'Home treatment del fragile incrementando e potenziando le visite domiciliari, con strumenti di diagnostica POCT e di telemedicina.

### Bibliografia

- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art.8 del decreto legislativo n° 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- D.M. 21 settembre 2022 «Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio»;
- Regione Lombardia – Manuale Triage Intra Ospedaliero;
- ATS della Montagna – Accordo Integrativo Aziendale dei Medici di Medicina Generale Anno 2023 Servizio di Continuità Assistenziale.

# POSTER gallery

### Un nuovo modello organizzativo per la medicina generale: l'esperienza di Chiavenna

Maria Elena Pirola \*, Sabrina Cattaneo \*, Silvia Fasani \*, Corrado Scolari\*, Raffaello Stradoni \*, Roberto Scaramellini\*\*, Paolo Formigoni \*\*\*  
\* ATS della Montagna - \*\*MMG Forma Associativa Avanzata Chiavenna - \*\*ASST Valtellina Alto Lario

#### Introduzione ed obiettivi

La carenza di medici di medicina generale, fenomeno che attualmente si riscontra su tutto il territorio nazionale, è particolarmente accentuato nel territorio di ATS della Montagna che, con gli MMG dell'ambito di Chiavenna ed ASST Valtellina e Alto Lario, ha ideato un progetto di riorganizzazione della medicina generale per soddisfare i bisogni sanitari del cittadino.

Ciò, mettendo a fattor comune tutte le risorse (professionali ed economiche) già presenti sul territorio, agendo sulla reingegnerizzazione di percorsi/processi, introducendo elementi innovativi per razionalizzare le risorse impiegate, garantendo una assistenza territoriale di buon livello.

Il progetto si fonda sull'ottimizzazione dell'uso di risorse previste dall'ACN/AIR, non in un'ottica frammentaria - ovvero assegnate ed usate dal singolo medico, bensì mettendo a fattor comune, in uso a tutti i medici della forma associativa, le risorse derivanti dalle quote stipendiali variabili disponibili, con i seguenti obiettivi:

- risposta agli assistiti;
- miglioramento della qualità del lavoro del medico grazie al riorientamento /trasferimento di attività amministrative /burocratiche;
- organizzazione delle figure professionali a supporto acquisibili con le risorse dell'ACN/AIR;
- individuazione di una sede comune presso la Casa di Comunità di Chiavenna, con call center, ambulatori medici, ambulatorio infermieristico e possibilità di integrazione tra MMG e medici specialisti e la Continuità assistenziale;
- mantenimento degli ambulatori di prossimità nei Comuni della Valchiavenna.

#### Contesto

L'ambito territoriale di Chiavenna comprende 13 Comuni, con 24.502 assistiti.

La zona è montuosa, scarsamente urbanizzata.

A luglio 2022, data avvio del progetto, circa il 17 % della popolazione non risulta iscritto ad alcun MMG.

Sono presenti 2 AFT, la prima coinvolta nel progetto, con 6 medici, 36 ore/personale di studio/settimana, 25 ore/infermiere /settimana.

AFT	MMG	personale studio	infermiere
CHIAVENNA 1	6	36	25
CHIAVENNA 2	4	0	

LIVELLO PATOLOGIA	N cronici	Stima PAI MMG	Stima PIC gestore	Totale PIC
1	280	4.205,50	9.812,84	14.018,34
2	3.025	45.377,31	90.754,61	136.131,92
3	4.186	62.797,19	104.661,99	167.459,18
Totale	7.492	112.380,00	205.229,44	317.609,44

In una giornata campione del 2022 in ATS della Montagna sono state erogate 5.413 ricette di specialistica ambulatoriale, il 70% delle quali ad opera di MMG.

Di queste il 79% ha una classe di priorità «programmata» e solo 344 ricette su 3.792, pari al 9% sono «prime visite».

Il 53% delle ricette di specialistica ambulatoriale emesse da MMG sono riferite ad assistiti cronici.

PRESTAZIONE	N°	%
Laboratorio	11.321	70,9
Prime visite	650	4,1
Visite di controllo	634	3,9
RMN	127	0,8
RX	357	0,2
TAC	97	0,1
Altro	2864	17
Totale	15.953	

Quanto descritto ben rappresenta come, in un contesto con scarse risorse professionali, oltre il 70% della attività è rivolta a pazienti cronici che sono soggetti a controlli programmabili e follow up. Pertanto un adeguato modello organizzativo consente di ottimizzare le risorse presenti.

#### Destinatari

Destinatari intermedi del progetto sono i MMG che si rendono disponibili alla sperimentazione, anche incrementando i massimali individuali, oltre i limiti già previsti dagli accordi vigenti.

Destinatari finali sono gli assistiti dell'ambito, anche quelli non attualmente assegnati ad un MMG.

#### Il nuovo modello organizzativo

Il nuovo modello organizzativo, in prospettiva facilmente integrabile nella Centrale Operativa Territoriale e nella Casa di Comunità, è fondato sullo sviluppo delle seguenti attività:

- **attivazione di un call center** per il primo contatto dell'assistito con la medicina territoriale locale,
- **supporto infermieristico**, anche a domicilio, per la gestione del cronico o di piccole emergenze.

#### CALL CENTER

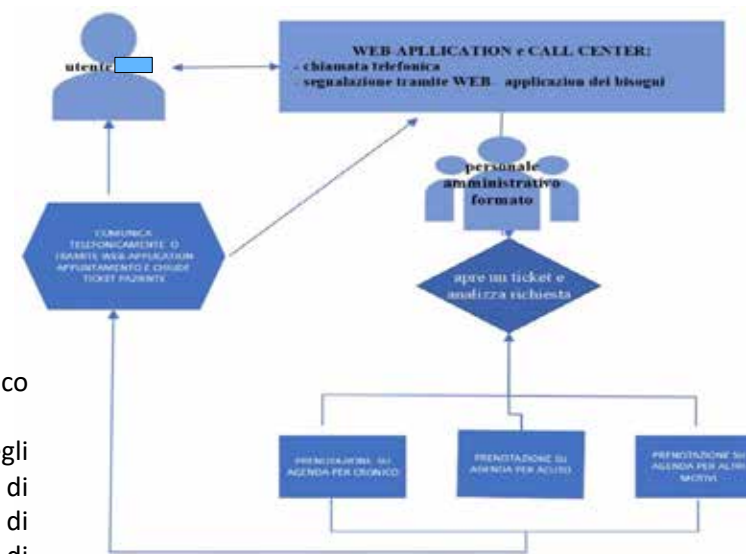
Il call center funge da primo punto di ascolto del cittadino, sgravando il MMG dall'attività organizzativa. Consente il monitoraggio delle chiamate in entrata ed in uscita, la gestione delle agende di tutti gli MMG, le prenotazioni, il rinnovo di prescrizioni, l'organizzazione delle visite in ADP/ADI.

#### ATTIVITA' INFERMIERISTICA

E' garantito un supporto infermieristico per:

- valutazione/ascolto degli esiti degli esami di laboratorio con procedura di ALERT ed invio al MMG nel caso di valori non inclusi nei goals di riferimento;
- supporto al MMG per la preparazione delle ricette di farmaceutica territoriale da rinnovare;
- supporto al MMG per la preparazione delle ricette di specialistica ambulatoriale per il follow up della patologia cronica;

In prospettiva si prevede la possibilità di erogare prestazioni, anche in telemedicina, che consentano di ridurre gli accessi in pronto soccorso e la possibilità di eseguire semplici esami strumentali e rilevazione dei principali parametri che consentono una corretta gestione della patologia cronica



#### Risultati

Coerentemente con la progettualità descritta l'Accordo Integrativo regionale per i MMG Anno 2022 (DGR 6954/2022), finanziando le c.d. Forme Associate Avanzate ha consentito l'avvio del modello descritto, garantendo una forma di finanziamento strutturale e storicizzabile.

Nel primo periodo di attivazione, novembre 2022/aprile 2023 hanno aderito 6 medici titolari che hanno innalzato i massimali, come previsto dai vigenti AIR, rendendosi disponibili all'assistenza di cittadini non iscritti.

Le ore di personale di studio sono 42/settimana con un incremento del 16,7%, le ore di infermiere sono 30/settimana con un incremento del 20%.

I pazienti complessivamente in carico ai 6 medici sono 12.000 oltre ai pazienti non iscritti quantificabili in circa 2.200, ai quali sono state erogate N° 1.460 visite occasionali.

Da inizio attività il call center ha gestito 8.879 contatti telefonici.

Sono state rinnovate 46.000 prescrizioni farmaceutiche dematerializzate ed erogate n. 234 prestazioni infermieristiche.

#### Conclusioni e prospettive

Il modello organizzativo descritto ha consentito di migliorare la qualità del lavoro dei MMG permettendo loro di concentrarsi sulla attività clinica, avvalendosi della collaborazione e del supporto del personale di studio ed infermieristico che si è fatto carico delle attività amministrative e di gestire i follow up.

La quota di pazienti non in carico ad alcun MMG si è ridotta a circa il 10% della popolazione assistibile.

In prospettiva la forma associativa avanzata descritta, composta da sei medici titolari, è in grado di includere medici incaricati che, gravitando nella sede unica si possono avvalere della struttura organizzativa descritta, garantendo anch'essi, come i titolari, presenza anche negli ambulatori di prossimità dislocati sul territorio della valle.

Nel periodo di attività in osservazione non si sono riscontrati reclami all'URP di ATS e numerose sono state le testimonianze di apprezzamento.

#### Bibliografia

- 1) Bacci, C. "Lean Healthcare Management -meno sprechi, più competitività", IPSOA
- 2) Bianciardi, C; Bracci, L; Burroni, L; Guercini, J – Lean Think in sanità: da scelta strategica a modello operativo, Società Editrice Esculapio
- 3) Rosa, A; Lean Organization in Sanità – esperienze e modelli di applicazione da Nord a Sud.
- 4) G.Perrella, R.Leggeri, La gestione del rischio clinico. La sicurezza del paziente e la lotta agli sprechi nelle strutture PON GOV Cronicità – Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità – AGENAS
- 5) Supplemento alla rivista semestrale MONITOR 2022 – Le centrali Operative
- 6) D.M. n. 71 del 23/2/22 – Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale.
- 7) DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

# POSTER gallery

## Strategie di contrasto all'antimicrobico resistenza nel settore della veterinaria pubblica in un approccio ONE HEALTH



Silvia Fiorina\*, Mery Franzoni\*, Martino Zampatti\*, Oreste Zecca\*, Marco Marchetti\*, Lucio Turetti\*, Raffaello Stradoni\*, Maria Elena Pirola\*  
\*ATS della Montagna

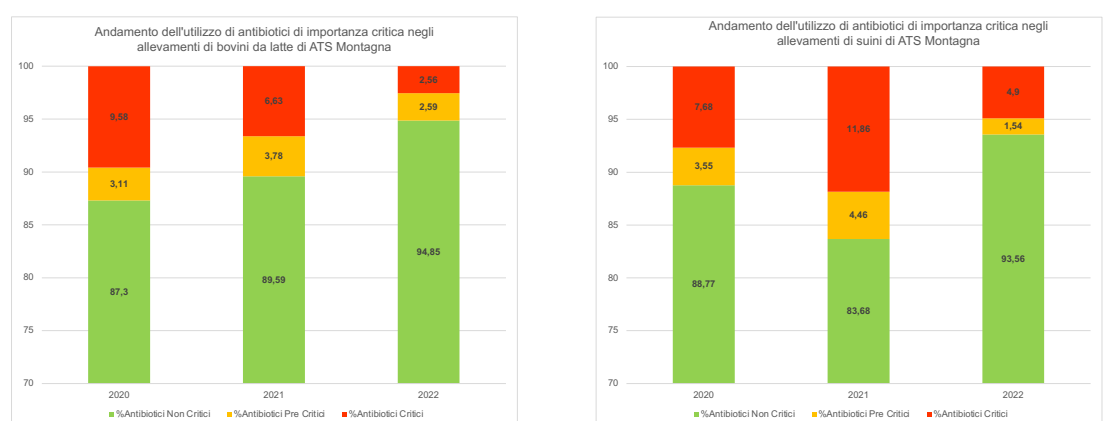
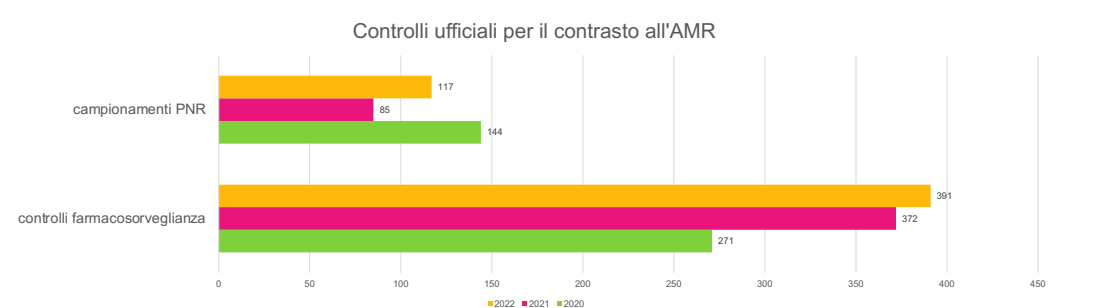
### Introduzione

L'antimicrobico resistenza (AMR), ovvero la capacità di alcuni microrganismi di resistere all'azione degli antimicrobici, è uno dei fenomeni più preoccupanti in ambito di sanità pubblica. Tale "evoluzione" microbica risulta drammatica quando i ceppi coinvolti assumono caratteristiche di batteri *Pan Drug Resistant* (totalmente resistenti a qualsiasi gruppo di antibatterici): se tali microrganismi risultano essere patogeni, le infezioni da essi provocate non sono curabili con i farmaci attualmente disponibili, condizione che può risultare letale soprattutto per i soggetti più fragili.

L'AMR è tra le prime 10 minacce globali per la salute, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si prevede che fino a 10 milioni di persone potrebbero morire ogni anno, entro il 2050, a causa della resistenza antimicrobica.

Basandosi sul presupposto che uomo e animali condividono numerosi agenti patogeni e che i fattori responsabili dell'antimicrobico resistenza possono essere trasferiti da un microrganismo all'altro tramite molteplici vie, risulta essenziale un approccio integrato alla lotta all'antimicrobico resistenza. In tale ottica l'OMS, in collaborazione con la FAO e l'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale, ha elaborato il "Global Action Plan on Antimicrobial Resistance", che, riconoscendo l'importanza di un approccio "One Health", promuove l'applicazione di un sistema collaborativo e multidisciplinare per affrontare i rischi che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente, animali e uomo.

### Risultati

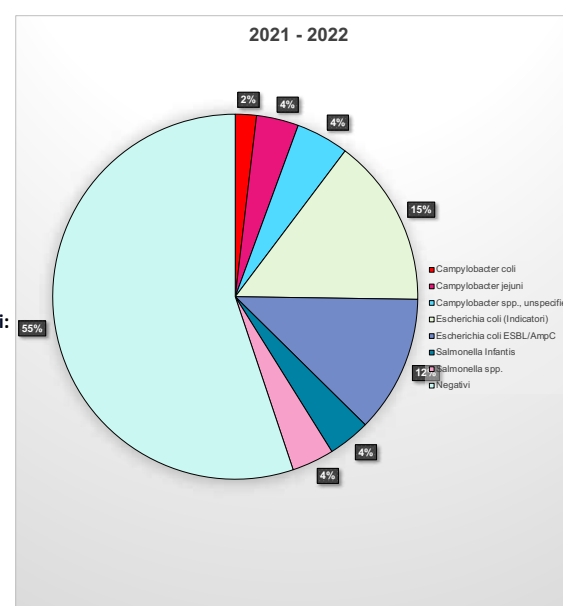


#### ATS Montagna - Piano AMR dei batteri zoonotici e commensali: campioni presso impianti di macellazione

Anno di riferimento	matrice campionata	Salmonella	Shigella	Yersinia	Escherichia coli	Staphylococcus aureus	Staphylococcus enteritidis	Staphylococcus aureus	Staphylococcus aureus	Staphylococcus aureus	Staphylococcus aureus	Staphylococcus aureus
2020	rettili/carni da macelleria	0	3	0	2	0	2	0	2	0	3	0
2021	carne di suino	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
2022	rettili/carni da macelleria	1	0	2	0	2	1	2	1	0	2	0

#### ATS Montagna - Piano AMR dei batteri zoonotici e commensali: campioni prelevati al dettaglio

Anno	Matrice	Specie	N. campioni
2020	Carne fresca	pollo	2
		tacchino	2
2021	Carne fresca	suino	2
		bovino	2
2022	Carne fresca	pollo	2
		tacchino	2



### Attività dei Servizi Veterinari

I Dipartimenti Veterinari delle ATS, in attuazione a specifici Piani Nazionali e Regionali, realizzano numerosi interventi volti al contrasto dell'antimicrobico resistenza, tra i quali vi sono sia attività volte al monitoraggio del fenomeno, sia interventi diretti a limitare il consumo di antimicrobici tramite un loro "uso consapevole" e a garantire la completa tracciabilità del farmaco veterinario.

Programma/Attività	Obiettivi	Prestazioni dei Servizi Veterinari ATS
Piano di monitoraggio armonizzato sulla resistenza agli antimicrobici di batteri zoonotici e commensali ai sensi della Decisione (UE) 2020/1729	Ottenere dati sulla prevalenza di resistenze negli agenti attraverso l'isolamento, la tipizzazione e l'analisi del profilo di resistenza delle specie batteriche	Campionamento di contenuto di intestino cieco al macello e di carni fresche al dettaglio per le specie selezionate (polli e tacchini per il Piano 2022; suini e bovini per il Piano 2023)
Piano Nazionale per la ricerca dei Residui (PNR)	Rilevare i casi di somministrazione illecita di sostanze vietate e di somministrazione abusiva di sostanze autorizzate; verificare la conformità dei residui di medicinali veterinari negli alimenti	Controlli e campionamenti per la ricerca di residui negli animali e nei prodotti di origine animale
Piano Farmacovigilanza	Controllare l'utilizzo appropriato dei farmaci; monitorare il consumo di antibiotici.	Controlli per la verifica dell'applicazione delle norme cogenti, del sistema di tracciabilità e del corretto utilizzo del farmaco
Formazione e informazione	Promuovere la consapevolezza da parte degli operatori delle filiere zootecniche e della comunità nell'uso degli antibiotici	Incontri di sensibilizzazione verso un uso consapevole dell'antibiotico rivolti agli stakeholders

**\* TARGET DEL MONITORAGGIO**

**MATRICE**

**Animali:**

- Broilers
- Ovaiole
- Tacchini
- Suini
- Vitelli < 1 anno

**Carni:**

- Manzo
- Maiale
- Pollo
- Tacchino

**MICROORGANISMO**

**BATTERI ZOO NOTICI:**

- Salmonella spp.
- Campylobacter coli/jejuni
- Salmonelle produttori di beta-lattamasi a spettro esteso (Esbl, AmpC e carbapenemasi)

**BATTERI INDICATORI**

- E. coli (commensale)
- Enterococcus faecalis/faecium
- E.coli produttori di beta-lattamasi a spettro esteso (Esbl, AmpC e carbapenemasi)

### Conclusioni

L'ECDC ha stimato che il numero di infezioni causate da batteri resistenti agli antibiotici nell'UE/SEE sia stato di 685.433 nel 2016, 865.767 nel 2019 e 801.517 nel 2020.

Queste infezioni hanno determinato 30.730 decessi nel 2016, 38.710 nel 2019 e 35.813 nel 2020. Ma l'impatto dell'AMR non si limita alla sola mortalità, in quanto comporta anche ricoveri prolungati, ritardi nell'effettuazione delle terapie o nell'esecuzione di interventi e aumenti delle infezioni post-chirurgiche e/o post-chemioterapia, per le quali i protocolli di profilassi comunemente impiegati si dimostrano inefficaci.

Per preservare il valore degli antibiotici e tutelare la salute delle persone, degli animali e dell'ambiente, è pertanto fondamentale che, non solo gli operatori sanitari e le istituzioni, ma anche i cittadini prendano piena coscienza della portata di questo fenomeno: solo collaborando si può sperare di porre un freno allo sviluppo e alla diffusione della resistenza agli antibiotici.

### Bibliografia

- Assessing the health burden of infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU/EEA, 2016-2020. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Solna - Sweden  
URL: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Health-burden-infections-antibiotic-resistant-bacteria.pdf>
- World Health Organization: Resistenza antimicrobica  
URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
- Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria, ai sensi del Reg. (UE) 2017/625 - Anni 2020/2021/2022/2023
- United Nations Environment Programme (2023). Bracing for Superbugs: Strengthening environmental action in the One Health response to antimicrobial resistance. Geneva  
URL: <https://www.unep.org/resources/superbugs/environmental-action>

#### Fonte dati:

- SIV - Sistema Informativo Veterinario
- SINVA - Sistema Informativo Nazionale Veterinario per la Sicurezza degli Alimenti
- Classyfarm - Sistema per la Categorizzazione del Rischio degli Allevamenti in Ambito Sanità Pubblica Veterinaria

# POSTER gallery

Sistema Socio Sanitario



## PROGETTO PILOTA DI RADIOLOGIA DOMICILIARE NEL TERRITORIO OLTREPÒ PAVESE

Lorella Cecconami\*, Anna Paiano\*, Adele Andriulo\*\*, Elia Venegoni\*\*, Maria Sacco\*, Anna Fortunato\*, Luisa Baudassi\*, Ylenia Scudiero\*, Stefano Boni\*

\* ATS di Pavia, \*\* Casa di Cura Villa Esperia

### Introduzione

Il domicilio, rappresentando il primo luogo di cura, è da ritenersi setting assistenziale privilegiato, offrendo notevoli opportunità nei confronti di soggetti fragili, anziani, con problemi di deambulazione. In particolare, l'accesso ad esami radiologici può risultare particolarmente gravoso. Lo sviluppo di servizi che rispondano ad una logica di "prossimità" rappresenta una strategia rilevante, per garantire equità di accesso ed appropriatezza nella risposta ai bisogni di salute della popolazione più fragile.

Essendo il territorio dell'Oltrepò zona disagiata per conformazione territoriale e carenza di punti ospedalieri, ATS Pavia ha avviato il progetto con i seguenti obiettivi:

- Fornire un Servizio di Radiologia Domiciliare per persone anziane, disabili, in condizioni di non trasportabilità, al domicilio o in RSA;
- Evitare difficoltà operative e rischi correlati al trasporto sanitario;
- Garantire equità di accesso, appropriatezza e continuità delle cure;
- Potenziare interventi domiciliari, alleggerendo il carico assistenziale ospedaliero;
- Abbattere i costi relativi al trasporto di pazienti con problematiche di spostamento.

### Materiali e metodi

L'Erogatore, selezionato tramite manifestazione di interesse, garantisce la gestione del rischio clinico. La richiesta del servizio è a carico di MMG/Medico di RSA, edotti da ATS sulle modalità di attivazione attraverso opuscoli informativi, comunicazioni e istruzioni operative. Lo specialista radiologo verifica l'appropriatezza della prestazione, referta e pubblica su FSE l'esame effettuato dal tecnico, previa acquisizione del consenso informato.

Le indagini vengono condotte, in elezione, per indicazioni cliniche riferite prevalentemente a patologia polmonare e osteoarticolare, con l'impiego di dispositivo portatile.

### Esiti questionario di gradimento

Item	% SI, molto	% SI, abbastanza	%No, poco	%No, per niente	Nessuna risposta
La macchina per gli rx l'ha spaventata?	4%	2%	2%	92%	0%
Ritiene i comportamenti e gli atteggiamenti degli operatori conformi al decoro imposto dal loro ruolo?	100%	0%	0%	0%	0%
Il tempo passato dalla richiesta del medico all'esecuzione dell'esame le è sembrato ragionevole?	94%	6%	0%	0%	0%
Il personale è stato in grado di affrontare eventuali problemi logistici?	98%	2%	0%	0%	0%
Prima dell'esame aveva dolore?	6%	8%	10%	73%	3%
Le manovre effettuate prima dell'esame le hanno peggiorato il dolore fisico?	4%	0%	6%	82%	8%
Le manovre effettuate prima dell'esame le hanno provocato dolore fisico?	4%	0%	2%	86%	8%
Le manovre effettuate sono state più fastidiose di quando ha fatto lo stesso esame in ospedale?	4%	0%	4%	90%	2%
Le è sembrato che il personale avesse "fretta"?	4%	0%	0%	96%	0%
Il personale ha usato un linguaggio troppo tecnico?	6%	0%	0%	94%	0%
Gli operatori le hanno spiegato in maniera chiara cosa le stavano facendo?	100%	0%	0%	0%	0%
Il personale ha dimostrato un atteggiamento cordiale, aperto con lei e i suoi familiari? Cordiale ed aperto: disposto a colloquiare e comunicare	100%	0%	0%	0%	0%
Gli operatori hanno ascoltato quello che Lei aveva da dire	96%	2%	0%	0%	2%
Gli operatori, durante lo svolgimento degli esami, hanno allontanato i suoi parenti?	98%			0%	2%
Si sarebbe sentito più sicuro o soddisfatto, se fosse stato trasportato in ospedale o in strutture radiologiche ambulatori per fare delle radiografie?	4%			96%	0%
Complessivamente, è soddisfatto del servizio di radiologia domiciliare?	100%			0%	0%

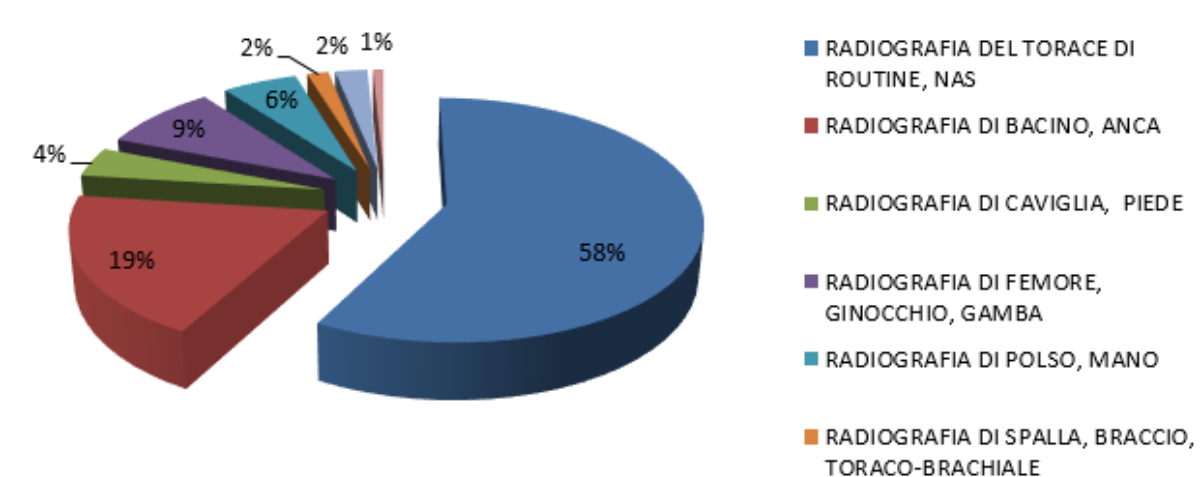
### Risultati

Dai risultati preliminari è emerso che nel 58% dei casi sono stati richiesti RX torace, nella restante % di casi radiografie articolazioni, ossa lunghe, bacino e anche; i principali quesiti diagnostici sono stati sospetta polmonite, sospetta frattura o controllo di fratture già note. Gli accertamenti sono stati richiesti nel 63 % dei casi da MMG, nel 29% da medici di RSA, nel 6% da specialisti e nel 2% da altra figura medica.

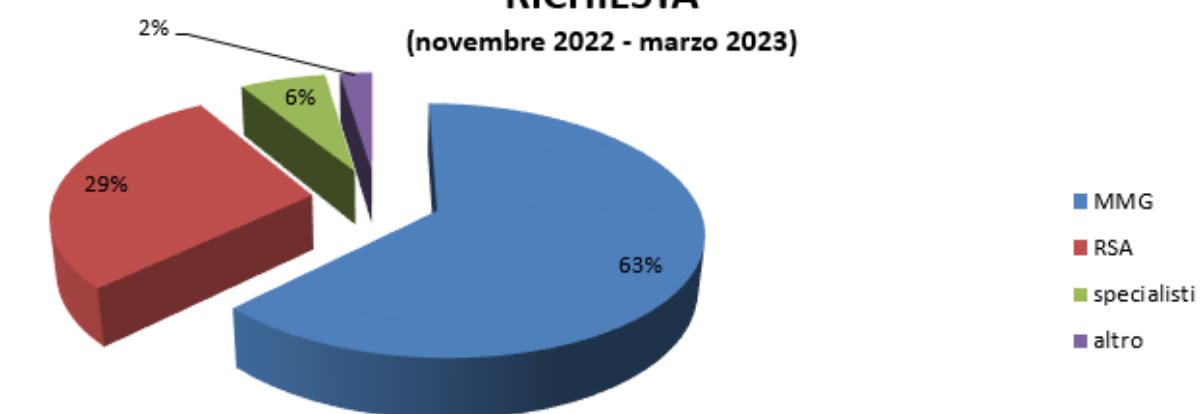
Attraverso apposito questionario, è stato valutato il grado di soddisfazione dei pazienti, che è risultato soddisfacente nella totalità dei casi.

A fronte di 126 prestazioni, si stima un risparmio sui costi di trasporto sanitario di circa 9.700 euro.

### RADIOLOGIA DOMICILIARE: PRESTAZIONE (novembre 2022 - marzo 2023)



### RADIOLOGIA DOMICILIARE: PROVENIENZA RICHIESTA (novembre 2022 - marzo 2023)



### Conclusioni

Il fattore umano costituisce il core del servizio: il paziente nel proprio ambiente familiare è posto nelle condizioni assistenziali più favorevoli, non solo per il processo di diagnosi, ma anche per il percorso di guarigione, evitando, oltre a rischi clinici e disagi, l'effetto disorientante dello spostamento. I vantaggi di natura sociale, economica e relazionale assumono particolare rilevanza in considerazione dell'elevato indice di vecchiezza che contraddistingue il territorio. In considerazione dei promettenti risultati preliminari, è prevista l'estensione del progetto anche al territorio della Lomellina.

### Bibliografia

Decreto ministeriale n 77 del 23 maggio 2022 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)

Sawyer RH, Patel U, Horrocks AW; Domiciliary radiography: an important service? Clinical Radiology, 1995 Jan; 50 (1): 51-55.

Aimonino Riccauda N, Tibaldi V, Leff B, Scarafioti C, Marinello R, Zancocchi M, Molaschi M.; Substitutive "hospital at home" versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomized, controlled trial.; Epub 2008 Jan

S Mark D, Henderson J, Brealey J; Taking acute medical imaging to the patient, the domiciliary based X-ray response team Radiography (Lond), 2022 May;28(2):550-552.

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



Area Lombardia