

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

POSTER *gallery*

ONLINE

POSTER

Marche

POSTER gallery

PROGETTO "HOME-PICC": L'ACCESSO VENOSO A CASA DEL PAZIENTE

Stefania Rasori¹ Loredana De Col¹ Serena Frassinì¹ Elisetta Vichi¹ Elisabetta Santini² Marcello Vitanza² Roberto Maffei² Marco Serafini³

1 UOC Professioni Sanitarie AST 1
2 PICC team AST 1
3 Blocco operatorio AST 1



Introduzione

Gli studi epidemiologici evidenziano il problema crescente della cronicità e degli aspetti socio-economici ad essa correlati. L'uso appropriato delle risorse rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari e strategie d'integrazione a lungo termine tra tecnologia e assistenza continuativa. L'idea guida e l'approccio metodologico che caratterizzano il progetto "Home-PICC" sono riconducibili al sistema per la continuità di cura e l'Assistenza Domiciliare Integrata di I°, II° e III° livello, con intensità crescente degli interventi erogati per bisogni di bassa, media e alta criticità: terminalità, patologia neurologica degenerativa/progressiva in fase avanzata, necessità di nutrizione artificiale parenterale e terapia del dolore. Tali pazienti sono di frequente oggetto di ospedalizzazioni inappropriate, per la compromissione del patrimonio venoso generata da pregresse terapie e conseguente difficoltà nel reperire un accesso venoso stabile.

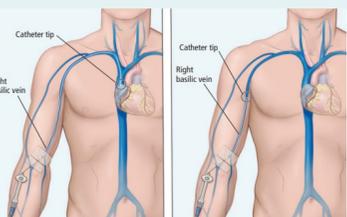
Metodologia

Nell'ottica del nuovo assetto organizzativo (L. R. Marche 08/08/2022, n. 19), ad integrazione e potenziamento del PICC Team territoriale, il progetto prevede da giugno 2023 di estendere l'attività del PICC Team ospedaliero a pazienti in assistenza domiciliare e/o residenziale, offrendo il servizio di posizionamento di accesso vascolare in loco, a casa e/o nella struttura.

Si prevedono 2 team itineranti, che garantiscano l'attività di impianto a domicilio secondo la logica della prossimità, sulla base delle richieste della Centrale Operativa ADI e MMG afferenti anche a strutture residenziali. Il PICC Team assicura a richiesta attività di supervisione, consulenza e follow up delle complicanze.



-valutazione appropriata richiesta ed eleggibilità: visita pre-impianto e prima valutazione ecografica, accurata anamnesi, identificazione del dispositivo consono alle esigenze del paziente, verifica dell'idoneità dell'ambiente in termini igienici, strutturali e di sicurezza ambientale, identificazione e verifica della presenza di un caregiver
-pianificazione/ realizzazione impianto nel rispetto delle migliori pratiche
-educazione terapeutica gestione accesso vascolare per paziente e/o caregiver secondo principi Health Literacy



CRITERI DI ESCLUSIONE

Adulti con alterazioni dell'attività elettrica atriale (FA) e/o portatori di PMK.

I pazienti esclusi per le cause sopra indicate possono disporre, sempre al proprio domicilio, di accessi venosi ad inserzione periferica a medio termine (Midline) validabili anche in presenza di FA e PMK.

CRITERI D'INCLUSIONE

-Adulti con patologie croniche e PS compromesso,
-residenti al proprio domicilio o in struttura del territorio di Pesaro-Urbino,
-criticità assistenziale fino al 3° livello di ADI,
-che necessitano di accesso venoso a medio termine di calibro adeguato per fluidoterapia, nutrizione parenterale, terapia del dolore,
-condizioni igieniche e socio-assistenziali minime richieste,
-familiare/caregiver di riferimento in grado di segnalare eventuali criticità.

INDICATORI DI MONITORAGGIO (cadenza trimestrale)

N° impianti effettuati nell'arco di tempo considerato

N° pazienti eleggibili al posizionamento di PICC a domicilio/N° delle richieste ADI pervenute (≥ 90%)

N° devices impiantati con punta del catetere in giunzione atrio-cavale/ N° devices impiantati (≥ 95%)

N° richieste di impianto con format informatizzato/ N° richieste di impianto effettuate (≥ 90%)

Tempo d'attesa tra richiesta e impianto ≤ 5 giorni lavorativi (≥ 95%)

Tasso di incidenza di complicanze precoci (malposizioni) e tardive (infezioni e trombosi) inferiore al dato della letteratura

Customer satisfaction (questionario di soddisfazione per paziente/familiare caregiver)

Risultati

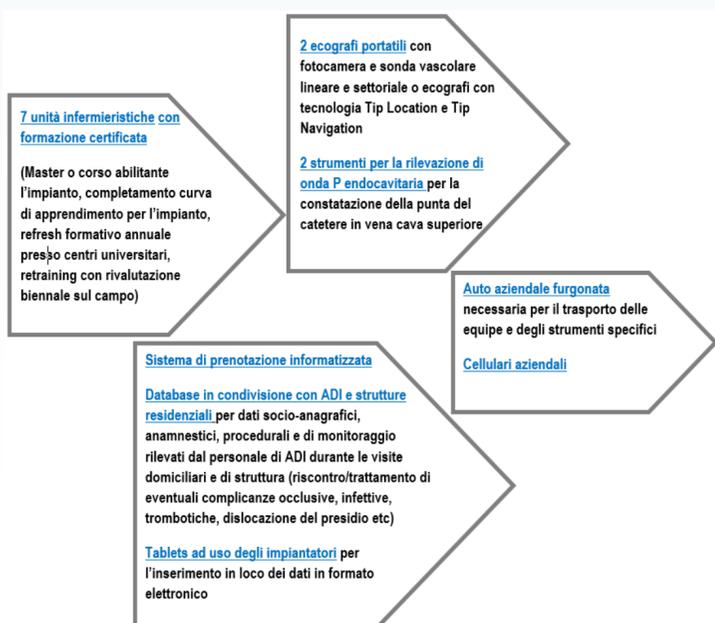
Risultati attesi ad un anno dall'implementazione: azzeramento degli accessi in PS per posizionamento di catetere venoso centrale, riduzione dei costi per l'impianto di accessi venosi a medio termine, massima soddisfazione dell'utenza in termini di umanizzazione delle cure, maggiori opportunità di cure palliative a fine vita nei pazienti gestiti a domicilio che necessitano con urgenza di accesso venoso per lo scadimento repentino delle condizioni.

Conclusioni

La realizzazione del Progetto Home-PICC può migliorare la qualità di vita degli assistiti, perchè offre loro la possibilità di poter eseguire a casa propria qualunque atto terapeutico finalizzato al controllo dei sintomi (idratazione, nutrizione parenterale, terapia del dolore, ecc) mediante l'impianto di specifici devices al proprio domicilio. La peculiarità del progetto sta nel fatto che, creando un assetto organizzativo ad hoc, si può offrire anche a pazienti allettati, con PS compromesso o difficilmente trasportabili, la possibilità di ricevere a domicilio un dispositivo sicuro, in grado di veicolare qualunque terapia endovenosa. Gli impianti domiciliari, se codificati da procedure standardizzate in grado di garantire la sicurezza degli operatori e del paziente, rappresentano la giusta risposta a tali necessità.

Bibliografia

- Corcuera Martínez, M.I., Aldonza Torres, M., Díez Revilla, A.M., Maali Centeno, S., Mañeru Oria, A., Elizari Roncal, I., Ibarra Marín, B., Casado Del Olmo, M.I., Escobedo Romero, R., Ferraz Torres, M., (2022). Impact assessment following implementation of a vascular access team. J Vasc Access. 23(1):135-144. doi: 10.1177/1129729820984284. Epub 2020 Dec 26. PMID: 33356810.
- Pittiruti M. Scoppettuolo G. Raccomandazioni GAVeCeLT 2021 per la indicazione, l'impianto e la gestione dei dispositivi per accesso venoso
- Petit M, Dumont R, Huon JF, Sellal O, Feldman D. Conception, réalisation et évaluation d'une démarche éducative auprès des patients porteurs de PICC line et midline [Design, implementation and evaluation of an educational approach for patients with PICC line and midline]. Ann Pharm Fr. 2023 Feb 14;S0003-4509(23)00020-2. French. doi: 10.1016/j.pharma.2023.02.001. Epub ahead of print. PMID: 36796508.



POSTER gallery

Attivazione precoce del percorso “Dimissione Protetta” per utenti fragili che accedono al Pronto Soccorso

Stefano Ridolfi¹ Domenico Ventura¹ Michela Polverari² Floriana Brizi³ Serena Frassini⁴ Elisetta Vichi⁴ Annalisa Aprili⁴ Stefania Rasori⁴

1 UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza AST 1

2 Cure domiciliari Fano AST 1

3 Distretto Fano AST 1

4 UOC Professioni Sanitarie AST 1

INTRODUZIONE

Si stima che la prevalenza di over 65 anni con due o più patologie croniche concomitanti, caratteristiche dei principali fruitori di servizi sanitari per numero di prescrizioni farmacologiche, specialistiche e di ricoveri ospedalieri, sia intorno al 30% della popolazione. I bisogni di salute di tale utenza richiedono un approccio multidisciplinare, integrato e coordinato tra setting ospedalieri e territoriali, con la definizione di percorsi strutturati in grado di garantire il continuum assistenziale.

METODOLOGIA

Il progetto, in avvio a giugno 2023 nei PS degli Ospedali di Pesaro e Fano – AST 1 Pesaro-Urbino, nasce dall'esigenza di far fronte al crowding, ridurre i ricoveri ospedalieri evitabili e potenzialmente inappropriati o limitarne la durata, attivando il più precocemente possibile percorsi di dimissione protetta (DP) per utenti elderly, fragili, frequent users, che giungono periodicamente in ospedale con livelli definiti di complessità clinico-assistenziale.

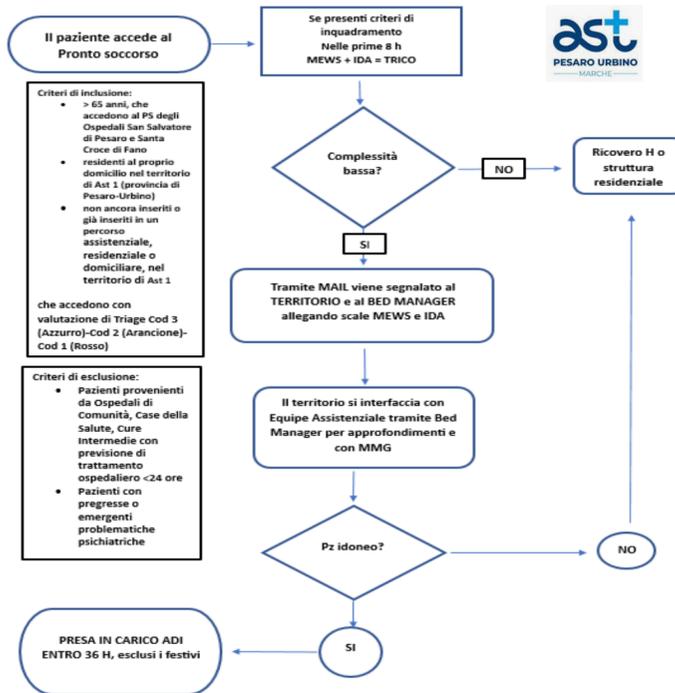
Accesso in PS: l'infermiere triagista registra l'utente nel supporto informatico, effettua la prima rilevazione MEWS e assegna il codice colore. L'infermiere di ambulatorio procede all'arruolamento, assegna l'utente alla postazione monitorata, controlla il MEWS precedentemente rilevato e valuta l'impegno assistenziale con scala IDA. In base agli scores MEWS e IDA il programma elabora in automatico il punteggio Tri-Co al tempo zero.

	IDA 20-28	IDA 12-19	IDA 7-11	
	0	1	2	
MEWS 0-2	Bassa	Media	Alta	Complessità bassa: ADI o cure prestazionali/ segnalazione MMG Complessità media: strutture residenziali Complessità alta: cure intermedie
MEWS 3-4	Media	Media	Alta	
MEWS ≥ 5	Alta	Alta	Alta	

La rivalutazione dei parametri è prevista ad intervalli non superiori alle 8 ore e in base alle esigenze cliniche; gli utenti clinicamente stabili (MEWS 0-2 al termine della stabilizzazione) verranno valutati per un percorso di DP.



FLOW CHART – DIMISSIONE PROTETTA DA PRONTO SOCCORSO



La piattaforma genera con algoritmo una proposta di dimissione con presa in carico del servizio territoriale e setting assistenziale più appropriato: il medico di PS propone ad utente/ familiari di segnalare il caso al NDOP attivando l'iter in modo tempestivo per consentire una dimissione “sicura” o comunque, un breve ricovero-ponte in area medica. In caso di DP al domicilio, la presa in carico da parte dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) è assicurata entro 36 ore, festivi esclusi.

MONITORAGGIO DEL PERCORSO: INDICATORI

1. N° riammissioni a 30 gg di pazienti in assistenza domiciliare/residenziale nel periodo considerato
2. N° re-accessi in PS di pazienti in assistenza domiciliare/residenziale nel periodo considerato
3. Tempo medio di permanenza in PS (dal triage alla chiusura del caso) nel periodo considerato
4. N° DP avviate in base a segnalazione pervenuta da PS /N° di segnalazioni pervenute da PS (≥ 90%)
5. Tempo d'attesa tra segnalazione pervenuta da PS e attivazione DP ≤ 72 ore lavorative (≥ 95%)
6. Customer satisfaction (a cura del NDPO con recall telefonico per paziente/familiare/caregiver a 30 giorni dall'avvio della DP)

RISULTATI

A un anno dall'implementazione del percorso si prevede la riduzione del numero dei re-accessi in PS e delle riammissioni a 30 giorni in area medico-geriatrica, la riduzione del tempo di permanenza in PS e dei tempi di attivazione dei percorsi di DP.

CONCLUSIONI

Il progetto si propone di intercettare precocemente il paziente “elderly” con fragilità socio-assistenziale già in PS, garantendone una corretta valutazione e una definizione progettuale che ne tuteli la continuità assistenziale. L'utilizzo coordinato delle risorse e dei percorsi della rete territoriale promuove un ricorso appropriato e corretto ai servizi di primo soccorso e all'ospedalizzazione, offre alternative valide e tempestive alle esigenze di cura, salute ed assistenza e realizza concretamente l'integrazione ospedale-territorio, al fine di incentivare la permanenza al domicilio dei soggetti fragili.

BIBLIOGRAFIA

- Mathieu G (2007) Triage di Corridoio (Tri-Co): strumento utile per migliorare la qualità dell'assistenza Italian Journal of Medicine;(1)2: 3-5.
- Rossetti L, Franchini M, Conti C, Tosini F, Cominelli F (2018) Classificazione dei pazienti per intensità di cura in Pronto Soccorso. Assist Inferm Ric, 37, 120-127.
- DGR n.1237 del 18 ottobre 2021 “Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta” della Regione Marche

POSTER gallery



Percorso per facilitare il rientro al domicilio dopo intervento di frattura di femore

Loredana De Col¹, Daniela Rossi², Giovanna Diotallevi³, Serena Frassini¹, Anna Maria Nicolini³, Simona Grilli¹, Paolo Pirchio², Stefania Rasori¹

1 UOC Professioni Sanitarie AST 1

2 UOC Ortopedia AST 1

3 Dipartimento di Riabilitazione AST 1

INTRODUZIONE

L'incidenza di frattura di femore aumenta in modo significativo con l'età (maggiore rischio di caduta e riduzione della qualità ossea). Obiettivo primario dopo l'intervento chirurgico è la ripresa del movimento e delle abilità motorie preesistenti, per promuovere la dimissione al domicilio e contenere il trasferimento in regime di cure intermedie e/o l'istituzionalizzazione. Programmi educazionali strutturati con il coinvolgimento del caregiver, volti a migliorare la compliance, l'autoefficacia e l'empowerment del paziente, migliorano il recupero della funzionalità, l'aderenza alle raccomandazioni e la soddisfazione per le cure ricevute.

METODOLOGIA

Il progetto educativo verrà avviato da giugno 2023 nella UOC Ortopedia dell'Ospedale della Misericordia di Urbino, uno dei 4 stabilimenti ospedalieri della AST 1 Pesaro-Urbino. Obiettivo: favorire il rientro a domicilio dopo intervento per frattura di femore e migliorare l'appropriatezza delle dimissioni protette nelle strutture territoriali. Sono coinvolti infermieri e personale di supporto, fisioterapisti, ortopedici, fisiatristi, infermieri domiciliari e di comunità, assistenti sociali, MMG, bed manager.

Criteria d'inclusione

Qualsiasi tipo di frattura dell'anca/femore indipendentemente dalla causa, entrambi i sessi, età > 65 anni, presenza di caregiver

Criteria di esclusione

Patologia psichiatrica, compromissione cognitiva, provenienza da struttura, condizioni logistiche/abitative non compatibili

L'intervento educativo è strutturato in 3 tempi.



- Presentazione degli obiettivi (mobilizzazione precoce, recupero della capacità funzionale pre-frattura, ecc.)
- Colloquio con supporto di opuscolo *health literacy*, per comunicare i contenuti in modo semplice e comprensibile, guidare l'operatore durante il colloquio e rinforzare l'intervento educativo
- Conclusione della sessione: sintesi dei contenuti e verifica della comprensione (valutazione di apprendimento e di processo di paziente e caregiver con metodo Teach-back).

I contenuti dell'opuscolo sono suddivisi in piccoli paragrafi arricchiti da illustrazioni esplicative.

IL RECUPERO DOPO UNA FRATTURA DI FEMORE

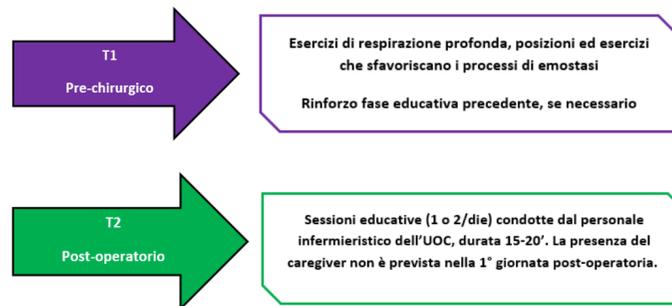
Informazioni utili ad uso degli utenti



Ospedale di Urbino
U.O.C. ORTOPEDIA
Direttore Dott. Paolo Pirchio



Descrizione delle tipologie di frattura e di intervento chirurgico con disegni semplificati
Principali complicanze per l'anziano ospedalizzato e come prevenirle Posizioni ed esercizi da eseguire a letto per prevenire complicanze post-operatorie (trombosi venosa profonda, immobilità e stipsi) Come eseguire esercizi di respirazione profonda
Il ruolo del Fisioterapista durante e dopo il ricovero Esercizi di mobilizzazione da eseguire in autonomia dal giorno seguente l'intervento chirurgico
Indicazioni utili per prepararsi al rientro a casa
L'importanza di un corretto regime dietetico Come gestire il dolore con interventi non farmacologici Come prendersi cura della ferita chirurgica Prevenzione dell'incontinenza urinaria Posizioni da evitare e movimenti corretti Ausili utili per le attività quotidiane
Programma illustrato di esercizi da svolgere in autonomia al domicilio
Misure e consigli per prevenire le cadute e rendere la propria casa un ambiente più sicuro
Memorandum per visite di controllo



Esercizi di respirazione profonda, posizioni ed esercizi che sfavoriscano i processi di emostasi
Rinforzo fase educativa precedente, se necessario

Sesioni educative (1 o 2/die) condotte dal personale infermieristico dell'UOC, durata 15-20'. La presenza del caregiver non è prevista nella 1° giornata post-operatoria.

- Programma di esercizi da svolgere a domicilio con disegno e spiegazione di ogni singolo esercizio
- 2° - 3° giornata post-operatoria: addestramento del caregiver alle corrette manovre di movimentazione del paziente (il caregiver è coinvolto e collabora con il personale infermieristico e di supporto)
- 3° giornata: esecuzione della doccia (il caregiver è coinvolto e collabora con il personale infermieristico e di supporto)
- 4° giornata: movimentazione effettuata dal caregiver con la supervisione del personale infermieristico
- Ogni sessione si chiude con la sintesi dei contenuti e verifica della comprensione da parte del paziente e caregiver (valutazione di apprendimento e di processo con metodo Teach-back e Show me method).

Strumenti per la valutazione del livello di mobilità

- > Scala di Barthel
- > Scala di Rankin
- > Categoria funzionale di deambulazione di Holden (FAC)

Inizio FKT (1°g.PO) valutazione del fisioterapista condizioni abitative/barriere ostacolanti il programma di esercizi a domicilio

Alla dimissione valutazione infermieristica livello di self care e di apprendimento (check-list)

A 7 gg dalla dimissione follow up infermieristico telefonico

A 30 gg visita medica di controllo e customer satisfactcion

RISULTATI

- > Entro 1 anno dall'attivazione del progetto, il 50% delle persone sottoposte ad intervento di frattura di femore è stato dimesso a domicilio;
- > tutte le persone dimesse a domicilio hanno ricevuto informazioni complete e hanno applicato in modo idoneo le indicazioni ricevute;
- > tutte le persone dimesse a domicilio hanno risposto positivamente al questionario di soddisfazione per il 90% degli item.

CONCLUSIONI

Il progetto, grazie alla informazione/formazione di paziente e caregiver, permette di valorizzare il rientro al domicilio favorendo l'utilizzo della capacità di recupero delle risorse del singolo e della famiglia; evitare l'inserimento nelle strutture residenziali aiuta a mantenere la persona all'interno del nucleo familiare permettendo uno stile di vita personalizzato e favorendo il più possibile il recupero dell'autonomia personale. Si facilita inoltre l'integrazione del personale assistenziale finalizzato al raggiungimento degli obiettivi.

BIBLIOGRAFIA

- Regione Marche Deliberazione della Giunta Regionale n.1237 del 18 ottobre 2021 "Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta"
- Sanclemente-Boli T, Ponce-Ruiz S, Álvarez-Lorenzo C, Zuriguel-Pérez E, Tapia-Melenchon R, Ramentol-Sintas M, Villar-Casares MDM, Teixidor-Serra J, Molero-García V, Sánchez-Raya J, Lalueza-Broto P, Ginés-Puertas Á, Garrido-Clua M, Mestre-Torres J. Effectiveness of a multidisciplinary educational intervention in patients with hip fracture: SWEET HOME study. Med Clin (Barc). 2019 Dec 27;153(12):446-453. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2019.02.026. Epub 2019 Jul 16. PMID: 31320135.

POSTER gallery

Infermiere di Famiglia e Comunità: start up del progetto nell'entroterra pesarese

Francesco Piergiovanni¹, Loredana De Col², Serena Frassini², Elisetta Vichi², Stefania Rasori²

1 Cure Domiciliari AST 1

2 UOC Professioni Sanitarie AST 1



INTRODUZIONE

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) risponde ai bisogni di salute di uno specifico ambito territoriale e comunitario; presenza costante nella comunità territoriale di riferimento, facilita il percorso della presa in carico e della continuità assistenziale, favorendo l'integrazione e la collaborazione tra i vari professionisti della salute e i servizi territoriali, in un vero e proprio lavoro di équipe. La Medicina d'Iniziativa è l'ambito in cui è più pregnante la stretta collaborazione tra l'IFeC e il Medico di Medicina Generale (MMG).

METODOLOGIA

Piandimeleto, in servizio da mercoledì 1° febbraio l'Infermiere di Comunità

"Si tratta di un servizio molto importante che va ad impreziosire la rete delle cure primarie del nostro territorio"

1.040 Lettura 0 commenti Cronaca

ASCOLTA LA NOTIZIA



Verrà attivato il 1° febbraio, nel Comune di Piandimeleto, il primo punto di prossimità della Provincia di Pesaro Urbino, che introduce una nuova figura professionale, l'Infermiere di Comunità. In favore dei residenti di una delle zone più interne della Provincia di Pesaro e Urbino, quasi al confine con la Regione Toscana.

Ieri mattina si è svolto un sopralluogo tra il commissario straordinario dell'AST 1 Dr.ssa Maria Capallo, il subcommissario sanitario Dr. Edoardo Berselli, il Direttore delle professioni sanitarie infermieristiche Dott.ssa Stefania Rasori, il Direttore del Distretto di Urbino Dr. Romeo Magnoli e il Sindaco del Comune di Piandimeleto Veronica Magnani e del Comune di Frontino Andrea Spagna, per ultimare la definizione delle modalità organizzative del percorso e verificarne le condizioni e la fattibilità.

Il territorio



Il primo punto di prossimità con IFeC è stato avviato il 1° febbraio 2023 sul territorio comprendente i comuni di Piandimeleto, Lunano, Belforte e Frontino, che distano mediamente 50/60 minuti dal polo sanitario pubblico più vicino (Urbino).

IFeC

L'IFeC svolge le proprie attività in ambito ambulatoriale, domiciliare e comunitario, erogando assistenza a tutti gli utenti che necessitano di interventi a medio - bassa complessità.

36 ore settimanali di attività per l'utenza dei territori di riferimento e limitrofi articolate in 3 programmi

1 **Ambulatoriale** con attività rivolte al monitoraggio, gestione, educazione terapeutica di utenza deambulante con patologia cardiovascolare, metabolica, respiratoria, neurologica, psichiatrica compensata accertata in fase di cronicità

2 **Domiciliare** in caso di necessità dovute a condizioni di maggiore fragilità

3 **Prestazionale infermieristica** semplice e in compresenza con MMG

Criteri d'inclusione: cronicità accertata da almeno 5 anni e/o condizione di fragilità socio-assistenziale e/o disabilità e/o politerapia (almeno 4 farmaci) e/o multimorbilità (almeno 3 patologie)

Obiettivo generale: migliorare la capacità di risposta ai bisogni di cura, diagnostici ed assistenziali della popolazione residente nell'area territoriale integrando le competenze con altri professionisti sanitari, riducendo le distanze talvolta presenti con i MMG, garantendo una presa in carico multiprofessionale condivisa delle problematiche di salute del cittadino.

Obiettivi specifici: ridurre il tasso ospedalizzazione evitabile e i tempi di presa in carico dei pazienti fragili "frequent user" del territorio, ridurre le chiamate improprie al 118 e gli accessi impropri ai PS dei Presidi Ospedalieri, migliorare l'aderenza alla terapia farmacologica dei pazienti sottoposti a educazione sanitaria dopo la presa in carico dell'IFeC.

ATTIVITÀ

- **promuovere l'adesione a programmi di screening, di prevenzione e di educazione sanitaria** (incontri con la popolazione);
- **attività di educazione sanitaria** (es. prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari, interventi educativi sui corretti stili di vita, prevenzione della sindrome metabolica in persone affette da patologie croniche e da obesità);
- **attività ambulatoriali per utenti deambulanti:** medicazioni, terapie parenterali, controlli pressori, misurazione di glicemia rapida con glucometro, misurazione di INR rapido e di altri indici biomorali, saturimetria con pulsossimetro, sostituzione/posizionamento di cateteri vescicali, medicazione di cateteri venosi centrali ad inserzione periferica, misurazione indice Winsor (ABI) e densitometrie calcaneari;
- **attività al domicilio di utenza affetta da grave fragilità, disabilità psico-fisica, non deambulanti, a grave rischio socio-sanitario** (es. prelievi ematici in situazioni di grave disagio socio-assistenziale);
- **educazione terapeutica di utenti/care-giver** di pazienti cronici per supporto all'autogestione e verifica della corretta assunzione dei farmaci, all'aderenza terapeutica e alla riconciliazione farmacologica;
- **monitoraggio e facilitazione dei percorsi di presa in carico, continuità assistenziale e dimissione protetta;**
- **raccordo con le Farmacie territoriali** e le future Farmacie dei Servizi ed implementazione di nuove funzioni di integrazione (agende CUP, prenotazioni visite specialistiche, supporto utenza per aggiornamento piani terapeutici, fornitura ossigeno gassoso, corretta richiesta, approvvigionamento, conservazione, assunzione e smaltimento di farmaci);
- **sostegno e collaborazione con i MMG e la famiglia** nella scelta dei più appropriati percorsi di cura della patologia cronica;
- **assistenza e supporto a pazienti / care-giver nella programmazione e/o prenotazione di esami strumentali e di laboratorio** e facilitazione alla loro visualizzazione, nel rispetto delle norme sulla privacy;
- **consuntivazione e reportistica** dell'attività ambulatoriale e domiciliare su portale SIRTE

RISULTATI

Nel primo trimestre di attività (fase pilota) risultano in carico al Programma IFeC 61 utenti per un totale di 409 accessi (n° pazienti/accessi: 11/70 per l'ambulatoriale, 7/54 per il prestazionale e 43/285 per il domiciliare).

Gli esiti più significativi sono descritti nella tabella e si riferiscono a 54 utenti (escluso prestazionale).

Esiti	N° utenti	%
Riduzione PA 10 mmHg	14	25.9
Riduzione PA 20 mmHg	15	27.8
Calo ponderale	22	40.8
Incremento attività (Scale ADL/IADL)	25	46.3
Aumento aderenza terapeutica (Scala Morisky)	46	85.2

Ad oggi nessun caso di lesione da pressione o CAUTI insorto. La presenza di uno studente della scuola secondaria di Piandimeleto portatore di sonda PEG ha offerto lo spunto per una serie di incontri a carattere educativo condotti in loco dall'IFeC a tema nutrizione enterale e corretta gestione del device. Sono in via di definizione iniziative di educazione sanitaria rivolte alla popolazione. Sono stati inoltre calendarizzati incontri a cadenza periodica con i titolari delle 4 Farmacie territoriali, volti ad estendere i criteri d'inclusione al progetto, nell'ottica delle future Farmacie dei Servizi. In collaborazione con la Cardiologia dell'Ospedale di Urbino si sta ultimando il programma per la presa in carico del paziente con scompenso cardiaco, per il quale il ruolo della Telemedicina sarà determinante. Una volta consolidata e valutata l'esperienza dell'IFeC presso le comunità indicate (a 6 mesi dall'inizio del progetto), il percorso verrà implementato con l'attivazione della Telemedicina, per la quale è già stato previsto un investimento tecnologico e formativo da parte di tutti gli attori interessati.

CONCLUSIONI

I primi risultati della sperimentazione sono positivi e propedeutici ad una sempre maggiore integrazione delle competenze, a garanzia di una presa in carico multiprofessionale e condivisa delle problematiche di salute della persona. I principali outcome attesi, a 1 anno dallo start up, saranno il miglioramento delle abilità di self-care e dell'aderenza terapeutica dell'utenza con problematiche di cronicità e la riduzione delle attivazioni improprie ai servizi di emergenza presenti sul territorio.

BIBLIOGRAFIA

- Patto per la Salute 2019-2021, approvato il 18 dicembre 2019 in sede di Conferenza Permanente Stato-Regioni,
- Decreto-legge del 19 maggio 2020, n. 34, all'articolo 1, comma 5
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP), adottato il 6 agosto 2020 con intesa in Conferenza Stato-Regioni
- Linee di indirizzo Infermiere di famiglia e di comunità L.n.77 del 17 luglio 2020
- Position Statement FNOPI "Infermiere Famiglia e Comunità"
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2021)
- Decreto Ministeriale 77 del 2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"
- Piano Nazionale Cronicità 2016 Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016
- Comitato Tecnico Aree Interne su dati ISTAT, MIUR e Ministero della Salute 2018 - Progetto SNAI "Asili D'Appennino - Territorio Basso Pesarese e Anconetano"
- Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 Profilo di Salute ed Equità delle Marche Agosto 2021

POSTER gallery

INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO: IL PROGETTO NICO-T PER OTTIMIZZARE IL PERCORSO DELLA DIMISSIONE PROTETTA NELLA AST PESARO-URBINO

Stefania Rasori¹ Giovanni Guidi² Luana Stefanelli³ Serena Frassini¹ Floriana Brizzi⁴ Amarilli Croce Casalena⁵

1 UOC Professioni Sanitarie 2 Direzione Distretto AST1 3 Direzione Medica di Presidio AST1 4 Distretto Fano 5 PUA Distretto Fano

Introduzione

E' necessario definire dalle prime fasi del ricovero le possibili modalità di dimissione degli utenti fragili: la stabilizzazione del risultato e il tentativo di ripristino delle autonomie possibili possono essere assicurati dal rientro al domicilio con attivazione della Dimissione Protetta (DP) o prosieguo di degenza nelle strutture di post-acuzie. È indispensabile che i sanitari dei diversi asset, ospedalieri e territoriali, condividano le informazioni in modo integrato, valutino la persona in modo olistico al fine di comprenderne l'illness oltre al disease ed analizzino il contesto sociale (familiare, economico e abitativo) per definire il setting assistenziale più adeguato a fornire cure continuative.

Metodologia

Al fine di assicurare la presa in carico di pazienti fragili, l'Ospedale Santa Croce e il Distretto della città di Fano hanno avviato da aprile 2023 la fase pilota del progetto NICO-T, Nucleo Integrato per la Continuità Ospedale-Territorio, costituito da operatori ospedalieri e territoriali afferenti all'UVI che, in maniera congiunta ed interattiva, valutano il setting assistenziale più adeguato per la persona in dimissione.

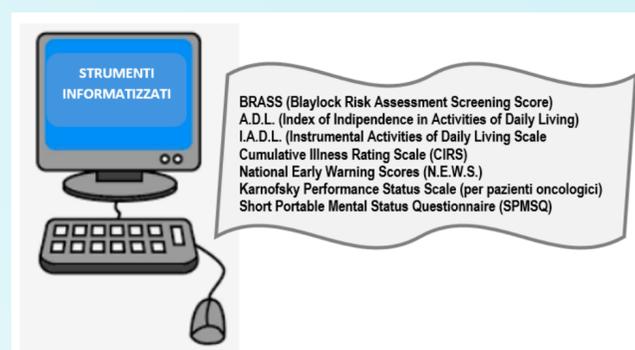
Destinatari: tutte le U.O. dell'ospedale fanese, compreso il Pronto Soccorso.

Obiettivo: ottimizzare l'integrazione ospedale-territorio con l'implementazione di un percorso di DP omogeneo, integrato e condiviso tra ospedale e territorio, superando la modalità di valutazione dei casi basata sulla disamina della documentazione cartacea.



I candidabili al percorso DP sono individuati dal team medico-infermieristico di degenza entro 48/72 ore dal ricovero e formalizzati con l'inserimento nel sistema SIRTE della documentazione richiesta. La dimissione è pianificata in 3°/4° giornata dalla U.O., in accordo con il NDP ospedaliero. La valutazione del bisogno sociosanitario e assistenziale, le modalità di presa in carico e il setting post-dimissione vengono concordati e programmati a seguito di valutazione congiunta, strutturata ed interattiva dei referenti ospedalieri e territoriali.

IL NICO-T si riunisce a cadenza settimanale e all'occorrenza per la presa in carico dei casi più critici e redige un parere formalmente condiviso riportato nel sistema SIRTE in merito al setting post dimissione.



Risultati

Risultati attesi: riduzione dei tempi di degenza, dei ricoveri inappropriati in reparti per acuti, in setting assistenziali post acuzie o nel sistema della residenzialità, del rischio di riammissione istituzionalizzata e/o di ricorso improprio al PS. Il progetto mira a contenere i costi ospedalieri per la possibilità di gestire in ADI pazienti altrimenti trattati in regime di ricovero.

Conclusioni

Negli ospedali di Pesaro e Fano è avviata anche la sperimentazione del TRI-CO, per intercettare tempestivamente in PS fragili a rischio di dimissione difficile; il progetto NICO-T è un ulteriore rinforzo per ottimizzare il collegamento ospedale - territorio e favorire la domiciliarità come regime assistenziale sostenibile in presenza di caregiver appropriato.

Bibliografia

1. Deliberazione Amministrativa n. 107 Piano Socio-Sanitario Regionale 2020-2022. Il cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la sostenibilità
2. Deliberazione della Giunta Regionale n.1237 del 18 ottobre 2021 Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta
3. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale
4. Deliberazione della Giunta Regionale n.1871 del 27 dicembre 2022 Prime indicazioni per l'attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale" e linee di indirizzo per l'interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali"

POSTER gallery



L'organizzazione dipartimentale garante dei servizi riabilitativi: Report di sintesi di AST PU nel triennio 2019-2021 ai tempi del Covid-19

Giacomo Maurizi, Cinzia Boccolacci, Tiziana Pistarelli, Giovanna Dotallevi, Anna Maria Nicolini, Francesca Ceccarelli, Annarita Borghesi
DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE - AST Pesaro Urbino

Introduzione

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione di AST PU costituisce il presupposto organizzativo che garantisce efficacia ed efficienza nel momento della transizione del paziente dalla fase acuta a quella di recupero funzionale ed è costituito da sezioni dedicate alle degenze, sezioni dedicate alle attività del domicilio e ai servizi ambulatoriali. La gestione dei PL (posti letto) riabilitativi extra-ospedalieri dal 2018 è mediata attraverso una piattaforma informatizzata riabilitativa dove convergono le richieste di degenza provenienti dalle strutture ospedaliere di AST PU, da altre AST della Regione Marche e da fuori regione. La piattaforma rappresenta uno strumento sovradistrettuale che si interfaccia e lavora in simbiosi con le tre unità valutative integrate (UVI) presenti sul territorio dell'AST (Fano - Pesaro - Urbino) e funge da supporto anche per le strutture ospedaliere, in particolare con la Riabilitazione di Pergola. Lo strumento della piattaforma nasce dall'esigenza di creare un riferimento unico, a supporto delle UVI di Area Vasta, per la gestione delle dimissioni protette che prevedono la richiesta di riabilitazione in regime di degenza extra-ospedaliera al fine di agevolare le procedure di ricovero, ottimizzare l'occupazione dei posti letto, garantire trasparenza e rapidità di risposta.

OBIETTIVI

1. Supportare le UVI dell'AST PU, garantendo la continuità assistenziale ospedale-territorio con un percorso chiaro, condiviso, trasparente e rapido.
2. Ottimizzare l'occupazione dei PL nelle strutture riabilitative extra-ospedaliere che insistono sul territorio dell'AST PU.
3. Controllo mobilità passiva extra-regionale.
4. Garantire l'appropriatezza di setting di degenza riabilitativa con la disponibilità di strutture Covid.



Nel seguente elaborato si illustrano mediante il supporto di dati numerici, le attività del Dipartimento di Riabilitazione dell'AST PU negli anni 2020 e 2021, confrontandoli con l'anno 2019, quale anno di riferimento esente dall'impatto del Covid-19.

Metodologia

CRITERI DI INCLUSIONE

- I dati dei **ricoveri ospedalieri** sono stati estrapolati dal flusso regionale delle SDO delle principali tipologie di riabilitazione (neurologica, respiratorio, cardiologico, muscolo-scheletriche) nel triennio oggetto di studio rispondenti ai criteri di appropriatezza (correlazione clinica e criterio della distanza temporale).
- Per i **ricoveri extra-ospedalieri** sono stati considerati i ricoveri completi di autorizzazione da parte dell'UVI e inseriti nel flusso del sistema RUG, strumento di valutazione multidimensionale adottato nelle strutture di post-acuzie e residenziali.
- L'analisi dell'**attività domiciliare** è stata effettuata mediante acquisizione dati dal sistema SIRTE domiciliare, strumento regionale che alimenta il flusso SIAD, differenziato in livelli assistenziali di cure prestazionali e cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello.

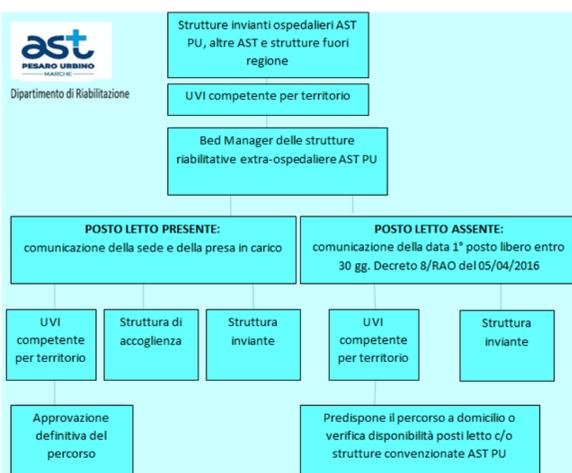


CRITERI DI ESCLUSIONE

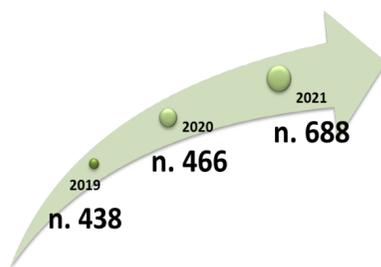
Non si prendono in considerazione le disabilità post-critiche di basso livello che possono essere gestite presso le strutture ambulatoriali territoriali.

Risultati

PERCORSO PIATTAFORMA INFORMATIZZATA RIABILITATIVA AST PU

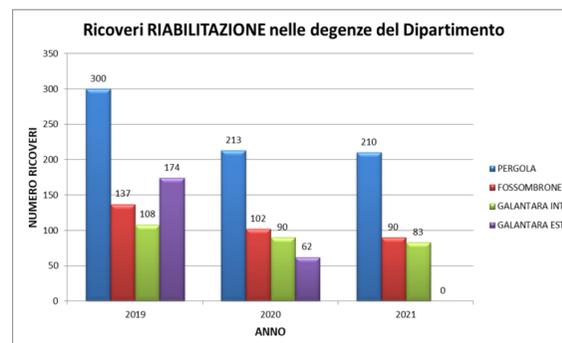


ATTIVITA' DELLA PIATTAFORMA RIABILITATIVA AST PU



- ❖ **Anno 2019:** n. 438. I dati riportati si riferiscono alle strutture di Fossombrone e Galantara (non ancora operativo l'accordo con le strutture del privato accreditato).
- ❖ **Anno 2020:** n. 466, così suddivisi:
 - **Galantara Covid-19 POS.** con un 44% dei pazienti covid-19 positivi e 56% covid-19 negativi (struttura oggetto di riconversione nell'arco dell'anno).
 - **Fossombrone Covid NEG.** si riportano i ricoveri in numero totale di 102, mediati dalla piattaforma.
 - **Pergola** con il 22% dei ricoveri (rispetto al dato totale) mediati dalla piattaforma riabilitativa. La restante parte è avvenuta tramite accesso diretto.
 - strutture convenzionate del **S. Stefano di Macerata Feltria** con il 21,4% dei pazienti covid-19 positivi e 78,6% covid-19 negativi (struttura oggetto di riconversione nell'arco dell'anno)
 - struttura di **Villa Fastigi** i numeri totali dei ricoveri riabilitativi, pari a n.70.
- ❖ **Anno 2021:** n. 688, così suddivisi:
 - **Galantara Covid-19 POS.** con un 40% dei pazienti covid-19 positivi e 60% covid-19 negativi (struttura oggetto di riconversione nell'arco dell'anno).
 - **Fossombrone Covid NEG.** si riportano i ricoveri in numero totale di 90, mediati dalla piattaforma.
 - **Pergola** con circa il 30% dei ricoveri (rispetto al dato totale) mediati dalla piattaforma riabilitativa. La restante parte è avvenuta tramite accesso diretto.
 - strutture convenzionate del **S. Stefano di Macerata Feltria** con un numero complessivo di 144 ricoveri.
 - struttura del **S. Stefano di Villa Fastigi** i numeri totali dei ricoveri riabilitativi, pari a n.227.

ATTIVITA' DI RICOVERO NELLE DEGENZE DEL DIPARTIMENTO



- ❖ **Riabilitazione Intensiva (Pergola):**
 - Anno 2019: n.300 ricoveri (presenza media giornaliera di 19,07) con 20 PL disponibili.
 - Anno 2020: n.213 ricoveri (presenza media giornaliera di 14,37) con una disponibilità media/annua di 14 PL.
 - Anno 2021: n.210 ricoveri (presenza media giornaliera di 12,38) con 12 PL disponibili.
- ❖ **Riabilitazione Estensiva Extra-Ospedaliera (Fossombrone):** i 10 PL sono stati trasferiti in altra struttura Covid free, quando la struttura di Fossombrone è stata riconvertita in Covid-19 positivo.
- ❖ **Riabilitazione Intensiva Extra-Ospedaliera del Galantara (Pesaro):** la variazione del numero dei ricoveri negli anni 2020 e 2021 rispetto al 2019 è correlata all'utilizzo dei posti letto di Riabilitazione in PL di Riabilitazione Covid-19 positivo.
- ❖ **Riabilitazione Estensiva Extra-Ospedaliera del Galantara (Pesaro):** è risultata la più penalizzata dalla riconversione per dare massima disponibilità ai pazienti Covid-19 positivo di medio/alta complessità assistenziale.

ATTIVITA' MOBILITA' PASSIVA

Anno	Distretto	Num. Ricoveri
2019	Fano	34
	Pesaro	49
	Urbino	41
2020	Fano	20
	Pesaro	45
	Urbino	23
2021	Fano	35
	Pesaro	63
	Urbino	20

Richieste per fuori regione - 2021

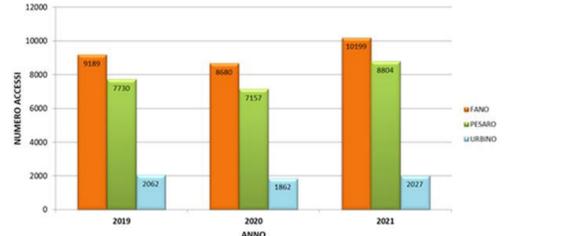
Legend: ■ RIENTRATI, ■ AUTORIZZATI FUORI REG.

I dati sono relativi ai ricoveri riabilitativi fuori regione nel triennio oggetto di studio, distinti per aree distrettuali.

Nei grafici è rappresentata la totalità delle richieste per degenza riabilitativa fuori regione dell'anno 2021, n.173 totali, pervenute per residenti dell'AST PU filtrate dalle UVI distrettuali. Di queste, n.55 richieste sono state recuperate dalle strutture del Dipartimento di Riabilitazione AST PU.

Non è stato possibile risalire al numero dei ricoveri recuperati dal Dipartimento negli anni 2019 e 2020.

REPORT ATTIVITA' DOMICILIARE AST PU



L'attività domiciliare che vede la sua mission nella continuità assistenziale dei pazienti con particolare fragilità, è stata preziosa negli anni della pandemia in cui la riconversione delle strutture riabilitative di degenza ha fortemente contratto le disponibilità di accoglienza.

Conclusioni

- ✓ L'organizzazione dipartimentale descritta ha garantito l'erogazione dei servizi specialmente in tempo di pandemia: la contemporanea disponibilità di degenze di riabilitazione con PL sia Covid-19 negativi che Covid-19 positivi ha favorito notevolmente le attività del Dipartimento permettendo una ottimale continuità terapeutica sotto il profilo riabilitativo con percorsi di recupero paragonabili in tempi e in efficacia ai periodi ante-covid, mantenendo ben definito il concetto di appropriatezza.
- ✓ La presenza della piattaforma riabilitativa per le degenze, negli anni 2020-2021, ha permesso di garantire celermente il trasferimento dei pazienti fra strutture riabilitative covid positive a quelle covid negative. In caso di non disponibilità di PL si sono attivati setting alternativi quando possibile quali la riabilitazione domiciliare e la teleriabilitazione.
- ✓ La modalità organizzativa trasversale di cui il Dipartimento si avvale, ha quindi: sostenuto la presa in carico del paziente; ha dato un riscontro economico vantaggioso in termini di mobilità passiva; ha permesso di erogare ai cittadini i servizi riabilitativi necessari nella propria area di residenza.

Normativa di riferimento

- **Decreto 6/RAO del 20/02/2020** - Nuovi piani di controlli delle prestazioni sanitarie in attuazione a quanto previsto dalla DGR n.1489/2019. Revoca del Decreto n.9/RAO/2017.
- **Decreto Ministeriale 5 agosto 2021** - Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri.
- **DGR 8 giugno 2020, n. 685** - REGIONE MARCHE - Linee di indirizzo regionali per la gestione delle strutture residenziali sanitarie, socio-sanitarie e sociali nell'area extra ospedaliera nel graduale superamento dell'emergenza COVID-19.
- **DGR 791 del 30/06/2014** - REGIONE MARCHE - Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari.
- **DGR 937 del 20/07/2020** - REGIONE MARCHE - Manuale Autorizzazione Strutture sanitarie extra-ospedaliere intensive ed estensive, strutture socio-sanitarie di lunga-assistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale.
- **D.L. 34/2020** - Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- **D.L. 77/2020** - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (Decreto Rilancio).