

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

# POSTER *gallery*

---

ONLINE

**POSTER**

Milano

# POSTER gallery

## Implementazione di un nuovo dispositivo volto al telemonitoraggio domiciliare dei pazienti affetti da sclerosi sistemica in trattamento con Iloprost



P. FAGGIOLI1, E. ZACCARA1, L. CASTELNOVO1, D. BOMPANE1, A. TAMBURELLO1, A. LURATI1, A. LARIA1, D. GANGEMI2, M. GIANI2, D. GNANI2, M. DI GIORGI2, K. IURA2, F. GRANDELIS2, R. T. PIANA2, R. PIAZZA3, G. ZIZZO1, A. MAZZONE1

1Department of Internal Medicine, ASST Ovest Milanese, Legnano, Italy- 2Nurses Family Service, ASST Ovest Milanese, Legnano, Italy-3 Italfarmaco spa

### Abstract

**OBBIETTIVO:** nell'ambito dei progetti di integrazione tra ospedale e territorio è stata valutata la fattibilità di un nuovo device per il telemonitoraggio dei parametri vitali durante l'infusione di iloprost in pazienti affetti da Sclerosi Sistemica (SSc) al fine di ridurre gli accessi in Mac per le terapie.

**MATERIALI E METODI:** In un progetto pilota, i pazienti in corso di infusione di iloprost venivano telemonitorati sui parametri vitali mediante il device T1 Heart Monitor, dagli infermieri di famiglia/di comunità e dai medici reumatologi online e mediante una piattaforma digitale al fine di creare la condizione che riproducesse la domiciliazione. Ai pazienti sono stati somministrati questionari di gradimento, informazione, soddisfazione, fattibilità e confidenza con il device. Il device è stato utilizzato anche nella rilevazione di parametri in corso di 6mwt dove potrebbe essere di estrema utilità nella SSc

**RISULTATI:** I parametri registrati dal erano concordanti con la clinica. La maggior parte dei pazienti ha confermato il gradimento e l'utilità e del device.

**CONCLUSIONI:** Umana Heart Monitor T1 potrebbe essere un valido aiuto nella domiciliazione della terapia con iloprost. Ciò consentirebbe un risparmio di risorse umane e economiche nella gestione sanitaria con una conseguente riallocazione delle risorse al fine di garantire un maggiore accesso ai pazienti a tale terapia

### Materiali e metodi

Sistema di monitoraggio Umana T1 heart su app e piattaforma.



### Introduzione

Nel trattamento della SSc, malattia autoimmune caratterizzata da vasculopatia, attivazione del sistema immunitario, fibrosi tissutale, fenomeno di Raynaud con Ulcere digitali, viene impiegato iloprost, farmaco ospedaliero somministrato per via endovenosa e che richiede un monitoraggio parametrico nel corso dell'infusione. AIFA dopo l'approvazione della pompa siringa Infonde® (Italfarmaco S.p.A), ne ha approvato la possibilità di domiciliazione nel 2021 secondo la legge 648.

Al fine di garantire la terapia domiciliare in sicurezza è stato disegnato un progetto pilota presso la Scleroderma Unit del Presidio di Legnano avvalendosi del dispositivo Umana Heart Monitor T1 che garantisce un telemonitoraggio pluriparametrico in corso di iloprost e che verrebbe gestito sul territorio dagli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFEC) in collaborazione con l'equipe medica reumatologica (CE . 89/2022)

### Obiettivi del progetto

- valutare la performance del device nella rilevazione parametrica, gradimento tollerabilità, maneggevolezza da parte dei pazienti e degli IFEC
- Creazione di un PDTA aziendale condiviso per la gestione della terapia con iloprost sia in regime ospedaliero che territoriale
- Valutare la possibilità di efficientamento delle risorse con riallocazione di posti MAC destinabili ad altre terapie
- Favorire l'empowerment dei pazienti
- Diminuzione dei costi diretti ed indiretti
- Possibilità per alcuni pazienti di potere continuare attività lavorativa se in smart working

### Conclusioni

Il progetto pilota sull'impiego del device digital patch correlato alla terapia infusionale con iloprost ha dimostrato la fattibilità in termini di tollerabilità, sicurezza, accettazione da parte dei pazienti, attualmente possibile grazie alla determina AIFA di inserimento del farmaco nella legge 648/96.

L'impiego del digital patch appare utile nel monitoraggio della ossimetria e nell'esecuzione del test del cammino, particolarmente difficoltoso nei pazienti sclerodermici.

Gli infermieri di famiglia / comunità acquisirebbero elevate competenze professionali e maggiore esperienza nel rapporto con pazienti cronici.

La domiciliazione della terapia con iloprost appare vantaggiosa in termini di farmacoeconomia, di riduzione dei costi diretti e indiretti, di miglioramenti dell'assetto organizzativo aziendale con la possibilità di una riallocazione delle risorse disponibili e incremento dell'indice di attrattività aziendale.

### Risultati

Tutti i pazienti hanno completato l'infusione senza effetti collaterali importanti e autogestibili senza intervento infermieristico

Le risposte al questionario sono nella tab 1

Table 1. Questionnaire on patient satisfaction.

Item	At all 1	A little 2	Enough 3	A lot 4	Extremely 5
1. Do you think that the device is useful?	0	0	17	55	28
2. Do you think that it may be used at home?	0	7	12	43	38
3. Do you think that it may improve your adherence to therapy?	5	5	33	45	12
4. Does continuous distance monitoring make you feel safer?	0	7	22	43	28
5. In case of problems, can you stop the infusion yourself?	17	12	0	5	8
6. Can you tolerate the device (plaster) in terms of itching, skin adherence, weight, etc.?	0	10	0	55	33
7. If yes, please describe					
8. Have you experienced any problems using the App?					
9. Does the device improve your quality of life during the therapy (it facilitates your movements, etc.)?	5	10	20	40	25
10. Do you think you could do some light work while using this device?	5	20	22	48	5
11. Do you think you will go to the hospital less often, thanks to this device?	5	7	45	33	10
12. Are you afraid of being less carefully followed-up because of the device? (Please, note that dedicated nurses and physicians will be available at this time)	12	25	22	20	30

Answers were scored on a 5-point Likert scale. Numbers represent the percentage of responses per score.

- L'80% dei pazienti ha ritenuto il device utile e utilizzabile al domicilio e che potesse favorire l'aderenza alla terapia
- Il device è stato ben tollerato (88%), e più dell'80% riteneva un miglioramento qualità di vita durante l'infusione con anche possibilità di lavorare in corso di terapia
- La proporzione di pazienti che si aspettano una riduzione dei ricoveri era solo del 43% e il 50% dei soggetti temeva di essere assistito meno assiduamente

Sono stati arruolati 40 pazienti (4M 36 F età media di 46 anni) affetti da SSc da un tempo mediano di 7 anni (1-22 aa), in terapia con iloprost da almeno un anno e con buona tolleranza alla terapia. Era richiesto un minimo di abilità con smartphone ed app.

Dopo il posizionamento del device e della terapia i pazienti monitorizzati dagli IFEC sono stati autorizzati ad essere liberi di muoversi attraverso i locali dell'ospedale comunicando la loro posizione. Gli IFEC contattavano i pazienti ogni 30 minuti e ogni volta che si verificavano anomalie nella registrazione, mentre i pazienti potevano contattare gli IFEC liberamente segnalando la loro posizione,

Alla fine della terapia, un questionario era somministrato ai pazienti per ottenere informazioni su soddisfazione, praticabilità e conformità con il nuovo dispositivo di monitoraggio con risposte su una scala Likert da 1 a 5 punti.

Gli IFEC registravano le performances dei devices, fattibilità della procedura, errori di trasmissione e successivi suggerimenti per migliorare la gestione dei devices e delle apps

E' stata condotta anche parallelamente una analisi SWOT valutando punti di forza / debolezza, minacce e opportunità dal punto di vista dei pazienti e degli IFEC

#### SWOT pazienti

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilità di terapia domiciliare</li> <li>• Risparmio dei costi diretti (perdita di giornate lavorative o ferie)</li> <li>• Risparmio dei costi indiretti (caregiver)</li> <li>• Diminuzione degli accessi ospedalieri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Timore di perdere il follow up periodico</li> <li>• Timore che i peggioramenti siano sottovalutati</li> <li>• Timore di non sapere gestire in autonomia gli effetti collaterali</li> </ul>
Opportunità	Minacce
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empowerment del paziente</li> <li>• Engagement del paziente</li> <li>• Gestione in autonomia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Smembramento dei "gruppi storici" di terapia con perdita della socializzazione tra pazienti</li> <li>• Timore che la giornata di terapia domiciliare non venga retribuita o che possa essere considerata smart working</li> <li>• Timore che a domicilio non possa essere garantito il giusto relax per la terapia</li> </ul>

#### SWOT Infermieri di famiglia

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presa in carico del paziente cronico</li> <li>• Diversificazione nella presa in carico per patologia</li> <li>• Pazienti considerati stabili in corso di terapia e con background favorevole</li> <li>• Pazienti "esperti" ed engaged</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilire i tempi del monitoraggio e il thigh control</li> <li>• Distanze logistiche all'interno dell'area territoriale</li> <li>• Possibilità di malfunzionamento del device</li> <li>• Possibilità di ritardi nell'invio dei parametri del monitoraggio</li> <li>• Alert non tempestivi</li> </ul>
Opportunità	Minacce
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquisizione di nuove competenze in aree solitamente non afferenti alla cronicità</li> <li>• Acquisizione di competenze tecnologiche</li> <li>• Possibilità di studi clinici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficoltà al reperimento dell'accesso venoso nei pz sclerodermici</li> <li>• Ritardo di intervento in caso di effetti collaterali</li> </ul>

### Bibliografia

Faggioli et al. European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2023; 27 - Restelli U et al. Current Drug Therapy 2015; 10:105-112. - PNRR Piano nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 6. Salute e componente 1 (M6C1) "reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale POS AIFA n. 273 Rev. 019 Luglio 2021 Negrini S et al. Clin Exp Med 2019; 19: 357-366. 26. Modelli E Standard Per Lo Sviluppo Dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. Next generation EU. https://www.pnrr.salute.gov.it. 28 aprile 2022

## PROGETTO ALER

### Progetto sperimentale di innovazione sociale e welfare locale nei quartieri di Edilizia Residenziale Pubblica (E.R.P.) della Città di Milano

A.S.S.T. Fatebenefratelli Sacco - Via G.B. Grassi, 74 - Milano - Tel. 02.39041

#### Introduzione

Il Progetto sperimentale di innovazione sociale e *welfare* locale nei quartieri di Edilizia Residenziale Pubblica (E.R.P.) della Città di Milano nasce dalla sinergia tra l'ASST Fatebenefratelli Sacco (Milano), l'Università degli Studi di Milano e l'Azienda Lombarda per l'Edilizia Residenziale (ALER).

I partner progettuali hanno contribuito alla realizzazione di innovative proposte socio-sanitarie in cinque (5) zone della Città di Milano, in cui insistono quartieri di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP), nello specifico i quartieri di Gratosoglio, Mazzini, Molise-Calvaire, San Siro, Giambellino-Lorenteggio. I quartieri sono stati individuati nella loro diversità per la vasta popolazione di inquilini ALER e per le criticità, seppur differenti, rilevate al loro interno.

La progettualità è stata sviluppata su quattro direttrici specifiche, in particolare:

1. Prevenire le malattie infettive offrendo, attraverso ambulatori di prossimità, la **vaccinazione antinfluenzale** ai soggetti a rischio, prevedendo altresì l'attivazione di un sistema di **monitoraggio domiciliare** per i pazienti con infezione acuta da SARS-CoV-2 (COVID-19) o con esiti a lungo termine della malattia (i.e. sindrome post-COVID).
2. Garantire un'assistenza di **prossimità** attraverso l'apertura di ambulatori infermieristici in queste zone e inserendo in questo contesto **Infermieri di Comunità** e ambulatori di **Medici di Medicina Generale**.
3. Attivazione di un servizio di **telemonitoraggio**, **telemedicina** e **teriarabilitazione** per soggetti fragili.
4. **Ricerca e studio** delle dinamiche dell'epidemia da SARS-CoV-2 coinvolgendo la popolazione di questi quartieri.

#### Quartiere San Siro

Milano, via Mar Jonio, 2 - ang. P.zza Selinunte  
Unità immobiliari: 4.757  
Inquilini Aler nel quartiere: 5.189  
Anziani>65: 34% degli abitanti

#### Quartiere Molise-Calvaire

Milano, via Calvaire, 1  
Unità immobiliari: 1.447  
Inquilini Aler nel quartiere: 2.531  
Anziani>65: 35% degli abitanti

#### Quartiere Giambellino - Lorenteggio

Milano, Via Odazio, 4  
Centro polifunzionale CASA Milano Ovest  
Unità immobiliari: oltre a 4.700  
Inquilini Aler nel quartiere: 5377  
Anziani>65: 1.800

#### Quartiere Mazzini

Milano, via Mompiani, 5  
Unità immobiliari: 1.612  
Inquilini Aler nel quartiere: 3.347  
Anziani>65: 28% degli abitanti

#### Quartiere Gratosoglio

Milano, via Saponaro, 1A  
Unità immobiliari: 3.136  
Inquilini Aler nel quartiere: 7.386  
Anziani>65: 33% degli abitanti

#### Risultati

Nella tabella di seguito sono riportate le **prestazioni rese** presso i cinque Ambulatori Socio Sanitari Territoriali, suddivise per tipologia di prestazione.

AMBULATORIO	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	N° DI PRESTAZIONI RESE	TOTALE PRESTAZIONI RESE
MAZZINI	PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE	894	4.504
	PRESTAZIONI PSICOLOGICHE	193	
	PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE	136	
GRATOSOGGIO	CAMPAGNA VACCINALE	3281	5.721
	PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE	2430	
	PRESTAZIONI PSICOLOGICHE	323	
	PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE	37	
MOLISE	CAMPAGNA VACCINALE	2931	9.659
	PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE	1677	
	PRESTAZIONI PSICOLOGICHE	786	
	PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE	249	
SAN SIRO	CAMPAGNA VACCINALE	6947	7.684
	PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE	1633	
	PRESTAZIONI PSICOLOGICHE	620	
	PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE	390	
	CAMPAGNA VACCINALE	2646	
LORENTEGGIO	SCREENING SAN SIRO	2395	623
	PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE	446	
	PRESTAZIONI PSICOLOGICHE	42	
	PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE	60	
	PRESTAZIONI EDUCATIVE PROFESSIONALI	36	
	PRESTAZIONI ASSISTENZA SOCIALE	39	
TOTALE PRESTAZIONI RESE			28.191

Questi presidi locali sono stati avviati grazie ai finanziamenti di Regione Lombardia con **fondi europei Por-Fse** per la progettazione di programmi integrati e progetti di innovazione sociale e *welfare* locale.

REALIZZATO CON IL SOSTEGNO DI



POR FSE 2014-2020 / OPPORTUNITÀ E INCLUSIONE

#### Obiettivi

##### Obiettivi specifici (a breve termine)

- Facilitare, con la piena collaborazione della medicina territoriale, l'accesso alla **vaccinazione antiinfluenzale/pneumococcica** con particolare attenzione per le fasce di persone più fragili.
- Mettere in atto un programma di **sorveglianza sanitaria** a favore di una popolazione particolarmente suscettibile, con l'offerta di sistemi di **telemonitoraggio** e **teleconsulto**.
- Creare un rapporto di conoscenza reciproca tra i vari attori (i.e. cittadinanza, ASST, cure primarie), anche grazie al lavoro di **Educatori professionali** operativi sul territorio.
- Ridurre la mobilità dei cittadini a favore degli stessi e della Città, offrendo **servizi domiciliari** e/o presso gli Ambulatori Socio Sanitari Territoriali (come, ad esempio, **prelievi ematici** per gli utenti in carico, **medicazioni** di ferite e lesioni da pressione, sostituzione di cateteri vescicali, **attività educazionale** e monitoraggio della terapia farmacologica prescritta dai Medici di Medicina Generale o dai Medici Specialisti).
- Promuovere l'interazione tra la medicina del territorio e quella ospedaliera avvalendosi di ausili tecnologici con servizi di **teleconsulto**, **teleassistenza** e **telemonitoraggio** attraverso la piattaforma **COD20 - Cure Ospedaliere Domiciliari**.
- Erogare servizi di **Riabilitazione territoriale** e **teriarabilitazione** attraverso l'estensione al territorio delle prestazioni di riabilitazione già erogate in ambito ospedaliero mediante una piattaforma tecnologica dedicata.



##### Obiettivi generali (a lungo termine)

- Arricchire la compagine territoriale, favorendo in prima istanza l'**accessibilità** da parte dei cittadini ai **servizi sanitari e socio/sanitari**. Nel corso del periodo emergenziale da SARS-CoV-2, gli abitanti di queste aree di Milano si sono rivelati particolarmente bisognosi di un adeguato supporto socio-sanitario, mettendo ulteriormente in evidenza la loro fragilità, sia in relazione alle condizioni socio-economiche, sia in relazione alle fasce di età più avanzate.
- Identificare** e quindi procedere a **soddisfare bisogni** propri di queste fasce di popolazione, al fine di garantire uno stato di **benessere non solo fisico, ma anche mentale e sociale**.

#### Conclusioni

Il Progetto sperimentale di innovazione sociale e *welfare* locale nei quartieri di Edilizia Residenziale Pubblica (E.R.P.) della Città di Milano rappresenta un **esempio concreto** della possibilità di **sviluppare percorsi socio-sanitari di continuità di Cura** e di stretta **collaborazione** tra le **strutture ospedaliere**, le **strutture territoriali** e i **Medici di Medicina Generale**. Si tratta di un Progetto attivo già oggi, con **oltre 28mila prestazioni erogate**, ma con **uno sguardo rivolto al futuro**: che potrà essere costruito grazie alla stretta **sinergia** e **collaborazione** di tutti i Professionisti della Salute, anche grazie alle opportunità offerte dalle **nuove tecnologie** e dalla **Medicina Digitale**.



#### Acknowledgements

Si ringraziano **ALER** per la collaborazione e tutti gli **operatori** degli Ambulatori Socio Sanitari Territoriali.

##### Per informazioni

Dott. Fabrizio Gervasoni  
Responsabile scientifico  
Ambulatori Socio Sanitari Territoriali - Progetto CASA ALER  
Mail: fabrizio.gervasoni@asst-fbf-sacco.it

##### Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia  
ASST Fatebenefratelli Sacco

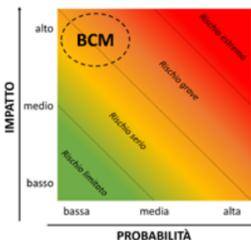
# POSTER gallery

## Centro Grandi Ustionati: Business Continuity Management per la resilienza operativa

Daniela Tedesco<sup>a</sup>, Marco Bosio<sup>a</sup>, Paola Colombo<sup>a</sup>, Angelo Augenti<sup>a</sup>, Mauro Moreno<sup>a</sup>, Paolo Trucco<sup>b</sup>, Giorgia Saporetto<sup>a</sup>  
<sup>a</sup> ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, <sup>b</sup> Politecnico di Milano

### Introduzione

► Cos'è il BCM



La continuità operativa (CO, o Business Continuity - BC) è oggi la pratica più diffusa per la costruzione ed il miglioramento della **resilienza** delle organizzazioni e rappresenta una componente essenziale per la gestione dei rischi legati ad eventi a bassa probabilità ma con impatti estremamente severi. L'obiettivo del Business Continuity Management (BCM) è sviluppare in modo proattivo la capacità di un'organizzazione di **continuare a erogare le sue funzioni critiche** durante un'emergenza o una crisi e di riportarle **rapidamente a condizioni di esecuzione e prestazione normali**.

► Perché il BCM in sanità

La Pandemia ha reso evidente quanto sia importante per le strutture sanitarie essere preparate ad affrontare situazioni di crisi, non solo per l'efficace risposta all'emergenza, ma anche per garantire la continuità di erogazione delle prestazioni essenziali. In coerenza con le linee di indirizzo regionali 2023 adottate da Regione Lombardia, si prevede la **graduale adozione** di strumenti di BCM per lo sviluppo di una visione integrata della resilienza organizzativa in sanità.

► Ambito di applicazione

L'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano ha avviato un progetto per la sperimentazione degli strumenti di BCM all'interno del **Centro Grandi Ustionati (CGU)**, struttura essenziale in quanto **unico centro di riferimento in Lombardia** in cui vengono trattate le ustioni sia nella fase acuta che in quella del modellamento degli esiti cicatriziali. La sperimentazione è collegata all'implementazione del nuovo Piano di Emergenza Pandemico (PanFlu) che la ASST ha attuato secondo le nuove linee guida nazionali e regionali.



### Risultati

- Focalizzandosi sul processo del paziente ustionato grave, si sono evidenziate le **attività svolte all'interno del CGU**:
- Accettazione;
  - Valutazione;
  - Medicazioni;
  - Trasferimento al Blocco Operatorio e in Terapia Intensiva, se necessari, con conseguente Ritorno in CGU;
  - Riabilitazione;
  - Dimissione o Trasferimento ad un'altra struttura.



► È stato definito l'impatto sulla continuità operativa (CO) per ogni attività. Le attività a cui è stato associato un impatto medio o alto sono state selezionate come **attività critiche**.

ATTIVITÀ	IMPATTO SULLA CO (criticità)
Accettazione	Medio
Valutazione	Alto
Medicazioni	Alto
Trasferimento in blocco operatorio	Basso
Trasferimento in TI	Alto
Ritorno in CGU	Alto
Riabilitazione	Basso
Trasferimento ad altra struttura	Basso
Dimissione	Basso

ATTIVITÀ CRITICHE	IMPATTO SULLA CO (criticità)
Accettazione	Medio
Valutazione	Alto
Medicazioni	Alto
Trasferimento in TI	Alto
Ritorno in CGU	Alto

► Per ognuna delle attività critiche identificate con lo strumento della BIA, sono stati definiti i **requisiti di continuità operativa** in termini di:

- Riferimenti temporali oltre i quali l'interruzione diventa inaccettabile

ATTIVITÀ CRITICHE	TEMPO MASSIMO DI INTERRUZIONE
Accettazione	24 h
Valutazione	0 h
Medicazioni	8 h
Trasferimento in TI	4 h
Ritorno in CGU	2 h

- Risorse necessarie per garantire la continuità di erogazione delle prestazioni essenziali



### Materiali e Metodi

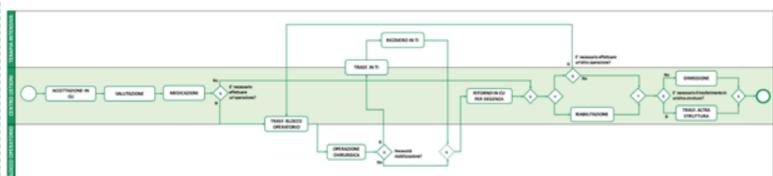


Il BCM è un sistema di gestione che prevede l'attuazione di un **ciclo continuo delle attività del programma di continuità operativa** per lo sviluppo della resilienza organizzativa. È composto dalle fasi di analisi, progettazione, implementazione e convalida del programma e supportato dalla gestione della policy e l'incorporazione della CO nelle attività ordinarie e nella cultura dell'organizzazione.

Il BCM, in fase di sperimentazione nell'ASST GOM Niguarda, si è focalizzato sulla prima fase di analisi.

Il principale strumento usato per l'analisi di un'organizzazione per gli scopi della continuità operativa è la **Business Impact Analysis (BIA)**. La BIA è il processo di analisi delle attività di business dell'organizzazione e degli effetti che un'interruzione operativa può avere su di esse. Il metodo applicato si è basato sulle seguenti attività:

► FASE 1: Mappatura del processo



La prima fase fondamentale consiste nella mappatura dei processi di riferimento, per determinare il **perimetro di analisi** e per identificare le principali attività svolte all'interno della struttura di riferimento (CGU).

► FASE 2: Identificazione delle attività critiche

Attraverso l'esecuzione della BIA si identificano le attività critiche, valutando l'impatto nel tempo che l'interruzione di una di esse potrebbe causare a livello:

- operativo
- sicurezza del paziente
- legale/normativo
- reputazionale

► FASE 3: Identificazione dei requisiti di CO

In fase successiva è possibile definire i requisiti di continuità operativa, ovvero:

- **il tempo,**
  - **le risorse e le capacità** necessarie per continuare a fornire i processi e le attività prioritarie a seguito di un'interruzione.
- Ciò fornisce informazioni essenziali per la futura determinazione delle soluzioni di continuità operativa più appropriate.

### Conclusioni

**Obiettivo finale**

Redazione del **Business Continuity Plan (BCP)** con la definizione dei requisiti di continuità in termini di:

- riferimenti temporali per la risposta e il ripristino,
- strategie e modalità di intervento,
- risorse necessarie,
- responsabilità.

**Futuri sviluppi**

La definizione di piani di continuità operativa per **altre tipologie di evento** particolarmente significative, quali ad esempio:

- blackout elettrico,
- blackout naturale.

### Bibliografia essenziale

- Regione Lombardia, Deliberazione n° XI / 6005 del 25/02/2022, "Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan Flu 2021 - 2023) Regione Lombardia"
- Regione Lombardia - DG Welfare, UO Polo Ospedaliero, "Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2023"
- ISO 22301 "Sicurezza e resilienza - Sistemi di gestione per la continuità operativa - Requisiti"
- Good Practice Guidelines (GPG), 2018

# POSTER gallery

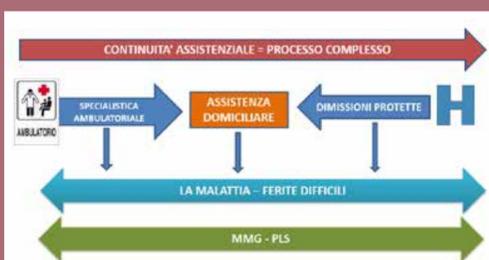
## La continuità assistenziale Approccio integrato alla gestione delle ferite difficili

G.Sesana; O.Casati; M. Bosio

ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA

### Abstract

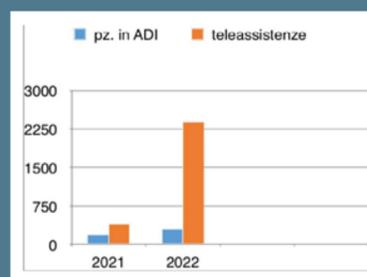
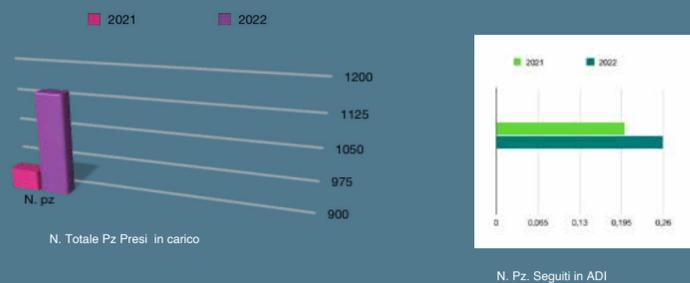
La base concettuale del lavoro svolto è la Continuità assistenziale, un processo complesso per il quale i bisogni del paziente devono essere garantiti attraverso un'assistenza continuativa da un livello assistenziale ad un altro, rispettando tutti i passaggi necessari dalla diagnosi alla cura della malattia. Di continuità assistenziale ne ha bisogno l'ospedale per poter dimettere le persone dopo gli interventi di fase acuta. Ne ha bisogno il territorio al fine di garantire una rete integrata di servizi che sia in grado di supportare il paziente in ogni fase della malattia. Il paziente fragile infatti non dovrebbe mai trovarsi al di fuori del raggio di azione del "radar" inteso come rete, del sistema sanitario. Il paziente è da considerarsi fuori dal radar quando tra una visita di controllo e un'altra manca un collegamento efficace tra MMG e specialista; viene dimesso senza garantire una continuità ASSISTENZIALE. E' per quanto sopra detto che è stato introdotto un percorso che garantisce la continuità di cure per quei pazienti fragili che presentano **lesioni complesse** dimessi dall'ospedale o seguiti nel nostro ambulatorio ferite difficili e a rischi ospedalizzazione. Il percorso ha visto l'integrazione tra specialisti ospedalieri, specialisti territoriali presenti in Casa di Comunità ed Enti Gestori di Assistenza Domiciliare Integrata (EG-ADI).



### Results

Nell'anno 2021 quando il progetto è stato avviato sono stati seguiti presso l'ambulatorio ferite difficili 949 pazienti e ne sono stati inviati successivamente in ADI 189 ( 20%) mentre le consulenze effettuate in telemedicina su questi pazienti sono state 397.

L'avvio del progetto ha visto il consolidamento dell'ambulatorio ferite difficili anche sul territorio presso la Casa di Comunità con aperture di più giornate e il supporto importante di un collegato ambulatorio infermieristico con personale specializzato. Nel corso 2022 si è assistito ad un modesto incremento del numero dei pazienti presi in carico che è passato a 1142 casi di cui 299 ( 26%) sono stati inviati all'ADI. Il numero di consulenze in telemedicina è passato dai 397 ai 2344 effettuate su pazienti in ADI. Da segnalare che nel corso del 2022 sono stati aperti letti specifici per pazienti con ferite difficili che hanno assorbito alcune situazioni particolarmente complesse.



Incremento delle tele-assistenze sui pz. in ADI

### Introduction

Il progetto è nato nell'ambito della Centrale Unica per le Dimissioni Protette (CUDP) che ha il compito di migliorare ed ottimizzare il PERCORSO DI DIMISSIONE del paziente fragile e quindi il passaggio dalla fase acuta (ospedalizzazione) alla fase sub-acuta e/o cronica (domicilio, rete dei servizi socio-sanitari, riabilitazione) in relazione ai bisogni ed al tipo di patologia.

La Centrale deve anche rispondere all'esigenza di utilizzare al meglio le risorse presenti sul territorio e favorire un maggiore utilizzo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); favorire una concreta continuità delle cure; ridurre i tempi di degenza per eventi morbosi a lenta e/o complessa evoluzione; Per raggiungere gli obiettivi sopra descritti è fondamentale che vengano governate oltre alle dimissioni verso le strutture riabilitative e sub-acute anche le dimissioni al domicilio con attivazione di tutte le risorse della rete disponibili (ADI, Infermieri di famiglia, volontariato).

A seguito del DM 77 e dello sviluppo del Distretto e delle Casa di Comunità l'attenzione si sposta sul territorio come luogo privilegiato di cura e di medicina di prossimità. E' in questa ottica che è nato il progetto sulle Lesioni Difficili che ha previsto una forte integrazione tra ospedale - territorio e sul territorio tra specialisti, MMG e erogatori di assistenza domiciliare in particolare si è vista una forte collaborazione tra ambulatorio specialistico Banca dei Tessuti e terapia tissutale (Casa di Comunità Villa Marelli) e Enti Gestori ADI (EG ADI). Per poter procedere all'attuazione di questo percorso è stato necessario condividere con gli EG ADI specifici obiettivi: Partecipazione degli EG ADI a percorsi formativi mirati; Condivisione dei protocolli di medicazione; Acquisizione della disponibilità a gestire la "Pressione topica negativa" e/o la bio fotomodulazione da domicilio; Implementazione del percorso di tele monitoraggio delle lesioni.

Attualmente il monitoraggio delle lesioni avviene attraverso il portale "NEXUS", utilizzato per l'attivazione ADI da parte dello specialista ospedaliero o da ambulatorio. Nexus viene quindi impiegato dall'Ente Gestore ADI per condividere con il vulnologo le immagini delle lesioni per meglio indirizzare la tipologia di medicazione da eseguire al paziente.

Il PERCORSO più centrato sulla MEDICINA DI INIZIATIVA nasce dalla collaborazione diretta tra MMG presenti nelle CdC del Distretto e l'ambulatorio ferite difficile per la valutazione del piede diabetico. Il percorso prevede: Segnalazione da parte del MMG all'ambulatorio ferite difficili dei pazienti diabetici; Valutazione ispettiva e valutazione motoria/ sensitiva del piede valutazione strumentale (Indice ABI); Definizione del rischio



### Conclusion

Il lavoro svolto nel corso del 2022 ha evidenziato un notevole incremento delle consulenze in tele-assistenza offerte a supporto dell'ADI, con un incremento di oltre il 30%. Ciò è stato possibile al coinvolgimento in modo pro attivo degli EG ADI, alla formazione fatta, alla condivisione dei protocolli di medicazione. Il percorso è all'inizio e nel 2023 verranno incrementate procedure per ma attività di miglioramento con la creazione di database (big data) e la conseguente più approfondita raccolta dati. Un altro obiettivo è quello di aggiungere al percorso di tele-assistenza l'utilizzo di device (Wound viewer) per la trasmissione di immagini e dati e per umana più puntuale e precisa rilevazione delle immagini da parte dell'infermiere ADI a domicilio.

### Acknowledgements

Continuità ospedale territorio: l'esperienza del centro servizi Milano (CSM)  
O.Casati P.Bertolola et al, Abstract presentato al 50° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene; Torino 2017. Atti del Convegno, Abstract 108, pag. 355.  
Le dimissioni protette verso le Cure Intermedie: analisi preliminare delle criticità  
O.Casati, et al. Abstract presentato al 51° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene; Riva del Garda 2018. Atti del Convegno.  
Assistenza Domiciliare Integrata: percorsi assistenziali per l'alta complessità  
Atti del 45° Congresso nazionale Siti 2012

## ALIGNED: RARE, but not aLone: a large Italian network to empower the impervious diaGNostic pathway of rare cerEbrovascular Diseases

Rare, ma non abbandonate: la rete italiana per migliorare l'impervio percorso diagnostico delle patologie cerebrovascolari rare

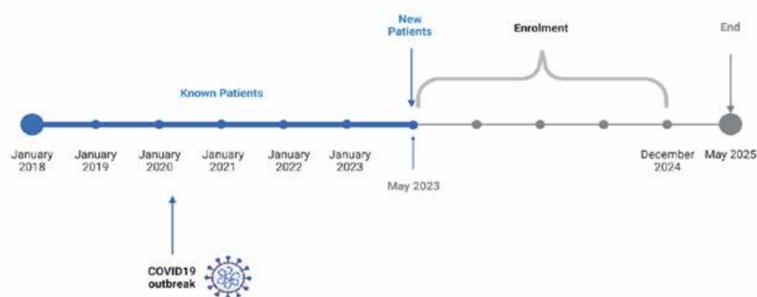
Isabella Canavero, Nicola Rifino, Benedetta Storti, Gemma Gorla, Antonella Potenza, Tatiana Carrozzini, Giuliana Pollaci, Giorgio Boncoraglio, Laura Gatti and Anna Bersano on behalf of ALIGNED group  
SC Neurologia IX, Malattie Cerebrovascolari, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano, Italia

### Introduzione

Le patologie cerebrovascolari rare (rCVD), comprese quelle ereditarie (CADASIL, sindrome COL4A1, malattia di Fabry) e le condizioni acquisite (sindrome di Sneddon, angiopatia Moyamoya), sono responsabili di una parte degli ictus ischemici di origine non definita. Le rCVD sono tuttavia ancora poco diagnosticate e il personale medico spesso non è in grado di riconoscerle. L'identificazione di queste cause di ictus è importante per gestire adeguatamente i pazienti.

### Materiali e metodi

Studio osservazionale retrospettivo e prospettico multicentrico, che prevede l'arruolamento di un numero superiore a 500 pazienti totali: i) 200 CADASIL; ii) 50 Malattia di Fabry; iii) 50 COL4A1; iv) 50 sindrome di Sneddon; v) 150 angiopatia Moyamoya. Saranno arruolati i pazienti di entrambi i sessi, di età  $\geq 18$  anni, con diagnosi clinica, genetica e/o neuroradiologica di rCVD (i-v), che abbiano eseguito almeno uno studio di RMN cerebrale. L'Istituto Besta, sarà referente del database informatizzato, utilizzando una piattaforma che garantisca anonimato e protezione dei dati (REDCap). Per ogni paziente verranno raccolti dati demografici, clinici e radiologici. Quando necessario verrà effettuato (previo consenso informato), un prelievo di liquor cefalorachidiano, e nei casi ad esordio precoce e/o con familiarità, un prelievo ematico per l'estrazione del DNA destinato all'analisi genetica. Un team di specialisti esperti, composto da neurologi, neurochirurghi, neuroradiologi, radiologi interventisti, neuropsichiatri, genetisti, neurofisiologi e/o psicologi, pianificherà incontri periodici per discutere la diagnosi e fornire ai singoli pazienti i migliori percorsi diagnostici e gestionali. La durata prevista dello studio è di 20 mesi (maggio 2023-dicembre 2024). L'elaborazione dei dati raccolti terminerà a maggio 2025.



### Obiettivi

- Creare una rete italiana di centri specializzati nella diagnosi e nel trattamento di rCVD.
- Sviluppare metodologie standardizzate e procedure basate sull'evidenza scientifica, caratterizzando le rCVD dal punto di vista molecolare e clinico.
- Sviluppare uno specifico modello di diagnosi e cura virtuale, multispecialistico e multicentrico.

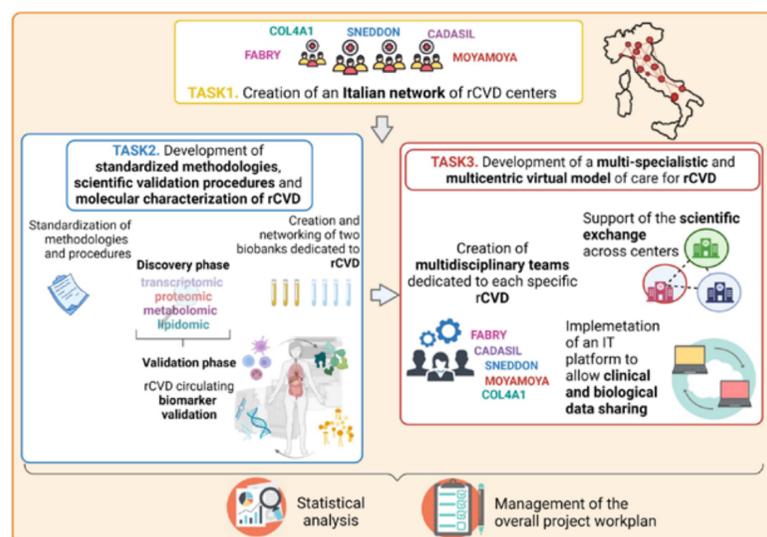
### Risultati attesi

#### I fase

- Descrivere le caratteristiche fenotipiche dei pazienti affetti da rCVD.
- Sviluppare un approccio metodologico, standardizzato e validato, condiviso tra i centri partecipanti.

#### II fase

- Valutare la storia di malattia dei pazienti reclutati.
- Identificare i meccanismi molecolari alla base delle rCVD mediante approcci trascrittomici, proteomici, metabolomici e lipidomici. Identificare biomarcatori circolanti per la diagnosi.
- Implementare il modello virtuale di condivisione dei casi, fornendo la miglior gestione clinica e terapeutica dei pazienti.



### Conclusione

Il presente studio permetterà una maggior conoscenza delle rCVD. Confidiamo che i dati raccolti possano essere la base per numerosi progetti futuri.

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 - Componente 2 - Investimento 2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN



## Gestione integrata della persona con Parkinson e altri Parkinsonismi: un nuovo modello di assistenza sanitaria incentrata sul paziente a domicilio coordinato da Case Manager 'digitale' mediante Telenursing.

Cilia Roberto,<sup>1</sup> Leuzzi Catia,<sup>2</sup> Catotti Marisa,<sup>2</sup> Moreschi Giacomina Clara,<sup>2</sup> Eleopra Roberto<sup>1</sup>

1. Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, SC Neurologia I - Parkinson e Disturbi del Movimento, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milan, Italy  
2. S.I.T.R.A., Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milan, Italy

### Introduzione

Le persone con malattia di Parkinson e parkinsonismi sperimentano una vasta gamma di disturbi motori e non motori che si associa ad una crescente complessità dell'erogazione delle cure. Un approccio integrato, che coinvolga un infermiere specializzato in parkinsonismo (**Case Manager**) oltre a un neurologo specialista in disturbi del movimento, potrebbe offrire vantaggi significativi a pazienti e caregiver grazie a una migliore educazione sanitaria e continuità delle cure. Frequenti visite neurologiche e una stretta adesione alla terapia farmacologica possono abbassare il rischio di ospedalizzazione fino al 50%. Cadute, fratture, infezioni, declino cognitivo e motorio sono fattori di rischio accertati per ricoveri ospedalieri non programmati. Le cadute possono verificarsi a causa di instabilità posturale o effetti collaterali correlati ai farmaci. Sono necessari interventi per ridurre i ricoveri non programmati, che dovrebbero essere convenienti e focalizzati sulla riduzione dei fattori di rischio noti e prevenibili. Un servizio di telenursing può determinare l'ottimizzazione della gestione dei sintomi motori e non-motori e degli effetti collaterali della terapia farmacologica, portando a prevenire cadute e ricoveri ospedalieri, ad un miglioramento della qualità della vita, una riduzione delle comorbidità e del burnout del caregiver.

**Nel suo insieme questo progetto mira a validare e proporre un nuovo modello di presa in carico assistenziale del paziente con malattia di Parkinson e parkinsonismi.**

### Materiali e Metodi

A partire dal periodo della prima ondata pandemica COVID-19, la SC neurologia 1 della Fondazione istituto neurologico Carlo Besta (FINCB) ha realizzato un nuovo modello di assistenza integrata centrata sul paziente (**patient-centred**) basato sulla telemedicina per la gestione domiciliare, in alternativa al classico modello clinico di cura. In questo modello, le persone con malattia di Parkinson e Parkinsonismi sono seguite proattivamente in remoto da un infermiere (**Case manager 'digitale'**) promuovendo un'assistenza flessibile, personalizzata e completa.

**Metodo:** il case manager assiste i pazienti da remoto e, attraverso un'intervista semistrutturata, seguendo uno specifico diagramma di flusso (**Figura 1**), individua e gestisce la problematica del paziente, attivando - se necessario - altre figure professionali. Gli interventi del Case manager sono sia 'Reattivi' che 'Proattivi'

**Proattivo:** il paziente viene contattato per un colloquio semi-strutturato utilizzando un questionario elettronico progettato *ad hoc* per creare un dossier del paziente (sintomi motori e non motori ed i rischi che possono verificarsi) con attivazione di strategie di prevenzione **personalizzato** sui rischi specifici del paziente. Successivamente, il paziente viene contattato a cadenza regolare (in media) ogni 3 mesi per aggiornamento.

**Reattivo:** in caso di problemi, pazienti, caregivers e altri operatori sanitari possono contattare il 'case manager' per telefono (3 ore al giorno, 5 giorni alla settimana) o e-mail (in qualsiasi momento).

Il case manager può:

- affrontare il problema specifico anche interagendo con MMG e altri operatori sanitari
- interagire con il neurologo per risolvere il problema, anche mediante organizzazione di televisite, secondo un algoritmo semi-strutturato, che assegna 4 livelli di priorità simili al 'triage' del pronto soccorso (dati preliminari da Cilia e coll., 2020; **Figura 1**).

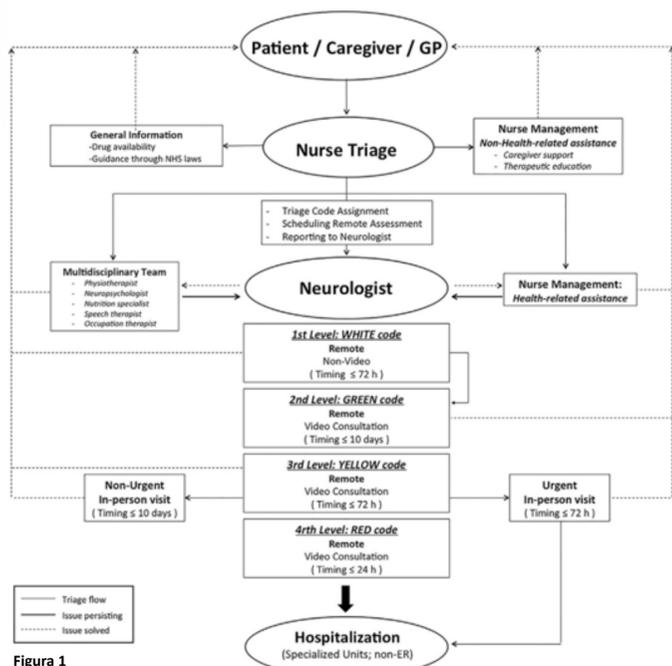


Figura 1

### OBIETTIVI

- 1) Dimostrare che questa nuova strategia di gestione **migliora significativamente la qualità della vita** rispetto allo standard-of-care, riducendo il carico del caregiver.
- 2) Confermare che un modello basato sul telenursing sia **cost-effective** riducendo il numero di accessi ospedalieri non pianificati e di complicanze incidenti con conseguente riduzione dei costi diretti e indiretti per il SSN.
- 3) Determinare se l'approccio proattivo possa essere associato a una **maggiore autonomia motoria** nel proprio ambiente di vita quotidiana, con potenziale miglioramento dei disturbi della deambulazione e del rischio di cadute, anche mediante seconde misure oggettive fornite da un dispositivo indossabile come il dispositivo STAT-ON (**Figura 2**), che verrà utilizzato nel progetto PNRR (vd sotto)



Figura 2

### Resultati

In attesa dei risultati del progetto multicentrico PNRR-MR1-2022-12376921 dal titolo «Integrated Management of atypical Parkinsonism: A home-based patient-Centered healthcare delivery based on Telenursing (IMPACT Study)» coordinato dalla SC Neurologia 1 della Fondazione Istituto Neurologico Carlo Besta, da poco avviato, presentiamo i dati preliminari dell'esperienza maturata presso la FINCB a partire dal periodo della pandemia COVID-19 ad oggi.

Da novembre 2020 a gennaio 2023, **n = 652 pazienti** sono stati presi in cura. Gli interventi basati su richiesta di paziente e/o caregiver *on-demand* ('**REATTIVI**') o di attivo follow-up ('**PROATTIVI**') sono stati **1855**, il 52% dei quali gestiti autonomamente dal Case Manager.

Il 19% è stato risolto dal Case Manager a seguito di briefing con il neurologo e solo **l'11,5% ha richiesto un intervento diretto da parte del medico.**

Il restante 17,4% è stato gestito dall'équipe multidisciplinare a livello ospedaliero e territoriale, attraverso la collaborazione con Cliniche Riabilitative o altri specialisti.

### Conclusioni

**L'uso sistematico di un programma di telemedicina coordinato da un case manager è altamente innovativo e può potenzialmente cambiare la gestione dei pazienti con parkinsonismo nella pratica clinica di routine.**

**Si prevede che questo nuovo modello basato sul Case Manager 'digitale' (Telenursing) semplificherà l'erogazione delle cure riducendo l'incidenza di complicanze e accessi ospedalieri non programmati, con miglior appropriatezza delle visite di controllo e della personalizzazione degli interventi sanitari.**

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 - Componente 2 - Investimento 2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN - Progetto PNRR-Mr1-2022-12376921 (Studio IMPACT)



### Bibliografia

Cilia R, Mancini F, Bloem BR, Eleopra R. Telemedicine for parkinsonism: A two-step model based on the COVID-19 experience in Milan, Italy. *Parkinsonism Relat Disord.* 2020;75:130-132. doi:10.1016/j.parkreidis.2020.05.038



# POSTER gallery

## Creazione di un ambulatorio multidisciplinare per il tumore della mammella metastatico

G. Capri<sup>1</sup>, G. Bianchi<sup>1</sup>, S. Alfieri<sup>4</sup>, N. Bedini<sup>2</sup>, L. Lozza<sup>2</sup>, S. Lo Dico<sup>3</sup>, E. Zecca<sup>3</sup>, C. Brunelli<sup>3</sup>, A. Caraceni<sup>3</sup>, M. Saracino<sup>1</sup>, C. Borreani<sup>4</sup>, M. Milanese<sup>5</sup>, E. Mancini<sup>6</sup>, R. Fiorito<sup>7</sup>, C. Ballarani<sup>8</sup>, A. Triarico<sup>9</sup>, C. Nicora<sup>10</sup>

<sup>1</sup>S.C. Oncologia Medica 1, <sup>2</sup>s.c. Radioterapia, <sup>3</sup>s.c. Cure Palliative, <sup>4</sup>Psicologia Clinica, <sup>5</sup>Risk Manager, <sup>6</sup>s.s. Gestione Operativa, <sup>7</sup>s.c. Qualità e Risk Management, <sup>8</sup>Direzione Amministrativa, <sup>9</sup>Direttore Sanitario, <sup>10</sup>Direttore Generale

Sistema Socio Sanitario



Fondazione IRCCS  
Istituto Nazionale dei Tumori



Regione  
Lombardia

### Perché un ambulatorio multidisciplinare per il tumore della mammella metastatico?

La fase metastatica del tumore della mammella coinvolge circa 37 mila donne all'anno: per alcune la ripresa della malattia si manifesta a distanza di anni dal primo trattamento. In una percentuale del 6-7% il tumore al seno si presenta metastatico già all'esordio.

La disponibilità di terapie innovative, sempre più mirate, sta cambiando radicalmente le prospettive e la qualità di vita per la donna con tumore al seno metastatico, tanto da consentire di parlare di cronicizzazione della malattia. Ciò impone un cambiamento radicale nell'approccio, in un'ottica multidisciplinare.

#### Fasi di attuazione

- 1) Costruzione di un PDTA dedicato
- 2) Predisposizione di spazi e materiali
- 3) Avvio dell'attività clinica
- 4) Indicatori di qualità

### In sintesi

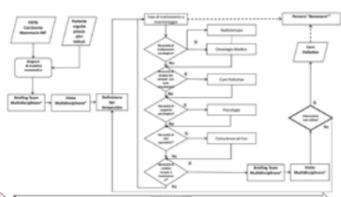
Questo modello di presa in carico:

- ✓ consente agli specialisti un confronto e una condivisione critica di tutti gli aspetti clinici e di trattamento;
- ✓ ottimizza il percorso diagnostico-terapeutico sia in termini di qualità in quanto indirizza verso indagini appropriate, sia in termini di tempo, riducendo l'attesa tra un esame e l'altro;
- ✓ favorisce una relazione più profonda con la paziente, per una maggiore consapevolezza, condivisione e adesione al percorso di cura;
- ✓ per le situazioni cliniche più critiche consente anche di attivare contestualmente alla visita i trattamenti opportuni.

### 1) Costruzione del PDTA (3 fasi)

- a. Ricognizione dell'esistente (gestione precedente delle pazienti con CMM);
- b. Esplorazione del "percorso ideale" (definizione delle migliori pratiche professionali e gestionali che fungano da modello organizzativo a cui tendere);
- c. Creazione e approvazione del PDTA: "Ambulatorio multidisciplinare per la cura del tumore della mammella in fase metastatica" - PROGETTO "ANCORA".

Flow chart percorso pazienti del nuovo PDTA



### 3) Avvio dell'attività clinica

Da ottobre 2019 ad oggi sono circa 300 le donne con tumore al seno in fase metastatica prese in carico dall'ambulatorio multidisciplinare.

Un triennio di attività che ha permesso la creazione di un vero e proprio hub in grado di coordinare in tempo reale le terapie e i trattamenti di supporto decisi dal team multidisciplinare.

È stata effettuata un'analisi di rischio con metodica FMECA in aderenza alla Raccomandazione Ministeriale n.14 rivolta ai trattamenti effettuati in Day Hospital Oncologico

#### 4) Indicatori di outcome

- a. la soddisfazione del paziente
- b. la qualità della vita
- c. l'intervallo libero da malattia dopo trattamento
- d. la sopravvivenza

### 2) Predisposizione spazi e materiale informativo

Creazione di una brochure informativa



Predisposizione degli spazi



## MAGRITTE CRONICITA': UN PERCORSO DI MENTORING PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

**Lucrezia Ferrario<sup>1</sup>, Fabrizio Schettini<sup>2</sup>, Daniele Bellavia<sup>1</sup>, Giovanni Battista D'Errico<sup>2</sup>, Rosario Falanga<sup>3</sup>, Silvano Mella<sup>4</sup>, Stefano Attilio Nobili<sup>5</sup>**

**Giovanni Merlino<sup>6</sup>, Luca Puccetti<sup>7</sup>, Roberta Rettagliati<sup>8</sup>, Marla Paola Volponi<sup>9</sup>, Donato Zocchi<sup>10</sup>, Ivano Boscardini<sup>11</sup>, Stefano Patania<sup>12</sup> ed Emanuele Porazzi<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> HD-LAB Università Carlo Cattaneo - LIUC e LIUC Business School, Castellanza (VA), <sup>2</sup> Azienda Sanitaria Locale Foggia - Società Scientifica ASSIMEFAC, <sup>3</sup> Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, Pordenone (PN), <sup>4</sup> Azienda Unità Sanitaria Locale Socio-Sanitaria 5 Polesana, <sup>5</sup> FIMMG Milano e ATS Milano Città, <sup>6</sup> Azienda Sanitaria Provinciale Palermo, <sup>7</sup> Referente zona pisana di medicina generale, USL nordovest Toscana, <sup>8</sup> Azienda Sanitaria Locale Roma 1, <sup>9</sup> Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche, <sup>10</sup> Azienda USL di Bologna, <sup>11</sup> Università Carlo Cattaneo - LIUC, Castellanza (VA), <sup>12</sup> Comitato Scientifico Associazione Italiana Health Coaching

### Razionale

**MAGRITTE Cronicità**, attività di formazione svolta nel biennio 2021-22 da LIUC Business School in collaborazione con Planning Srl, si è dedicata a sostenere il passaggio generazionale, rivolgendosi a MMG afferenti a tutto il territorio nazionale, integrando lavoro sul campo e implementazione di azioni di miglioramento e *mentoring*, per garantire sostenibilità delle cure e qualità dell'assistenza ai pazienti in linea con il DM77

### Metodologia

Il percorso è stato erogato *online* per 12 mesi, per regioni. Nel primo incontro è stata introdotta la metodologia del *mentoring* per la creazione del rapporto tra *mentor* e *mentee*, chiamati poi a vedersi ad intervalli stabiliti da loro stessi. Nel secondo incontro, si è valutato l'andamento delle attività di *mentoring*. Nell'ultimo incontro si è verificato il miglioramento e la crescita personale e professionale della coppia *mentor/mentee*.

I professionisti coinvolti hanno compilato due questionari di natura qualitativa, e un questionario di natura quantitativa circa la presa in carico dei loro utenti affetti da CIC e da BPCO.

Tale percorso formativo è stato complessivamente proposto a 344 MMG, dei quali il 70% (rappresentativo di 240 partecipanti effettivi, ossia 120 coppie di *mentor/mentee*) ha preso parte al percorso MAGRITTE Cronicità.

Tabella 1 - Distribuzione del campione partecipante, sulla base della Regione di appartenenza

Regione	N.	%
Veneto	36	15%
Emilia-Romagna	31	13%
Friuli Venezia-Giulia	31	13%
Toscana	22	9%
Trentino-Alto Adige	22	9%
Marche	19	8%
Sicilia	20	8%
Lombardia	18	8%
Puglia	17	7%
Lazio	16	7%
Abruzzo	4	2%
Campania	4	2%
Totale	240	100%

### Risultati

Considerando una scala di valutazione variabile da un minimo di 1 a un massimo di 5, i *mentee* hanno migliorato la capacità di comunicare con pazienti e/o colleghi (3,80/5), di identificare problemi con maggiore rapidità e chiarezza (3,72/5), nonché di prendere decisione in modo più risoluto (3,80/5).

I *mentor* che hanno concluso il percorso hanno dichiarato all'unanimità di aver appreso qualcosa dal proprio *mentee*, attribuendo un punteggio di 4,10 («reverse mentoring»).

Dall'analisi dei dati raccolti, non emergono differenze statisticamente significative nelle risposte fornite dai *mentor* e dai *mentee* ( $p$ -value > 0,05). Tuttavia, è interessante sottolineare che i *mentee* abbiano percepito una maggiore intesa con i propri *mentor* (valore medio pari a 2,96 *versus* 2,17,  $p$ -value = 0,013).

L'88% dei *mentor* e l'84% dei *mentee* ripeterebbe il percorso MAGRITTE Cronicità a parti inverse, per apprendere aspetti di innovatività legati al cambiamento del contesto, soprattutto in ambito tecnologico.

Tabella 2 - Risultati, espressi in termini medi, circa la percezione dei professionisti in riferimento ai primi sei mesi dell'attività di mentoring, stratificati tra *mentor* e *mentee*, sulla base di una scala di valutazione variabile da un minimo di 1 (per niente d'accordo) a un massimo di 5 (totalmente in accordo)

Domande della Survey	Ruolo del rispondente all'interno del progetto MAGRITTE Cronicità	Media	Errore standard della media	p-value
È chiaro il processo del mentoring?	<i>Mentor</i>	2,28	0,13	0,316
	<i>Mentee</i>	2,50	0,19	
Si è creata l'intesa prevista, tra <i>mentor</i> e <i>mentee</i> , nell'attività di mentoring?	<i>Mentor</i>	2,17	0,21	0,013
	<i>Mentee</i>	2,96	0,23	
Il tempo a disposizione per gli incontri è sufficiente?	<i>Mentor</i>	1,89	0,18	0,988
	<i>Mentee</i>	1,88	0,22	
Quanta compatibilità senti con il tuo <i>mentor/mentee</i> ?	<i>Mentor</i>	2,47	0,18	0,142
	<i>Mentee</i>	2,88	0,20	
È chiaro il ruolo di <i>mentor/mentee</i> ?	<i>Mentor</i>	2,47	0,16	0,215
	<i>Mentee</i>	2,81	0,23	
Il <i>mentor/mentee</i> ha obiettivi ben identificati e definiti?	<i>Mentor</i>	2,17	0,18	0,051
	<i>Mentee</i>	2,69	0,19	
Le azioni sono concordate?	<i>Mentor</i>	2,19	0,21	0,225
	<i>Mentee</i>	2,58	0,22	
È chiaro l'utilizzo del modello GROW?	<i>Mentor</i>	1,83	0,18	0,463
	<i>Mentee</i>	2,04	0,22	
Esiste un impegno reciproco costante nel tempo?	<i>Mentor</i>	1,97	0,22	0,572
	<i>Mentee</i>	2,15	0,22	
Vengono puntualmente esaminati i progressi ottenuti?	<i>Mentor</i>	1,69	0,21	0,133
	<i>Mentee</i>	2,15	0,21	
Le aspettative e le ipotesi formulate e discusse tra <i>mentor</i> e <i>mentee</i> sono realistiche?	<i>Mentor</i>	1,92	0,20	0,127
	<i>Mentee</i>	2,35	0,19	
I <i>feedback</i> restituiti al <i>mentor/mentee</i> sono costruttivi?	<i>Mentor</i>	2,14	0,21	0,071
	<i>Mentee</i>	2,69	0,21	
Sono comprese e valorizzate le differenze di personalità tra il <i>mentor</i> e il <i>mentee</i> ?	<i>Mentor</i>	2,28	0,19	0,264
	<i>Mentee</i>	2,62	0,22	

La Tabella 3 mostra come i *mentee* abbiano rilevato un più alto gradimento generale nei confronti dell'esperienza vissuta (valore medio: 4,18 *versus* 3,52,  $p$ -value = 0,013), dimostrandosi quindi maggiormente soddisfatti. Inoltre, i *mentee* hanno ritenuto la frequenza degli incontri maggiormente adeguata rispetto alla percezione dei *mentor*, sempre riportando una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi (valore medio *mentor*: 3,00 *versus* valore medio *mentee*: 4,00,  $p$ -value = 0,004).

Tabella 3 - Risultati, espressi in termini medi, circa la percezione dei professionisti in riferimento ai dodici mesi dell'attività di mentoring, stratificati tra *mentor* e *mentee*, sulla base di una scala di valutazione variabile da un minimo di 1 (per niente d'accordo) a un massimo di 5 (totalmente in accordo)

Domande della Survey	Ruolo del rispondente all'interno del progetto MAGRITTE Cronicità	Media	Errore standard della media	p-value
Livello di gradimento nei confronti dell'esperienza in generale	<i>Mentor</i>	3,52	0,21	0,013
	<i>Mentee</i>	4,28	0,20	
Livello di soddisfazione con il proprio <i>mentor/mentee</i>	<i>Mentor</i>	3,76	0,24	0,078
	<i>Mentee</i>	4,36	0,22	
Livello di cambiamento dell'approccio alla professione da parte del <i>mentee</i>	<i>Mentor</i>	3,09	0,24	0,113
	<i>Mentee</i>	3,64	0,23	
Livello di adeguatezza circa la frequenza degli incontri	<i>Mentor</i>	3,00	0,27	0,004
	<i>Mentee</i>	4,00	0,18	

### Conclusioni

La metodologia del *mentoring*, applicata al progetto MAGRITTE Cronicità, e basata sul rapporto *one-to-one* tra un *mentor* con esperienza e un *mentee* più giovane, è risultata essere uno strumento efficace per lo sviluppo e la crescita professionale dei medici. Le principali considerazioni emerse dall'attività formativa sono state sintetizzate nelle tabelle che seguono, con l'identificazione dei principali punti di forza e di debolezza, nonché delle opportunità e delle minacce.

Punti di forza - Strengths [S]	Punti di debolezza - Weaknesses [W]
Crescita personale e professionale del <i>mentee</i>	Erogazione online del programma formativo, dovuto alla pandemia
Attivazione del fenomeno del reverse mentoring, attraverso cui i <i>mentor</i> hanno appreso qualcosa dai <i>mentee</i>	Difficoltà percepita dai partecipanti nella programmazione dei momenti di incontro
Maggiore dimestichezza acquisita da parte del <i>mentor</i> nell'utilizzo di strumenti informatici	Oneroso, in termini di tempo ed energie da parte dei MMG
Migliore organizzazione nella gestione dell'ambulatorio	Incontri <i>one-to-one</i> spesso avvenuti a distanza, e non di persona
Soddisfazione generale nei confronti del percorso	Pre-pensionamento da parte di alcuni <i>mentor</i>
Creazione di <i>networking</i> tra MMG	Tasso di abbandono elevato al progetto
Scambio di conoscenze, competenze ed esperienze	Difficoltà nell'estrazione dei flussi dei dati di natura quantitativa
Condivisione di buone pratiche e soluzioni tra i medici di medicina generale	
Migliore gestione del rapporto tra vita privata e vita lavorativa	
Continua evoluzione degli obiettivi precedentemente fissati tra <i>mentor</i> e <i>mentee</i> dall'inizio alla fine del programma di <i>mentoring</i>	
Maggiore comprensione delle Linee Guida e del lavoro svolto dal MMG	
Migliore gestione del rapporto medico-paziente, mediante la creazione di un rapporto fiduciario	
Self Audit dei processi di cura degli utenti BPCO e CIC	

Opportunità - Opportunities [O]	Minacce - Threats [T]
Se applicato su grande scala, il mentoring può favorire il passaggio generazionale	Pandemia COVID-19
Miglioramento nell'assistenza degli assistiti	Aumento elevato del carico di lavoro per i MMG, in termini di incremento nel numero di assistiti
Maggiore efficienza e appropriatezza prescrittiva	Cambiamento organizzativo contestuale, dovuto alla riforma territoriale
Valutazione della soddisfazione degli assistiti	Ruolo autoritario da parte del <i>mentor</i>
Coerenza con la normativa (DM 77 e PNRR)	Scarsa disponibilità di medici esperti che siano disponibili a ricoprire il ruolo di <i>mentor</i>
Utilizzo degli strumenti acquisiti nel corso del programma formativo, anche in altri contesti	
Un rapporto continuativo di <i>mentoring</i> potrebbe prevenire eventuali situazioni di <i>burnout</i>	
L'attività di mentoring potrebbe essere utilizzata come strumento per promuovere la collaborazione tra medici di medicina generale e altri professionisti sanitari	

Nel MAGRITTE Cronicità, e del *mentoring*, si sostanzia il miglioramento, sia per i *mentor senior* sia per i *mentee junior*, delle attuali conoscenze e competenze. Il *mentoring* fornisce un'opportunità per i MMG più giovani di ricevere *feedback* e supporto in tempo reale, acquisendo nuove conoscenze ed abilità. Per i MMG *senior* è una opportunità unica per favorire il cambiamento attraverso il *reverse mentoring*, nel confrontarsi con le conoscenze e le prospettive più attuali dei loro colleghi più giovani.

L'adattamento a nuovi sistemi organizzativi è cruciale per mantenere alto il loro livello di qualità delle cure, a fronte di un aumento del massimale di pazienti in carico per ogni MMG. In questa ottica, il percorso MAGRITTE Cronicità ha favorito la condivisione di buone pratiche e soluzioni tra i medici di medicina generale.