

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

POSTER *gallery*

ONLINE

POSTER

Piemonte

POSTER gallery



PIANO LOCALE CRONICITÀ ASLCN2: ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI NEI CONSULTORI DELLA CRONICITÀ



A.Gianti, E.Laudani, M. Panico, S.Bernocco, M.Veglio, L.Marinaro
SSCC Distretti Sanitari ASLCN2
§ Direzione Strategica ASLCN2

INTRODUZIONE

In coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità(1), il Piano Regionale della Prevenzione 2020-25 e il DM 77/2, dal 2022 l'ASLCN2 ha attivato presso le due Case della Comunità Hub, i Consultori della Cronicità (CC) inseriti nei percorsi assistenziali definiti dalle COT, in linea con i PSDTA aziendali per le patologie croniche (BPCO, Scompenso Cardiaco, Malattia Renale Cronica, Diabete Mellito, Malattia Parkinson). L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) si articola con il referente medico dei CC per: presa in carico proattiva dei pazienti, effettuazione di esami strumentali, controllo dell'aderenza ai percorsi diagnostico-terapeutici, programmazione delle attività di assistenza, educazione sanitaria del paziente e del caregiver, interventi domiciliari, coinvolgimento dei servizi sociali.

MATERIALI E METODI

L'invio dei pazienti ai CC avviene tramite contatto diretto dei medici di medicina generale (MMG) dell'ASLCN2, che hanno arruolato su piattaforma condivisa ECWMED i loro assistiti, inquadrabili come cronici o fragili. La scheda di arruolamento riporta: dati anagrafici, sanitari, sociali ed un Piano di Cura Personalizzato (PCP); tra gli item: il tipo di patologia cronica, la terapia farmacologica, lo stato vaccinale, gli stili di vita e il grado di fragilità (2).

RISULTATI

Fino al dicembre 2022 sono stati arruolati 1885 soggetti, di cui 1016 (53.9%) Maschi(M) e 869 (46.1%) Femmine (F); l'analisi dei dati è genere-specifica, in ottemperanza al Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere del 2019. (3)

I soggetti di età <65 anni affetti da condizioni di cronicità sono per il 9.8% F e 11.4% M. La fascia 65-74anni è ripartita in 17.6%F e 21.5%M, la fascia 75-84anni: 32.5%F e 35.1%M, l'intervallo 85-94: 33.4% F e il 28.7%M; i soggetti di età ≥95 anni sono 6.7% F e 3.3%M; negli over 85 è più evidente il vantaggio delle F sui M in termini di vita media: 39.9% F vs 31.9% M.

L'attribuzione del grado di fragilità (scala formalizzata dal gruppo di lavoro canadese, prevede 9 stadi di fragilità: gradi 1-4: salute ed autonomia ancora conservati, gradi ≥5: da fragilità iniziale a terminalità). I gradi ≥5 prevalgono nel sesso femminile (F 41.8% vs M 32.5%), a conferma del "paradosso di genere", secondo cui il vantaggio nell'aspettativa di vita delle F sui M, sia gravato da disabilità (4).

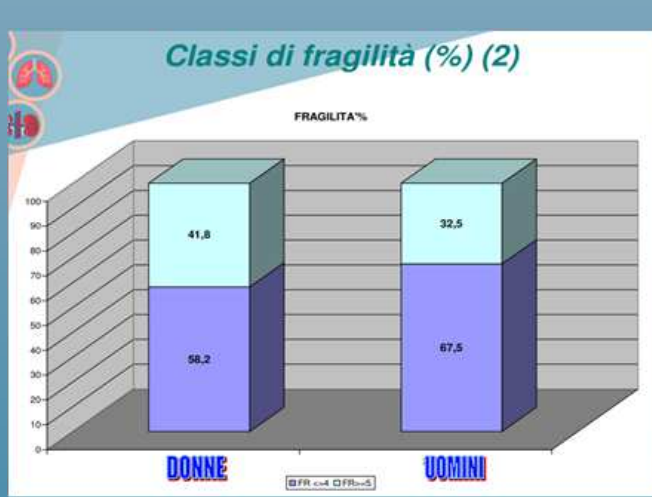
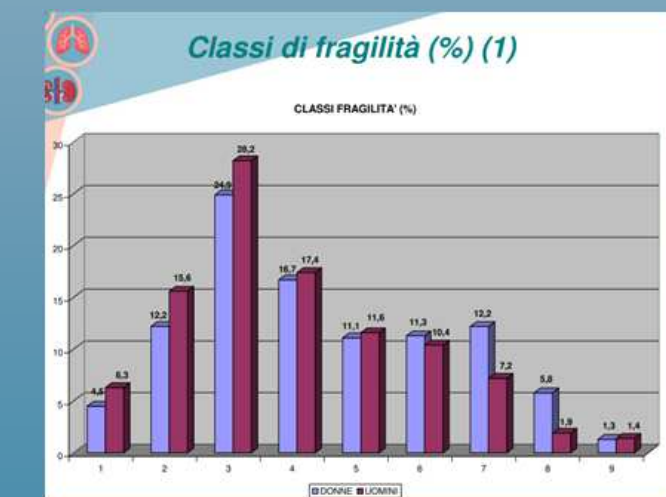
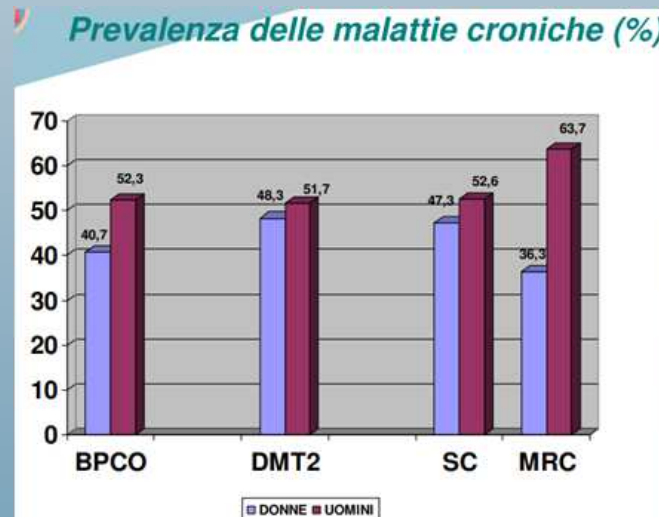
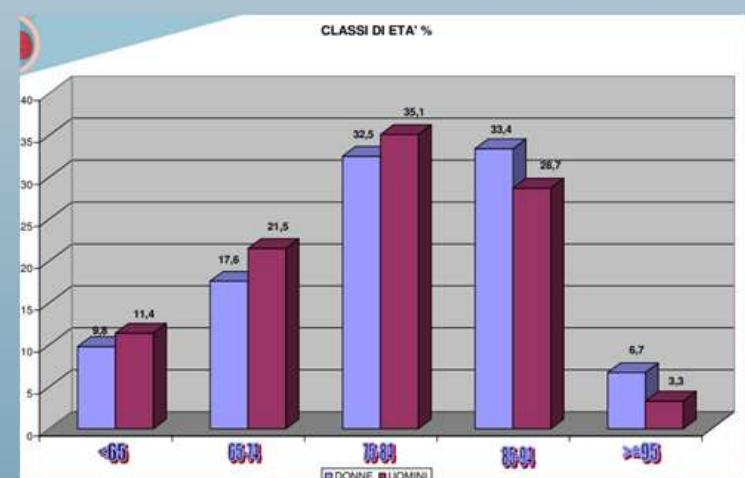
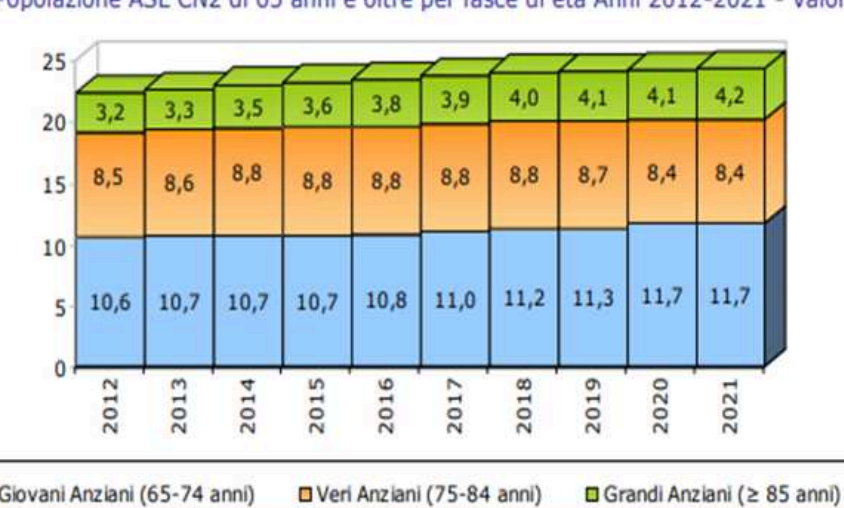
Fra le malattie croniche, la BPCO presenta una prevalenza maschile del 52.3% e femminile del 40.7%; il DMT2 è ripartito in 48.3% F e 51.7% M, lo scompenso cardiaco 47.3%F, 52.6% M, la malattia renale cronica è distribuita al 36.3% nel sesso femminile e al 63.7% nel sesso maschile.

Riguardo la multimorbidità: BPCO+1patologia cronica: 29.1% F e 32.3% M; BPCO+ 2-3 patologie croniche: 14.9% F e 14.8% M.

- Andamento della popolazione dell'ASL CN2. Anni 2012-2021



- Popolazione ASL CN2 di 65 anni e oltre per fasce di età Anni 2012-2021 - Valori %



1 - MOLTO IN FORMA
Persone forti, attive, energiche e motivate. Praticano regolare esercizio fisico e partecipano alla categoria di persone più in forma tra la propria fascia di età.

2 - IN FORMA
Persone che non hanno sintomi della malattia attuale, ma che sono meno in forma rispetto alle persone della categoria 1. Partecipano spesso a sport o sono a volte molto attive, a seconda della stagione.

3 - SE LA CAVA BENE
Persone i cui problemi medici sono ben controllati, ma non sono stati completamente eliminati dalla normale distribuzione quotidiana ordinaria.

4 - SE LA CAVA ABBASTANZA BENE
Queste persone hanno un'aspettativa di vita di medio e si accaniscono alla loro attività, anche se la loro condizione non è ancora necessariamente stabile.

5 - LEGGERAMENTE FRAGILE
Persone spesso acutamente colpite nei movimenti e nella attività quotidiana della vita quotidiana (ad es. gestione delle finanze, lavoro domestico, gestione dei farmaci) e hanno bisogno di aiuto. Sono in genere ancora più instabili nella situazione, nella distribuzione ordinaria, nella preparazione dei pasti e nei lavori domestici.

6 - MODERATEMENTE FRAGILE
Queste persone hanno bisogno di assistenza in tutte le attività ordinarie alla casa e nella gestione delle finanze. Hanno alcune difficoltà a capire le scale, hanno bisogno di aiuto per andare a prendere il treno o al posto di lavoro.

7 - MOLTO FRAGILE
Completamente dipendenti per la cura personale, per qualche tipo di sedia a rotelle o risciogli. Tollerano instabilità e non si alla realtà di morte entro 6 mesi.

8 - FRAGILITÀ MOLTO GRAVE
Queste persone si avvicinano al decesso e sono completamente dipendenti dalle cure mediche, molto probabilmente non recuperano e si accaniscono.

9 - MALATO TERMINALE
Queste persone hanno un'aspettativa di vita di pochi giorni e si accaniscono alla loro attività, anche se la loro condizione non è ancora necessariamente stabile.

CONCLUSIONI

I dati ottenuti sono in linea con le statistiche nazionali ed internazionali (4,5), offrendo i presupposti per la razionale e programmatica messa a punto di percorsi dedicati.

L'attività del CC si ispira alle Linee Guida NICE per la valutazione clinica ed il trattamento dei pazienti con multimorbidità (6,7), secondo cui l'approccio alla singola patologia deve lasciare spazio ad un approccio globale, meno invasivo e più armonico. Di qui la conferma che un servizio ambulatoriale dedicato alla cronicità, può contribuire significativamente a questo scopo, adiuvando i MMG nella gestione dei pazienti cronici. Nel paziente con multimorbidità è necessario un percorso clinico-assistenziale che riduca la gravosità dei trattamenti, metta in evidenza la valutazione rischio-beneficio delle varie terapie monospecialistiche, stimoli la deprescrizione farmacologica (8)

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Piano Nazionale della Cronicità 2016. Ministero della Salute
2. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell L, Minicini A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* • AUG. 30, 2005
3. Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere 2019, Ministero della Salute
4. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals 2019
5. Aryal S, Diaz-Guzman E, Mamino DM. COPD and gender differences: an update. *Transl. Res.* 2013;162: 208-218.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management, 2016.
7. Caraballo A et al. Linee guida per la valutazione clinica e il trattamento dei pazienti con multimorbidità. *Evidence* 2016.
8. Daunt R, Curtin D, O'Mahony D. Polypharmacy stewardship: a novel approach to tackle a major public health crisis. *Lancet Healthy Longevity* April 5, 2023

POSTER gallery

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA e COMUNITA': Un percorso di formazione e organizzazione dell'assistenza

L. Canta, M. Grimaldi, S. Contini, L. Marinaro
S.C. DiPSa ASL CN2
Direzione Generale ASL CN2

INTRODUZIONE

Conseguentemente all'istituzione della figura professionale dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC) con il DM 71/2020 e in conformità alle successive linee di indirizzo IFoC(1), si è definito un percorso formativo specifico IFoC, a livello regionale, a cui ha partecipato l'ASL CN2. In coerenza con i Piani Locali della Prevenzione e della Cronicità, l'ASL CN2 ha avviato un progetto volto a rafforzare l'assistenza territoriale con l'introduzione dell'IFoC assicurando l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.(2) L'IFoC interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali e diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità.(3) È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola.(4)



MATERIALI E METODI

FORMAZIONE

Corso formazione regionale: l'ASL CN2 ha aderito al corso regionale con azienda capofila e di riferimento per la formazione l'ASL Città di Torino (5). Sono state erogate 3 edizioni del corso regionale per la formazione di Infermieri di Famiglia e Comunità nell'arco 2022 /2023 ai quali hanno partecipato 14 infermieri reclutati dalla Direzione delle Professioni Sanitarie dell'ASL CN2. Il tirocinio è stato progettato dalla DiPSa e svolto interamente in sede.

Reclutamento degli aspiranti IFoC: al fine di offrire l'opportunità di formazione e assegnazione all'ambito assistenziale territoriale, la DiPSa ha reclutato gli infermieri interessati al corso con un bando di avviso interno di manifestazione d'interesse valutandone le domande considerando i criteri indicati dalle linee di indirizzo regionale.

Reclutamento degli IFoC già specializzati per il tutoraggio: la DiPSa ha effettuato una ricognizione circa i Tutor IFoC presenti in organico, adeguandosi all'indicazione che ogni azienda piemontese sarebbe stata sede di tirocinio e che il processo di progettazione, conduzione e valutazione del tirocinio avrebbe dovuto uniformarsi su tutto il territorio. Allo scopo sono stati individuati i tutor clinici che hanno supportato la stesura del project work e la relazione di apprendimento utilizzati per la valutazione di profitto dell'esperienza. Il tirocinio di 200 ore è stato svolto completamente da tutti i partecipanti alle tre edizioni.

Corso formazione universitario: in seguito alla stipula del disciplinare attuativo con l'Università degli Studi di Torino per il master di primo livello in IFoC, la DiPSa ha garantito la gestione del tirocinio formativo degli infermieri dipendenti ASL CN2 iscritti a tale percorso di studio e di un infermiere esterno all'organizzazione.

GESTIONE RISORSE PROFESSIONALI

Reclutamento degli Infermieri in possesso di master di primo livello IFoC: nel corso del 2022 la DiPSa ha costituito un organico di 8 infermieri in possesso di master di primo livello in Infermieristica di famiglia e comunità e posto in essere le mobilità interne verso le aree previste dal piano formativo regionale.

Valorizzazione del coordinamento Infermieri di Famiglia e Comunità: la Direzione Aziendale ha inserito nella definizione degli incarichi di funzione delle Professioni Sanitarie

ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

Presenza in carico persone con malattia cronica: partecipazione alla redazione dei Percorsi Sanitari Diagnostici Terapeutici e Assistenziali quali Scopenso Cardiaco, BPCO, Malattia di Parkinson, Insufficienza Renale Cronica e erogazione di visite infermieristiche in presenza, telecontatto e/o applicazione telemonitoraggio eViSuS BioCare®

Ambulatorio cronicità: collaborazione per la presa in carico e gestione pazienti fragili e con policomorbidità

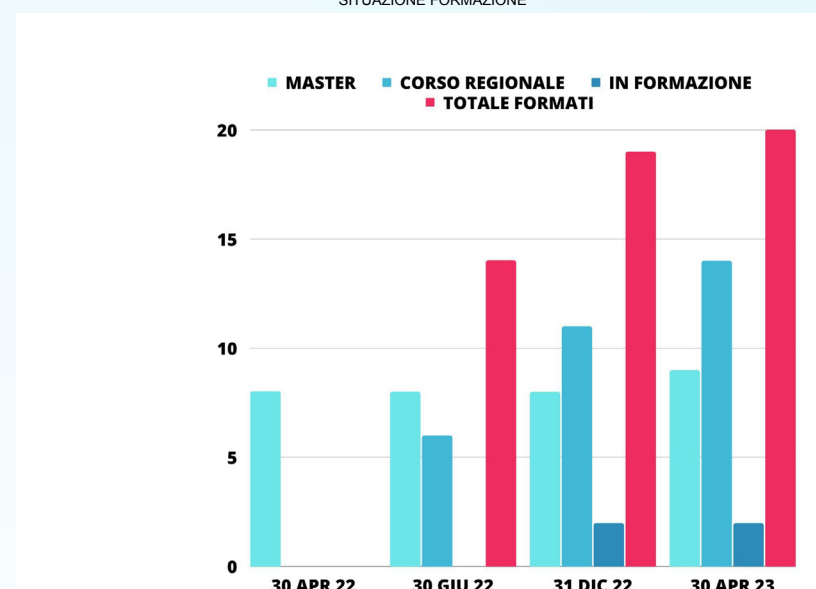
Centrale Operativa Territoriale: attivazione e controllo del percorso post-dimissione e individuazione dei servizi/setting di continuità appropriati; gestione e monitoraggio dell'arruolamento delle persone con malattia cronica nei PSDTA previsti dal piano locale delle cronicità per i diversi setting assistenziali

Medicina di iniziativa: partecipazione al progetto PROSOL SENIOR (alloggio didattico, interventi di promozione salute e presa in carico proattiva anche attraverso la telemedicina)

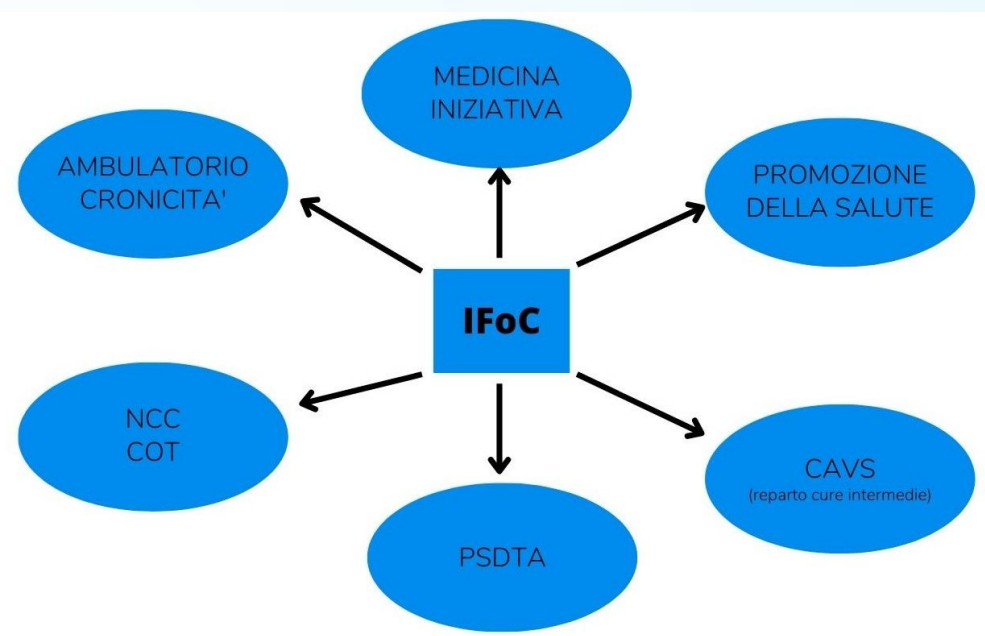
Continuità a Valenza Sanitaria (CAVS): collaborazione nella presa in carico della persona ricoverata presso struttura di cure intermedie e pianificazione dell'assistenza. Analisi dei bisogni di salute della persona assistita, in un'ottica di continuità assistenziale, atta a favorire l'autonomia e il ritorno al domicilio.

Promozione della salute: collaborazione con i referenti per i progetti di Promozione della Salute e i Direttori dei Distretti territoriali. Partecipazione alla campagna vaccinale e ad eventi di promozione della salute (gruppi di cammino, educazione caregivers)

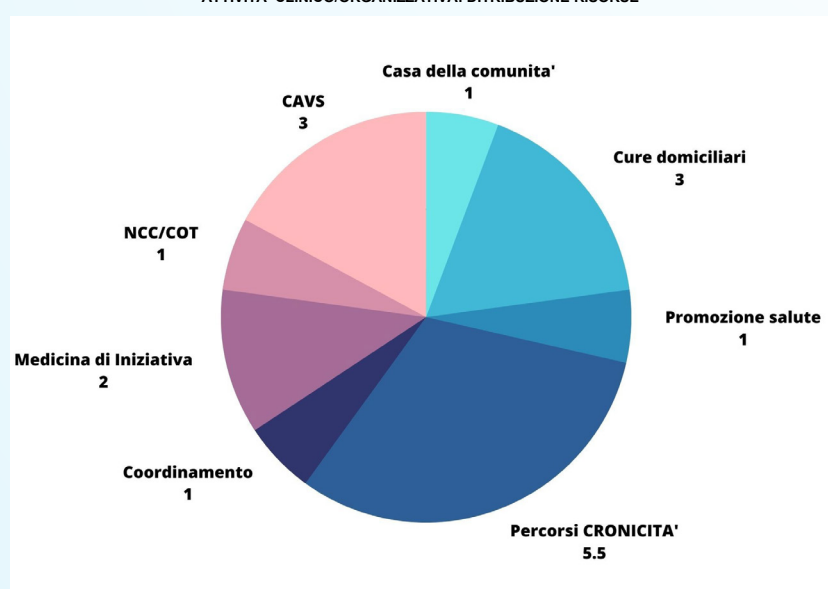
SITUAZIONE FORMAZIONE



ATTIVITA' CLINICO/ORGANIZZATIVA



ATTIVITA' CLINICO/ORGANIZZATIVA: DISTRIBUZIONE RISORSE



RISULTATI

FORMAZIONE

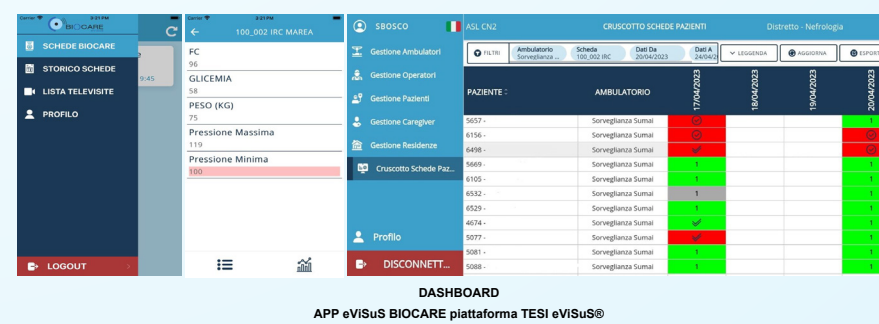
- hanno portato a termine il percorso formativo regionale 14 IFoC e sono attualmente inseriti nel percorso formativo universitario 2 infermieri
partecipazione come formatori al "Corso per CAREGIVER, familiari badanti e volontari" organizzato dal S.S.D. Epidemiologia ASL CN2

PAZIENTI PRESI CARICO DAGLI IFoC

- 54 pazienti presi in carico all'ambulatorio di Medicina di Iniziativa
- 200 pazienti presi in carico nel percorso PSDTA Insufficienza Renale Cronica con l'utilizzo della telemedicina per il monitoraggio di alcuni parametri clinici (vedi immagine APP eViSuS BIOCARE piattaforma TESI eViSuS®)
- 70 pazienti presi in carico nel PSDTA scompenso cardiaco: di cui 65 nel percorso cronico e 5 nel percorso post-acute (telecontatto, visite infermieristiche in presenza) (dal 1/3/23)

PROGETTI DI RICERCA IN AMBITO TERRITORIALE

partecipazione al trial randomizzato controllato studio Prosol Pitem Senior
partecipazione allo studio pre-post SatSmartCare



PROSPETTIVE FUTURE

- Come da documento regionale dm 77, entro il 31/12/23, raggiungimento nell'organico del 50% del fabbisogno interno di IFoC : 7 infermieri da formare;
- Apertura ambulatorio infermieristica di iniziativa presso la Casa della Comunità di Alba;
- Implementazione PSDTA Malattia di Parkinson e BPCO attraverso definizione dei percorsi di presa in carico delle persone assistite con incontri periodici in presenza e con utilizzo degli strumenti della telemedicina

CONTATTI

S.C. DiPSa ASL CN2
Personalmente: Ospedale Pietro e Michele Ferrero Via del Tanaro, 7-9 Verduno
Telefonicamente: 01721408031
Mail: DiPSa@aslcn2.it

BIBLIOGRAFIA

- 1 D.O.R. Regione Piemonte n 6-3472 del 27/2021 Linee di indirizzo regionali per gli Infermieri di Famiglia e di Comunità
- 2 Decreto ministeriale n 71 del 25 luglio 2020
- 3 Decreto ministeriale n 77 del 23 maggio 2022
- 4 Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI). POSITION STATEMENT L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITA', (deliberato dal comitato Centrale FNOPI il 19 settembre 2020) ISBN: 978-88-945199-2-1
- 5 Deliberazione della Giunta Regionale 2 luglio 2021, n 6-3472 art. 1, co. 5, del D.L. 34/2020, convertito nella L. 77/202 - Approvazione del documento "Linee di indirizzo regionali in materia di famiglia e di comunità", per il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale Decreto ministeriale n 77 del 23 maggio 2022

POSTER gallery

Impact study of the implementation of a remote assistance service aimed at the prevention, monitoring and management of falls in the elderly at home (DIMCA)

Sonia Pratillo, CPSI Coordinatore Centrale Operativa Territoriale ASL Novara.
Anna Lombardi, CPSI Coordinatore Cure Domiciliari Area Sud ASL Novara.

Introduction

It has been estimated that one-third of the elderly population (> 65 years) falls at home at least once a year with frequent serious complications, such as death or hospitalization for debilitating injuries. The technological expansion made it possible to distribute sensors capable of identifying falls. TED is a programmable technological device, equipped with an accelerometer and gyroscope (sensors capable of detecting movement changes) and its implementation is proposed within the Health Homes of the SUD District and the Urban District of Novara in which the Family and Community Nurses (IFeC) of ASL NO.

The primary objective of the study is to explore the applicability of the device in subjects taken care of by the IFeC belonging to the SOUTH and Urban District of the ASL NO.

Secondary aims are intended to describe:

- The acceptability of the device perceived by patients and relatives;
- The convenience of using the device perceived by patients and healthcare professionals;
- Experience in the use of the device and the perception of the contribution of the remote support system to reduce the perceived occupational risk of health professionals;
- In addition to measuring the number of falls during the observation period



Methodology

A descriptive observational research was conducted. A number of 32 patients were enrolled; 2 withdrawals from the study that were replaced with other participants. The collected data were processed by the privacy policy and anonymised in the cloud. Questionnaires were administered almost always once a month. The interview time served IFeC to maintain ongoing contact with users to identify emerging health needs..

POPULATION

- Population: 47 individuals
- 32 patients Over 65, in care of the IFeC
 - 10 family members (caregiver);
 - 5 operators (IFeC).

DESCRIPTIVE STATISTICAL ANALYSIS

Absolute and relative frequencies for qualitative variables; mean and standard deviation or median and interquartile range of continuous variables.

INTERVIEW

Every month interviews take 6 months. Explore: Acceptability, Practicality, User experience



DEVICE

- 30 devices distributed
Through the device are collected:
- number of falls during the period,
 - events that have increased the risk of falling (example: particular types of gait patterns); Cadence of the step;
 - estimation of walking speed;
 - Oscillation (swing).

App with geolocation in case of fall, optional for the caregiver

VALIDATED QUESTIONNAIRES, ADAPTED TO THE SPECIFIC CONTEXT	PATIENTS	CAREGIVER	HEALTHCARE PROFESSIONALS (IFEC)
Systems Usability Scale (SUS) 10 pt.			
Intrinsic Motivation Inventory (IMI) 22 pt.			
Jannucci's Acceptability Questionnaire (QA) 26 pt.			



Results

PATIENTS (N = 30)

- 70% not used in wearing the portable device
- 60% not concerned about personal data breach $p > 0.99$
- 90% considered the device very useful $p = 0,03$
- Safety about first aid possibility $p = 0,037$
- Safety of contact with relatives $p = 0,056$

CAREGIVERS (N = 9)

- 100% considered the device very useful $p = 0,09$
- 100% not concerned about personal data breach

IFeC (N = 5)

- 100% considered the device very useful and easy to use
- 80% confident in using the device during their own professional activity



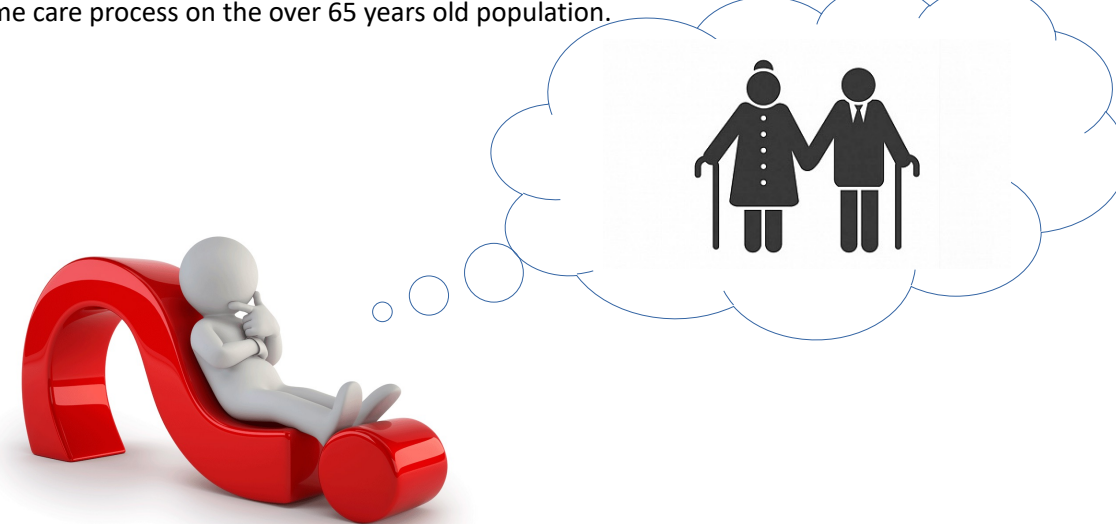
Conclusions

The device resulted very easy to use, safe and very useful in keeping constant communication with both healthcare professionals and caregivers.

However, battery longevity resulted not enough, the icons appeared too small on the display and, according to the patients, the device was uncomfortable in wearing it all day long with a following irregular use.

Moreover, the device seemed to need a better calibration: infact on a side it recorded "fake falls", on the other side it didn't recorded 3 real falls.

Thus, further efforts will be needed in improving TED technology, in order to better facilitate the IFeC home care process on the over 65 years old population.



References

1. Al-Aama T. Falls in the elderly: spectrum and prevention. *Can Fam Physician Med Fam Can.* 2011;57(7):771-776.
2. Berková M, Berka Z. Falls: a significant cause of morbidity and mortality in elderly people. *Vnitr Lek.* 2018;64(11):1076-1083.
3. Siracuse JJ, Odell DD, Gondek SP, et al. Health care and socioeconomic impact of falls in the elderly. *Am J Surg.* 2012;203(3):335-338. doi:10.1016/j.amjsurg.2011.09.018
4. Caristia S, Campani D, Cannici C, et al. Physical exercise and fall prevention: A systematic review and meta-analysis of experimental studies included in Cochrane reviews. *Geriatr Nur (Lond).* 2021;42(6):1275-1286. doi:10.1016/j.gerinurse.2021.06.001
5. Campani D, Caristia S, Amariglio A, et al. Effective, sustainable, and transferable physical exercise interventions for fall prevention among older people. *Public Health Nurs.* 2021;38(6):1140-1176. doi:10.1111/phn.12949
6. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Bone, Joint and Muscle Trauma Group, ed. Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2012(6). doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3
7. Bet P, Castro PC, Ponti MA. Fall detection and fall risk assessment in older person using wearable sensors: A systematic review. *Int J Med Inf.* 2019;130:103946. doi:10.1016/j.ijmedinf.2019.08.006
8. Desimoni F, Canonico M, Ratti M, Portinale L, Panella M. Machine Learning implementation for an accelerometer-based wearable device for neonatal monitoring. In: ; 2021.
9. Campani D, Caristia S, Amariglio A, et al. Home and environmental hazards modification for fall prevention among the elderly. *Public Health Nurs.* 2021;38(3):493-501. doi:10.1111/phn.12852

POSTER gallery



Il ruolo della Centrale Operativa Territoriale nella gestione della continuità delle cure – l'esperienza novarese.

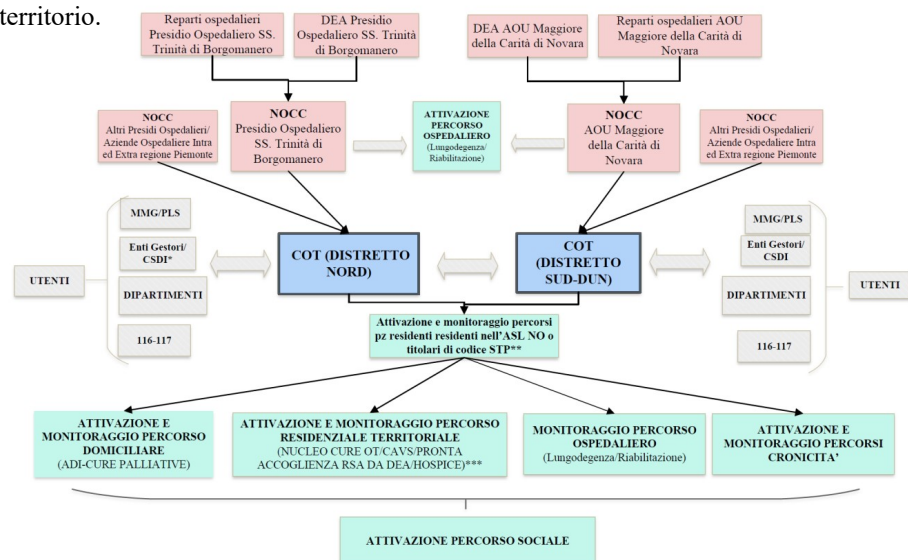
Francesco Scarpitta¹, Sonia Pratilto², Anna Lombardi², Maria Grazia Bresich³, Manuela Probo⁴, Maria Luisa Demarchi⁵, Arabella Fontana⁶, Gianni Valzer¹, Emma Zelaschi⁷, Angelo Penna⁷.

¹S.C. Distretto Area Sud ASL Novara; ²S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie ASL Novara; ³Servizio Sociale Professionale Aziendale ASL Novara; ⁴Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale ASL Novara; ⁵S.C. Distretto Area Nord ASL Novara ⁶Direzione Medica P.O. Borgomanero ASL Novara ⁷Direzione Generale ASL Novara

Introduzione

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il DM-77 spingono sempre di più la Sanità Territoriale ad investire sforzi e risorse nel potenziamento della presa in carico dei soggetti fragili sia nel setting residenziale sia in quello domiciliare. La Mission 6 del PNRR ha come obiettivo la riorganizzazione dei servizi territoriali, allo scopo di realizzare una fitta rete di strutture sul territorio in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini nell'ambito della prevenzione, della educazione alla salute, della presa in carico delle patologie croniche e delle fragilità socio-sanitarie. In tale contesto è prevista l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali (COT) in Italia. Le Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, hanno la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza e utilizzeranno la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche. Obiettivo delle COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

In questo panorama, il 07 novembre 2022 ha avuto inizio la sperimentazione della prima Centrale Operativa Territoriale (COT) dell'ASL di Novara (operativa 5 giorni su 7, con orario 08:00 – 16:00), sita a Trecate, che, rappresentando l'evoluzione naturale del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC), garantisce con il suo team multidisciplinare la continuità delle cure ospedale-territorio e territorio-territorio.



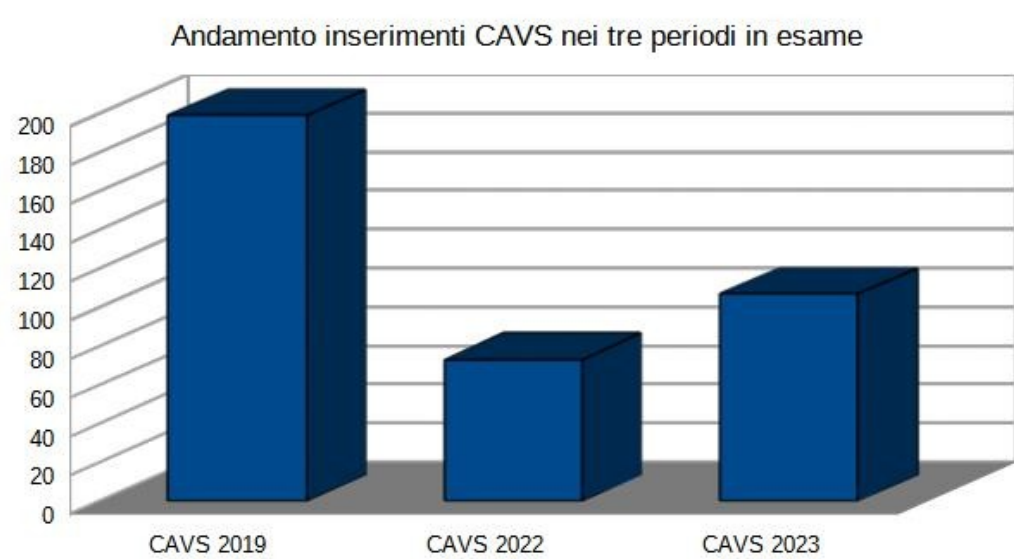
Materiali e metodi

Sono stati presi in considerazione e messi a confronto i dati inerenti alle richieste di dimissione protetta di tre differenti periodi: il periodo 01/01/2019 – 14/04/2019 (ex-NDCC pre-pandemico), il periodo 01/01/2022 – 14/04/2022 (ex-NDCC post-pandemico) ed infine il periodo 01/01/2023 – 14/04/2023 (COT). I dati sono stati estratti ed analizzati, in attesa della futura implementazione di una piattaforma unica regionale per tutte le COT della Regione Piemonte, attraverso il software attualmente in uso in ASL Novara (FAR-SIAD, ECWMED) e tramite l'ausilio di un foglio di calcolo elettronico.

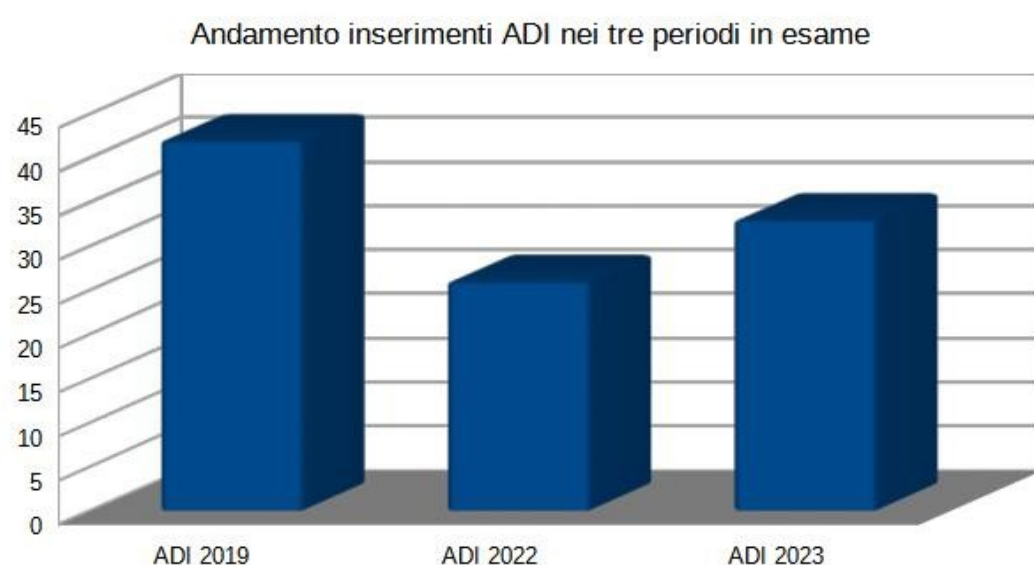


Risultati

Per quanto riguarda la gestione degli inserimenti in regime di dimissione protetta in struttura (CAVS), questi sono diminuiti da 199 nel primo trimestre 2019 a 73 nel primo trimestre 2022 (-63%), per poi aumentare a 107 nel primo trimestre 2023 (+46,5%).



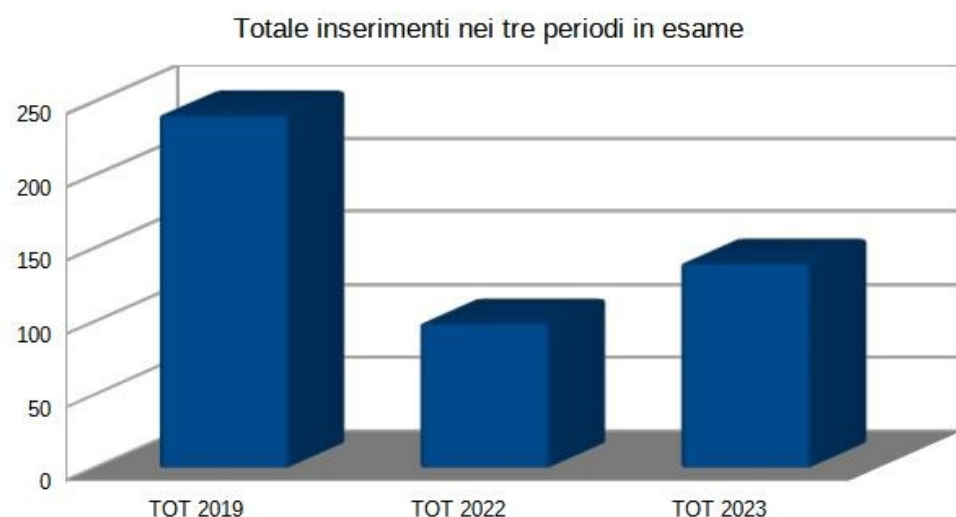
Analogamente ma in proporzione inferiore, gli inserimenti in regime di dimissione protetta a domicilio (ADI) sono inizialmente diminuiti da 42 nel primo trimestre 2019 a 26 nel primo trimestre 2022 (-38%), per poi aumentare a 33 nel primo trimestre 2023 (+27%).



Conclusioni

La forte contrazione del volume di attività complessivo in merito alla gestione degli inserimenti di dimissione protetta tra il primo trimestre 2019 e il primo trimestre 2022 è stato verosimilmente dovuto all'impatto della pandemia da SARS-CoV-2, che da un lato ha esatto una redistribuzione delle risorse umane su fronti di prioritario intervento (i.e. contact tracing, tamponi, vaccinazioni), depotenziando progressivamente l'ex-NDCC dell'Area Sud dell'ASL di Novara da un team inizialmente costituito da 2 dirigenti medici, 1 infermiere, 1 assistente sociale e da 1 unità di supporto amministrativo (primo trimestre 2019) ad un binomio composto esclusivamente da 1 dirigente medico e 1 unità di supporto amministrativo (primo trimestre 2022), dall'altro ha ostacolato in più occasioni l'inserimento di nuovi ingressi in struttura (CAVS) a causa di focolai di degenti e/o operatori SARS-CoV-2 positivi, con conseguente isolamento della struttura stessa.

Nel primo trimestre 2023, la COT, che conta su un'equipe multiprofessionale costituita attualmente da 1 dirigente medico, 1 assistente sociale, 1 coordinatore infermieristico, 2 infermieri e 1 unità di supporto amministrativo ha già dimostrato di aver velocizzato e migliorato la gestione integrata delle dimissioni protette sia in struttura sia al domicilio (rispetto al primo trimestre 2022), seppur ancora all'avvio del suo ruolo di regista nella presa in carico del paziente fragile.



La sfida del prossimo futuro sarà quella di raggiungere e superare il volume di attività del periodo pre-pandemico, estendendo l'operatività del servizio 7 giorni su 7 e aumentando le unità di personale infermieristico (come previsto dagli standard del DM-77), nonché di polarizzare progressivamente la domanda di assistenza socio-sanitaria dal setting residenziale a quello domiciliare.

Bibliografia

- Ministero della Salute. Decreto 23 Maggio 2022, n.77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.(GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022). Disponibile online: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg;
- Ministero della Salute. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6. Disponibile online: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>.

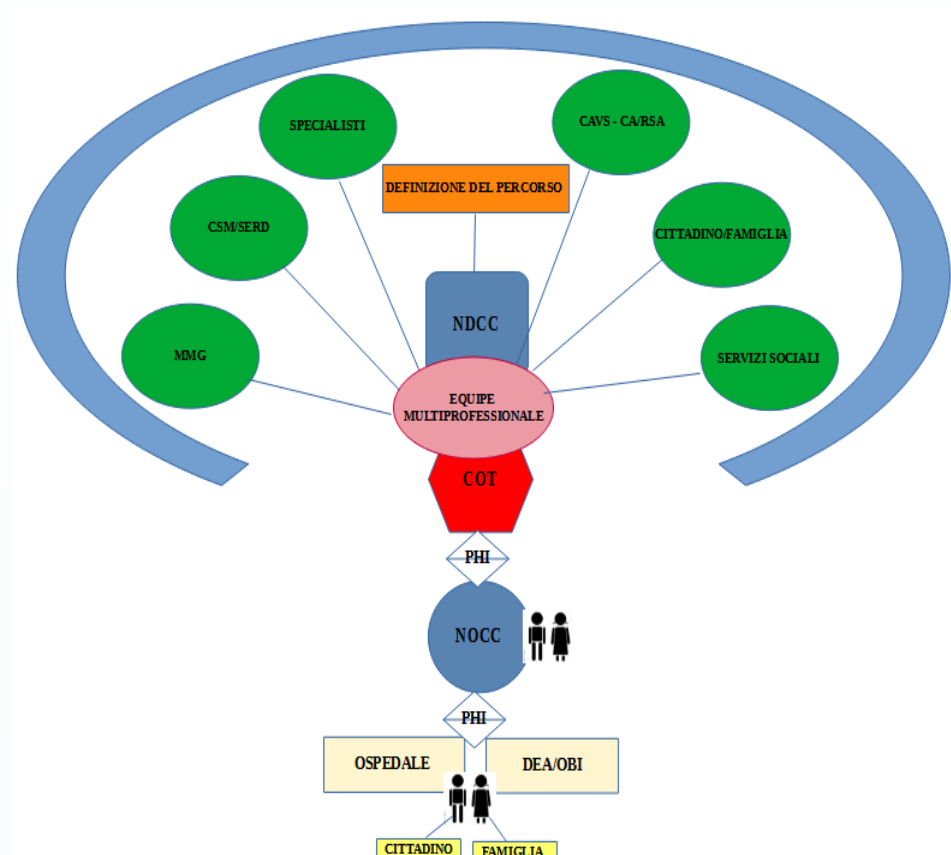
POSTER gallery

LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE IN ASL VCO: COT – NOCC – NDCC



LEONI Elena Coordinatore DiPSa COT – NDCC
Ragazzini Milena Coordinatore DiPSa NOCC

Abstract



Introduction

La Regione Piemonte DGR 27-3628 28 marzo 2012 determina che il modello organizzativo cui tendere è la centralità della persona, assicurando la continuità assistenziale, attraverso l'integrazione tra ospedale - territorio, con l'istituzione dei Nuclei per la C.A. (Continuità Assistenziale) NOCC (Nucleo Ospedaliero Continuità di Cura) e NDCC (Nucleo Distrettuale Continuità di Cura).

Con Determinazione Dirigenziale N. 906/2022 PNRR, è ricompreso l'intervento all'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), con ruolo di integratore e facilitatore delle relazioni tra gli attori sanitari e socio assistenziali coinvolti nella presa in carico della persona, garantendo la continuità assistenziale e organizzando le attività post dimissione.

Con Deliberazione N. 860/2022 viene istituita la Centrale Operativa Territoriale all'interno del NDCC.

La COT e i Nuclei interagiscono sinergicamente attraverso un sistema informativo/informatico (PHI).

Methodology

L'infermiere dell' U.O. individua la persona con "dimissione difficile" somministrando la Scala Brass informatizzata che, se superiore a 10 viene segnalata all'infermiere NOCC, quest'ultimo una volta acquisita la richiesta del medico dell' U.O., accede presso la stessa per il confronto multiprofessionale e colloquio con l'utente e famiglia. Il NOCC invia la richiesta alla COT per l'inserimento in CA rendendo visibile la documentazione nell' applicativo PHI, l'infermiere COT valuta la richiesta e se ritenuta congrua la trasferisce a NDCC per il proseguo del percorso. L'infermiere NDCC individua la Struttura di CA appropriata e trasmette alla stessa, in modo criptato la documentazione.

Definito il giorno del trasferimento, NDCC informa il NOCC che a sua volta informa l' U.O. e utente/famiglia.

Dall'inserimento in CA l'infermiere NDCC referente del caso si fa carico dell'utente per tutto il periodo di degenza e con l'Assistente Sociale formulano il progetto della dimissione.

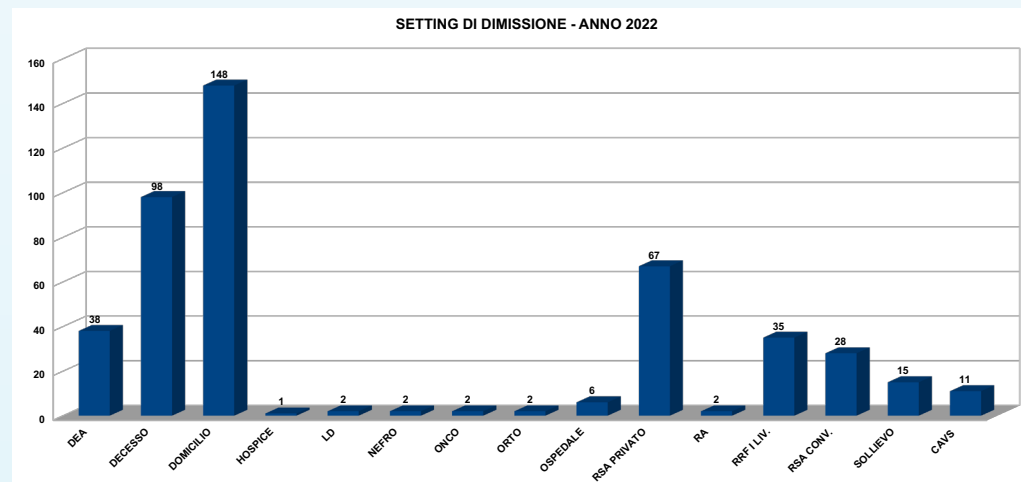
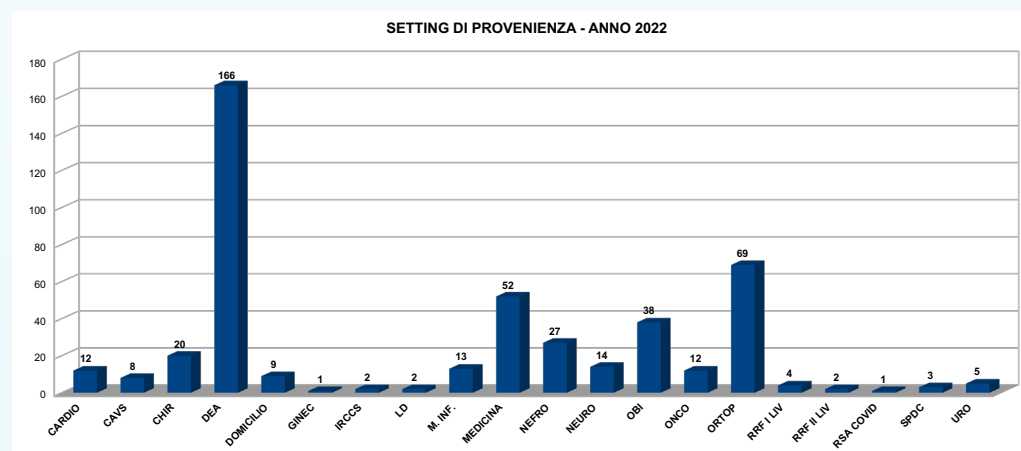
L'infermiere NDCC effettua una visita domiciliare, verificando l' appropriatezza del setting e caregiver per le persone dimesse dalla Struttura di C.A. verso il domicilio.

Il medico di Assistenza Primaria viene informato dall' infermiere COT del percorso del suo assistito.

Conclusion

Obiettivi raggiunti con l'informatizzazione del percorso NOCC/NDCC e istituzione COT:

- trasmissione in tempo reale della proposta di dimissione protetta per la presa in carico e l'avvio del percorso di CA;
- gestione "urgenze sociali" dai DEA con inserimento in CA "oggi per oggi" o "oggi per domani";
- tempi di attesa medi per l'inserimento in Struttura di CA a 1,5 giorni;
- presa in carico precoce e pianificazione della dimissione dalla CA nei primi 10 giorni dall'inserimento con il coinvolgimento della persona/famiglia e la Rete dei Servizi.



Acknowledgements

- Delibera ASL VCO 860/2022 Istituzione Centrale Operativa territoriale
- Procedura Operativa 27-OUP 13 Continuità Assistenziale Ospedale Territorio NOCC/NDCC
- Delibera ASL VCO 948/2022 Approvazione Regolamento COT



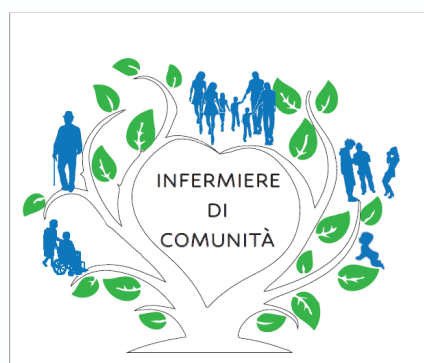
POSTER gallery



L'infermiere di Comunità per una continuità assistenziale e relazionale

S.Brumana Coordinatore Cure Domiciliari sede Verbania, V.Locatelli Coordinatore Cure Domiciliari sede Domodossola, L.Materossi Dirigente DiPSa Territorio, M.Sola Coordinatore Cure Domiciliari sede Omegna

Abstract



Methodology

L'infermiere di Comunità (IdC) assicura l'assistenza infermieristica in ogni comunità, che può rispondere a uno o più Comuni, avente circa 3000 abitanti, garantendo una presenza continua e costante, premessa per realizzare la sanità d'iniziativa.

L'intervento dell'IdC si sviluppa:

- **a livello domiciliare:** eroga l'assistenza infermieristica, con risposte differenziate in rapporto ai diversi livelli di complessità e intensità, con carattere di continuità agli utenti. Promuove la salute nella comunità attraverso l'integrazione delle cure infermieristiche con le esigenze del nucleo familiare con un approccio volto a valorizzare le risorse delle singole famiglie indirizzandole verso una corretta autocura ed autogestione iniziando dalle famiglie degli utenti già in carico ai servizi di Cure Domiciliari. L'IdC effettua la presa in carico anticipata, coglie i bisogni potenziali inespressi, orienta e/o attiva i servizi presenti nella rete territoriale. Può essere attivata dagli stakeholder e agisce in autonomia nella rilevazione dei bisogni della comunità.

Qualora evidenzi un bisogno clinico lo segnala al Medico di Assistenza Primaria che provvede alle eventuali prescrizioni diagnostiche terapeutiche.

Le attività effettuate a domicilio sono registrate sul flusso SIAD utilizzando il profilo "IFeC".

- **a livello ambulatoriale:** promuove gli interventi di educazione alla salute, orienta ed informa i cittadini relativamente all'offerta sanitaria migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi, garantisce le prestazioni infermieristiche richieste dal Medico di Assistenza Primaria a tutti gli utenti che sono in grado di deambulare.

- **a livello comunitario:** svolge, attraverso il lavoro di rete, attività trasversali di implementazione delle interazioni con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute.

Introduction

L'ASL VCO nel 2016 ha partecipato al progetto Interegg Co.N.S.E.N.So: "L'infermiere di Famiglia e di Comunità a sostegno dell'invecchiamento in una società che cambia". Cinque IFeC hanno preso in carico 1537 ultra65enni.

Quaranta infermieri, operanti presso le Cure Domiciliari e/o presso gli Ambulatori Infermieristici Territoriali, hanno frequentato il Master in IFeC o il Corso Regionale di Perfezionamento in IFeC.

L'investimento sull'ampliamento delle conoscenze e delle competenze degli infermieri garantisce che una stessa équipe intervenga su tutti i livelli di complessità assistenziale assicurando all'utente e alla famiglia una continuità assistenziale e relazionale.

Dal 1/1/23 è stato attivato il nuovo modello assistenziale: l'Infermiere di Comunità.

Conclusion

L'infermiere di Comunità diventa una figura riconosciuta sul territorio e rappresenta il punto di riferimento per garantire la risposta ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione.

Acknowledgements

Add your information, graphs and images to this section.

