



Ricerca di soggetti disponibili a supportare attività aziendali con contributi privati da erogarsi mediante contratti di sponsorizzazione o liberalità

Bando di riferimento:

P17 deliberazione n. 2156 del 15/12/2016

Tipologia di riferimento: **P17-03**

Formazione e ottimizzazione dei processi aziendali

Attività di sperimentazione studio, ricerca e sviluppo in campo medico scientifico, clinico, di perfezionamento

Acquisito parere Comitato etico in data _____

Parere Comitato etico da richiedere

Non necessario parere Comitato etico

Scheda di progetto P17-03-53

Data di emissione	25/06/2020
Titolo	“Ottimizzazione del percorso di Accoglienza e Presa In Carico Ambulatoriale in Oncologia (Progetto APriCA Oncologia)”
Periodo riferimento	Luglio 2020 / Luglio 2023, rinnovabile
Struttura proponente	UOC Oncologia
Responsabile progetto	Dott. Carlo Alberto Tondini Direttore Oncologia Tel. 035/2673694 mail. carlo.tondini@asst-pg23.it
Descrizione progetto	Riassunto: <i>L'evoluzione dell'assistenza sanitaria verso una maggior umanizzazione delle cure prevede una presa in carico della persona ammalata che va ben oltre le semplice forniture di prestazioni sanitarie di alto livello. Questa presa in carico deve essere il più globale possibile, e fornire al paziente un'assistenza continuativa all'interno di quello che sarà il suo percorso di cura per la patologia oncologica. Ma oltre ad una maggior umanizzazione la presa in carico deve prevedere una miglior qualità dell'assistenza, con percorsi diagnostico-terapeutici efficienti, lineari, coerenti e condivisi col paziente. Scopo del presente progetto è quello di migliorare il percorso del paziente oncologico gestito ambulatorialmente. Questa attività riguarda due ambiti ambulatoriali fondamentali nella gestione del paziente oncologico: - Quello della fase diagnostica di work up iniziale o dei</i>



controlli successivi di sorveglianza - Quello della fase terapeutica di prevenzione e gestione a domicilio dei possibili effetti collaterali delle terapie oncologiche in corso 1- L'inquadramento diagnostico del paziente oncologico, sia all'esordio di malattia sia durante la fase ambulatoriale di sorveglianza dopo la fase delle cure oncologiche richiede interventi mirati e tempestivi all'interno di valutazioni multidisciplinari complesse e articolate. Uno degli obiettivi è pertanto quello di fornire al paziente un percorso personalizzato e integrato per tutte quelle che saranno le fasi diagnostiche necessarie a completare la valutazione del dubbio oncologico. 2- Nel periodo delle terapie oncologiche, con particolare attenzione al periodo domiciliare tra un accesso all'ospedale e quello successivo, i pazienti incontrano difficoltà legate agli effetti collaterali delle terapie oncologiche, e non sempre trovano una pronta risposta ai loro bisogni e ai loro dubbi, per i quali devono spesso accedere impropriamente al Pronto Soccorso. La protezione del paziente anche nel periodo domiciliare, prevede la disponibilità di personale sanitario adeguatamente formato a rispondere ai bisogni del paziente e alle richieste di chiarimento da parte del contesto assistenziale familiare (medico di famiglia, caregivers, familiari). Il miglioramento della gestione di questi due percorsi ha quindi l'obiettivo fondamentale di: - Migliorare la qualità di vita del paziente - Migliorare le sue prospettive di beneficio clinico e di sopravvivenza - Ottimizzare e sveltire i percorsi diagnostici multidisciplinari all'interno dell'azienda ospedaliera nell'interazione con le varie realtà cliniche coinvolte - Facilitare il compito e alleggerire la pressione psicologica sul contesto familiare e dei caregivers - Ottimizzare gli accessi del paziente alla struttura sanitaria e in particolare al Pronto Soccorso durante i periodi di permanenza a domicilio

Introduzione

Il concetto di presa in carico

Questo concetto nasce in ambito sociale e, in termini ampi, rimanda all'idea di un servizio che "si fa carico di seguire continuamente una persona (o una famiglia), garantendo presenza, opportunità e sostegni, con l'obiettivo di permettere ad esse di controllare attivamente la propria vita" (Milani P, 2001). Ancora, la presa in carico è un "un processo in cui un operatore sociale, a fronte di una domanda espressa o inespressa... progetta uno o più interventi rivolti a una persona ..., mantenendo con essa un rapporto continuativo al fine della revisione dell'intervento stesso nel corso del tempo" (Vitale T, 2013). Soprattutto in ambito sanitario, il concetto di presa in carico può essere confuso con quello della semplice accettazione in un servizio. L'accoglienza è invece essenziale per "costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra persona assistita e persona che assiste all'interno di una relazione di aiuto, focalizzata sui bisogni dell'utenza e sulla partecipazione alle decisioni assistenziali che la riguardano (Geddes, 2013).

L'attenzione alla presa in carico sembra rappresentare l'obiettivo principale della riforma del welfare della X legislatura lombarda. La DGR 116/2013 legifera a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili e vuole favorire la presa in carico integrata delle famiglie e dei componenti fragili da parte di Enti Locali e Asl attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno e modalità organizzative che saranno successivamente identificate. Alla luce di questo filo conduttore, tutti i provvedimenti inerenti il riparto del Fondo Nazionale Non Autosufficienza (FNA) prevedono una forte integrazione nella governance degli interventi e nella gestione dalla fase di prima valutazione. Lo stesso indirizzo prioritario delle politiche di welfare (presa in carico integrata della persona) viene ribadito dalle delibere successive (740/2013, 856/2013, 392/2013, 2942/2014, Deliberazione X/6164 del 30/01/2017, Deliberazione X/6551 del 05/05/2017). Snodi



operativi della presa in carico Accoglienza Valutazione iniziale dei pazienti, accurata e sistematica Definizione della relazione personale Regia del percorso assistenziale Percorsi assistenziali e protocolli standard per profilo. Successiva personalizzazione Conoscenza approfondita dei problemi clinici e degli aspetti non clinici ma rilevanti per il percorso di cura Attenzione al vissuto soggettivo dei sintomi nei pazienti Obiettivi condivisi con gli altri professionisti e coordinamento degli interventi Monitoraggio Ascolto delle persone anche indipendentemente dalla necessità di compiti e prestazioni specifiche Pianificazione della dimissione e continuità assistenziale Partnership con famiglia e caregiver Interazione con altri servizi per la pianificazione della dimissione L'accoglienza è una delle funzioni degli operatori sanitari, un'attività necessaria per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra persona assistita e persona che assiste all'interno di una relazione di aiuto, focalizzata sui bisogni dell'utenza e sulla partecipazione alle decisioni assistenziali che la riguardano. L'accoglienza comporta pertanto una reciprocità stabilendo un rapporto bidirezionale. Si chiedono informazioni e si danno informazioni. L'accoglienza è di per sé cordiale, ospitale, poiché accogliere vuol dire approvare, accettare, dare ospitalità, includere. Il suo contrario è, appunto, allontanare, respingere, rifiutare, escludere. La presa in carico può essere definita come una modalità di governance di un processo assistenziale articolato e integrato nei suoi diversi passaggi, ovvero una modalità per garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso.

Si tratta di una azione – la presa in carico – messa in atto da parte della organizzazione sanitaria attraverso un processo organizzato, la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno e conseguentemente l'articolazione di pacchetti assistenziali a seconda del bisogno espresso. Delinea pertanto l'impegno a definire e a garantire un carico globale fondato su un processo individuale di valutazione dei bisogni.

L'evoluzione del concetto, in ambito sanitario e, in particolare, ospedaliero, assume tuttavia sfumature diverse e consiste in una funzione che ha il suo inizio con il processo di accoglienza, ma che mette il cittadino (e i familiari) nelle condizioni di individuare non solo un soggetto organizzato (l'équipe, il servizio), ma anche un soggetto relazionale (i medici Tutor, l'infermiere di processo) che è garante del percorso e della condivisione delle scelte terapeutiche e assistenziali, quindi sul piano non solo gestionale, ma anche umano. Il coinvolgimento del paziente nel processo di cura, oltre ad essere considerato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) parte integrante del percorso clinico assistenziale, è indispensabile per l'efficacia terapeutica, poiché aumenta il grado di compliance della persona e favorisce l'adesione alla terapia farmacologica. Il paziente informato e coinvolto può contribuire a ridurre gli eventi avversi perché esegue, in qualche misura, un ulteriore controllo sulla sua cura.

Inoltre, una buona comunicazione influisce positivamente su una serie d'indicatori inerenti la salute, quali il controllo del dolore e il miglioramento fisico e psicologico. Colui che comunica deve assicurarsi che l'incontro con il paziente si svolga in un ambiente riservato, con sufficiente tempo a disposizione per un colloquio di sostegno, lasciando spazio alle domande e prestando attenzione soprattutto ad osservare, accogliere e rispondere alle emozioni del paziente. La convivenza con una neoplasia può portare ad un profondo stress che destabilizza i meccanismi di difesa psicologici fino a quel momento equilibrati, potenziando la rimozione e la negazione. In ambito sanitario la comunicazione diviene un importante strumento per costruire e mantenere nel tempo una relazione terapeutica ed esige, pertanto, la formazione continua degli operatori sanitari. I pazienti oncologici non hanno bisogno solo di prestazioni diagnostiche e terapeutiche, hanno anche esigenze emotive e sociali che rendono più difficile affrontare la malattia ed aderire ai trattamenti. Da qui la necessità di individuare strategie e



	<p>interventi per promuovere l'umanizzazione delle cure oncologiche che richiedono una stretta condivisione e sinergia tra gli attori coinvolti nelle diverse fasi della malattia. La proattività o approccio proattivo si riferisce a una modalità anticipatoria, orientata al cambiamento e ad auto-iniziativa, in particolari situazioni, nei luoghi di lavoro. Il comportamento proattivo implica quindi l'agire in anticipo per una situazione futura, piuttosto che reagire. Significa quindi prendere il controllo e far accadere le cose piuttosto che adattarsi a una situazione o attendere che qualcosa accada. Un dipendente proattivo non ha bisogno di essere invitato ad agire né ha bisogno di istruzioni dettagliate. La proattività è stato dimostrato essere un fattore essenziale per migliorare i risultati terapeutici e la sopravvivenza dei pazienti. (Basch 2017) Nella presa in carico proattiva, il sanitario quale responsabile della gestione clinica è chiamato a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contattare i pazienti e valutare la condizione di fragilità attraverso un'intervista, dopo l'acquisizione del consenso del paziente; 2. Proporre un percorso di presa in carico: essere un riferimento nominativo per il paziente in caso di necessità e offrire un supporto alla risoluzione dei problemi assistenziali, diagnostici e terapeutici; 3. Promuovere l'aderenza alla terapia, individuando i problemi di non adesione, elaborando strategie di mantenimento e/o miglioramento della propria condizione cronica; 4. Sostenere il self-care cioè quelle pratiche terapeutiche di autocura; 5. Verificare e promuovere l'adozione di provvedimenti e corretti stili di vita per prevenire possibili effetti collaterali dei trattamenti; 6. Integrarsi con il MMG del paziente, con gli altri servizi Distrettuali, con i caregivers e con il nucleo familiare del paziente fornendo istruzioni e verificando la corretta esecuzione dei provvedimenti sanitari <p>Bibliografia Basch E, Deal AM, Dueck AC, Scher HI, Kris MG, Hudis C, Schrag D. JAMA. 2017 Jul 11;318(2):197-198. doi: 10.1001/jama.2017</p> <p>Bianchi E, Vernò F. (a cura di). Le famiglie multiproblematiche non hanno solo problemi. Fondazione Zancan, 1995</p> <p>Corbin J. Is caring a lost art in nursing? Int J Nurs Stud 2008;45(2):163-165</p> <p>Geddes M. Accettazione, accoglienza, presa in carico. Ricerca e Pratica 2013; 27: 75-77</p> <p>Milani P. (a cura di). Manuale di Educazione Familiare. Ricerca, intervento, formazione. Erickson, Trento, 2001</p> <p>Polizzi E, Tajani C, Vitale T. "Programmare i territori del welfare. Attori, meccanismi ed effetti". Carocci, Roma, 2013</p> <p>Sayani L. Si può imparare a prendersi cura? ACOS Nazionale, 2013</p> <p>Vernò F. Lo sviluppo del welfare di comunità: dalle coordinate concettuali al gruppo di lavoro. Carocci, Roma, 2007</p>
<p>Obiettivi del progetto</p>	<p>Risposta ai bisogni della persona e del suo " sistema famiglia"</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ garantire alla persona con patologia oncologica un percorso clinico assistenziale di qualità, con continuità tra ospedale e territorio, impostato sulle peculiarità della presa in carico globale nella cronicità di malattia ✓ ridurre i tempi diagnostico/terapeutici ed eliminare sovrapposizioni di percorsi e ritardi → promuovere e migliorare la qualità di vita della persona ammalata (gestire adeguatamente complicanze e sintomi, dolore, ansia, paure, incertezze) ✓ favorire l'attivazione delle risorse e l'empowerment della persona e della contesto famiglia/caregiver ✓ promuovere una comunicazione efficace ed una relazione di aiuto empatica ✓ migliorare la qualità e l'efficacia delle cure oncologiche. <p>Risposta ai bisogni dell'organizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ottimizzare l'uso delle risorse contenendo i costi, eliminando sprechi, riducendo tempi di attesa, evitando ammissioni, giornate di degenza e riammissioni inappropriate (tenendo in considerazione che certi costi legati al trattamento chemio- radioterapico sono "fissi" e governati dai protocolli di ricerca e



	<p>trattamento e dalle bests practices)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ migliorare la gestione del rischio clinico e la sicurezza delle pazienti in ospedale ✓ sviluppare un clima organizzativo sano e favorevole all'apprendimento continuo per operatori e studenti ✓ favorire la continuità ospedale-territorio e promuovere rapporti di collaborazione con tutti gli stakeholders <p>Risposta ai bisogni degli operatori</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ definire una vision condivisa fra gli operatori del dipartimento e favorire il lavoro in team multidisciplinare e multiprofessionale, valorizzando le competenze di tutti gli attori che operano "in rete" per soddisfare i bisogni di salute della donna, favorire il senso di appartenenza all'azienda ✓ migliorare la comunicazione nelle équipes professionali e fra operatori e pazienti /famiglie ✓ sostenere la motivazione del personale del dipartimento e favorirne l'empowerment ✓ promuovere la leadership infermieristica in ambito clinico ✓ creare un modello assistenziale in oncologia per la "retention" degli infermieri
<p>Fasi e tempi di realizzazione stimati</p>	<p>3 anni, rinnovabile</p>
<p>Stato di avanzamento</p>	<p>-</p>
<p>Collaborazioni con altre strutture aziendali o altri soggetti esterni</p>	<p>Collaborazione con :</p> <p>Unità di Chirurgia Generale 1</p> <p>Unità di Chirurgia Generale 2</p> <p>Unità di Chirurgia Toracica</p> <p>Unità di Gastroenterologia</p> <p>Unità di Urologia</p> <p>Unità di Otorinolaringoiatria</p> <p>Unità di Senologia</p> <p>Unità di Radioterapia</p> <p>Unità di Dermatologia</p> <p>Unità di Medicina Interna</p> <p>Unità di Pneumologia</p> <p>Unita EAS</p>

Risorse Professionali	Personale non strutturato (contratti Libero professionali, borse di studio...)
Risorse Organizzative	Nessuna risorsa organizzativa aggiuntiva richiesta
Strumentazione	Nessun supporto strumentale aggiuntivo richiesto
Contropartita per i finanziatori	Sul materiale informativo/formativo e negli eventi correlati sarà data evidenza al logo del/degli sponsor che avranno sostenuto in tutto o in parte le attività del progetto
Finanziamento richiesto	Euro 100.000,00 / anno, rinnovabili, anche composti da finanziamenti parziali riferibili a singole parti del progetto complessivo
<p> Criteri ed indicatori per la verifica del raggiungimento degli Obiettivi </p>	<p> Rapporti quadrimestrali e valutazione del raggiungimento degli obiettivi: </p> <ul style="list-style-type: none"> → Di tutti i pazienti che si presentano all'ambulatorio con sospetto/nuova diagnosi oncologica: Numero pazienti nuova diagnosi gestiti in APriCA / Numero totale nuovi pazienti Valore atteso= >90% → Di tutti i pazienti gestiti in APriCA: Numero esami diagnostici prenotati in APriCA/ numero totale esami diagnostici Valore atteso= >80% → Di tutti i pazienti che iniziano una nuova linea terapeutica oncologica: Numero pazienti contattati pro-attivamente/numero totale pazienti con inizio nuova terapia oncologico Valore atteso= >90% → Di tutti i pazienti che si presentano all'ambulatorio delle urgenze o in PS Numero pazienti con problemi clinici risolvibili a domicilio/Numero di pazienti seguiti in APriCA Valore atteso=