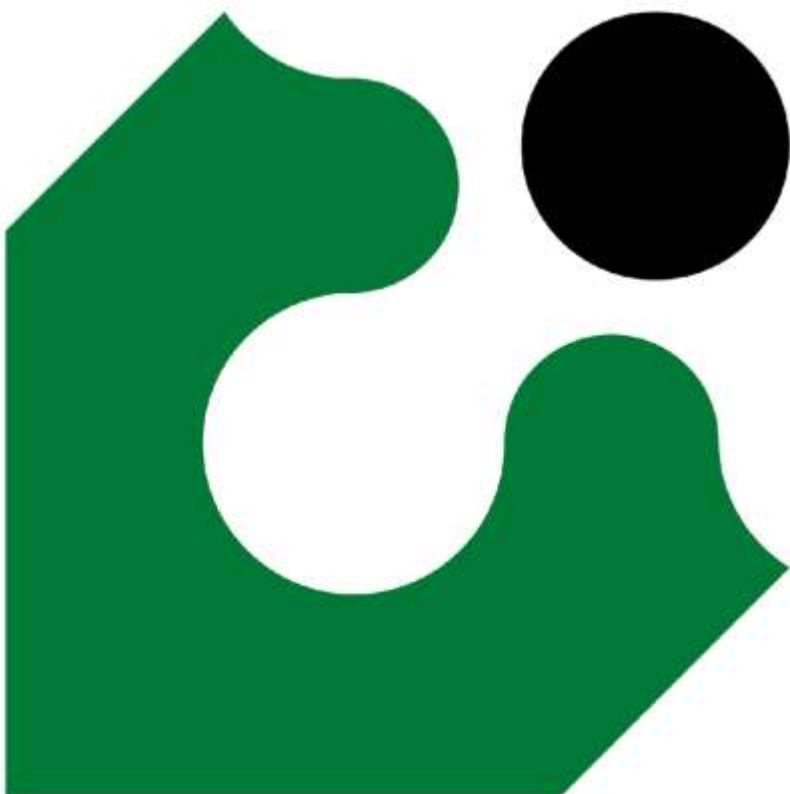


**Ottimizzazione della presa in carico
ospedaliera e territoriale nel percorso del
paziente obeso**

Eugenia Pellegrino

**Corso di formazione manageriale per
Dirigenti di Struttura Complessa**

Anno 2023/2024



Corso di formazione manageriale per Dirigente di struttura complessa

UNIMI DSC 2301/DE
Università degli Studi di Milano

GLI AUTORI

Eugenia Pellegrino

Infermiera Case Manager, Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo, e.pellegrino@smatteo.pv.it

Il docente di progetto

Federico Lega, professore ordinario, Università degli Studi di Milano

Il Responsabile didattico scientifico

Federico Lega, professore ordinario, Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

Ottimizzazione della presa in carico ospedaliera e territoriale nel percorso del paziente obeso

INDICE

| | |
|---|----|
| INDICE | 3 |
| INTRODUZIONE | 7 |
| EPIDEMIOLOGIA DELL'OBESITA' | 8 |
| OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO | 9 |
| DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO | 10 |
| METODOLOGIA ADOTTATA | 14 |
| DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE | 17 |
| ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE | 26 |
| RISULTATI ATTESI | 30 |
| CONCLUSIONI | 31 |
| RIFERIMENTI NORMATIVI | 32 |
| BIBLIOGRAFIA | 33 |
| SITOGRAFIA | 34 |

INTRODUZIONE

Il tema obesità continua a costituire una sfida crescente dei sistemi sanitari a livello mondiale con implicazioni significative per la Salute Pubblica e l'assistenza sanitaria e come definisce l'OMS è *la risultante dell'interazione tra componenti comportamentali, sociali e metaboliche, alcune geneticamente determinate, altre riconducibili a fattori ambientali*. Numeri allarmanti di un'emergenza globale anche nella popolazione pediatrica, in cui l'incremento stimato dell'obesità nei bambini dal 2020 al 2035 è del 100%.

Questa patologia, pur non essendo ancora riconosciuta tale dal Sistema Sanitario, colpisce l'11.4 % della popolazione del nostro Paese, incidendo profondamente sullo stato di salute col peggioramento della qualità di vita poiché si accompagna a importanti malattie quali diabete mellito di tipo 2, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica e altre condizioni morbose tra cui il cancro.

I trattamenti per l'obesità includono oltre a interventi di prevenzione relativi allo stile di vita, trattamenti di ambito dieto-terapico, farmacologico, endoscopico e chirurgico.

In tutti i Centri Italiani accreditati da Società Scientifiche come nella Società Italiana di Chirurgia dell'obesità e delle malattie metaboliche (SICOB), permane la consapevolezza che siano necessari varie determinanti: una gestione efficace dalla presa in carico al follow up e un approccio multidisciplinare strutturato e in molti Centri della Regione Lombardia, questa necessità ha fatto emergere negli ultimi anni l'implementazione di vari attori nel management del paziente obeso, figure professionali dedicate con percorsi formativi universitari e competenze specifiche che hanno generato un miglioramento del percorso per il paziente in termini di: riduzione dei tempi d'attesa in presa in carico, riduzione di costi per il paziente e la struttura, miglioramento della compliance alle cure con regressione delle patologie correlate e riduzione degli accessi in pronto soccorso. Nel project work viene descritta l'esperienza del management ospedaliero della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, riferimento per molti centri Sicob nella gestione del percorso del paziente obeso candidato a trattamento chirurgico per il "contenimento" delle risorse utilizzate, umane materiali e strutturali.

Il tema affrontato in questo project work costituisce una grande sfida nell'interlocazione ospedale/territorio sia per l'obiettivo di realizzazione di una Struttura Unica integrata come riferimento in fase di presa in carico lungo il percorso, sia per l'ottimizzazione della risorsa umana dedicata, un team multidisciplinare unico, coordinata da un'unica figura dirigenziale. Obiettivo secondario del progetto l'ottimizzazione dei costi in presa in carico per paziente, Struttura e Sistema.

In questo contesto, il project work dopo un'analisi dei principali modelli organizzativi di presa in carico in uso nelle Aziende Sanitarie Lombarde correlate alla tipologia di accreditamento dei Centri SICOB, mette in evidenza le aree comuni di miglioramento in presa in carico ospedaliera e territoriale nel trattamento chirurgico, un trattamento ancora oggi "contenuto" a causa di limitazioni culturali, organizzative ed economiche.

Un'ottica di maggiore equità nell'organizzazione delle cure, efficienza nel contenimento dei costi e di efficientamento anche in presenza di futuri PDTA regionali potrebbe essere applicabile in qualunque fase del percorso, non esclusivamente in presa in carico.

EPIDEMIOLOGIA DELL'OBESITA'

La prevalenza dell'obesità è in costante e preoccupante aumento, non solo nei Paesi occidentali ma anche in quelli a basso-medio reddito; rappresenta, inoltre, un importante fattore di rischio per varie malattie croniche. L'obesità deve essere ormai considerata non solo un fattore di rischio per diverse patologie, ma una malattia cronica progressiva e recidivante, anche quando, negli stadi iniziali, non si associ ad alcuna complicanza. Oltre a prevenire l'insorgenza di obesità (prevenzione primaria), occorre quindi sviluppare strategie per prevenire lo sviluppo delle comorbidità associate (prevenzione secondaria) e gli esiti legati a tali comorbidità (prevenzione terziaria). In Italia, l'ISTAT, relativamente all'anno 2021, rileva che, nella popolazione adulta, la quota di sovrappeso è pari al 36,1% (maschi 43,9%, femmine 28,8%), mentre gli obesi sono l'11,5% (maschi 12,3%, femmine 10,8%), evidenziando un trend in costante crescita. Complessivamente, quindi, in Italia si possono stimare in circa 4 milioni le persone adulte obese.

Dopo anni di lavoro il problema obesità è stato esposto a livello parlamentare e il 13 di novembre 2019, 458 presenti all'unanimità hanno approvato una mozione parlamentare che impegnasse il Governo a prendersi cura e carico del problema obesità. Il 2 marzo 2021 la regione Lombardia votò una mozione che impegnava la giunta regionale, ad attivarsi affinché l'obesità venisse riconosciuta come malattia e inserita nei LEA. Questo non è ancora avvenuto e nel frattempo il tempo ed i numeri avanzano inesorabilmente. 20 milioni di italiani sono in sovrappeso, 6 milioni affetti da obesità e crescono del 10% ogni 10 anni, 1 bambino su 3 è in sovrappeso, 1 su 4 è affetto da obesità.

L'80% dei casi di diabete di tipo 2, il 55% dei casi di ipertensione, il 55% di casi di cardiopatia, il 35% dei casi di tumore sono legati all'obesità. Oggi ci sono 57.000 morti l'anno, 1.000 a settimana, 150 al giorno e 1 ogni 10 minuti. Uno studio sul sesso maschile ha dimostrato che chi diventa affetto da obesità nella fascia d'età compresa tra i 20 e i 40 anni può ridurre le aspettative di vita di 8 anni e 18-19 anni li trascorrerà con una serie di patologie dannose sia per la salute che per l'economia, poiché l'obesità mina la funzione di qualsiasi organo e/o apparato. Tra le complicanze ricordiamo diabete, ipertensione, patologie renali, cancro, ictus, incontinenza urinaria, disfunzione erettile, malattia della cistifellea, malattia epatica grassa non alcolica e malattie polmonari (funzione anormale, apnea ostruttiva del sonno e sindrome da iperventilazione).

A fronte delle varie iniziative messe in campo e della mole di letteratura scientifica prodotta sul tema, il problema primario da affrontare è il riconoscimento dell'obesità quale malattia recidivante, e il suo inserimento nei LEA, passando attraverso un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Il 41% delle malattie croniche non trasmissibili del nostro paese sono di natura cardiovascolare e la metà di queste sono prevenibili prevenendo l'obesità, come lo sono anche il 35% dei tumori, il 5% delle malattie respiratorie ed il 4% del diabete. Prevenzione, dunque, è sinonimo di sostenibilità del SSN.

1. OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Obiettivi strategici

1. Uniformare la presa in carico del paziente obeso adulto all'interno di un percorso integrato con la creazione di una Struttura "funzionale", caratterizzata da: un team multidisciplinare unificato e un coordinamento di unica figura Dirigenziale in ambito ospedaliero e territoriale
2. Ottimizzare I costi di presa in carico del paziente obeso in regime "ordinario" rispetto alle varie tipologie di trattamento, con un focus sul trattamento chirurgico.

Obiettivi specifici

- 1.1 definire il processo di presa in carico unica in contesto ospedaliero e territoriale
- 1.2 Identificare l'attività di un team multidisciplinare unico in presa in carico
- 1.3 Unificare le modalità di segnalazione del caso in regime ordinario
- 1.4 Individuare i setting di cura appropriati in presa in carico

- 2.1 Individuare i costi di un percorso "ordinario" in presa in carico
- 2.2 Integrare l'attività multidisciplinare nei setting di cura per garantire un approccio completo e sostenibile dell'obesità
- 2.3 Sostenere l'uso della digitalizzazione nei colloqui informativi coinvolgendo tutti gli attori del sistema.

| INDICATORI DI ESITO OBIETTIVO 1 | 15/06/2024 - 15/06/2025 | | | |
|---|-------------------------|-----|-----|------|
| | 1 M | 3 M | 6 M | 12 M |
| N° DI RICOVERI PER COMPLICANZA PRIMA E DOPO L'IMPLEMENTO DELLA GESTIONE CONDIVISA | | | X | X |
| TASSO DI RIENTRI PER VALUTARE EFFICACIA DEL TRATTAMENTO | | X | | X |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI CLINICHE E PARAMETRI ANTROPOMETRICI: PA, GLUCOSIO, BMI | X | X | X | X |
| MISURAZIONE ATTESA AI SERVIZI E ALE STRUTTURE PER LA VALUTAZIONE DELLA GESTIONE CONDIVISA | X | X | X | X |
| MONITORAGGIO CAMBIAMENTI DELLO STILE DI VITA : ALIMENTAZIONE E MOVIMENTO | | | X | X |
| MISURARE L'ADESIONE AL FOLLOW UP | X | X | X | X |
| ANALIZZARE I COSTI PRE E POST IMPLEMENTAZIONE DELLA GESTIONE CONDIVISA | | | | X |

| INDICATORI DI ESITO OBIETTIVO 2 | 15/06/2024 - 15/06/2025 | | | |
|--|-------------------------|-----|-----|------|
| | 1 M | 3 M | 6 M | 12 M |
| ANALISI COSTI DIRETTI: TRATTAMENTO FARMACOLOGICO, INTERVENTO CHIRURGICO, ASSISTENZA OSPEDAIERA | X | | X | X |
| ANALISI COSTI INDIRETTI PER IL PAZIENTE | | | X | X |
| TASSO DI COMPLICANZE POST-OPERATORIE | X | | | X |
| MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DI VITA ATTRAVERSO LA CIRURGIA BARIATRICA | | | | X |
| COSTO PERSONALE SANITARIO E RISORSE STRUTTURALI PER EVIDENIARE INEFFICIENZE | X | | X | X |

2. DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

I destinatari del progetto sono riscontrabili in una popolazione di pazienti adulti affetti da obesità (Tabella 1) sempre più numerosa e diversificata, rappresentata da pazienti in età compresa tra i 18 e i 65 anni con BMI di 40 Kg/m² o BMI 35 Kg/m² in presenza di patologie associate come diabete, cardiopatia, compromissioni dell'apparato muscolo-scheletrico e/o respiratorio, candidabili ai seguenti trattamenti : dietoterapico, farmacologico, endoscopico e con un particolare focus sul trattamento chirurgico.

Tabella 1. Classificazione per BMI (Body mass index)

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sovrappeso: BMI 24.9-29.9. ▪ Obesità I grado: BMI 30- 34.9. ▪ Obesità di II grado: BMI 35-39.9. ▪ Obesità di III grado: BMI 40-49.9. ▪ Superobesità: da BMI superiori a 50 |
|---|

Beneficiari del progetto sono tutti gli operatori sanitari, attori nell'attività di team in contesto di multidisciplinarietà ospedaliera e territoriale, le Associazioni di pazienti e le Società Scientifiche.

IL TEAM MULTIDISCIPLINARE NEL PERCORSO DEL PAZIENTE OBESO è impegnato nel percorso di diagnosi, trattamento, riabilitazione e assistenza alla persona affetta da obesità è generalmente composto da medici e professionisti sanitari provenienti da diverse discipline e settori che operano per il raggiungimento di un obiettivo comune e per la risoluzione di problemi di salute condivisi. Questo approccio favorisce la collaborazione, la condivisione delle conoscenze e la sinergia tra i membri ottimizzando i risultati e la qualità dell'assistenza erogata. In un centro in cui è previsto il trattamento per l'obesità i minimi requisiti professionali indicati dalle Società Scientifiche in ambito ospedaliero sono :

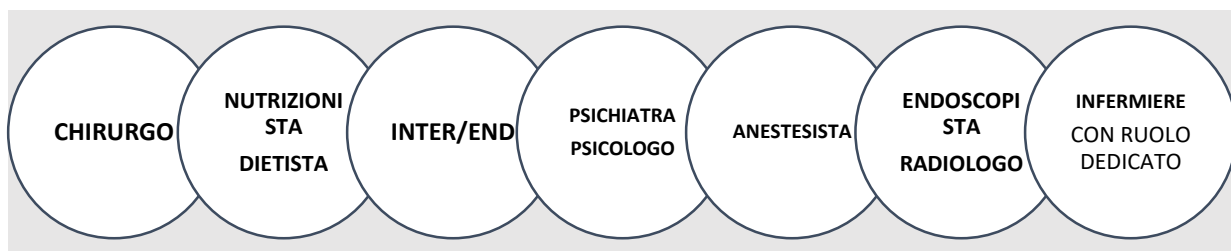
Chirurgo, nutrizionista, psicologo/psichiatra

In molte Aziende Sanitarie oltre a queste figure per i vari trattamenti previsti dietoterapico, farmacologico e chirurgico, si è ritenuto necessario dedicare un **team** (figura 1) composto da professionisti di vari ambiti :

- **internistico/endocrinologico** in tema di studio dei processi metabolici ;
 -**anestesiologico** per una maggiore sensibilizzazione all'applicazione dei protocolli ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) un percorso di cura perioperatoria multimodale progettato per

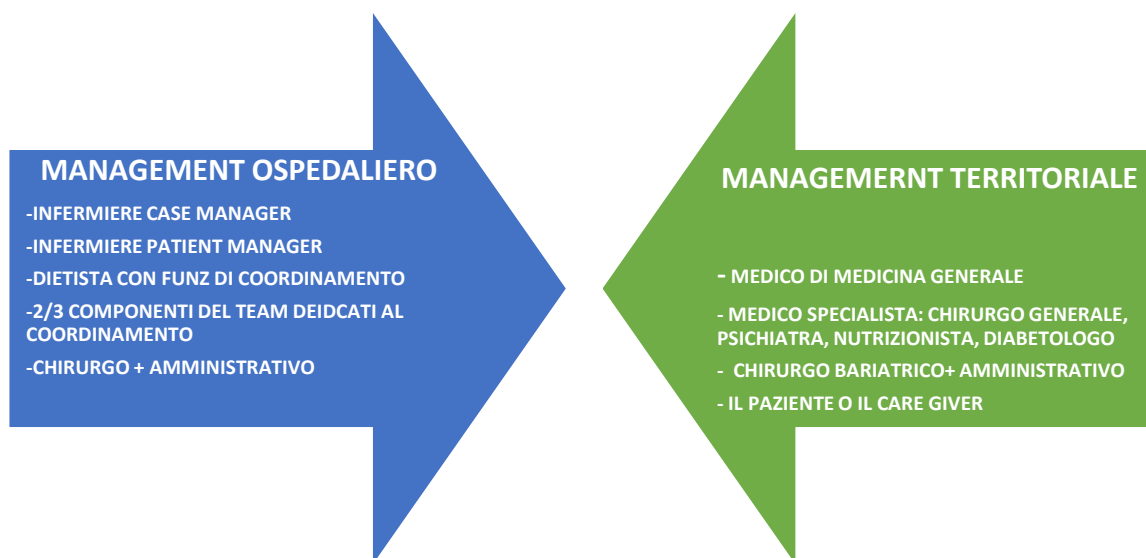
-**personale infermieristico « dedicato »** coinvolto nel management sia in fase di presa in carico sia nella gestione del follow up nei vari setting assistenziali

Figura 1 Team multidisciplinare



All'interno dei PDTA Aziendali di ogni centro vengono descritti ruoli e funzioni di ogni singolo membro del team che oltre a garantire in un'ottica multidisciplinare l'adeguato contributo nei processi decisionali rispetto al rispettivo ambito di competenza. Le figure coinvolte nel percorso del paziente obeso possono essere presenti non solo in contesti ospedalieri ma anche territoriali pertanto potrebbe risultare significativo il loro coinvolgimento dalla presa in carico alla gestione del follow up.

Figura 2, principali figure responsabili del management osp/terr nel percorso del pz obeso



2.1 ATTORI COINVOLTI NEL MANAGEMENT OSPEDALIERO TERRITORIALE

Nelle Aziende Sanitarie in cui è presente la presa in carico del paziente obeso, l'elenco delle parti interessate è rappresentato da persone, gruppi o entità che sono coinvolte o responsabili in un'organizzazione che include oltre al team multidisciplinare costituito da specialisti medici e professionisti sanitari di vari ambiti, figure dedicate al management del percorso con ruoli articolati

in posizioni di coordinamento o incarichi di funzione come previsto dal Ccnl¹. Le figure dedicate dalla presa in carico alla gestione del follow up sono infermieri case manager e infermieri di famiglia e comunità operanti in ambito territoriale (*Immagine 1, Attori coinvolti*).

Immagine 1, Attori coinvolti

| TEAM MULTIDISCIPLINARE | | STAKE HOLDER | |
|------------------------|----------------|--------------------------|-----------------------|
| NUTRIZIONISTA | AMMINISTRATIVO | PAZIENTI/UTENTI | UNIVERSITA' |
| DIETISTA | RADIOLOGO | CARE GIVER | AUTORITA' REGOLAM |
| PSICHIATRA | ENDOSCOPISTA | CITTADINANZA | SOCIETA' SCIENTIFICHE |
| PSICOLOGA | ANESTESISTA | INDUSTRIE FARMAC | |
| INTERNISTA/ENDOCR | CHIRURGO | ASSOCIAZIONI DI PAZIENTI | |
| PNEUMOLOGO | | PALESTRE | |
| CARDIOLOGO | | ASSICURAZIONI SANITARIE | |
| ANESTESISTA | | UFFICIO LEGALE | |
| INFERMIERE | | | |
| OSS | | | |

Immagine 2, luoghi di cura lcm e lfec



I primi presenti sia in ambito ospedaliero che territoriale, con una lunga tradizione storica, presenti in altre regioni come Emilia Romagna e Veneto, inquadrati con incarico riconosciuto in poche aziende sanitarie lombarde, attualmente solo presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia e presso l'Asst GOM Niguarda di Milano. Gli IFEC infermieri di famiglia e comunità dedicati alla gestione dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità di riferimento in collaborazione con il medico di

medicina generale e il pediatra di libera scelta, il medico di comunità e l'équipe multiprofessionale per aiutare individuo e famiglie a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità.

In tema di Salute pubblica il management ospedaliero-territoriale mira a consolidare un approccio organizzativo che integra la gestione dei servizi ospedalieri con quelli territoriali come i servizi di assistenza domiciliare, ambulatoriali e prevenzione al fine di migliorare l'efficienza del sistema, ottimizzando le risorse e garantendo un miglior coordinamento tra i vari livelli assistenziali.

Lo scenario attuale vede che ogni Azienda Sanitaria Pubblica o Privata accreditata, abbia sperimentato nel management del percorso del paziente obeso, vari modelli organizzativi basati sul

• ¹ Contratto collettivo nazionale del lavoro : Incarico di funzione organizzativa per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari

coordinamento dei vari attori coinvolti nella multidisciplinarietà : dietisti, specializzandi di medicina e chirurgia, medici Responsabili di centri coadiuvati da supporti amministrativi e figure infermieristiche derivanti da ruoli di coordinamento di degenza, ambulatorio e sale operatorie. Questo aspetto può costituire un ostacolo importante nella creazione del PDTA diversificandolo per Azienda Sanitaria. Solo in pochissimi centri della Lombardia, attualmente 2 : Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia e ASST GAM Niguarda di Milano, viene riconosciuto un incarico di funzione al ruolo dell'infermiere Case Manager dedicato al management ospedaliero (Immagine 2) con percorso Universitario formalizzato.

3. METODOLOGIA ADOTTATA

L'approccio metodologico utilizzato nel project work è riscontrabile nella tipologia benchmarking, conosciuta durante il percorso formativo personale e condivisa per l'approccio olistico del problema emerso nella diversità di presa in carico presente all'interno delle Strutture Sanitarie. Come rappresentato nella Figura 1, il processo si suddivide in 5 fasi:

1. Pianificazione
2. Analisi
3. Integrazione
4. Azione
5. Maturità

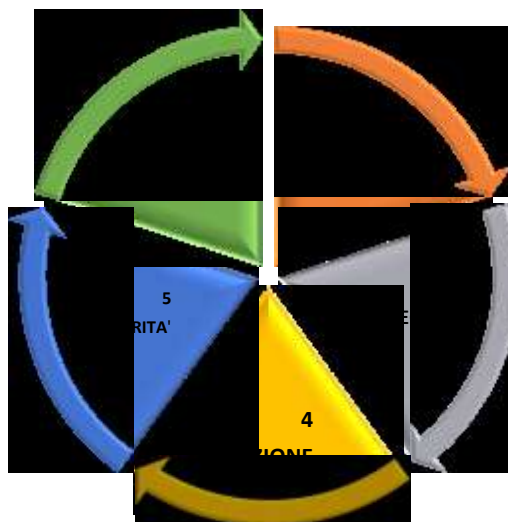


Figura 2 – Fasi e step del processo di benchmarking

| 1.PIANIFICAZIONE | 2. ANALISI | 3. INTEGRAZIONE | 4. AZIONE | 5. MATURITA' |
|--|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> •STEP 1 oggetto del confronto •STEP 2 identificare le aziende di riferimento •STEP 3 decidere il metodo di raccolta e classificazione dei dati | <ul style="list-style-type: none"> •STEP 4 raccogliere i dati interni ed esterni •STEP 5 analizzare i dati e confrontarli con le altre aziende •STEP 6 identificare le migliori pratiche per colmare il divario | <ul style="list-style-type: none"> •STEP 7 comunicare i risultati e ottenere i consensi •STEP 8 sviluppare il piano d'azione | <ul style="list-style-type: none"> •STEP 9 realizzare il piano d'azione e monitorare i progressi •STEP 10 ricalibrare gli obiettivi del confronto | <ul style="list-style-type: none"> •STEP 11 eliminare il divario precedentemente riscontrato •STEP 12 integrare delle pratiche di benchmarking nei processi |

3.1 IL VISSUTO PERSONALE : ESPERIENZA DELLA FONDAZIONE I.R.C.C.S. POLICLINICOSAN MATTEO DI PAVIA

Report 2022. L'attività di chirurgia bariatrica della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, ha avuto inizio nel 2011 presso la UOC di Chirurgia II, diretta dal Professor Andrea Pietrabissa e coordinata dal Dr. Andrea Peri. Il numero di accessi in 10 anni è di 1065 pazienti e dai dati riportati nel Registro Nazionale della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (S.I.C.O.B), 634 pazienti si sono sottoposti a trattamento chirurgico, 460 donne e 174 uomini, in età compresa tra 18 ed i 65 anni. Dei 634 pazienti, 548 risultano in regolare follow up² e come riportato nell' *immagine 1* i pazienti provengono da varie regioni d'Italia: 454 principalmente dalla Lombardia, 17 Lazio, 5 Puglia e Calabria e 72 prevalentemente dalla Sicilia (Immagine 1)

Immagine 1, accessi totali



Le tecniche maggiormente utilizzate presso il *Centro* sono quelle con casistica maggiore anche a livello Nazionale documentata in tutti i 77 Centri Bariatrici accreditati dalla SICOB: sleeve gastrectomy (tot. 448), by pass gastrico (tot. 99), mini gastric by pass (25), posizionamento pallone intragastrico (tot. 8). **AMBULATORIO UNICO MULTIDISCIPLINARE** Negli ultimi anni è registrato un incremento dell'attività di *revisione* chirurgica e la tipologia di casi trattati ha un livello maggiore di complessità dovuta alla presa in carico di pazienti molto complessi da trattare chirurgicamente, sintomatici con complicanze tardive e/o pazienti sottoposti in passato a più interventi bariatrici con follow up mancante. L'inquadramento multidisciplinare del paziente obeso e il suo monitoraggio a lungo termine, hanno fatto emergere la necessità di creare un ambulatorio multidisciplinare dedicato al percorso del paziente obeso, pertanto nel 2014 viene attivato uno spazio utile allo studio del paziente in fase di eleggibilità all'intervento e al monitoraggio dello stesso a breve e lungo termine. Lo spazio dedicato è costituito da una piccola sala d'attesa ricavata in un'area molto tranquilla al piano -1, Padiglione DEA della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, con all'ingresso sedute ordinarie (con portata

Puzziferri et al, *Long-term follow-up after bariatric surgery. A systematic review* in JAMA, 2014

di kg 130) in dotazione presso l'Ente, spazio di *front office* per l'accoglienza e la pianificazione delle prenotazioni ed un'area dedicata alla compilazione di questionari. Nell'ambulatorio sono stati collocati arredi ordinari e specifici come 1 letto di degenza elettrico articolabile (anziché il comune lettino visita) ed una bilancia per pazienti super obesi (con portata di kg 360). Nell'ambulatorio multidisciplinare troviamo inoltre un misuratore dell'altezza da parete, postazione pc con doppio schermo (vista operatore e vista paziente) e un armadio contenente materiale informativo per supplementazioni proteiche e multivitaminiche, immagini cartacee relative alle tecniche chirurgiche e note informative. L'attività ambulatoriale è suddivisa in fascia oraria mattutina e pomeridiana, dal lunedì al venerdì, con slot da 30 minuti per un massimo di 10 visite al giorno. Tutto il team composto da dietista, internista, psichiatra, chirurgo e case manager ruota quindi in un unico ambulatorio, in giorni dedicati e, talvolta, sulla base delle problematiche individuali dei pazienti, le visite e/o i colloqui possono svolgersi in presenza o in televisita/teleconsulto in varie modalità:

- medico o professionista sanitario con *singolo* paziente (come ad esempio durante il colloquio di eleggibilità psichiatrica);
- team (medico e professionista sanitario) e paziente (ad esempio nei casi in cui un problema è comune a più ambiti);
- *congiunto* tra team, paziente e care giver (ad esempio quando il paziente è molto giovane e inesperto nella gestione del percorso salute).

La principale prestazione ambulatoriale svolta da ogni professionista sanitario è il colloquio e per evitare "duplicazioni" di prestazioni già previste in altri ambulatori non vengono eseguite medicazioni, elettrocardiogramma e prelievi. Al termine di ogni visita viene programmato il controllo successivo con cadenza indicata dalle Linee Guida Nazionale SICOB. Nella degenza di Chirurgia Generale 2, situata al piano 6, torre A padiglione DEA della Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo di Pavia, sono state previste:

- 2 camere dedicate ai pazienti obesi in cui sono presenti n. 2 letti di degenza ordinaria e di portata diversa, la portata massima è di 360 kg;
- strutturazione *dedicata* di servizi igienici interni alle due camere.

Le sedute all'interno delle camere non sono dedicate ma vengono utilizzate quelle di degenza ordinaria in quanto la portata, l'ampiezza della superficie di seduta e l'assenza di braccioli, ad oggi sono stati valutati sufficienti rispetto ai pesi, ai BMI e alle dimensioni dei pazienti trattati, per garantire la sicurezza del paziente e l'assenza di barriere architettoniche. Gli spostamenti del paziente, se necessari, vengono effettuati con il letto di degenza utilizzando ascensori dedicati anche per il trasferimento in sala operatoria. Nel blocco operatorio sono presenti tutti i materiali utili e necessari per la seduta operatoria di un paziente bariatrico: letto e presidi speciali per il posizionamento del paziente obeso, dispositivi per la prevenzione tromboembolica (gambali pneumatici), bracciali per il monitoraggio pressorio taglia L, XL e XXL., strumenti chirurgici monouso e pluriuso, colonna laparoscopica, materiali per intubazione complessa.

4. DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

1. PIANIFICAZIONE

OGGETTO DEL CONFRONTO: modalità di presa in carico ospedaliera e territoriale del paziente obeso adulto candidabile ai vari trattamenti

AZIENDE DI RIFERIMENTO: strutture sanitarie (semplici e/o complesse) che rappresentano lo Standard d' "eccellenza" della Società Italiana di chirurgia dell'obesità e delle malattie metaboliche presenti in Regione Lombardia. Lo Standard viene attribuito secondo criteri ben definiti (Tabella 1)

VALUTAZIONE DEI CRITERI DI ACCREDITAMENTO ALLA SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA DELL'OBEISTA' E DELLE MALATTIE METABOLICHE (SICOB ³) La valutazione si esplicita nelle varie classificazioni a Centro: eccellenza, accreditato, affiliato (Tabella 1) attraverso i quali con un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale formalizzato, la Società scientifica chiede l'inserimento della casistica in un Registro Nazionale (c1). L'uso del registro prevede l'inserimento di dati antropometrici del paziente, la situazione clinica, la scelta della tecnica chirurgica con la descrizione di eventuali complicanze (c2) e monitora il follow up che deve risultare superiore al 50% (c3). Alle Aziende viene inoltre richiesto che il Responsabile svolga attività Societaria da più di 3 anni (c4) e che disponga di un team multidisciplinare composto da: chirurgo, nutrizionista, psicologo/psichiatra (c5). Il numero delle tecniche chirurgiche devono essere almeno 2 (c6), con un volume minimo di 25 casi annui (c7). La gestione dei re-interventi è presente solo nei centri d'eccellenza (c8) e la Struttura di terapia intensiva nei centri affiliati può esser presente anche in convenzione con altra Struttura (c9).

Tabella 1. Criteri di accreditamento della Società Italiana di Chirurgia dell'obesità e delle malattie metaboliche (aggiornamento al 17/03/2024)

| | CRITERI ACCREDITAMENTO | Centro di Eccellenza | Centro Accreditato | Centro Affiliato |
|----|--|----------------------|--------------------|------------------|
| c1 | Il centro segue i criteri di selezione dei pazienti (PDTA formalizzato) | SI | SI | SI |
| c2 | Il centro inserisce la sua casistica nel Registro Nazionale SICOB | SI | SI | SI |
| c3 | Il centro dispone di un follow-up dei pazienti superiore al 50%, regolarmente inserito nel Registro Nazionale SICOB | SI | SI | SI |
| c4 | Il Responsabile dell'evento è iscritto e partecipa alla SICOB da più di tre anni | SI | NO | NO |
| c5 | Il centro dispone di un team multidisciplinare iscritto alla società (Chirurgo - Nutrizionista - Psicologo/Psichiatra) | SI | SI | SI |
| c6 | Il centro esegue un numero minimo di procedure chirurgiche riconosciute dalla SICOB pari a | 4 | 3 | 2 |
| c7 | Il centro ha un volume minimo di attività annuo pari a casi | 100 | 50 | 25 |

³ https://www.sicob.org/03_attivita/centri_accreditati_sicob.aspx

Ottimizzazione della presa in carico ospedaliera e territoriale nel percorso del paziente obeso

| | | | | |
|----|---|----|----|--|
| c8 | Il centro ha un volume minimo di Re-Do surgery Annuo | 15 | - | - |
| c9 | Il centro dispone di terapia intensiva nella struttura di ubicazione del Centro | SI | SI | Si oppure è disponibile in convenzione con altra struttura |

Il criterio numero 5 (c5) della Tabella 1 apre una prima riflessione in merito al tem multidisciplinare in quanto sono elencati 3 / 4 componenti di un team multidisciplinare, non vengono descritti i ruoli in relazione al management del percorso.

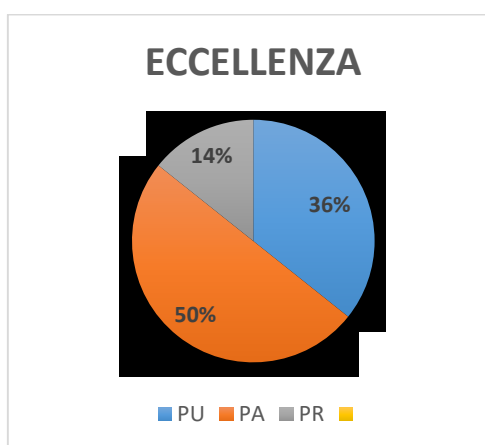
Secondo i criteri di Accreditamento SICOB in Regione Lombardia ci sono 24 Centri di cui 14 classificati "d'eccellenza", 5 definiti centro "Accreditato" e 5 "centro affiliato" (Tabella 2). Dei 14 centri d'eccellenza corrispondenti a criteri elevati per anzianità del Responsabile, maggiori tecniche riconosciute, presenza di volume minimo di redo-surgery annuo, 5 sono aziende pubbliche (PU), 7 private accreditate (PA) e 2 private (PR).

Tabella 2. Raggruppamento Aziende Sanitarie per Livelli di Accreditamento SICOB

| | Tipo | PRIV. PRIV/ACC PUB | Denominazione | Comune |
|----|----------------------|--------------------------|---|-----------------------|
| 1 | Centro di Eccellenza | PR | Irccs Ospedale San Raffaele | Milano |
| 2 | Centro di Eccellenza | PU | Azienda Socio Sanitaria Territoriale - Garda | Desenzano Del Garda |
| 3 | Centro di Eccellenza | PA | Istituto Clinico Beato Matteo | Vigevano |
| 4 | Centro di Eccellenza | PU | ASST Spedali Civili di Brescia | Brescia |
| 5 | Centro di Eccellenza | PU | ASST GOM Niguarda Milano | Milano |
| 6 | Centro di Eccellenza | PA | IRCCS GALEAZZI – SANT'AMBROGIO - INCO (Istituto Nazionale per la Cura dell'Obesità) | Milano |
| 7 | Centro di Eccellenza | PA | Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza | Brescia |
| 8 | Centro di Eccellenza | PA | IRCCS Humanitas | Rozzano |
| 9 | Centro di Eccellenza | PA | Humanitas Gavazzeni Di Bergamo | Bergamo |
| 10 | Centro di Eccellenza | PA | Humanitas San Pio X | Milano |
| 11 | Centro di Eccellenza | PA | Policlinico San Marco | Zingonia - Osio Sotto |
| 12 | Centro di Eccellenza | PU | Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo Pavia | Pavia |
| 13 | Centro di Eccellenza | PR | Casa Di Cura Accreditata Policlinico Di Monza | Monza |
| 14 | Centro di Eccellenza | PU | ASST Fatebenefratelli Sacco | Milano |
| 15 | Centro Accreditato | PA | Istituto Clinico Sant'Anna | Brescia |
| 16 | Centro Accreditato | PA | Policlinico San Pietro | Ponte San Pietro BG |
| 17 | Centro Accreditato | PU | Asst Santi Paolo e Carlo | Milano |
| 18 | Centro Accreditato | PA | IRCCS Multimedica Sesto San Giovanni | Sesto San Giovanni |
| 19 | Centro Accreditato | PU | ASST Sette Laghi Ospedale Galmarini | Tradate |
| 20 | Centro Affiliato | PU | ASST Lecco | Merate |
| 21 | Centro Affiliato | PU | Ospedale Luino | Luino |
| 22 | Centro Affiliato | PU | Ospedale Città di Sesto San Giovanni | Cinisello Balsamo |
| 23 | Centro Affiliato | PR | Istituto Auxologico Italiano IRCCS Capitanio | Milano |
| 24 | Centro Affiliato | PU | Ospedale Desio | Desio |

Tabella 3 Classificazione dei Centri pubblici, privati e privati accreditati

| Totale Centri 24 | | | | |
|------------------|-------------|------|--------|------|
| CENTRO | Tot. centri | Pubb | Pr/Acc | Priv |
| ECCELLENZA | 14 | 5 | 7 | 2 |
| ACCREDITATO | 19 | 2 | 3 | 0 |
| AFFILIATO | 5 | 4 | 1 | 0 |



2. ANALISI

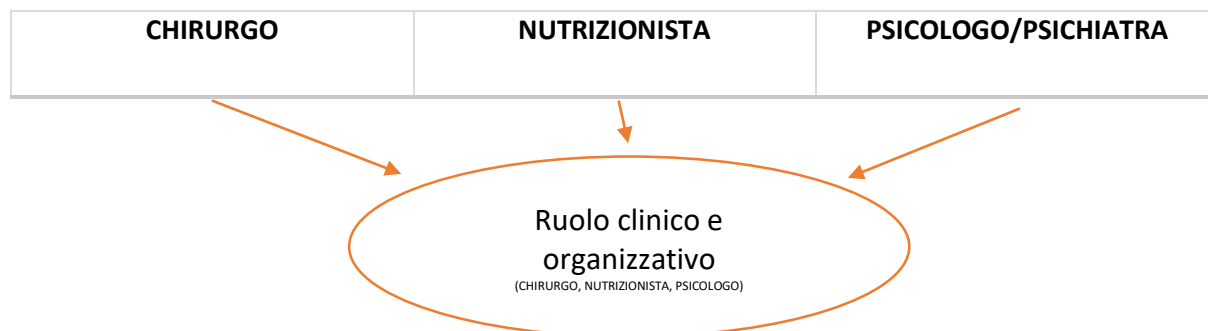
METODO DI RACCOLTA DATI INTERNI ED ESTERNI (STEP 4). Per la raccolta dei dati interni in questo project work sono stati utilizzati i sistemi informativi aziendali interni che riportano i dati anagrafici, antropometrici, dati clinici, relativi trattamenti utilizzati e i risultati del follow up. Per la raccolta dei dati esterni e nello specifico, l'aderenza del follow up, ci si avvale in entrambi i casi del registro della Società italiana di Chirurgia dell'obesità e delle malattie metaboliche e delle documentazioni cartacee presenti all'interno degli ambulatori ospedalieri di competenza. La somministrazione di questionari relativi allo stile di vita sono parte integrante degli strumenti utilizzati e la loro analisi viene gestita e fornita da ambito psicologico/psichiatrico. Customer ad uso aziendale utilizzate annulamente per il soddisfacimento del percorso del paziente. Non sono presenti questionari dedicati alla fase di presa in carico del percorso.

CONFRONTO DATI IN PRESA IN CARICO: FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO CON LE ALTRE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE RICONOSCIUTE CENTRO D'ECCELLENZA (STEP 5)

Dall'analisi di alcune Strutture presenti all'interno delle Aziende Pubbliche sopraelencate, emergono vari aspetti organizzativi ancora irrisolti relativi principalmente a due aspetti: l'attività del team multidisciplinare nel processo decisionale e individuazione di una figura dedicata al management del percorso del paziente obeso. Molte Aziende Sanitarie rifacendosi alle Linee guida nazionali, attivano il

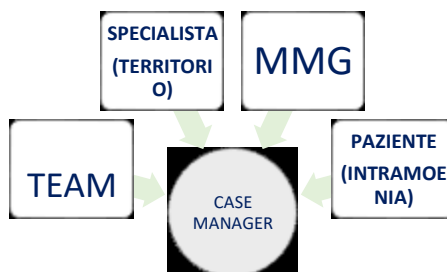
percorso di presa in carico da uno/a dei componenti presenti all'interno del team generalmente composto da chirurgo, nutrizionista, psicologo/psichiatra (Figura 3). Le tempistiche di presa in carico ordinaria variano da Struttura a Struttura.

Figura 3 Componenti principali team multidisciplinare in presa in carico



La prima visita pertanto si svolge o singolarmente da ognuno dei componenti o congiuntamente con la presenza di tutte e tre le figure, pertanto ognuno dei componenti potrebbe rivestire un ruolo clinico e organizzativo. Presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia il processo di presa in carico parte dalla segnalazione del caso da uno specialista, da un medico di medicina generale o da un componente del team o dal paziente e giunge all'infermiere/a case manager che si attiva alla programmazione di presa in carico entro le 72 ore dalla segnalazione del caso (Figura 4)

Figura 4. Attori in presa in carico presso Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia



3. INTEGRAZIONE

IDENTIFICARE LE MIGLIORI PRATICHE PER COLMARE IL DIVARIO (STEP 6) La mappatura delle competenze nel management dell'obesità dei professionisti della salute in ambito ospedaliero e territoriale, può rappresentare anche in presa in carico lo snodo vincente nella gestione del processo decisionale. Rispetto al trattamento dietoterapico e farmacologico sono presenti in molte realtà setting assistenziali ambulatoriali, il trattamento chirurgico induce necessariamente ad una presa in carico ospedaliera che potrebbe comunque avvalersi di prestazioni erogabili anche sul territorio in Aziende Sanitarie per ridurre le tempistiche d'attesa nella programmazione del percorso. Le attività erogabili devono necessariamente essere presenti in un PDTRA "provinciale" costruito sulla base di Azienda ospedaliera di riferimento per il trattamento chirurgico dell'obesità. All'interno della Struttura funzionale, il piano d'azione sviluppato nel project work si attiene alle modalità operative di misurazione in presa in

carico possono pertanto essere misurati in indicatori di processo e di esito. Entrambi costituiscono gli strumenti essenziali di misurazione per l'individuazione delle migliori pratiche prima di procedere al piano d'azione. Il tempo medio d'attesa costituisce come nella tabella 4 evidente indicatore di processo per la misurazione e il monitoraggio nel tempo dell'andamento di ottimizzazione. E' significativa l'attesa di almeno 1 mese per il trattamento chirurgico in quanto l'attesa è giustificata dal periodo di adattamento allo stile di vita alimentare pari ad almeno 1 mese per il monitoraggio del calo ponderale.

| TEMPO MEDIO D'ATTESA | TEMPO DI REALIZZAZIONE | VARIABILI |
|--|-------------------------------|--|
| Dalla segnalazione del caso alla presa in carico | 3 giorni | Codice di priorità |
| Dalla prenotazione a inizio trattamento | ➤ 1 mese | Per trattamento bariatrica |
| Da pronto soccorso a trattamento chirurgico (su segnalazione del bed manager) | 3 ore | In casi di sintomatologia presente ed esame strumentale avviato (esempio TC) |

La comunicazione dei risultati, step numero 7 della fase di integrazione, può essere rappresentata da indicatori di esito

- Variazione parametri metabolici: es riduzione glicemia, pressione arteriosa e apnee ostruttive) da monitorare dalla presa in carico lungo il percorso fino al follow up;
- Aumento della soddisfazione del team multidisciplinare osp/ter
- Aumento della soddisfazione del paziente

REALIZZARE IL PIANO D'AZIONE E MONITORARE I PROGRESSI (STEP 9)

Il piano d'azione prevede nel dettaglio le seguenti fasi:

- Individuazione all'interno dell'azienda ospedaliera e territoriale all'interno di un distretto componenti del team multidisciplinare e setting di cura sulla base delle competenze conoscitive, tecniche ed organizzative. Il team dovrà essere composto non solo da specialisti ma dovranno essere identificate con incarico di funzione figure dedicate al management come ad esempio infermieri case manager e infermieri di famiglia e comunità che collaboreranno sinergicamente nell'applicabilità del processo di ottimizzazione di presa in carico.

Ottimizzazione della presa in carico ospedaliera e territoriale nel percorso del paziente obeso

- Creazione di un PDTRA provinciale da implementare sia in contesto ospedaliero che territoriale condiviso da Responsabile del contesto ospedaliero se presente una Struttura di riferimento e Responsabile area territoriale. Il PDTRA dovrà contenere una procedura integrata relativa all'ottimizzazione della presa in carico del paziente obeso adulto. Responsabile della stesura, aggiornamento e diffusione sarà il Dirigente unico della Struttura unica di presa in carico.
- Valutazione delle risorse strutturali e materiali disponibili per l'identificazioni dei luoghi di presa in carico. In questa fase può essere prevista l'uscita di alcuni componenti del team operanti in ambiente ospedaliero in "comando in missione".
- Condivisione dei principali strumenti di presa in carico relativi all'ambito informativo /educazionale

Strutturazione dell'attività di team condivisa (organigramma funzionale) che comporterà la descrizione delle modalità operative secondo indicatori del processo di attuazione attraverso

- Strutturazione di incontri di "team unico multidisciplinare e/o incontri congiunti, anticpazione calendario (1 incontro con piattaforma e 1 in presenza almeno 1 volta al mese)
- Misurazione della percentuale di adesione almeno trimestrale agli incontri formativi del team in fase di sperimentazione (durata della sperimentazione Massimo 6 mesi)
- Coinvolgimento in ambienti ospedalieri nell'implementazione di strumentario o presidi dedicati;
- Coinvolgimento di tutto il team ad attività del settore terziario

4.1 ANALISI DEI SETTING ASSISTENZIALI

I setting assistenziali (figura 1) sostituiscono gli ambienti e i contesti in cui si svolge la presa in carico : ambulatorio, ufficio di presa in carico, degenza, sala operatoria, pronto soccorso, strutture radiologiche. I setting assistenziali includono anche ambienti online in cui avviene uno scambio di informazioni tra componenti del team e pazienti o care giver che in tempo reale e in modo asincrono possono condividere testi, immagini e contenuti digitali. Gli spazi digitali, costituiscono in ambito organizzativo un'ottima soluzione per favorire la partecipazione del team alla discussione dei casi clinici con problemi assistenziali complessi, non ancora molto diffusi nella comunicazione con l'utente, sperimentati solo in alcuni ambiti sia all'interno delle Aziende ospedaliere sia sul territorio.

LUOGHI DI CURA

- Ambulatorio
- Degenza
- Sala operatoria

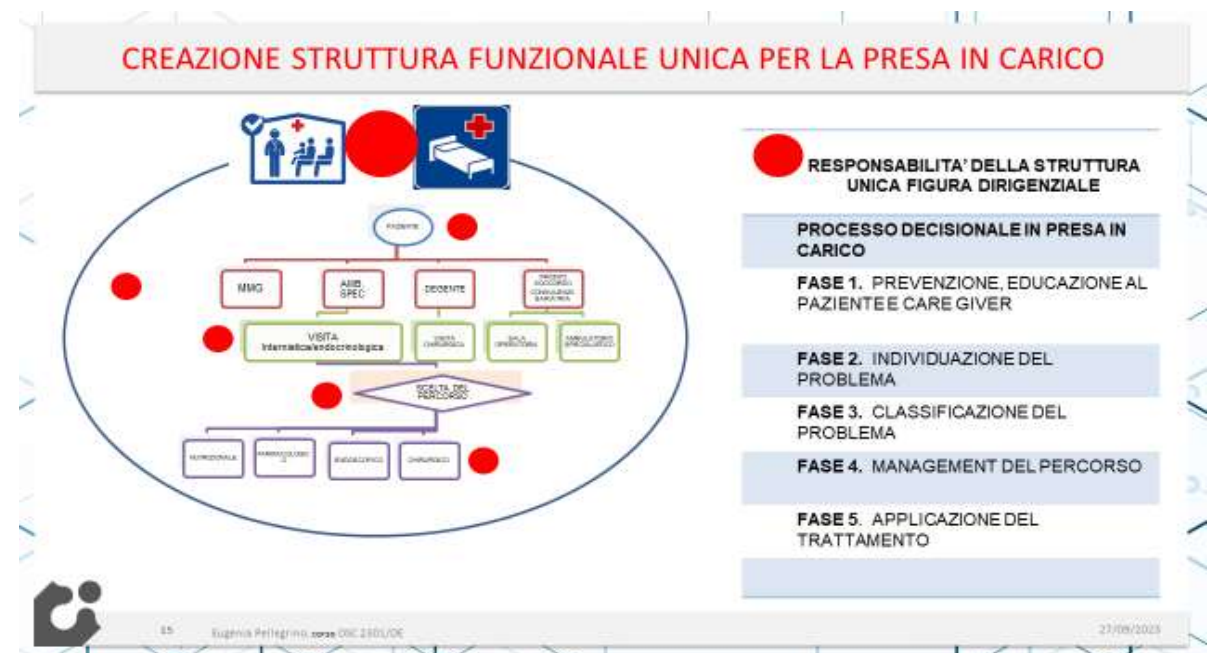
SPAZI DIGITALI

- ✓ Dispositivi elettronici
- ✓ File multimediali
- ✓ Forum di discussione
- ✓ Piattaforme online
- ✓ Software (APP)

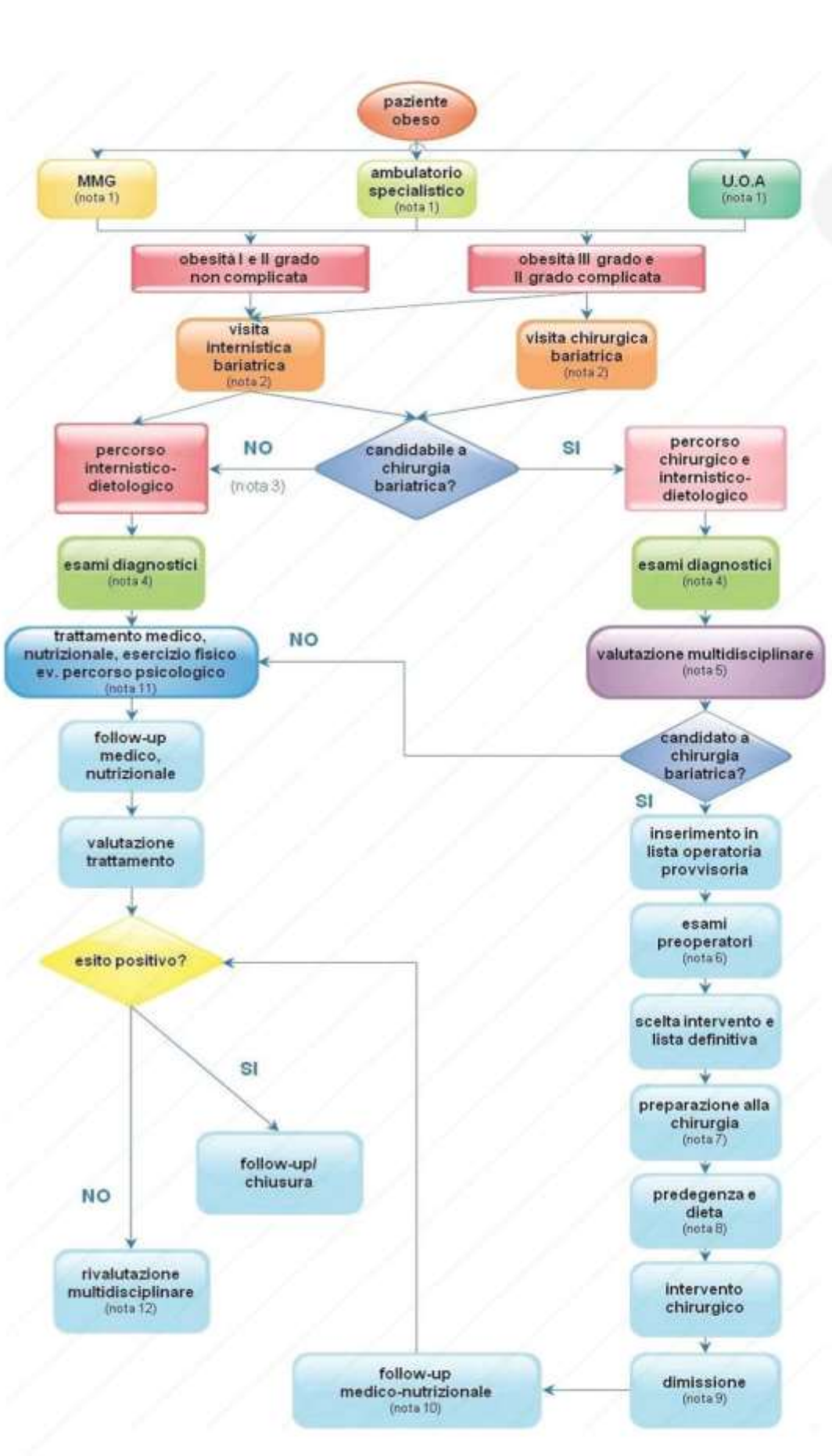
4.2 ANALISI SWAT DELLA PRESA IN CARICO TERRITORIALE



4.3 CREAZIONE DELLA STRUTTURA FUNZIONALE UNICA DI PRESA IN CARICO



Ottimizzazione della presa in carico ospedaliera e territoriale nel percorso del paziente obeso



MATRICE DI RESPONSABILE DEL TEAM MULTIPROFESSIONALE

La matrice può essere utilizzata nel lavoro di Team tra Dirigente della Struttura Funzionale e Professionisti Sanitari per l'assegnazione delle specifiche responsabilità di ciascun membro, sia in contesto ospedaliero che in contesto territoriale.

Il rapporto tra ogni singola attività e lo specialista determina in base all'ambito di competenza, ruoli di responsabilità, coinvolgimento e informazione, uno strumento di semplice gestione e utilizzo nella messa a terra dell'attività di gestione del team.

| ATTIVITA' | MMG | Specialista medico | Specialista chir | Ruolo organizzativo |
|--|-----|--------------------|------------------|---------------------|
| Segnalazione del caso (pz obeso) | | | | |
| Invio relazione di presentazine | | | | |
| Individuazione dei bisogni/problemi del percorso | | | | |
| Individuazione principali attori | | | | |
| Elenco priorità | | | | |
| Esecuzione prenotazione | | | | |
| | | | | |

5. ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

I vari trattamenti dell'obesità attualmente comprendono una serie di valutazioni relative allo stato generale dell'individuo adulto, percorsi dietoterapici associati a educazione nutrizionale e l'associazione all'attività motoria è relativa al livello motorio e di compromissione muscolo-scheletrica dell'individuo obeso e spesso a questo tipo di trattamento si associano percorsi farmacologici e la chirurgia bariatrica. Tutto il percorso può essere a carico del Sistema Sanitario Nazionale ma una parte del follow up come alcune indagini strumentali (ad esempio l'esofago-gastro-duodeno-scopia) e le integrazioni sono a carico dei pazienti.

La metodologia utilizzata per l'analisi dei costi in presa in carico può essere suddivisa in varie fasi, all'interno di questo project work sono state analizzate le prime due :

1. IDENTIFICAZIONE DELLE RISORSE disponibili in presa in carico ordinaria per la determinazione di tutti i costi diretti e indiretti associati al percorso ad esempio risorse umane, materiali, attrezzature):
2. VALUTAZIONE DEI COSTI DIRETTI (stipendi del personale, materiali di sala operatoria, spese associate all'esecuzione del percorso)
3. VALUTAZIONE DEI COSTI INDIRETTI (uso delle attrezzature, affitti degli spazi, spese amministrative,
4. ALLOCAZIONE DEI COSTI (allocazione dei costi alla presa in carico ordinaria del percorso base)
5. CALCOLO TOTALE DEI COSTI (diretti e indiretti per il costo totale del percorso)
6. ANALISI DEI COSTI PER RISULTATO DEL PERCORSO: presentazione di un caso clinic
7. INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI: aree di risparmio e inefficienza

I punti principalmente sviluppati nel project work sono relativi ai costi diretti di un percorso ordinario e nella valutazione dei costi indiretti per il paziente il focus è legato alle conseguenze della patologia:

- **Disabilità fisica, clinica e sociale**
- **Perdita del lavoro e della produttività**

La disabilità clinica è l'espressione della patologia più conosciuta in termini di diabete di Tipo 2, malattie cardiache, ipertensione, disturbi metabolici. Il peso in eccesso può causare problemi fisici diretti come la difficoltà al movimento, dolore alle articolazioni e problemi respiratori ostacolando le attività della quotidianità. La disabilità Sociale può condurre a livelli di discriminazione e stigma sociale alterando il benessere psicologico degli individui. Il limite massimo è l'esclusione sociale a causa di ambienti poco accessibili anche all'interno delle Aziende Ospedaliere che trattano l'obesità. Le barriere architettoniche (come ad esempio sedute ambulatoriali, passaggi di corridoi, portate di letti) rappresentano pertanto cause principali di disabilità sociale.

COSTI DIRETTI IN UN PERCORSO ORDINARIO DI PRESA IN CARICO

I vari trattamenti dell'obesità attualmente comprendono una serie di valutazioni relative allo stato generale dell'individuo adulto, percorsi dietoterapici associati a educazione nutrizionale e l'associazione all'attività motoria è relativa al livello motorio e di compromissione muscolo-scheletrica dell'individuo obeso e spesso a questo tipo di trattamento si associano percorsi farmacologici e la chirurgia bariatrica. Tutto il percorso può essere a carico del Sistema Sanitario Nazionale ma una parte del follow up come alcune indagini strumentali (ad esempio l'esofago-gastro-duodeno-scopia) e le integrazioni sono a carico dei pazienti.

La metodologia utilizzata per l'analisi dei costi in presa in carico può essere suddivisa in varie fasi :

8. VALUTAZIONE DEI COSTI DIRETTI con particolare focus sui costi di un percorso ordinario (Tabella (stipendi del personale, materiali di sala operatoria, spese associate all'esecuzione del percorso)
9. VALUTAZIONE DEI COSTI INDIRETTI (uso delle attrezzature, affitti degli spazi, spese amministrative,
10. ALLOCAZIONE DEI COSTI (allocazione dei costi alla presa in carico ordinaria del percorso base)
11. CALCOLO TOTALE DEI COSTI (diretti e indiretti per il costo totale del percorso)
12. ANALISI DEI COSTI PER RISULTATO DEL PERCORSO: presentazione di un caso clinic
13. INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI: aree di risparmio e inefficienza.

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Prim visita chirurgica bariatrica | 22.50 |
| Prima visita psichiatrica | 22.50 |
| Prima visita dietistica | 17.90 |
| Esofago-gastro-duodeno-scopia | 36.00 + numero biopsie |
| Eco addome | 36.00 |
| Doppler venoso e visita | 36.00 |
| Routine ematochimica | 18.00 |
| Elettrocardiogramma | 28.00 |
| Radiografia del torace | 15.00 |
| ORLISTAT | 97.61 84CPS /3 = 1 MESE |
| LIRAGLUTIDE | Da 1.770 a 2.666 annuo |
| SEMAGLUTIDE | 190,00 MESE |
| Tot | Euro 500.00 |

COSTI AGGIUNTIVI COSTI AGGIUNTIVI

| | |
|------------------|--------------|
| Prima vis cardio | 22.50 |
| Prima vis pneumo | 22.50 |

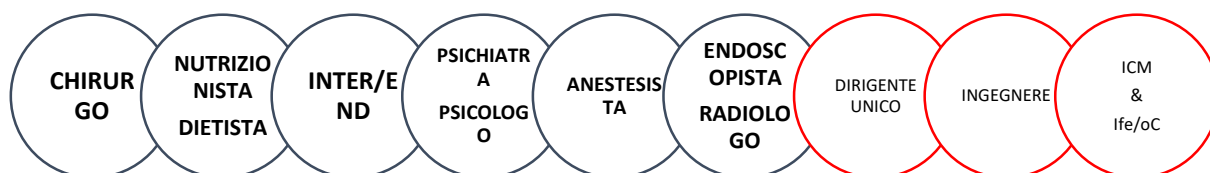
| | |
|-----------------|--------|
| Polisonnogramma | 180.00 |
|-----------------|--------|

In molti Aziende sanitarie il trattamento farmacologico prevede l'utilizzo di :

- Orlistat
- Liraglutide
- Bupropione/naltrexone

Questi farmaci sono prescrivibili da uno specialista, interamente a carico del paziente. Il paradosso nell'uso di questi farmaci è che in dosi minori possono essere inclusi in una terapia per il diabete pertanto il cittadino ha accesso gratuito finchè non contrae la patologia metabolica del diabete di tipo II.

In relazione all'ottimizzazione della risorsa umana, il Team in un percorso che prevede il trattamento chirurgico nell'ambito della chirurgia bariatrica, ha un'azione di compartecipazione diretta in quanto tutti gli attori individuati sono coinvolti, anche figure di collegamento tra team e pzienti , indispensabili nel management sia ospedaliero he territoriale : infermieri case manager e infermieri di famiglia e/o comunità.



Il coinvolgimento di tutti gli attori è indispensabile per fornire una visione completa e meno rischiosa nella rilevazione dei problemi di salute sia in fase di preparazione all'intervento chirurgico sia nella fase di follow up a fronte di complicanze importanti che potrebbero portare a morte in poche ore (ex fistola gastrica). La letteratura ha ormai dimostrato nel corso degli anni come la fidelizzazione agli stessi componenti del team dalla presa in carico al follow up rappresenti uno snodo vincente anche nella risoluzione dei problemi assistenziali in urgenza.

COORDINAMENTO DELL'ATTIVITA' DELL'INFERMIERE CASE MANAGER

I principali outcome dimostrabili nell'esperienza della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo sono descritti nei seguenti obiettivi :

- favorire una risposta rapida del team e degli assistiti
- costituire un supporto diretto e costante all'assistito e ai vari componenti del team stimolando la condivisione delle problematiche di gestione e delle potenziali strategie di risoluzione ;
- generare cambiamento.

REALIZZARE IL PIANO D'AZIONE E MONITORARE I PROGRESSI

Il piano d'azione prevede nel dettaglio le seguenti fasi:

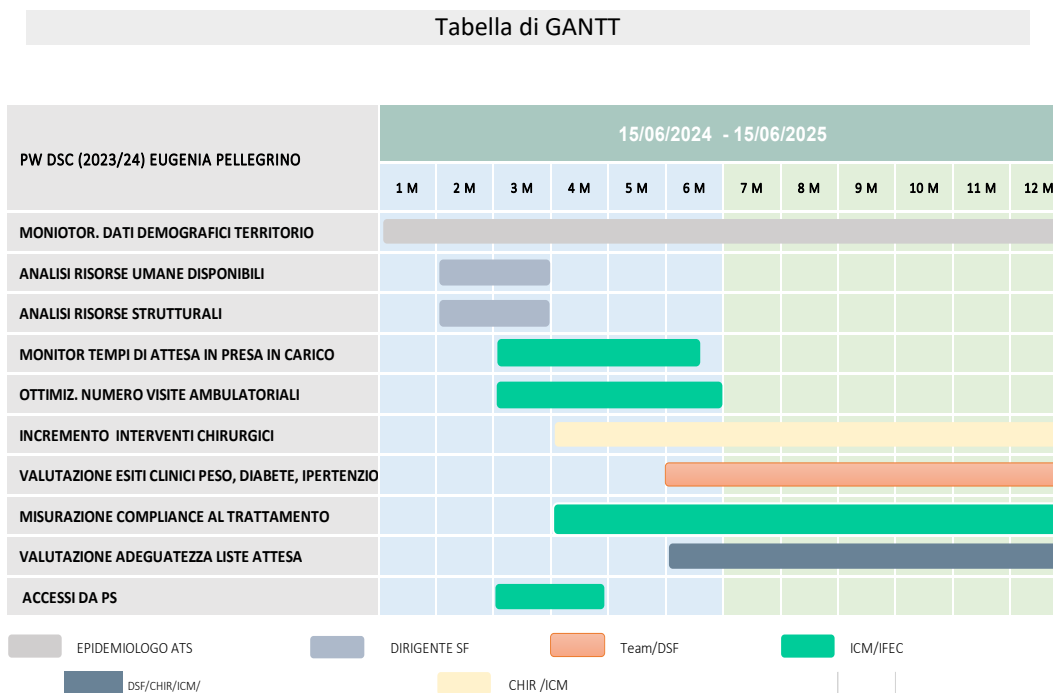
- Individuazione all'interno dell'azienda ospedaliera e territoriale all'interno di un distretto componenti del team multidisciplinare e setting di cura sulla base delle competenze conoscitive, tecniche ed organizzative. Il team dovrà essere composto non solo da specialisti ma dovranno essere identificate con incarico di funzione figure dedicate al management come ad esempio infermieri case manager e infermieri di famiglia e comunità che collaboreranno sinergicamente nell'applicabilità del processo di ottimizzazione di presa in carico.
- Creazione di un PDTRA provinciale da implementare sia in contesto ospedaliero che territoriale condiviso da Responsabile del contesto ospedaliero se presente una Struttura di riferimento e Responsabile area territoriale. Il PDTRA dovrà contenere una procedura integrata relativa all'ottimizzazione della presa in carico del paziente obeso adulto. Responsabile della stesura, aggiornamento e diffusione sarà il Dirigente unico della Struttura unica di presa in carico.
- Valutazione delle risorse strutturali e materiali disponibili per l'identificazioni dei luoghi di presa in carico. In questa fase può essere prevista l'uscita di alcuni componenti del team operanti in ambiente ospedaliero in "comando in missione".
- Condivisione dei principali strumenti di presa in carico relativi all'ambito informativo /educazionale

Strutturazione dell'attività di team condivisa (organigramma funzionale) che comporterà la descrizione delle modalità operative secondo indicatori del processo di attuazione attraverso

- Strutturazione di incontri di "team unico multidisciplinare e/o incontri congiunti, anticipazione calendario (1 incontro con piattaforma e 1 in presenza almeno 1 volta al mese)
- Misurazione della percentuale di adesione almeno trimestrale agli incontri formativi del team in fase di sperimentazione (durata della sperimentazione Massimo 6 mesi)
- Coinvolgimento in ambienti ospedalieri nell'implementazione di strumentario o presidi dedicati;
- Coinvolgimento di tutto il team ad attività del settore terziario

6. RISULTATI ATTESI

A seguito della stesura degli obiettivi strategici dell'idea progettuale e aver individuato il focus principale del lavoro si prevede di raggiungere un miglioramento globale nella gestione del percorso del paziente obeso affetto da obesità, riscontrabile in un'ottimizzazione della risorsa umana nella definizione delle attività di tempo in un arco temporale specifico come riportato nella tabella di Gantt



Viene inoltre calcolata una stima dei miglioramenti rispetto agli indicatori di esito descritti in precedenza

| STIMA DI MIGLIORAMENTO (ESPERIENZA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO) | 15/06/2024 - 15/06/2025 | | | |
|--|-------------------------|-----|-----|------|
| | 1 M | 3 M | 6 M | 12 M |
| DALLA PRESA IN CARICO AD INIZIO TATTAMENTO | | | | 30% |
| ADEGUATEZZA VISITE AMBULATORIALI | | 30% | | 60% |
| INCREMENTO INTERVENTI CHIRURGICI | | | 10% | 20% |
| ESITI CLINICI PESO, DIABETE, IPERTENSIONE | 10% | | | 40% |
| MISURAZIONE COMPLIANCE AL TRATTAMENTO | | | 80% | 70% |
| VALUTAZIONE ADEGUATEZZA LISTE ATTESA | | 50% | | 80% |
| ACCESSI DA PS: RIDUZIONE RE-INGRESSI | 30% | | | 50% |

CONCLUSIONI

Il Project work ha evidenziato un aspetto fondamentale della gestione del paziente obeso, la presa in carico che se ben condotta impatta in modo significativo lungo tutto il percorso compresa la gestione del follow up.

Dopo un'iniziale analisi dei principali modelli organizzativi di presa in carico in uso nelle Aziende Sanitarie Lombarde correlate alla tipologia di accreditamento dei Centri SICOB, vengono messe in evidenza le aree comuni di miglioramento in presa in carico ospedaliera e territoriale nel trattamento chirurgico, un trattamento ancora oggi "contenuto" a causa di limitazioni culturali, organizzative ed economiche. La sfida è riscontrabile nell'implementazione di una Struttura unica funzionale tra ospedale e territorio all'interno della quale un tema multidisciplinare opera a supporto dell'attività svolta da team dedicati nel trattamento dell'obesità patologica. Nel project work si evidenzia l'importanza dello spazio strategico nel management del percorso attraverso una figura infermieristica dedicata (ICM e IFe/Oc) l'attività di risoluzione dei problemi di un team di esperti e l'individuazione di un'unica figura Dirigenziale nel management del percorso del paziente affetto da obesità, anello mancante che possa garantire uniformità nella metodologia adottata in presa in carico, facilitando processi di implementazione del Sistema, in un'ottica di maggiore equità nell'organizzazione delle cure, efficienza nel contenimento dei costi e di efficientamento anche in presenza di futuri PDTA regionali.

Tra le varie esperienze di Aziende Sanitarie Pubbliche, quella della Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo di Pavia, è risultata efficace anche grazie all'implementazione di una figura professionale dedicata alla gestione del percorso, la figura dell'infermiere case manager che attraverso un'iniziale presa in carico ospedaliera, ha ottimizzato la presa in carico del problema creando una rete di interlocuzione con il territorio della provincia, riducendo i tempi d'attesa e favorendo una maggiore adeguatezza nella gestione ambulatoriale e nella programmazione di lista operatoria.

La durata del progetto è prevedibile in almeno 3 anni dall'implementazione.

La sfida futura proposta è riconducibile ad un'unica figura Dirigenziale con competenze avanzate nel management ospedaliero e territoriale, operante in un dialogo più strutturato tra ospedale e territorio e che possa promuovere e facilitare il percorso del paziente muovendosi in consulenze strutturate con i vari componenti del team coinvolti, facilitando una metodologia comune di presa in carico in situazioni di complessità organizzativa.

Al fine di un ulteriore avanzamento di ottimizzazione del processo, nelle aree di miglioramento si collocano spunti di ricerca multicentrica di efficienza e di efficacia dei modelli implementati nelle principali Aziende ospedaliere pubbliche della Regione, implementazione di programmi condivisi di formazione anche nella comunicazione e nel self care. Le limitazioni nella completezza dei dati costituiscono sfide future nella ricerca per l'accuratezza dei risultati attraverso nuovi approcci metodologici e analitici.

RIFERIMENTI NORMATIVI

DM 77/2022 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085).

LEGGE n. 130/2023 Disposizioni concernenti la definizione di un programma diagnostico per l'individuazione del diabete di tipo 1 e della celiachia nella popolazione pediatrica. (23G00140)

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano n. 163/2022. Accordo, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b), e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità"

Documento di Programmazione « Piano dei Controlli di ATS Milano « Anno 2024, Area di azione art. 6 della L.R. 23/2015 e s.m.i.

Accordo, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b), e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità"

D.L. 25 maggio 2016, n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.

Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020" che impegna i Paesi membri dell'Unione Europea ad agire per arrestare, entro il 2020, l'aumento di sovrappeso e obesità nei bambini e ragazzi (0-18 anni).

Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza del Ministero della salute relativo al periodo 2018-2020.

DGR n° XI/7357 del 21 novembre 2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021"

DGR n° XI/7590 del 15 dicembre 2022 N. 7590 del 15/12/2022 ad oggetto « Potenziamento della rete dei servizi a favore di soggetti che presentano disturbi della nutrizione e dell'alimentazione »

BIBLIOGRAFIA

Pasquali R, Casanueva F et al. (2020) European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline: Endocrine work-up in obesity. Eur J Endocrinol.182(1): G1-G32.

Sharma AM, Kushner RF (2009) A proposed clinical staging system for obesity. Int J Obes (Lond). 33(3):289-95.

Standard Italiani per la cura dell'obesità SIO-ADI 2016-2017

Calamandrei C., Orlandi C. (2009) "La dirigenza infermieristica", manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali. Terza edizione, McGraw-Hill.

Foglietta F. (2022), "Management in Sanità" Manuale per Direttori di Struttura Complessa, Maggioli Editore

Cazzola M., Chilin G , "L'infermiere e la legge", Maggioli Editore.

Sasso L., Bagnasco A, Rocco G., Zappini L. (2015) " Portfolio delle competenze della professioni sanitarie", Editore Mc Graw Hill.

Terzoni S., Destrebecq A, (2010) " Informatica per le professioni infermieristiche e ostetriche" , Ed. HOEPLI.

Cavaliere B. "Misurare la complessità assistenziale", strumenti operativi per le professioni sanitarie. Maggili Editore.

SITOGRAFIA

Regione Lombardia (2023) « Piano Regionale per la Gestione della Cronicità : strategie e interventi ». Disponibile su <http://www.regionelombardia.it/cronicita/piano-regionale>

Smith, John (2023). « Obesity and Health ». <http://www.obesityandhealth.com>

Jones, Emily (2022) « Understanding the Effects of Obesity » In : Health Matters. Disponibile su <http://healthmatters.com/obesity/effects>

Brown, David (2021) « The Role of nutrition in Obesity Prevention ». In Nutrition Journal, 10(2), pp.123-135. Disponibile su <http://www.nutritionjournal.com/article123>

Fnopi (2019) « Infermiere di famiglia e di comunità » Disponibile su <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/FNOPI-INFERMIERE-DI-FAMIGLIA-E-COMUNTA-schema-4-.pdf>

Associazione Lombarda delle Aziende Sanitarie (2020). « Modelli Organizzativi per l'Assistenza alla Cronicità: esperienze e best practices nella Regione Lombardia » Disponibile su <http://www.alas.lombardia.it/cronicita/modelli-organizzativi>

Camera dei deputati (2024) « Mozione obesità » <https://www.io-net.org/wp-content/uploads/2020/07/mozione-obesita-policy-brief.pdf>

Linee guida Sicob 2023 Disponibili su https://www.sicob.org/00_materiali/Linee_Guida_SICOB_2023

Sheppard CE, Lester EL, Chuck AW, Birch DW, Karmali S, de Gara CJ. The economic impact of weight regain. Gastroenterol Res Pract 2013; 2013: 379564. Consultabile su <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24454339/>

Di Lorenzo N, Antoniou SA, Batterham RL, et al. Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP. Surg Endosc 2020; 34(6): 2332-58. Consultabile su <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32328827/>

Piano Nazionale della Cronicità – Ministero della Salute, consultabile a https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

