




HEALTHNET

Percorsi di cura e assistenza integrata socio-sanitaria a domicilio attraverso il supporto di soluzioni ICT (Information and Communication Technology). Interreg V-A Italia-Austria 2014-2020

Nazione	Italia 
Regione	Friuli Venezia Giulia
Tipo di iniziativa	Reti di comunità
Approccio	Istituzionale
Attività	Iniziative a sostegno della coproduzione

Attori e Governance

Promotore	<ul style="list-style-type: none">ASUITS (Azienda Sanitaria Universitaria di Trieste)
Attori coinvolti	<p>Partner di Progetto (PP):</p> <ul style="list-style-type: none">PP1: Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, Regione autonoma Friuli Venezia Giulia;PP2: ULSS 1 Dolomiti, Belluno – Presidio ospedaliero Santa Maria del Prato, Feltre (BL);PP3: AMT DER KÄRNTNER LANDESREGIERUNG Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege Abteilungsmanagement.- Krankenhaus der Elisabethinen di Klagenfurt am Wörthersee <p>Partner Associati (PA)</p> <ul style="list-style-type: none">PA1: Regione Veneto;PA2: Central European Initiative (CEI);PA3: GECT/EVTZ- Euregio Senza Confini/Euregio Ohne Grenzen. <p>Altri attori per Trieste:</p> <ul style="list-style-type: none">Residenze protette e convenzionateCasa Circondariale di TriesteRSA residenze sanitarie assistenziali (strutture intermedie a deg. media 25gg)MMG
Centro di responsabilità	Distretto Sanitario n.3 ASUITS – Responsabile scientifico e Lead Partner di progetto

Descrizione

Obiettivi	<p>Il progetto HEALTHNET si prefigge, attraverso una serie di attività di analisi comparata, formazione e sperimentazione, di sviluppare strategie di intervento innovativo in ambito sociosanitario per la definizione di modelli organizzativi condivisi nell'area transfrontaliera relativamente alle cure a domicilio. L'obiettivo generale è la presa in carico integrata di persone assistite in particolare nella fase post-dimissioni ospedaliere, anche attraverso il supporto di soluzioni tecnologiche. L'ASUITS, insieme alle tre Regioni coinvolte (FVG, Veneto e Austria), intende partire da quanto già sviluppato con precedenti progetti sia locali che di cooperazione europea, con l'obiettivo di stabilire una cooperazione istituzionale relativamente a modelli organizzativi replicabili e sostenibili in ambito sociosanitario. Gli obiettivi specifici sono: a) migliorare l'integrazione ospedale/territorio in modo da garantire ai pazienti una continuità delle cure; b) aumentare e migliorare le possibilità di vita autonoma a casa di persone affette da patologie croniche, in particolare in situazioni di post-ricovero, mediante la messa a disposizione di sistemi e strumenti ICT (eHealth e eCare); c) evitare ricoveri ospedalieri e accessi al pronto soccorso delle persone accolte nell'ambito della</p>
------------------	--





residenzialità e aumentare le competenze del personale e dei care-givers informali attraverso la formazione ad hoc.

Obiettivo Tematico: Rafforzare la capacità istituzionale delle autorità pubbliche e delle parti interessate e un'amministrazione pubblica efficiente (OT-11)

Obiettivo Specifico: Rafforzamento della collaborazione istituzionale transfrontaliera in ambiti centrali dell'area di programma (OS- 5)

Obiettivi specifici per WP

Il progetto si struttura in 5 Work Packages (WP): WP1 – management e WP2 – comunicazione sono attività generali di progetto che si pongono come obiettivo l'efficiente ed efficace gestione del partenariato e delle attività di progetto. Responsabile del WP1 è proprio il LP che oltre a gestire il partenariato, seguire le attività per rispettare il cronoprogramma e garantire la gestione finanziaria del progetto ha il compito di gestire le relazioni con le autorità di programma AdG, il SC, UCR, AdC, AdA e il FLC.

Per il WP2 l'obiettivo è garantire ampia visibilità al progetto, promuovere i risultati dello stesso sia nell'area di Programma che in altri contesti e agevolare la costruzione di network con altre realtà del territorio europeo per rafforzare lo scambio di buone pratiche a livello europeo.

Le successive WP sono specifiche del progetto in oggetto.

WP3: Comparazione dei modelli sanitari regionali e definizione dei servizi

Obiettivo: assessment dei sistemi esistenti per la definizione di percorsi comuni di cura e di presa in carico a domicilio e presso case di riposo o residenze protette che contemplino le soluzioni ICT per migliorare e rafforzare i pathways individuati anche attraverso le soluzioni tecnologiche, e la formazione del personale socio sanitario e care givers. Il LP- ASUITs, ha ampliato il proprio intervento anche presso la Casa Circondariale di Trieste

Il WP 3 ha previsto l'analisi comparata dei modelli attuali e dei supporti ICT esistenti; la definizione di un set comune di criteri per la condivisione dei dati e dei vantaggi derivanti da una presa in carico e un percorso di cura e assistenza più ampio, nell'ottica delle cure integrate; l'identificazione dei protocolli da adottare; percorsi formativi per le professionalità impiegate sia a livello locale che transfrontaliero.

WP4: Avvio della sperimentazione e raccolta dati (Model testing)

Obiettivo: attuare la fase di test con gli operatori e gli assistiti ed i care givers formali ed informali all'uso degli strumenti tecnologici e rispetto ai nuovi protocolli precedentemente definiti, avviare le sperimentazioni, raccogliere ed elaborare i dati (quantitativi e qualitativi) per l'analisi degli impatti.

Il WP4 intende sviluppare un report di monitoraggio delle sperimentazioni sviluppate nei 3 siti pilota:

ASUITs: si è concentrata sulla presa in carico di persone anziane con pluripatologia ricoverati presso quattro residenze protette convenzionate con ASUITs, a domicilio (con il coordinamento del Centro Cardio Vascolare) e presso la Casa Circondariale di Trieste attraverso il servizio di monitoraggio con strumenti ICT collegati ad Healthplatform per la registrazione dei parametri sanitari e il referto di esami semplici e complessi;

ULSS1 Dolomiti: ha avviato il monitoraggio di persone affette da malattie cardiovascolari croniche. Team multidisciplinari di medici e infermieri ospedalieri (Ospedale Santa Maria del Prato- Feltre (BL)) hanno individuato parametri di assessment che determinano o meno la dimissione e l'avvio di un servizio infermieristico domiciliare. Le infermiere, attraverso il monitoraggio con strumenti ICT e la registrazione dei dati in tempo reale possono comunicare con i medici di medicina generale e discutere il piano terapeutico del paziente.

AMT DER KÄRNTNER LANDESREGIERUNG Abteilung 5 con il coinvolgimento diretto dell'ospedale EKH (Krankenhaus der Elisabethinen di





Klagenfurt am Wörthersee), ha implementato un servizio di cura integrato su pazienti anziani con ferite croniche, anche post intervento. La sperimentazione, oltre a rafforzare le cure a domicilio e diminuire i tempi di ricovero, si pone l'obiettivo di mettere in rete il medico di famiglia, i caregiver e il personale infermieristico, utilizzando il medesimo format documentale.

Attraverso la raccolta di dati quantitativi e qualitativi a livello transfrontaliero si è proceduto alla valutazione dell'impatto delle sperimentazioni.

Per consentire la realizzazione delle attività dell'azione pilota ciascun partner ha realizzato una formazione interna per il personale infermieristico ospedaliero coinvolto; inoltre sono state pianificate tre giornate di formazione congiunta: Klagenfurt (3-4 giugno 2019), Feltre (7-8 ottobre 2019) e l'ultima si svolgerà anche a Trieste (11-12 dicembre 2019).

WP5: Definizione di comuni modelli di cura e politiche transfrontaliere

Obiettivo: la definizione di modelli e di politiche di intervento comune per quanto riguarda il trattamento socio sanitario a casa o presso residenze protette di persone anziane pluripatologiche e/o affetti da malattie croniche in uscita da ricoveri ospedalieri.

Attraverso il WP5 si svilupperanno le linee guida di presa in carico ed intervento a livello locale e transfrontaliero; inoltre di proporranno delle strategie di scaling-up transfrontaliero e anche la proposta di adozione di un protocollo transfrontaliero.

Popolazione target

- Target di progetto: personale degli ospedali e di cure territoriali e domiciliari nelle tre Regioni, e in particolare a Trieste, Feltre e Klagenfurt, nella formazione congiunta permetterà per la dimensione dei territori e delle organizzazioni coinvolte, un ampio numero di partecipanti, sia per i percorsi più generali sia per quelli specifici della figura professionale del case manager.
- Target pilot action: **persone anziane (+65) in condizioni di polipatologia e/o malattie croniche** e patologie correlate in **post dimissione ospedaliera**; a Klagenfurt si sono interessati a persone con lesioni post operatorie o lesioni croniche. A Feltre si sono rivolti a persone con scompenso cardiaco e polipatologie. ASUITS a persone con polipatologia o malattie croniche ricoverate presso strutture residenziali convenzionate (una struttura per ciascun distretto) o a domicilio.

ASUITS si è impegnata a monitorare i pazienti presso il proprio domicilio (fino a 10 persone in collaborazione con il CCV) e persone ricoverate presso residenze protette e convenzionate (145 persone); persone detenute presso la Casa Circondariale di Trieste (8 persone).

Il numero di persone raggiunte dal progetto sommando le tre Regioni europee coinvolte è di circa 225 pazienti.

Tempistiche

Il progetto è stato avviato nel mese di maggio 2017, tuttavia per ritardi dettati dalle necessità di formalizzare contratti per i servizi esterni, per il personale qualificato alla gestione del progetto le attività sono state avviate solo nel mese di **febbraio 2018**. Pertanto, ottenuta una proroga, il progetto chiuderà definitivamente il 31 dicembre 2019. La durata complessiva è pari a 28 mesi.

Copertura territoriale

Il progetto è finanziato dal Programma Interregionale VA Italia – Austria 2014-2020, pertanto le regioni transfrontaliere coinvolte sono 3: Regione Friuli Venezia Giulia, Regione Veneto, Regione Carinzia.

A livello territoriale, essendo ASUITS capofila di progetto, oltre al Distretto 3 responsabile territoriale e scientifico di progetto, sono coinvolti tutti i distretti sanitari del territorio triestino.

Strumenti

Strumenti di costruzione del servizio/intervento

ASUITS: acquisizione di un servizio di monitoraggio attraverso strumenti ICT per esami semplici e complessi e registrazione dei dati sulla specifica HealthPlatform. L'accesso alla HealthPlatform è garantito dalla creazione di un account specifico per soggetti qualificati: infermieri domiciliari, infermieri di residenze protette, medici, medici di medicina generale che hanno in carico la persona monitorata e medici specialistici (cardiologi, ecc...);





ULSS1 Dolomiti: pianificazione del servizio di monitoraggio domiciliare di pazienti con compenso cardiaco post dimissione. Il progetto ha garantito la creazione di un team multidisciplinari composto da medici e infermieri ospedalieri che hanno condiviso parametri di assessment per valutare la dimissione. Attraverso l'attivazione della COT- Centrale Operativa Territoriale viene pianificato il servizio infermieristico domiciliare e l'avvio del monitoraggio con strumenti ICT per la registrazione dei parametri vitali in tempo reale e la condivisione dei dati con i Medici di medicina generale e ai medici ospedalieri. L'obiettivo è il monitoraggio costante e la definizione e discussione del piano terapeutico individualizzato, oltre che anticipare eventuali ricoveri ospedalieri;

Regione Carinzia, attraverso Krankenhaus der Elisabethinen di Klagenfurt am Wörthersee: ha sviluppato un percorso integrato su pazienti anziani con ferite croniche per malattia o post intervento. La sperimentazione, oltre a rafforzare le cure a domicilio e diminuire i tempi di ricovero, si pone l'obiettivo di mettere in rete il medico di famiglia, i caregiver e il personale ospedaliero in grado di condividere le informazioni cliniche e definire un percorso di cura personalizzata attraverso la condivisione della documentazione.

Strumenti di programmazione e controllo

Controllo finanziario: presentazione di report finanziari periodici attraverso la piattaforma di Programma, CoheMon e validazione delle spese da parte del FLC della Regione Friuli Venezia Giulia per il LP e il PP1, Il FLC della Regione Veneto per il PP3 e della Regione Carinzia per il PP3;

Controllo della realizzazione delle attività: report annuale della realizzazione delle attività pianificata a livello di partenariato. Sempre attraverso la piattaforma dei Programma CoheMon nel mese di gennaio viene presentata annualmente (decorrenza 31 gennaio) una relazione dettagliata che viene validata e visionata dal UCR regionale e da AdG del programma.

Strumenti di governance

Oltre ai controlli delle AdA, al FLC e all'UCR regionale e AdG, il LP ha indetto dei meeting sia in presenza che on line per verificare lo stato di avanzamento delle attività progettuali, per pianificare i tempi di realizzazione dei report congiunti e per sostenere ed aiutare, se necessario, le attività di gestione interna e amministrativa per ciascun partner (predisposizione relazioni finanziarie, strutturazione dei servizi da attivare, ecc.). Attualmente si sono programmati e realizzati 10 meeting tra i partner di progetto.

Il progetto risulta quanto mai importante per la realtà locale e regionale caratterizzata da un indice di invecchiamento più alto della media europea, al fine di migliorare la qualità delle cure, ad aumentare il benessere dei cittadini e a contenere la crescente spesa sanitaria. HEALTHNET vede coinvolte 4 strutture polifunzionali, una per ciascun Distretto Sanitario di ASUITs. Il progetto prevede il monitoraggio di pazienti ricoverati presso le residenze protette convenzionate con i Distretti, e vede partecipare i referenti delle RSA (strutture semiresidenziali intermedie con degenza media 25gg, non sono strutture residenziali), gli infermieri che operano nelle strutture individuate, i Medici di Medicina Generale che verranno coinvolti dalle singole strutture, i coordinatori delle RSA dei singoli distretti e i medici di distretto. Inoltre, in continuità con il progetto SMARTCARE di cui ASUITs era capofila, si proseguirà con il monitoraggio di 10 pazienti a domicilio grazie all'installazione dei devices ICT presso le abitazioni delle persone in carico al servizio infermieristico domiciliare.

Risorse Il progetto è finanziato dal Programma Interreg VA Italia – Austria 2014-2020

Risultati



Obiettivi raggiunti Formazione locale e transfrontaliera congiunta.
Formazione locale: ciascuna regione ha sviluppato un percorso di formazione interna che ha visto il coinvolgimento di almeno 10 persone del personale medico infermieristico di ospedali e case di riposo, oppure del servizio infermieristico domiciliare. Quindi almeno 30 persone formate sul progetto.
La formazione transfrontaliera ha visto il coinvolgimento, complessivo, di almeno 25 persone che hanno preso parte alla formazione congiunta a Klagenfurt (3-4 giugno 2019), Feltre (7-8 ottobre 2019) e la prossima si terrà a Trieste (11-12 dicembre 2019)
La formazione generale si è tenuta nel corso del Kick-off meeting di progetto 6 luglio 2018 con riconoscimento di crediti ECM e la seconda parte si svolgerà a Trieste in occasione del convegno finale.
In ASUITS, nelle strutture protette si sono eseguiti, esami complessi (ECG e Spirometria) e di check up (pressione, glicemia e saturazione). 3555 Checkup, 12 ECG, 29 derivazioni, 4 spirometrie. Presso la Casa Circondariale sono stati effettuati 70 Checkup e 12 ECG e 1 derivazione.

Popolazione target raggiunta L'obiettivo fissato dal partenariato sul numero di pazienti monitorati sul territorio di ASUITS era di almeno 100 pazienti complessivamente. A chiusura di monitoraggio le persone raggiunte 153 persone (strutture protette, domicilio, Casa Circondariale)
Al momento il numero di persone raggiunte nell'area transfrontaliera è di 225 pazienti.

Indicatori di performance Miglioramento della cooperazione istituzionale nell'area di programma: il progetto ha coinvolto le istituzioni direttamente responsabili per l'area sanità di tre Regioni e le organizzazioni competenti delle cure sanitarie, con sviluppo di pathways comuni e di training congiunti e protocolli comuni. Il GECT rappresenta l'ambito formale di mantenimento e sostenibilità della cooperazione. INCE è garante di trasferibilità agli altri territori dell'area programma.
La conclusione delle attività consentirà la stesura di linee guida transfrontaliere per l'integrazione dei servizi e promuoverà delle strategie di scalin-up a livello transfrontaliero.

Indicatori di output

Numero di nuovi concetti e servizi creati per migliorare la cooperazione tra amministrazioni e cittadini: la scheda progettuale prevedeva lo sviluppo di 3 aspetti: 1) modelli di continuità delle cure ospedale/territorio per miglior efficacia dei servizi sanitari; 2) figura professionale del case manager per rapporto diretto tra cittadini e servizi sanitari; 3) servizi ICT di tele monitoraggio e tele help per migliorare le cure e aumentare accessibilità dei servizi sanitari.

I punti 1 e 3 sono stati sviluppati nel corso dell'azione pilota del WP4; la figura professionale del case manager visto lo sviluppo delle attività e la diversa gestione dei servizi di integrazione ospedale-territorio verrà analizzata e discussa con la conclusione del WP5.

Numero di partecipanti alle iniziative locali congiunte per l'occupazione e alle attività di formazione congiunta: alla formazione congiunta già realizzata hanno partecipato oltre 70 persone, inoltre al Kick-off meeting che ha previsto la partecipazione di personale medico infermieristico delle tre regioni, hanno partecipato circa 40 persone.

La terza ed ultima study visit prevede la partecipazioni di almeno 30 persone dello staff medico infermieristico che ha partecipato concretamente all'azione pilota di progetto nelle tre regioni europee coinvolte. Il convegno conclusivo, che si affiancherà alla study visit, prevede la presenza di almeno altre 30 persone del settore medico-infermieristico oltre che del pubblico generico

Pilot action: ASUITS si è impegnata a monitorare i pazienti presso il proprio





domicilio (fino a 10 persone in collaborazione con il CCV) e persone ricoverate presso residenze protette e convenzionate (145 persone); persone detenute presso la Casa Circondariale di Trieste (8 persone).

Il numero di persone raggiunte dal progetto sommando le tre Regioni europee coinvolte è di circa 225 pazienti.

Sfide e cantieri aperti

Punti di forza dell'iniziativa

I punti di forza del progetto HealthNet:

- la cooperazione transfrontaliera;
- la formazione congiunta;
- l'introduzione di strumenti monitoraggio ICT, HealthPlatform, standardizzazione dei documenti per consentire l'accesso e la condivisione dei dati clinici a diversi livelli del percorso di cura;
- la realizzazione di report congiunti per analisi di contesto, dati qualitativi e quantitativi e definizione di linee guida transfrontaliere;
- formazione del personale medico ed infermieristico a livello locale;
- divulgazione dei risultati e di informazione attraverso la partecipazione a convegni, fiere ed eventi di risonanza nazionale e internazionale sui temi della telemedicina e l'integrazione dei servizi territoriali ed ospedalieri.

Aspetti necessari per la replicabilità dell'iniziativa

HealthNET ha promosso dei network per migliorare la qualità e l'accessibilità delle cure sanitarie e, proprio la cooperazione transfrontaliera consente la creazione e rafforzamento di capitale sociale, di reti e flussi di persone, servizi, di forme di governance multilivello e multi-attoriale, in un'ottica di partenariato tra territori. L'approccio transfrontaliero permette di comporre ambiti trattati solitamente in modo separato nei territori ma che, invece, risultano sempre più convergenti tra di loro nella realizzazione di assistenza sanitaria transfrontaliera che è complessa e impegnativa. HealthNET promuove il confronto su specifici aspetti della cura del cittadino, cercando di evidenziare le sfide legate alle differenze nella formazione del personale, nell'educazione e la pratica, nei processi amministrativi e di governo, la incompleta interoperabilità delle ICT e dei dispositivi medici e le problematiche collegate, per esempio, alla necessità per alcuni assistiti di continuità nelle cure dopo interventi o ricoveri ospedalieri. Gli enti che elaborano le linee policy e di assistenza sanitaria delle Regioni e dei territori di HealthNET sono in una condizione ideale per consentire una migliore conoscenza sullo stato di avanzamento delle cure transfrontaliere, grazie ai progetti comuni già sviluppati, agli accordi nel GECT e alle iniziative istituzionali dell'INCE. Il valore aggiunto della cooperazione sta nel dare un contributo fondamentale alla ricerca e alla definizione degli "ingredienti per il successo": identificare le sfide e i potenziali benefici, quale contributo dalle soluzioni ICT, quali di standard professionali comuni e metodi più omogenei di valutazione delle cure. Per dare risposte più appropriate ai bisogni sanitari dei cittadini lo scambio, la condivisione e lo sviluppo congiunto diventano un requisito essenziale per apprendere dalle rispettive esperienze e migliorare le politiche per il benessere dei cittadini.

Grazie alla realizzazione di comuni linee guida e alla proposta congiunta di strategie transfrontaliere, che si sono costruite anche grazie al percorso di formazione congiunta e il conseguenze scambio di conoscenze e di buone pratiche, il progetto potrà basarsi su conoscenze solide e condivise a livello transfrontaliero che agevoleranno la trasferibilità e la sostenibilità dello stesso.

Aspetti migliorabili

I punti di debolezza del progetto e che richiedono ulteriore riflessione riguardano:

- il coinvolgimento dei medici di medicina generale e medici specialisti;
- alfabetizzazione da parte del personale medico-infermieristico sull'utilizzo di strumenti ICT;
- maggiore visibilità dei risultati anche a livello locale, per stimolare alla prosecuzione e implementazione del progetto e dei risultati ottenuti;
- maggiore promozione dei risultati attraverso i social network e la stampa;

Aspetti positivi

I risultati inattesi e positivi:



- il coinvolgimento e l'interessamento delle residenze per anziani e la risposta positiva degli infermieri che hanno concretamente appreso ad utilizzare i device
- la partecipazione numerosa alle attività di training congiunto dalle diverse regioni coinvolte;
- la partecipazione ad eventi di settore e l'interesse riscontrato: EuroBiohighTech, Convegno del progetto ITHACA o l'interesse espresso da realtà affini quali ORAS di Treviso;
- il riscontro della stampa locale e la partecipazione a Newsletter di settore;
- la numerosità dei partecipanti al Kick-off meeting di progetto;
- la partecipazione agli incontri di formazione a livello locale.

Contatti

Nome e Cognome Ofelia Altomare

Telefono 0403995828

e-mail *ofelia.altomare@asuits.sanita.fvg.it*

Sito *<http://www.associazionerisveglio.it/progetti/casairide/>*

