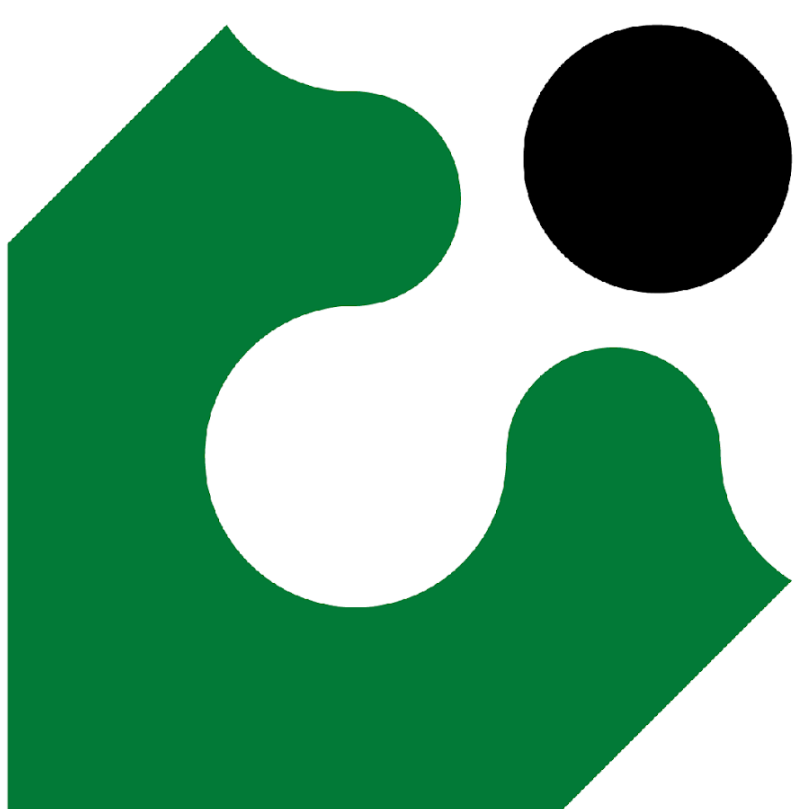


Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

Dott.ssa Concetta Paolucci



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

Anno 2023/2024

Corso di formazione manageriale per Dirigente di struttura complessa

Codice edizione UNIMI DSC 2301/DE
Ente erogatore Università degli Studi di Milano

L'AUTORE

Concetta Paolucci, Dirigente Medico, ASST LODI, concetta.paolucci@asst-lodi.it

Il docente di progetto

Anna Prenestini, Professore Associato di Economia Aziendale, Dipartimento Economia, Management e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano

Il Responsabile didattico scientifico

Federico Lega, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, 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

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	10
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	11
METODOLOGIA ADOTTATA	12
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	13
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	27
RISULTATI ATTESI E INDICATORI	28
CONCLUSIONI	29
RIFERIMENTI NORMATIVI	30
BIBLIOGRAFIA	31
SITOGRAFIA	32
APPENDICE CON ALLEGATO	33

INTRODUZIONE

Premesse

La struttura della popolazione è oggetto da anni di uno squilibrio sempre più profondo, dovuto alla combinazione, tipicamente italiana, dell'aumento della longevità e di una fecondità costantemente bassa. Le prospettive future comportano un'amplificazione di tale processo: infatti nel 2050 le persone over 65 anni potrebbero rappresentare il 34,5% del totale. Comunque vadano le cose, l'impatto sulle politiche di protezione sociale sarà importante, dovendo fronteggiare fabbisogni per una quota crescente di anziani in particolare per la fragilità di questi soggetti che in molti casi necessiteranno di cure e sostegno. Già oggi circa un terzo degli over 75 presenta una grave limitazione dell'autonomia e per un anziano su 10 questa incide sia sulle le attività quotidiane di cura personale che su quelle della vita domestica. Nella provincia di Lodi nel 2023 sono stati censiti 51.058 over 65 su un totale di popolazione residente di 228.136 che corrispondono al 22 %.

La necessità di differenziare e contestualizzare le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, sulla base dei differenti bisogni, risulta dirimente alla luce delle evoluzioni sociali ed epidemiologiche del Paese. Come già descritto una quota rilevante della popolazione italiana (11,7% della popolazione ultra settantacinquenni - dati ISTAT 2020) è costituita da persone affette da più patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo status socio-familiare e ambientale o l'accessibilità alle cure. Tali soggetti sono a rischio più elevato di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari: accessi al Pronto Soccorso o ricovero in ospedale. Per tale ragione la condizione di fragilità, che può precedere l'insorgenza di uno stato più grave e irreversibile, dovrebbe essere individuata precocemente con strumenti di valutazione multidimensionali e fortemente predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e sociosanitari e variabili di contesto.

Lo scenario normativo

Su queste premesse è necessario richiamare il nuovo scenario normativo nazionale e regionale nel quale nasce e si sviluppa il potenziamento dell'assistenza domiciliare come processo di miglioramento ed efficientamento della presa in carico del paziente. In particolare il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) strutturato all'interno del programma Next Generation EU (NGEU) si sviluppa intorno a tre assi strategici condivisi a livello europeo: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale. Si tratta di un intervento che intende riparare i danni economici e sociali della crisi pandemica, contribuire a risolvere le debolezze strutturali dell'economia italiana e accompagnare il Paese su un percorso di transizione ecologica e ambientale.

Nello specifico il Governo, con la Missione 6 del Piano, declina l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure. Nell'ambito di tale Missione si inserisce il DM77 del 23

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

maggio 2022 che delinea la Riforma del settore territoriale. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), uno dei primi al Mondo per qualità e sicurezza, istituito con la legge n. 833 del 1978, si basa, su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone. In tale ottica e contesto si ravvede la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

Gli elementi fondamentali della riorganizzazione dell'assistenza territoriale sono principalmente:

- la *Casa della Comunità* (CdC) dove lavorano in modalità integrate e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale;
- il *MMG* che svolge il ruolo di responsabile clinico del rapporto di cura;
- la *Centrale Operativa Territoriale* (COT) quale modello organizzativo di coordinamento della presa in carico e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali;
- l'*Infermiere di Famiglia e di Comunità* (IFeC) che facilita e monitora i percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio utilizzando anche strumenti digitali e di telemedicina;
- la *rete delle Cure Domiciliari* che garantisce la continuità dell'assistenza anche con prestazioni di telemedicina da remoto.

Tale modello, attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di equipe multiprofessionali, punta a prendere in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health"). La presa in carico avviene tramite l'identificazione della popolazione di riferimento attraverso la stratificazione per intensità dei bisogni e sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, anche per l'integrazione della rete professionale che opera sul Territorio e in Ospedale. L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme che vuole garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. Tale modello utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona e ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute. Questo strumento è di supporto nella presa in carico della persona *in toto* e permette non solo la gestione dei bisogni ma anche di effettuare le valutazioni di processo e esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio. Tale approccio consente una valutazione che si articola su due livelli: quello della singola persona, con cui viene definito il Progetto di Salute e i relativi interventi, e quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento. Un sistema di governance territoriale così impostato consente di individuare priorità di intervento, con particolare riferimento alla continuità

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

delle cure a favore di individui in condizioni di cronicità/fragilità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza.

Il Progetto di Salute

L'individuazione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'equipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere) : maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa. In questo panorama appare strategico valorizzare e potenziare l'Assistenza Domiciliare: la «Casa come primo luogo di cura» viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le Cure Domiciliari, nelle forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato.

Le risposte assistenziali sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'Unità Valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale. La classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo nazionale sull'assistenza domiciliare (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD) attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico. La complessità assistenziale è misurata attraverso l'insieme delle prestazioni erogate e dei professionisti coinvolti nel PAI e consente di misurare e caratterizzare i percorsi assistenziali erogati.

L'Erogazione e la Telemedicina

Gli Erogatori di Cure Domiciliari coordinano l'equipe assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri inappropriati.

Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Gli Erogatori di Cure Domiciliari dovranno inoltre raccogliere la sfida di integrare le prestazioni con la telemedicina che rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. La telemedicina potrebbe supportare l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure facilitando inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici.

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunità per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria in grado di facilitare la gestione della cronicità.

Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, poiché può favorire:

- la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;
- il tempestivo intervento per pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie;
- la diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;
- l'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;
- la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

Dunque la telemedicina è l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate, contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale.

L'anziano fragile

Nonostante ad oggi, a livello internazionale, non si sia raggiunta una definizione univoca di fragilità nell'anziano, alcuni fattori sono riconosciuti come associati a una maggiore vulnerabilità, sia in termini di salute complessiva, sia in termini di perdita funzionale nella sfera fisica, psichica e sociale. Tale vulnerabilità può rappresentare un precursore o comunque un fattore di rischio per la fragilità. L'autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana assume dunque una particolare importanza per il benessere dell'individuo, anche in relazione alle necessità assistenziali che si accompagnano alla sua perdita.

Possiamo definire un anziano fragile un paziente con più di 65 anni non disabile, ossia autonomo in tutte le ADL, ma non autonomo nello svolgimento di due o più funzioni

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

complesse IADL (come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono).

Dai dati di PASSI d'Argento (Figura 1) (sistema di sorveglianza dell'ISS dei pazienti con più di 65 anni) 2021-2022 risultano fragili circa 17 persone su 100. La fragilità è una condizione senza differenze significative tra uomini e donne, ma che cresce progressivamente con l'età, riguarda l'9% dei 65-74enni e raggiunge il 34% fra gli ultra 85enni; è anch'essa associata allo svantaggio socio-economico, sale al 25% fra le persone con molte difficoltà economiche (vs 13% tra chi non ne riferisce) e al 25% fra le persone con bassa istruzione (vs 12% fra chi ha un livello di istruzione alto). La quasi totalità delle persone con fragilità (99%) riceve aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo (IADL). Tuttavia, questo aiuto è sostenuto per lo più dalle famiglie, dai familiari direttamente (96%), e/o da badanti (21%) ma anche da conoscenti (13%); meno del 3% riferisce di ricevere aiuto a domicilio da operatori socio-sanitari delle ASL o dei Comuni, ancora meno (meno di 5 persone su 1000) ricevono assistenza da un Centro diurno. Una piccola quota è sostenuta da associazioni di volontariato (1%). Esiste un gradiente Nord-Sud della fragilità a sfavore delle Regioni meridionali (23% vs 15% nel Centro e 11% nel Nord).

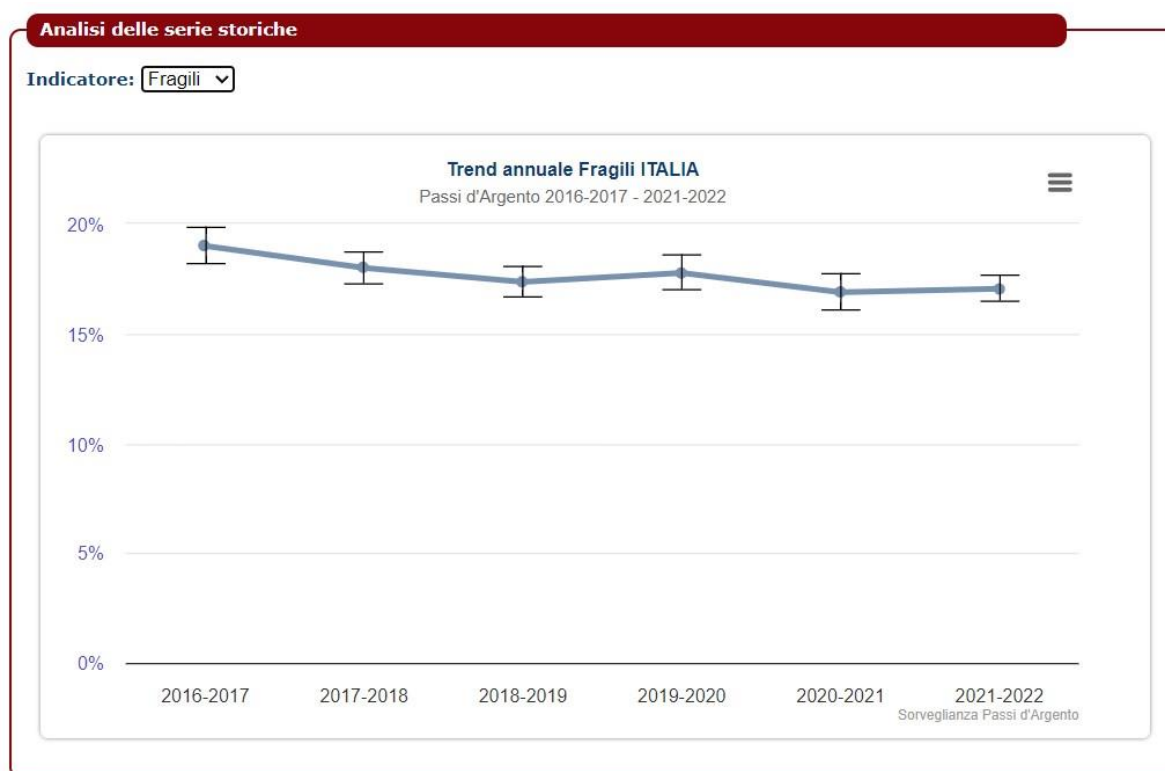


Fig. 1 – Sorveglianza Passi d'Argento (Trend annuale fragili)

La cronicità

L'aspettativa di vita è costantemente aumentata negli ultimi decenni in tutto il mondo occidentale: il miglioramento complessivo delle condizioni di salute, l'aumento della sopravvivenza e il conseguente progressivo invecchiamento della popolazione rappresentano

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

un importante traguardo raggiunto dalla società ma allo stesso tempo una sfida. Pertanto è necessario che l'allungamento della vita media si accompagni anche al mantenimento di buone condizioni di salute e di una qualità di vita soddisfacente. Con le società che invecchiano infatti il peso delle patologie croniche-degenerative e delle disabilità che comportano diventa sempre più rilevante; le patologie cronico-degenerative rappresentano oggi le principali cause di morte, morbilità e di perdita di anni di vita in buona salute e sono spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo, imponendo anche un cambiamento profondo dello scenario di cura e della presa in carico dei pazienti che ne sono affetti. I dati PASSI d'Argento raccolti nel biennio 2021-2022, mostrano che il 59% degli ultra 65enni riferiscono che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più patologie tra le seguenti: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi. La condizione di policronicità, ovvero la compresenza di due o più patologie croniche (fra quelle indagate), riguarda 1 ultra 65enne su 4. Inoltre è più frequente al crescere dell'età (riguarda il 17% delle persone 65-74enni e sale al 38% dopo gli 85 anni) e tra le persone con status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche (37% vs 18% tra chi dichiara nessuna difficoltà) o bassa istruzione (31% vs 20%) (Figura 2).

In Lombardia la questione della cronicità è stata affrontata da tempo e il processo di presa in carico del paziente cronico è stato anche oggetto non solo di grande dibattito in sede politica e istituzionale, ma anche un tema molto gettonato nella comunicazione mediatica.

La Legge Regionale n.22 del 14/12/2021 ha profondamente innovato il Sistema Sanitario in particolare nella sua componente di assistenza territoriale e di prossimità. La nascita delle Case di Comunità, della Centrale Operativa Territoriale, degli Infermieri di Famiglia e Comunità ha inoltre definito nuovi luoghi e competenze che devono però essere integrate in percorsi definiti in modo da coordinare gli interventi e renderli omogenei evitando frammentazione delle prestazioni.

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Obiettivo strategico

Tracciare un percorso ben definito, all'interno dell'ASST di Lodi, per la presa in carico del paziente anziano fragile al domicilio, considerato come luogo privilegiato per la gestione dei bisogni clinico-assistenziali.

Obiettivi specifici

- Individuare gli attori coinvolti nel processo di presa in carico, definendo per ciascuno i ruoli specifici;
- creare procedure standard per l'identificazione del target di riferimento, per l'arruolamento del paziente e per la definizione del progetto di cura;
- inserire nel progetto l'utilizzo di strumenti delle nuove tecnologie per migliorare e velocizzare la capacità di risposta del Sistema ai bisogni degli assistiti

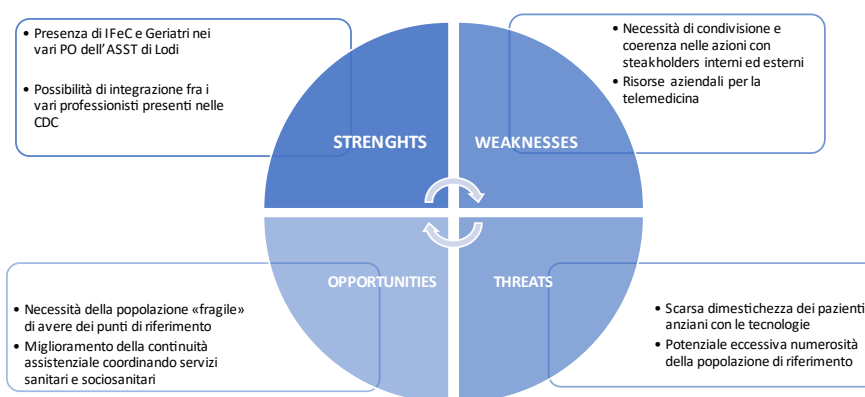


Fig. 2 – Analisi SWAT

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Questo Project Work identifica come destinatario il paziente anziano fragile con una o più patologie croniche intercettato dai MMG, negli ambulatori specialistici della Casa di Comunità, inviati in dimissione dai Reparti di degenza (i Reparti “pilota” per la prima fase del progetto potrebbero essere la Riabilitazione Geriatrica, la Geriatria e la Medicina dell'Alto Lodigiano) o segnalati da PS tra i dimessi con codice bianco o codice verde. Il paziente verrà identificato tramite una serie di parametri di inclusione, di seguito specificati.

I beneficiari sono:

- **i pazienti:** trarrebbero molti vantaggi dall'essere seguiti e valutati al proprio domicilio riducendo gli spostamenti e le attese e migliorando il percorso di cura
- **tutti i professionisti** (MMG, Medici di PS, professionisti afferenti alla CDC, Medici dei Reparti individuati): sono coinvolti a vari livelli e potranno lavorare in maniera integrata per aree di bisogno migliorando l'assetto clinico-assistenziale
- **l'Azienda:** potrebbe diventare più competitiva e qualificata e garantire un sistema cucito su misura per il paziente e più adeguato a rispondere alle esigenze dei cittadini più fragili. L'Azienda inoltre migliorerebbe l'allocazione delle risorse.

Criteri di inclusione dei pazienti:

- età >75 anni
- punteggio Indice di Brass predittivo di alto rischio (Allegato 1)
- dimestichezza con l'utilizzo degli strumenti digitali (del paziente stesso o del care-giver) ed accessibilità di rete internet o computer al domicilio
- forte motivazione del paziente e del care-giver alla gestione domiciliare

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

METODOLOGIA ADOTTATA

Partendo dalla fotografia dei pazienti con più di 75 anni nel Lodigiano le fasi dello sviluppo del progetto possono essere così riassunte:

- Identificazione dei reparti pilota dell'ASST da includere nella prima fase del Progetto: si partirà solo con l'Alto Lodigiano con i reparti di Medicina, Geriatria e Riabilitazione Geriatrica
- creazione di un Gruppo di Lavoro Multidisciplinare (GLM) costituito da Medico Geriatra della CDC, IFeC Case Manager del Progetto e presente nel PUA, Coordinatore della COT, un rappresentante dei MMG e un rappresentante dei reparti pilota per la condivisione delle caratteristiche del target di pazienti da prendere in carico attraverso l'Indice di Brass.
- Creazione del percorso e sviluppo delle varie declinazioni della presa in carico
- Ipotizzare modalità di telemedicina per il monitoraggio e il completamento della presa in carico
- Presentazione del Progetto ai vari attori del processo con eventi formativi
- Avvio fase di sperimentazione per sei mesi nei reparti pilota
- Valutazione dei risultati a sei mesi, identificazione delle criticità e applicazione di azioni correttive
- Analisi dei risultati a 12 mesi
- Presentazione delle valutazioni finali a livello aziendale
- Implementazione del Progetto applicandolo a tutti i Reparti dell'ASST e alle aree del Basso Lodigiano

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

IL CONTESTO

- L'ASST DI LODI

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, costituita con DGR n. X/4480 del 10 dicembre 2015 e con deliberazione aziendale n. 1-2016 del 04 gennaio 2016 di recepimento della stessa, in applicazione della l.r. n. 23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo (SSL), si pone l'obiettivo di soddisfare le esigenze di salute della popolazione sotto il profilo della diagnosi, della cura, della riabilitazione e del reinserimento nel tessuto sociale. L'Azienda ha sede legale a Lodi in Piazza Ospitale, 10 ed è attualmente articolata, per quanto concerne il polo ospedaliero, nei quattro presidi di Lodi, Codogno, Casalpusterlengo e Sant'Angelo Lodigiano, ognuno dei quali è composto da una struttura ospedaliera e da poliambulatori. La composizione dell'assetto organizzativo dell'ASST di Lodi ricomprende inoltre le strutture distrettuali del territorio di competenza (Consultori Familiari Pubblici di Lodi, Codogno e Sant'Angelo Lodigiano e i SERT di Lodi, Casalpusterlengo e Sant'Angelo Lodigiano). L'attività gestionale e clinica è organizzata sul modello dipartimentale, che ha lo scopo di agevolare il governo clinico delle attività sanitarie e di assicurare migliori livelli di assistenza nell'ambito delle risorse disponibili. Sono individuati 9 Dipartimenti, dei quali 6 afferenti alla Direzione Sanitaria, uno alla Direzione Amministrativa e due al Dipartimento Socio Sanitario. Ogni Dipartimento è composto da Unità Operative (UO) di particolare specificità ed eventualmente Servizi/Uffici in staff. L'ASST di Lodi ha applicato la riforma di Welfare di Regione Lombardia in merito alla rilevazione globale dei bisogni della persona e della sua famiglia. La riforma di Welfare infatti prevede l'inversione del modello di assistenza "dalla cura" al "prendersi cura", attraverso lo sviluppo di interventi e di servizi rivolti alle persone fragili a rischio di emarginazione. Tale passaggio culturale rappresenta l'approccio più adeguato alla gestione nei diversi setting di cura del paziente affetto da patologie croniche. Il "prendersi cura" si traduce nel considerare il paziente come persona che necessita di una presa in carico globale, processo che va dalla valutazione dei bisogni fino alla individuazione di Percorsi diagnostico terapeutici integrati ospedale-territorio.

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS



Fig. 3 – Organizzazione ASST Lodi

- IL TERRITORIO LODIGIANO E LE PATOLOGIE CRONICHE

Il tema del trattamento delle patologie croniche riguarda coloro che soffrono di una patologia cronica che deve essere costantemente curata per evitare l'insorgere di complicazioni e conseguenti danni d'organo. La legge di riforma regionale del sistema sanitario lombardo n. 23/2015, che si poneva l'obiettivo della presa in carico e della gestione integrata di questa popolazione, non ha ottenuto fino ad ora nessun risultato significativo. In Regione Lombardia il 30% della popolazione è affetta da patologie croniche. Nella fascia di popolazione compresa fra i 55 e i 64 anni questa percentuale sale al 50%, per arrivare al 74% tra i 64 /74 anni. Quindi un fenomeno estremamente diffuso che genera una domanda sanitaria complessa e importante che deve essere costantemente trattata come previsto dal PDTA (piano diagnostico terapeutico assistenziale) specifico per patologia. Sul Portale ATS di Milano si evidenzia la prevalenza delle patologie croniche. Per la città di Lodi significa che rispetto ai 44.574 abitanti, circa 14.981 (33%) residenti sono affetti da patologie croniche e circa il 50% è affetto da due o più patologie croniche. Nello specifico:

- 2.700 diabetici
- 13.574 cardiovascolari
- 3.970 con malattie endocrine

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

- 1.748 con patologie respiratorie
- 339 con insufficienza renale
- 2.718 con malattie gastroenteriche
- 1.097 autoimmuni
- 2591 Tumori

Si tratta di pazienti che richiedono una presa in carico che assicuri una costante e programmata assistenza attraverso l'adesione al PDTA specifico della patologia (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale). È fondamentale garantire, attraverso una vera presa in carico, la continuità di cura. Su questa tematica si sottolinea l'attenzione posta dal Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA, prodotto dal Ministero della Salute che ha individuato una serie di indicatori per monitorare l'adesione diagnostica e terapeutica verso questa categoria di pazienti. Nel rilevare i risultati del trattamento di alcune patologie croniche il NSG (Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA) evidenzia delle forti criticità regionali come ad esempio il trattamento dei pazienti diabetici coerente con il PDTA in Lombardia arriva al 30%, questo significa che il 70% dei pazienti affetti dalla patologia diabetica non sono curati in modo appropriato.

- **GLI ANZIANI NEL TERRITORIO LODIGIANO**

Come già descritto la popolazione italiana invecchia facendo aumentare le persone non autosufficienti, che sono già 2,9 milioni, destinate quasi a raddoppiare da qui al 2030, quando si stima diventeranno 5 milioni, su 20 milioni di over 65. Gli italiani over 65 sono 14 milioni. Di questi, poco meno di 4 milioni (29%) hanno "problemi funzionali", cioè non sono autosufficienti. Il dato, indicato da Istat, nel 2013 era molto più basso, 2,7 milioni, e fa comprendere il ritmo dell'invecchiamento della popolazione.

DATI POPOLAZIONE ANZIANA A LODI NEL 2022 (FONTE UFFICIO ANAGRAFE LODI)

SU 44.574 CITTADINI, LA POPOLAZIONE ANZIANA SI CONFIGURA NEL MODO SEGUENTE:

- over 65 anni: 11.232
- over 65 anni che vivono in due: 5.627
- over 65 anni che vivono da soli: 3.448
- over 75 anni che vivono in due: 2.869
- over 75 anni che vivono da soli: 2.323
- over 80 anni che vivono da soli: 1.630

Nella città di Lodi la popolazione over 65 nel 2022 totalizzava n 11.232 unità, applicando il criterio statistico ISTAT, possiamo ipotizzare che circa 3.000 anziani hanno problemi

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

funzionali cioè non sono autosufficienti. Si tratta di persone di età superiore o uguale a 65 anni, con gravi limitazioni funzionali secondo la classificazione proposta da ISTAT (2021). Considerato che non abbiamo un dato locale relativo al grado di copertura dei servizi sociosanitari e sociali dedicato alla popolazione anziana, anche in questo caso facciamo riferimento ai dati nazionali e regionali ISTAT per dedurre la situazione locale. Le tabelle riportate (fonte del Ministero della Salute - Rapporto OASI 2023 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano nel Rapporto OASI 2023 a cura di CERGAS - Bocconi) evidenziano in modo chiaro il divario fra la capacità produttiva dei servizi sociosanitari e il grado di copertura del bisogno .

Tipo di servizio	2019	2020	2021	Δ 2019-2021
Residenziale*	203.679	208.459	211.673	4%
Semiresidenziale**	17.507	16.781	14.782	-16%
Domiciliare (ADI)***	15.789.122	13.202.896	14.060.282	-11%

* posti letto ** posti centri diurni *** ore erogate

Fonti: Ministero della Salute (2021, 2022, 2023) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.

Fig. 4 – Capacità produttiva complessiva per tipo di servizio erogato

La Figura 4 mostra, confrontando le annualità 2019, 2020 e 2021, una riduzione dell'offerta dell'attività semiresidenziale e domiciliare. C'è un incremento solo di posti letto nelle Case di Riposo (RSA) determinato dalla necessità di gestire la fase del Covid nelle RSA, analogamente la riduzione delle attività semiresidenziale e domiciliare è stata determinata dalla pandemia.

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi socio-sanitari
3.959.395	Residenziale	284.141	7,2%
	Semiresidenziale	16.225	0,4%
	Domiciliare (ADI)	879.030	22,2%

Fig. 5 – Tasso di copertura del bisogno dei servizi socio-sanitari (2021)

Il tasso di copertura del bisogno rispetto al bisogno potenziale è drammaticamente insufficiente. Il servizio più diffuso risulta l'ADI come numero di persone assistite ma presenta delle criticità rispetto all'intensità (n° ore presa in carico) (Figura 5).

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

Regione / P.A.	Popolazione 65+	Prevalenza N.A. 65+	65+ non auto	Casi ADI anziani	Copertura 65+ N.A. via ADI	Copertura 65+ via ADI
Molise	76.120	25,8%	19.639	13.965	71%	18%
Veneto	1.142.745	23,7%	270.831	140.049	52%	12%
Toscana	952.609	26,8%	255.299	115.951	45%	12%
Emilia-Romagna	1.073.202	33,0%	354.157	112.642	32%	10%
Friuli-Venezia Giulia	319.340	21,7%	69.297	20.827	30%	7%
P.A. di Trento	121.842	24,1%	29.364	7.759	26%	6%
Lombardia	2.286.466	24,4%	557.898	146.498	26%	6%
Basilicata	131.267	33,0%	43.318	8.671	20%	7%
Abruzzo	316.711	32,7%	103.564	17.679	17%	6%
Liguria	436.284	21,7%	94.674	14.970	16%	3%
Sicilia	1.079.447	34,6%	373.489	55.392	15%	5%
Marche	381.162	32,3%	123.115	17.360	14%	5%
Lazio	1.293.472	26,9%	347.944	48.902	14%	4%
Umbria	227.477	30,3%	68.926	9.398	14%	4%
Piemonte	1.112.287	22,9%	254.714	34.567	14%	3%
Campania	1.118.545	34,0%	380.305	51.606	14%	5%
Puglia	909.396	32,8%	298.282	38.749	13%	4%
Sardegna	401.716	35,2%	141.404	12.023	9%	3%
Calabria	425.625	35,6%	151.523	10.724	7%	3%
P.A. di Bolzano	105.549	24,1%	25.437	1.106	4%	1%
Valle d'Aosta	30.269	24,0%	7.265	192	3%	1%
Italia	13.941.531	28,4%	3.959.395	879.030	22%	6%

Fonti: ISTAT (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati ISTAT su popolazione al 1/1/2021.

Ministero della Salute (2023) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2021.

Fig. 6 - Tasso di copertura della popolazione 65+ e della popolazione 65 + non autosufficiente tramite ADI. Dettaglio Regionale, anno 2021

Applicando i dati nazionali e regionali di copertura del fabbisogno della popolazione anziana Lombarda alla realtà Lodigiana si ricava che oltre il 70% del fabbisogno, cioè circa 2.000 cittadini non autosufficienti over 65 anni non è soddisfatto perché, o non è preso in carico o lo è in modo insufficiente dal servizio sanitario e socio-sanitario. Diventa fondamentale, quindi, organizzare un processo strutturato per la conoscenza e la presa in carico degli anziani non autosufficienti.

- I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Per conoscere e valutare la situazione dei Medici di Medicina Generale nella città di Lodi, anche per una prospettiva futura, riportiamo alcuni dati aggiornati a febbraio 2024:

- 11 di età < ai 60 anni
- 12 di età tra i 60 e 66 anni
- 3 tra i 67 e i 68 anni

Pur sapendo che al momento gli MMG, su loro richiesta, possono essere autorizzati dalla ASST a prolungare l'attività convenzionale sino al compimento dei 72 anni, questi dati segnalano una situazione che va attentamente monitorata.

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

GLI ATTORI

- II PUA

Il Punto Unico di Accesso (PUA) è rivolto prioritariamente alle persone con disagio e dell'area della fragilità (sanitaria /sociale). L'accesso può essere: spontaneo dell'assistito / familiari o su indicazioni del MMG, IFeC, UCA, servizi sanitari o sociali. Il PUA ha la funzione di luogo di accoglienza e di prima analisi del bisogno (semplice o complesso)

- La COT

La Centrale Operativa Territoriale (COT) ha la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza; garantisce e coordina la presa in carico dei pazienti "fragili", rilevando i bisogni di cura e assistenza e garantendo la continuità del percorso assistenziale tra Ospedale e Territorio con il coinvolgimento degli enti locali e degli enti del terzo settore.

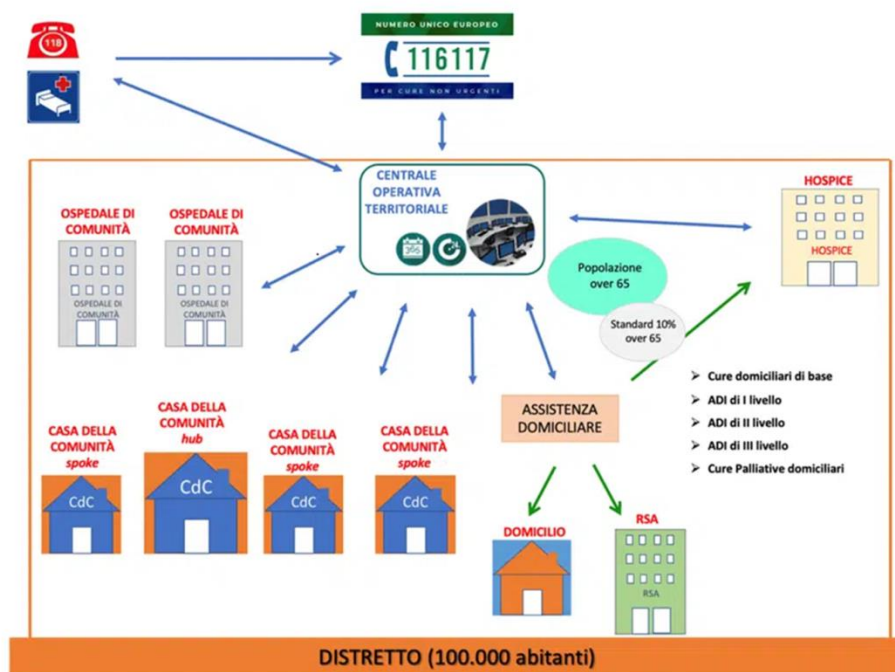


Fig. 7 - Organizzazione di un Distretto tipo in un'area urbana di 100 mila abitanti

- La Casa di Comunità

La Casa della Comunità è un "luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e dove viene promosso un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso equipe territoriali". Quindi è la struttura fisica in cui operano team multidisciplinari di MMG/PLS, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti e assistenti sociali. La loro centralità è data, sul lato del "governo della domanda", dalle funzioni

di “medicina di iniziativa” e di “medicina di prossimità” di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato del “governo dell’offerta”, dal lavoro multi professionale, dall’integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance” dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti».

- Gli IFeC

L’introduzione dell’infermiere di famiglia ha l’obiettivo di consolidare l’organizzazione assistenziale sul territorio e promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell’assistenza sociosanitaria e sanitaria domiciliare e garantire un continuum ospedale-territorio. Il suo ruolo non si limita alla gestione del paziente pluripatologico o cronico ma emerge come figura di riferimento per la gestione ed il miglioramento della qualità di vita di un’intera comunità, soprattutto per favorire il mantenimento di un corretto stato di salute, attraverso l’insegnamento all’adozione di adeguati stili di vita e di comportamenti. Si occupa infatti di gestione nelle reti multiprofessionali dei processi correlati all’assistenza alle cure primarie, si occupa di prevenzione e di promozione alla salute, nonché di educazione sanitaria. L’infermiere di famiglia è la figura professionale che fornisce ai cittadini gli strumenti necessari al sostegno e alla gestione domiciliare di una condizione patologica, che mira alla qualità di vita del singolo e della collettività con cui si trova a stretto contatto, è il professionista sanitario che garantisce l’assistenza infermieristica a differenti standard di complessità, interagendo e collaborando con i vari professionisti attivi nel territorio e nella comunità in cui opera, con lo scopo di realizzare il welfare di comunità. Oltre che la gestione degli aspetti assistenziali, lo scopo è quello di aiutare il soggetto stesso e la sua famiglia nell’affrontare situazioni apparentemente difficili o complesse, al fine di evitare di sottoporre il malato ad ulteriori situazioni stressanti garantendo una risoluzione, laddove possibile, volta a ridurre ospedalizzazioni e/o peggioramento della qualità di vita.

Nell’ambito della CDC gli IFeC partecipano e si integrano nei processi e nei percorsi territoriali e collaborano all’effettuazione della VMD e alla stesura del PAI e alle rivalutazioni periodiche. Nell’ambito del Progetto potrà essere identificato un referente Case Manager che instruirà il suo gruppo sui compiti specifici ovvero occuparsi della gestione diretta dei pazienti: contatto telefonico e aggiornamento del fascicolo sanitario, rilevazione bisogni e criticità, organizzazione di eventuali televisite, costanti contatti con il MMG e gli Specialisti della CDC.

- Il Medico Geriatra e gli specialisti della CDC

Il Medico Geriatra della CDC, proprio per le sue competenze trasversali e la capacità di lavorare con equipe multidisciplinare, riesce a seguire il paziente anziano fragile nella sua totalità monitorando i vari aspetti sia dal punto di vista clinico che funzionale e sociale. La sua visione di insieme rende la presa in carico completa e sicura, capace di integrare il percorso di cura. Inoltre la possibilità di interagire e confrontarsi con i MMG e i vari specialisti rende la figura indispensabile per un a corretta gestione del paziente complesso.

- Il MMG

La Medicina Generale resta il primo e principale attore della presa in carico del singolo cittadino, della famiglia e della comunità a lui affidata nel campo della:

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

- Prevenzione, dagli stili di vita alla vaccinazione alla promozione agli screening.
- Gestione della Cronicità attraverso lo strumento della medicina di iniziativa, affermando il ruolo di fulcro della medicina generale attorno a cui si sviluppa il Piano Nazionale della Cronicità.
- Gestione delle acuzie non complicate, attraverso un modello di risposta assistenziale h24 sette giorni su 7, anche attraverso l'integrazione con altri servizi.
- Domiciliarità e Residenzialità come luogo di cura e assistenza privilegiato per la non autosufficienza, disabilità e fine vita in linea con gli obiettivi del PNRR.
- Sorveglianza epidemiologica: grazie alle funzioni di diagnostica di primo livello ad oggi è possibile configurare anche alla luce del prossimo piano pandemico nazionale, una rete di sorveglianza per le principali malattie infettive conosciute e per quelle la cui presenza si sta evidenziando nel nostro Paese.

DESCRIZIONE DEL PERCORSO, FASI E MODALITA' OPERATIVA

Il Progetto vede l'avvio con la costituzione di un Gruppo di Lavoro Multidisciplinare (GLM) composto da:

- Specialista Geriatra della CDC
- un rappresentante dei MMG
- un rappresentante degli Specialisti Ospedalieri dei Reparti pilota della prima fase (Medicina, Geriatria e Riabilitazione dell'Alto Lodigiano)
- un IFeC Case Manager del Progetto
- il Coordinatore della COT.

Il GLM, sulla base di un indicatore di fragilità, elaborerà il modello di presa in carico di pazienti con più di 75 anni e declinerà i mandati di ogni componente, secondo la propria competenza e le tempistiche di applicazione dei compiti in modo da poter riferire alla Direzione Strategica e ottenere, se necessario, le autorizzazioni. Periodicamente il gruppo si riunirà nell'ottica di un miglioramento e per la stesura di considerazioni e conclusioni dopo 6 e 12 mesi dalla partenza del progetto.

Nel percorso di Cura proposto il centro organizzativo sarà la Casa della Comunità.

- Indicatore di Fragilità

Le scale di valutazione e gli indici assistenziali favoriscono: una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali, una omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza, la comunicazione o lo scambio di informazioni tra le diverse discipline (Silvestro,2003). In particolare, quando si prende in considerazione il bisogno di assistenza della persona anziana si deve fare i conti con una complessità la cui conoscenza è indispensabile per tutti i professionisti che partecipano all'intero percorso assistenziale. Chi si occupa del paziente anziano non può prescindere da questa complessità: solamente una

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

strategia che si fondi sulla valutazione globale dei bisogni può essere garanzia di un piano di cura e assistenza finalizzato alla conservazione della massima autonomia personale e sociale (Zanetti, 2003).

A tal proposito si è pensato di individuare la Scala Brass (**ALLEGATO 1**) come indicatore di fragilità. Questa scala fu sviluppata come parte del sistema di pianificazione della dimissione soprattutto per i pazienti di età superiore a 65 anni. Le autrici (Blaylock e Cason, 1992) nella revisione della letteratura, e nella loro esperienza nel campo dell'assistenza in geriatria e gerontologia, hanno identificato i seguenti fattori: età, stato funzionale, stato cognitivo, supporto sociale e condizioni di vita, numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso e numero di problemi clinici attivi. Esse hanno incluso anche: modello comportamentale, mobilità, deficit sensoriali e numero dei farmaci assunti perché, pur non essendo elementi dello stato funzionale o cognitivo, sono rilevanti per gli anziani. L'esperienza delle autrici suggeriva che se il paziente doveva assumere un grande quantitativo di farmaci c'era un'alta probabilità di non compliance al programma terapeutico.

Anche se il BRASS index è uno strumento utilizzato per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile, risulta ad oggi l'indicatore più completo anche per identificare i pazienti più fragili da prendere in carico al domicilio proprio perché indaga vari domini e restituisce un'immagine fedele delle criticità clinico-assistenziali. Sulla base della nostra esperienza clinica il cut-off che sembra più adeguato è un punteggio > 15: quindi un paziente over 75 con un Indice di Brass >15 risulta adeguato ad essere candidato alla presa in carico domiciliare.

- **Modalità operativa e fasi del percorso**

La segnalazione di un bisogno potrà venire da:

- Utente direttamente interessato o care-giver attraverso il PUA
- MMG attraverso la COT
- Rete di emergenza/urgenza (in caso di individuazione di soggetti fragili) attraverso la COT (es. dimessi da PS con codice bianco o verde)
- Servizi Sociali dei Comuni attraverso il PUA
- Dimissioni protette dai reparti ospedalieri pilota attraverso la COT
- Soggetti del terzo settore coinvolti in progetti specifici attraverso il PUA

Dunque appare evidente come il PUA o la COT siano lo snodo iniziale attraverso il quale vengono gestite le segnalazioni: proprio in queste sedi verrà valutata, attraverso il punteggio dell'Indice di Brass e l'età > 75 anni, l'idoneità alla presa in carico domiciliare o l'indirizzo verso altri tipi di assistenza o presa in carico.

Una volta identificato il paziente "adeguato" ed acquisito il suo consenso (saranno utilizzati moduli di consenso già previsti per l'accesso alle Cure Domiciliari e già predisposti per l'accreditamento) la COT o il PUA si interfacerà con l'IFeC Case Manager che assegnerà il paziente ad un IFeC di riferimento identificato per afferenza ad MMG. L'IFeC effettuerà l'accesso al domicilio con il Geriatra della CDC e verranno definiti gli obiettivi e i percorsi di

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

cura (PAI). Attraverso la Valutazione Multidimensionale il Geriatra identificherà le flags red da monitorare ed in collaborazione con l'infermiere stabiliranno il sistema di monitoraggio.

La VMD consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, di pianificare e programmi di mantenimento delle abilità residue, l'individuazione di un operatore referente per la famiglia al fine di facilitare il passaggio di informazioni.

Inoltre, nell'ottica di una costante interazione ed integrazione, verranno strutturati momenti di teleconsulto tra il MMG ed il Geriatra ed eventualmente lo specialista della CDC di riferimento per la patologia in quel momento da monitorare: ad esempio per un paziente con Diabete Mellito scompensato verrà pianificato un teleconsulto tra MMG, Geriatra e Diabetologo, per un paziente affetto da BPCO con lo Pneumologo, e così via. In sintesi avverrà una pianificazione e il coordinamento degli interventi attivando le risorse più appropriate della rete assistenziale per l'attuazione di processi integrati e la loro standardizzazione in PTDA. Ne risulta che dovranno essere approntate e gestite delle agende dei vari professionisti con slot dedicati ai teleconsulti strutturati.

Il paziente verrà poi periodicamente contattato dall'IFeC di riferimento, con cadenza individuata nel PAI, per verificare e sollecitare la presa d'atto di eventuali indicazioni fornite dal medico specialista, l'aderenza al piano terapeutico prescritto e agli stili di vita concordati.

Una volta descritto, pianificato ed approntato il processo operativo si procederà alla diffusione a livello aziendale attraverso momenti di formazione del personale. Inoltre, anche attraverso l'Ufficio Marketing e il sito aziendale, verranno descritti e proposti all'utenza i servizi di presa in carico.

Questo progetto aspira a ridurre notevolmente le prestazioni ambulatoriali per i pazienti cronici e fragili seguiti nel progetto. Inoltre potranno essere intercettate precocemente, attraverso il progetto di sorveglianza degli IFeC, le riacutizzazioni che verranno così trattate all'esordio evitando accessi impropri in PS.

In aggiunta il processo educativo dell'IFeC potrà beneficiare anche dell'utilizzo di strumenti di telesorveglianza.

Dal momento della presa in carico verranno registrati i dati e le principali problematiche insorte raccogliendo i risultati attesi e monitorando gli indicatori, analizzando i risultati a 6 e 12 mesi e presentandoli a livello aziendale per eventualmente estendere il Progetto a tutti i Reparti Ospedalieri e alle zone del Basso Lodigiano.

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

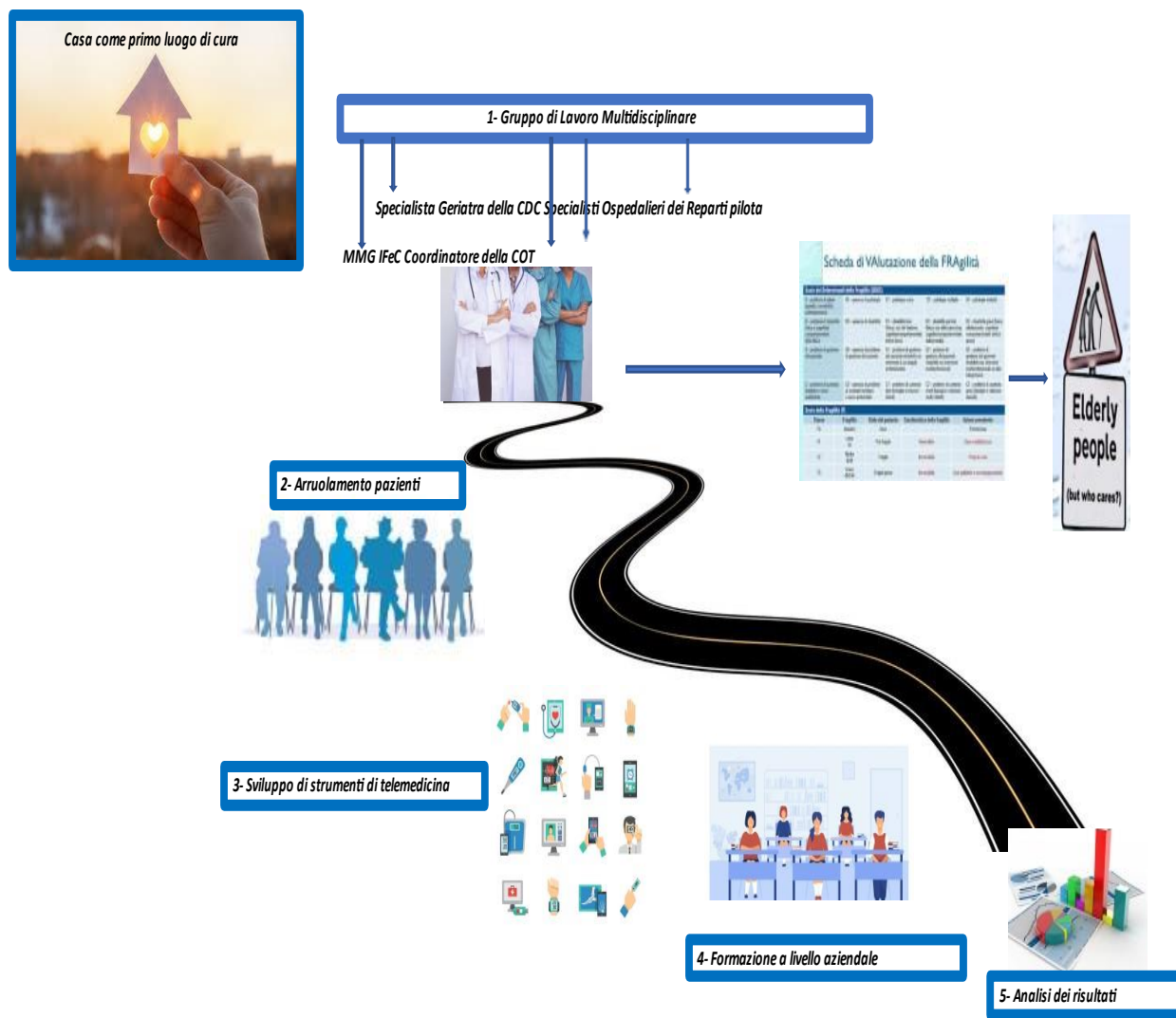


Fig. 8 - Fasi del percorso

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

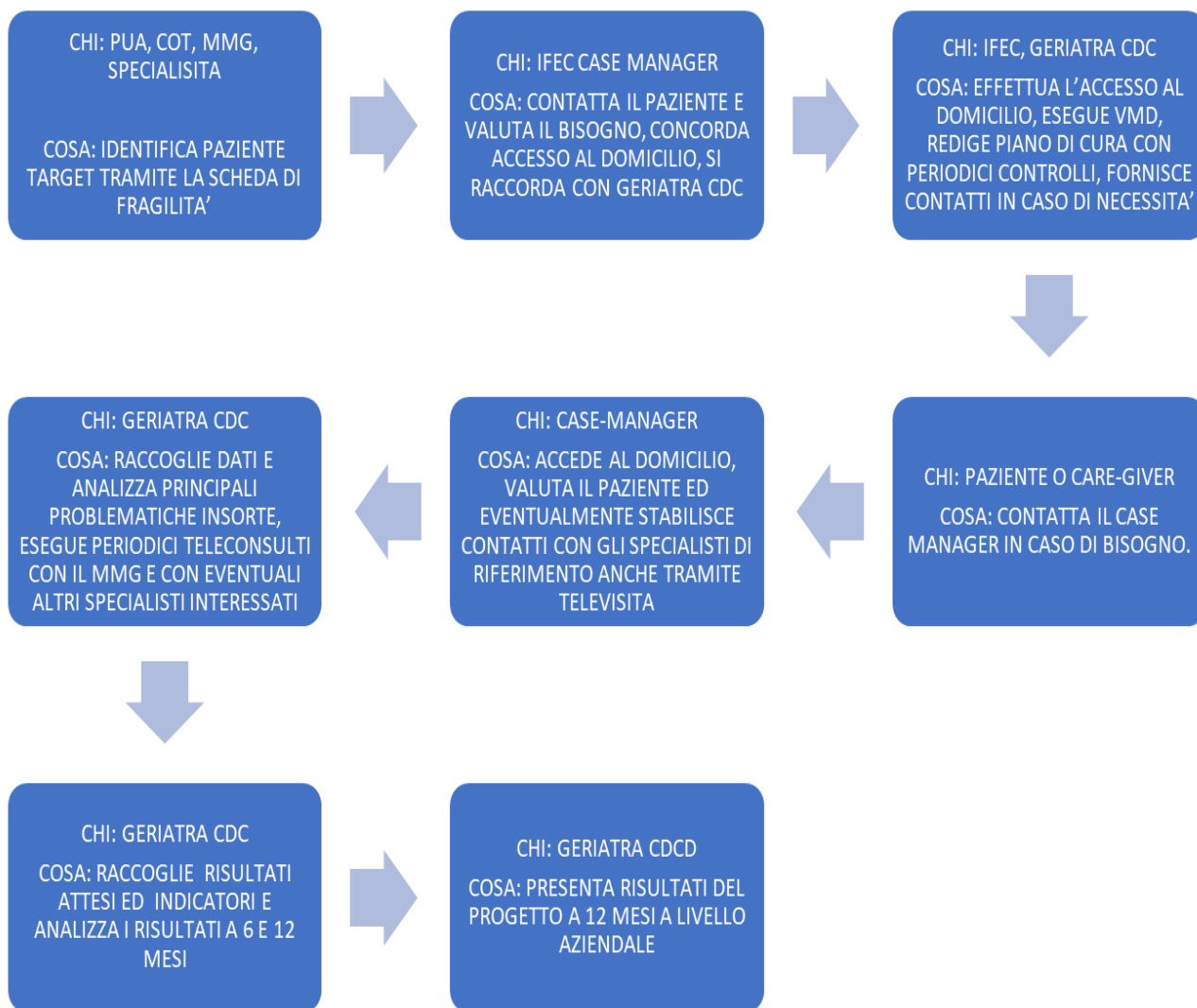


Fig. 9 -Modalità Operativa

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	GIUGNO 2024	SETTEMBRE 2024	DICEMBRE 2024	MARZO 2025	GIUGNO 2025	GIUGNO 2026
Formazione del GLM e stesura del percorso						
Identificazione del target di riferimento						
Condivisione con gli attori previsti nel percorso: IFeC, MMG, Specialisti CDC, Specialisti reparti pilota						
Sviluppo di modelli di telemedicina e teleconsulto coinvolgendo tutti gli attori del progetto						
Diffusione a livello aziendale di tutti i percorsi attivati anche tramite momenti di formazione, diffusione e proposta dei servizi all'utenza anche tramite il Sito Aziendale coinvolgendo l'Ufficio Marketing						
Organizzazione di agende dedicate alle valutazioni specialistiche domiciliari e alle sedute di teleconsulto						
Raccolta dati						
Rivalutazione del Progetto con analisi dei risultati ottenuti ed eventuale applicazione di correttivi						
Eventuale ampliamento alle zone del Basso Lodigiano						

Fig 10 – GANTT generale del progetto

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

IMPLEMENTAZIONE

Una volta completato il progetto pilota e terminata la fase di analisi dei risultati, comprendente una completa ed esaustiva valutazione delle risorse necessarie, il progetto potrà essere implementato coinvolgendo tutti i Reparti dell'ASST e i Presidi del Basso Lodigiano.

Dal punto di vista delle risorse informatiche, potrebbero essere utilizzate quelle che saranno integrate a breve nel nuovo sistema informativo di gestione territoriale SGDT o prevedere dei programmi ad hoc che possano essere disponibili per televisite, telemonitoraggio e teleconsulti.

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Il progetto pilota sarà essere messo in pratica in modalità isorisorse: attualmente, per l'Alto Lodigiano, disponiamo di un Geriatra della CDC, di 6 IFeC (che concorrono anche al buon funzionamento del PUA), di 4 infermieri della COT e 2 Coordinatori Infermieristici che, al momento, potrebbero gestire sia la fase iniziale che lo sviluppo nel breve periodo, senza necessitare di risorse aggiuntive.

Se il Progetto verrà successivamente esteso ai Presidi del Basso Lodigiano, potrebbe rendersi necessario un incremento del numero degli specialisti di riferimento e degli IFeC.

Un altro costo vivo aggiuntivo potrebbe risultare dalla necessità di incrementare il parco macchine a disposizione degli IFeC e delle CDC.

Dovrebbero inoltre essere incrementati i servizi informatici, dovendo prevedere l'utilizzo di adeguate piattaforme di telemedicina.

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

RISULTATI ATTESI E INDICATORI

RISULTATI ATTESI :

- incremento del numero di pazienti presi in carico al domicilio (anche in linea con l'obiettivo del PNRR di raggiungere il valore soglia del 10% degli assistiti con più di 65 anni)
- miglioramento della presa in carico integrata e multidisciplinare arrivando ad avere degli operatori di riferimento per la gestione delle patologie croniche
- gestione più attenta del paziente che in questo modo si vede accompagnato lungo l'intero percorso clinico ricevendo la giusta e pronta risposta ad eventuali nuovi bisogni, riducendo l'impatto negativo del vissuto di malattia e migliorando la qualità della vita percepita
- riduzione delle riacutizzazioni in caso di patologie croniche, riduzione degli accessi in Pronto Soccorso, dell'ospedalizzazione e dell'istituzionalizzazione con tutti i rischi connessi e il ricorso agli Ambulatori Specialistici di II livello
- garantire al domicilio cure di pari efficacia ed arrivare ad una vera e propria integrazione tra Ospedale e Territorio
- utilizzare risorse di telemedicina per incrementare l'efficienza e l'efficacia della presa in carico

INDICATORI:

DI seguito gli indicatori che saranno presi in considerazione per il monitoraggio dell'attività proposta con la presente progettualità

- N° pazienti >75 anni eleggibili al progetto/ N° totale dei pazienti > 75 anni cronici afferenti alle Unità di Offerta pilota
- N° pazienti arruolati che hanno avuto accesso in PS nei successivi 6-12-18 mesi dall'arruolamento/N° totale dei pazienti arruolati
- N° pazienti arruolati ospedalizzati nei successivi 6-12-18 mesi dall'arruolamento/N° totale dei pazienti arruolati
- N° di televisite, teleconsulti e telemonitoraggi eseguiti sul totale dei pazienti in carico al mese
- Grado di apprezzamento del Servizio da parte degli utenti e del care-giver rilevato tramite questionario di gradimento

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

CONCLUSIONI

Questo progetto di inserisce, quale proposta organizzativa, nel Piano di potenziamento dell'Assistenza territoriale dettato dal PNRR (DG n°59 del 06/05/2021) ed in particolare nella Missione 6 con azione alle "reti di prossimità" struttura e telemedicina per l'assistenza territoriale.

La declinazione del Piano è avvenuta attraverso la definizione delle Case di Comunità con la presa in carico dei pazienti, la casa come prima luogo di cura e la telemedicina. Tale progetto, con l'effettiva presa in carico del paziente fragile identificato tra la popolazione over 75 della nostra ASST, propone la riorganizzazione dei servizi e un approccio multidisciplinare ed integrato. I dispositivi tecnologici sembrano essere degli strumenti promettenti per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria offrendo numerosi vantaggi in termini di praticità e riduzione dei costi.

Il progetto si pone come obiettivo quindi il corretto utilizzo dell'offerta assistenziale per ridurre l'impatto sui pazienti e sull'organizzazione del sistema sanitario nella gestione dei pazienti cronici. L'applicazione di questo progetto permetterà di:

- Soddisfare le necessità sanitarie dell'utenza attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi
- Migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria
- Assicurare la continuità assistenziale
- Dare risposte integrate ai pazienti cronici e fragili
- Collaborare ai processi di empowerment del Cittadino o dei familiari o dei caregivers

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. DELIBERAZIONE N° XI / 5373 Seduta del 11/10/2021 "ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE – DEFINIZIONE DEL QUADRO PROGRAMMATICO E APPROVAZIONE DELLA FASE N. 1: IDENTIFICAZIONE DELLE STRUTTURE IDONEE DI PROPRIETA' DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE"
2. Ministero della Salute, Decreto del 23 gennaio 2023 "Ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1." Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 6
3. Decreto 23 maggio 2022, n.77 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale
4. DM 77/2022, GU n°144 del 22/06/2022 "Casa come primo luogo di Cura (ADI) del Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)
5. Linee Guida ministeriali contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare- 06/05/2022
6. DGR 6760 / 2022 Regione Lombardia seduta del 25/07/2022. Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n°77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN"
7. "Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex.l 17 luglio 2020 n°77
8. DGR n°717/2023
9. Ministero della Salute - Decreto ministeriale 5 aprile 2022. Decreto di approvazione dello schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) con l'allegato comprensivo del Piano operativo e delle schede intervento
10. Ministero della Salute - Decreto del 20 gennaio 2022. Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari
11. Notizia del 18 febbraio 2022 - PNRR Salute, decreto del ministro Speranza per il riparto alle Regioni di oltre 8 miliardi
12. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Intesa 30 marzo 2022. Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della salute che approva lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) e lo schema di Piano operativo. Rep. Atti n. 40/CSR, con allegati: Schema CIS e Schema Piano operativo regionale

BIBLIOGRAFIA

1. Infermiere di famiglia, il futuro dell'assistenza. Dott. Andrea Ferretti. Pubblicato in Rivista: specializzazioni infermieristiche, 31 Oct. 2017;
2. Long Term Care. Di Manuela Creti. May 29th, 2020;
3. 3.Ministero Della Salute, Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;
4. EU Programme For Education, Training, Youth And Sport. European Curriculum For Family And Community Nurse, May 31th, 2021;
5. Piano della salute Locale Città di Lodi
6. Ardigò A. Società e Salute Franco Angeli, Milano1997
7. Bassetti O. La professione infermieristica oggi: le nuove priorità Rosini Editrice, Firenze 2002.
8. Blaylock A, Cason C. Discharge Planning predicting patients'needs, Journal of Gerontological Nursing 1992:18(7).
9. Bono L, Dutto A. Dimissioni del paziente, Dossier Infad,N.9 006
10. Chaboyer W, Kendall E, Foster M. Use of the "BRASS" to identify ICU patients who may have complex hospital discharge planning needs, Nursing Critical Care 2002;7(4)
11. Saiani L, Palese A, Brugnolli A, Benaglio C. La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri, Assistenza Infermieristica e Ricerca 2004;23:233-49.
12. Silvestro A. Premessa, Le scale di valutazione: strumenti per l'integrazione e il miglioramento dell'assistenza, in "Le scale di valutazione: strumenti per la rilevazione dei dati clinici nell'assistenza infermieristica", I Quaderni de L'Infermiere 2003 n.6 – Settembre.
13. Trabucchi M. La valutazione multidimensionale: per misurare e comprendere
14. .Zanetti E.(a cura di) La valutazione in geriatria, Carocci Faber, Roma 2003.
15. De Guzman KR, Snoswell CL, Taylor ML, Gray LC Caffery Li. Economic evaluation of Remote Patient Monitoring for Chronic Disease: A Systematic review. Value Health 2022; 25(6): 897-913.

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

SITOGRAFIA

1. <https://www.istat.it>
2. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
3. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
4. www.iss.it
5. www.salute.gov.it
6. www.aifa.gov.it
7. www.regione.lombardia.it
8. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/fragili#dati>

Allegato 1

BRASS INDEX

Nome: _____ **Cognome:** _____ **Data:** ___/___/___

Sesso:

M

F

Età: _____

Età

0 = 55 anni o meno

1 = 56-64 anni

2 = 65-79 anni

3 = 80 anni e più

Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)

0 = Vive con il coniuge

1 = Vive con la famiglia

2 = Vive da solo con il sostegno della famiglia

3= Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti

4= Vive da solo senza alcun sostegno

5= Assistenza domiciliare/residenziale

Stato funzionale (ogni opzione valutata)

0 = Autonomo (indipendente in ADL ed IADL)

Dipendente in:

1 = Alimentazione/nutrizione

1= Igiene/abbigliamento

1=Andare in bagno

1= Spostamenti/mobilità

1= Incontinenza intestinale

1= Incontinenza urinaria

1= Preparazione del cibo

1= Responsabilità nell'uso dei medicinali

1= Capacità di gestire il denaro

1= Fare acquisti

1= Utilizzo di mezzi di trasporto

Stato cognitivo (una sola opzione)

0 = Orientato

1 = Disorientato in alcune sfere* qualche volta

2 = Disorientato in alcune sfere* sempre

3= Disorientato in tutte le sfere * qualche volta

4= Disorientato in tutte le sfere* sempre

5= Comatoso

*Sfere:spazio, tempo, luogo e sé

Casa come primo luogo di cura : sviluppo di un modello organizzativo nell'ASST di Lodi per la gestione del paziente anziano fragile al domicilio anche tramite telemedicina e teleassistenza con lo scopo di ridurre le liste di attesa ambulatoriali e ridurre gli accessi impropri in PS

Modello comportamentale (ogni opzione valutata)

- 0 = Appropriato
- 1 = Wandering
- 1= Agitato
- 1= Confuso
- 1= Altro

Mobilità (una sola opzione)

- 0 = Deambula
- 1= Deambula con aiuto di ausili
- 2= Deambula con assistenza
- 3= Non deambula

Deficit sensoriali (una sola opzione)

- 0 = Nessuno
- 1 = Deficit visivi o uditivi
- 2 = Deficit visivi e uditivi

Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso (una sola opzione)

- 0 = nessuno negli ultimi 3 mesi
- 1 = Uno negli ultimi 3 mesi
- 2 = Due negli ultimi 3 mesi
- 3 = Più di due negli ultimi 3 mesi

Numero di problemi clini attivi (una sola opzione)

- 0 = Tre problemi clinici
- 1 = Da tre a cinque problemi clinici
- 2 = Più di cinque problemi clinici

Numero di farmaci assunti (una sola opzione)

- 0 = Meno di tre farmaci
- 1 = Da tre a cinque farmaci
- 2= Più di cinque farmaci

PUNTEGGIO TOTALE	<input type="text"/>
------------------	----------------------