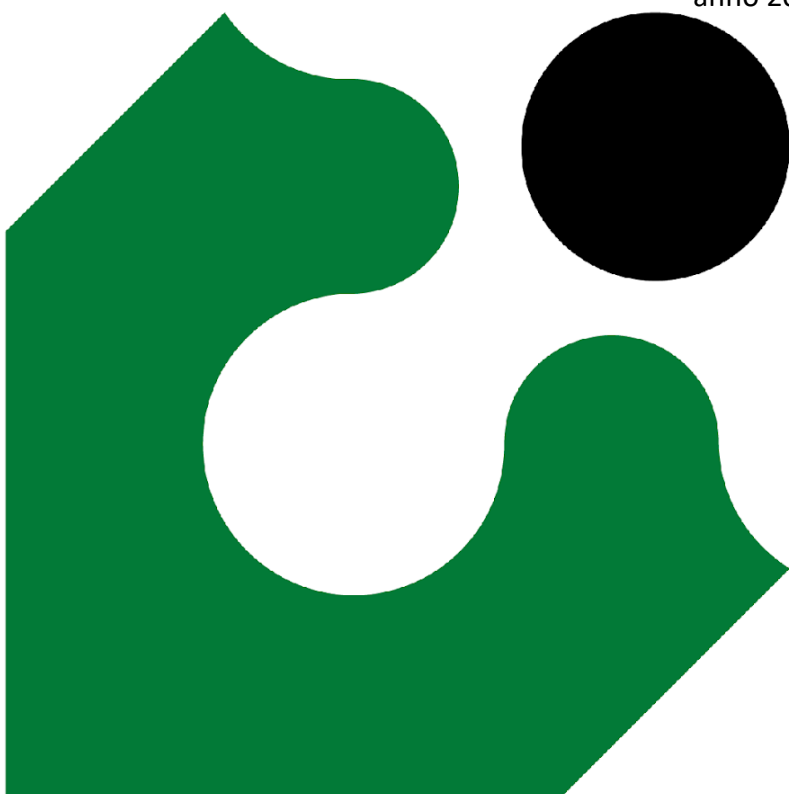


**Disegno e attuazione di dimissione  
domiciliare (o protetta) per pazienti ad  
altissima complessità assistenziale presso  
l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

Autore Monia Vezzoli

Corso di formazione manageriale per  
Dirigenti di Struttura Complessa  
anno 2024



# Corso di formazione manageriale per Dirigente di struttura complessa

Codice edizione: UNIMI DSC 2401/BE

Ente erogatore: Università degli Studi di Milano

## GLI AUTORI

*Monia Vezzoli, dirigente medico, Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Provincia di Pavia,*

Email [monia\\_vezzoli@asst-pavia.it](mailto:monia_vezzoli@asst-pavia.it)

## Il docente di progetto:

*Federico Lega, professore ordinario, UNIMI*

## Il Responsabile didattico scientifico:

*Federico Lega, , Professore ordinario Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute e Presidente Del Collegio Didattico - Collegio Didattico del Corso di Laurea Magistrale in Management delle Aziende Sanitarie e del Settore Salute, Università degli Studi di Milano*

Publicazione 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](http://www.polis.lombardia.it)

## **INDICE**

INDICE	3
INTRODUZIONE	5
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	19
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	21
METODOLOGIA ADOTTATA	22
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	24
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	28
RISULTATI ATTESI	30
CONCLUSIONI	32
RIFERIMENTI NORMATIVI	34
BIBLIOGRAFIA	36
SITOGRAFIA	37
ACRONIMI	38

**Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

## **INTRODUZIONE**

Alla luce dei dati di elaborazione delle previsioni demografiche della popolazione di Regione Lombardia contenute in un'analisi fornita da Polis Lombardia, emerge un cambiamento demografico e sociale in atto che prevede da una parte un progressivo invecchiamento della popolazione con un aumento sostanziale del numero di cittadini ultrasessantacinquenni e dall'altro un incremento del numero di famiglie. Nello specifico si prevede un incremento percentuale degli ultrasessantacinquenni da 22,9% del 2020 a 31,5% nel 2070. Quest'ultimo, tuttavia, si accompagna a una riduzione della dimensione media familiare con notevole incremento delle famiglie unipersonali. Si prevede in Regione Lombardia una riduzione della dimensione media familiare da 2,30 componenti nel 2020 a 2,15 nel 2030 per calare ulteriormente fino a 2,07 nel 2040. E' inoltre rilevante il dato che prevede un aumento a 332 mila famiglie composte da una sola persona in soli 20 anni (fino al 2040) che passano da 34,8 a 39,4 del totale delle famiglie.

La crescita dell'età media si accompagna ad un incremento della popolazione con problematiche cliniche sempre più associate e complesse e di più difficile controllo con un conseguente incremento del numero di accessi al Pronto Soccorso e necessità di ricovero per riacutizzazione e instabilizzazione delle stesse.

Contestualmente, da una ricerca effettuata dalla Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI), si evidenzia come ogni anno oltre due milioni di giornate di degenza vanno a gravare i conti della sanità pubblica per difficoltà a dimettere gli anziani soli, dovuto a un problema di assenza di un contesto familiare o di assistenza sociale che permetta il rientro al domicilio del paziente dopo un ricovero ospedaliero.

Il 75,5% dei pazienti anziani rimane impropriamente in ospedale perché non ha nessun familiare o badante in grado di fornire assistenza la domicilio, mentre per il 49% non c'è possibilità di entrare in una Rsa. Il 64,3% protrae il ricovero oltre il necessario perché non ci sono strutture sanitarie intermedie nel territorio mentre il 22,4% ha difficoltà ad attivare l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). E il tutto grava sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con un costo di circa un miliardo e mezzo l'anno.

Nella stessa ricerca l'autore pone l'ipotesi che il peso di queste giornate improprie di ricovero ricada indebitamente sulla sanità pubblica a causa delle carenze del sistema di assistenza sociale, ma anche dei servizi territoriali sanitari poco attrezzati alla presa in carico di questi pazienti. La survey condotta in 98 strutture ospedaliere indica che dalla data di dimissioni indicata dal medico a quella effettiva di uscita passa oltre una settimana nel 26,5% dei casi, da 5 a 7 giorni nel 39,8% dei pazienti, mentre un altro 28,6% sosta dai due ai quattro giorni più del dovuto.

Alla luce dei cambiamenti demografici sopra descritti si rende necessario un adeguamento istituzionale con la creazione di un modello organizzativo di sanità territoriale nuovo che sia in grado di integrare la risposta ai bisogni sociosanitari e assistenziali della popolazione fragile e promuovere così il rientro al domicilio del malato dopo un ricovero ospedaliero e che favorisca di conseguenza la riduzione dei giorni di degenza ospedaliera non legati alle cure mediche.

La riforma della sanità territoriale è contenuta nel PNRR/M6 – Piano nazionale di ripresa e resilienza / Missione 6 Salute, Componente: M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

Obiettivi della riforma sono:

## **Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

- Definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria in grado di individuare standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, per garantire a cittadini e operatori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA.
- Facilitare l'individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche.
- Favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, che comportano il rischio di non autosufficienza anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario.
- Disegnare un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico.
- Allinearsi agli standard qualitativi di cura dei migliori paesi europei.

Il modello organizzativo/funzionale della nuova sanità territoriale è contenuto nel Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77: regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.

Il modello organizzativo/funzionale della nuova sanità territoriale in Regione Lombardia è invece contenuto nella DGR 6760/2022, attuativo del DM77/2022, e DGR 6867/2022 di riforma dell'ADI.

La DGR 6760/2022. Il contenuto

- evidenzia la centralità dell'assistenza domiciliare e della continuità assistenziale;
- qualifica il contesto fisico e digitale del domicilio del paziente come setting di cura a cui deve tendere tutta la riorganizzazione;
- ordina l'accesso alla rete delle UdO attraverso la VMD di 1° e 2° livello e la definizione di un PAI;
- progetta la risposta al bisogno attraverso il mix degli interventi sanitari, socioassistenziali e socioassistenziali appropriati e in un'ottica proattiva rispetto a tutte le risorse della comunità;
- si pone l'obiettivo di ridurre l'inappropriatezza dell'utilizzo dell'ospedale.

### **Dimissioni protette: “stato dell'arte” in Regione Lombardia**

Regione Lombardia ha previsto e dato avvio con la DGR 6867/2022 ad un'attività di ricognizione dello stato dell'arte dei percorsi di “ammissione/dimissione protetta” in collaborazione con le ASST del SSR lombardo e sotto la regia delle ATS al fine di individuare alcune traiettorie di sviluppo di questi processi, in linea con le logiche della riforma sanitaria L.R. 22/2021 e dal DM 77/2022.

L'esito della ricerca condotta ha permesso di contestualizzare un quadro attuale molto frammentato dei processi e dei protocolli predisposti dalle varie aziende socioassistenziali regionali, da qui la necessità di lavorare in modo più strutturato su questi percorsi.

A tale scopo è stato pertanto costituito un gruppo di lavoro a livello regionale, composto da rappresentanti di MMG/PLS, ATS, ASST e da AREU, associazioni degli enti gestori, rappresentante dei quali per Pavia è l'ATS.

Le azioni programmatiche per uniformare i percorsi di Ammissione/Dimissione protetta sono contenute nella recente DGR 6867/2022 “Determinazioni in ordine all'Assistenza Domiciliare Integrata (...)” e prevedono in sintesi:

## **Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

- la costruzione di un modello che possa prevedere uniformità nella presa in carico, in linea con quanto previsto anche dal DM 77/2022 (CdC/OdC/COT);
- l'implementazione di percorsi di presa in carico mirati per target specifici di pazienti (es. minori, persone in condizione di grave disabilità, con particolari problemi respiratori, con ferite complesse, pazienti dializzati, i soggetti senza fissa dimora o soggetti affetti da patologie oncologiche non autonomi ma non ancora in fase terminale, ecc.);
- l'identificazione chiara dei responsabili della «rete» del percorso in dimissione protetta, all'interno delle realtà territoriali e ospedaliere;
- lo sviluppo di percorsi di dimissioni protetta anche dal Pronto Soccorso;
- il processo di “ammissione protetta”, quale supporto importante per i soggetti già in carico ai servizi territoriali (ADI, UCP DOM, SAD, ecc.) e che presentano alta complessità clinico e assistenziale e/o fragilità sociale;
- Il rafforzamento del collegamento con i Servizi Sociali: rafforzare la collaborazione con gli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali nella realizzazione e condivisione di progetti di ammissione/dimissione protetta, sviluppando modelli organizzativi che promuovano l'integrazione tra i Servizi Sociosanitari di ASST e la rete dei Servizi Sociali (Terzo Settore/Privati/Comune);
- Il follow up e monitoraggio del paziente preso in carico in ammissione/dimissione protetta e realizzazione di un sistema di raccolta dati e di azioni formative degli operatori.

### **Lo status quo dei percorsi e i dati del 2023 in ASST Pavia.**

É recente in ASST Pavia l'istituzione e l'apertura delle Centrali Operative Territoriali (COT) (data di attuazione 22 maggio 2024). Come previsto nel DM 77/22, la COT svolge un ruolo di coordinamento della presa in carico della persona e integrazione di tutti i servizi e dei professionisti nei diversi setting assistenziali.

ASST Pavia ha assunto quanto contenuto nelle linee guida Agenas come indicazione per lo sviluppo delle procedure e della formazione necessarie all'attivazione del percorso delle COT.

Le linee guida Agenas identificano quattro tipologie di transizione dei vari setting:

- Ospedale-Territorio: la struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario e sociale;
- Territorio-Ospedale: il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) esprime il bisogno di ricovero ospedaliero (ammissione protetta) non a carattere di urgenza, ma programmabile;
- Territorio-Territorio: il servizio sociale/sociosanitario/MMG che ha in carico il paziente sul territorio esprime il bisogno di modificare/integrare il setting assistenziale del paziente;
- La COT nel coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – Telemonitoraggio e/o Telecontrollo - (DM 29 aprile 2022): linee guida organizzative contenente il “Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare”, approvate con DM 29 aprile 2022, definisce il ruolo della COT nel coordinamento dei servizi di telemedicina, tra i quali anche il telemonitoraggio e il telecontrollo della salute.

Fino all'anno corrente in ASST Pavia era attivo un modello di dimissione protetta coordinato dalla Centrale Operativa Voucher Sociosanitario che determinava le modalità di integrazione tra la domanda di dimissione ospedaliera del malato fragile e il rientro al domicilio con l'attivazione di tutti i servizi socio assistenziali in risposta a quanto decretato da Regione Lombardia.

## **Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

La Centrale Operativa Voucher Sociosanitario operava secondo le indicazioni contenute nel Decreto N. 422/Dgi del 22/12/2017 "Percorso Dimissioni Protette-continuità assistenziale dei pazienti fragili in dimissione dalle strutture ospedaliere del territorio dell'ATS di Pavia", procedura condivisa e sottoscritta tra ATS Pavia, gli Ospedali di ASST Pavia, i MMG e PLS della Provincia di Pavia insieme ad alcune strutture ospedaliere presenti sul territorio.

L'intervento era volto a garantire un corretto percorso di continuità assistenziale alla dimissione, in previsione del rientro a domicilio del paziente che presentasse necessità di una presa in carico in assistenza domiciliare integrata, tramite l'attivazione di Voucher Sociosanitario.

Il medico ospedaliero responsabile della dimissione condivideva con il paziente o caregiver il progetto individuale che poteva prevedere una dimissione con attivazione di servizi domiciliari o con trasferimento in cure intermedie/subacute, predisponendo la documentazione appropriata da consegnare al familiare e caregiver (prescrizione farmaci, protesi o ausili, progetto riabilitativo individuale, date per il follow up, ecc.).

Nel caso in cui il paziente necessitasse di una presa in carico in ADI, i reparti dei presidi ospedalieri inviavano la "scheda di valutazione clinica per l'accesso ai servizi sociosanitari" alla Centrale Voucher Sociosanitario (CeAD) di ASST Pavia, punto di riferimento per l'intero ambito provinciale.

La CeAD tuttora è competente nella gestione delle richieste di pazienti in dimissione protetta con bisogni domiciliari. Case manager dei processi di lavoro è l'Assistente Sociale che lavora in équipe, confrontandosi sull'adeguatezza degli interventi proposti nei casi particolarmente complessi, si raccorda con i medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) e con i servizi sociali degli ambiti territoriali per la realizzazione di progetti integrati a seguito della dimissione di pazienti con criticità sociale.

Una prima evoluzione di tale modello è rappresentata dal progetto "Infermiere di famiglia e comunità: presa in carico del paziente fragile in dimissione" che a seguito di pubblicazione della procedura aziendale nel maggio del 2022, ha raggiunto la piena applicazione nell'annualità 2023. In particolare il progetto ha previsto un'iniziale presa in carico da parte degli Infermiere di famiglia e comunità (Ifec) di pazienti fragili in dimissione dalla U.O. di Medicina Interna e dalla U.O.S.D. di Riabilitazione Specialistica e Generale Geriatrica del P.O. di Broni-Stradella. L'obiettivo del progetto è rappresentato dalla presa in carico di pazienti con fragilità che necessitano di prestazioni sanitarie periodiche e assistenza con carattere di continuità, a partire dalla condivisione del progetto di dimissione del paziente con i medici di reparto.

Tale progetto è in fase di applicazione a tutti i presidi ospedalieri di ASST Pavia con una procedura pubblicata nel mese di luglio c.a. dal titolo: "Presa in carico del paziente fragile in dimissione dei presidi ospedalieri di ASST Pavia" PRO 08,727,SDG01,52301 2024.

### **Rendicontazione dimissioni protette ASST Pavia anno 2023 (fonte CeAD di ASST - Centrale Operativa ADI, case management Dimissioni Protette)**

#### *I numeri dei pazienti segnalati e la redistribuzione sul territorio provinciale*

Nel corso dell'annualità 2023 sono pervenute alla CeAD N. 399 richieste di dimissione protetta, di cui n. 16 presentavano una segnalazione di rischio sociale.

Del totale delle richieste pervenute, sono stati attivati successivamente n. 269 percorsi in Voucher Sociosanitario. (Tabella 1)



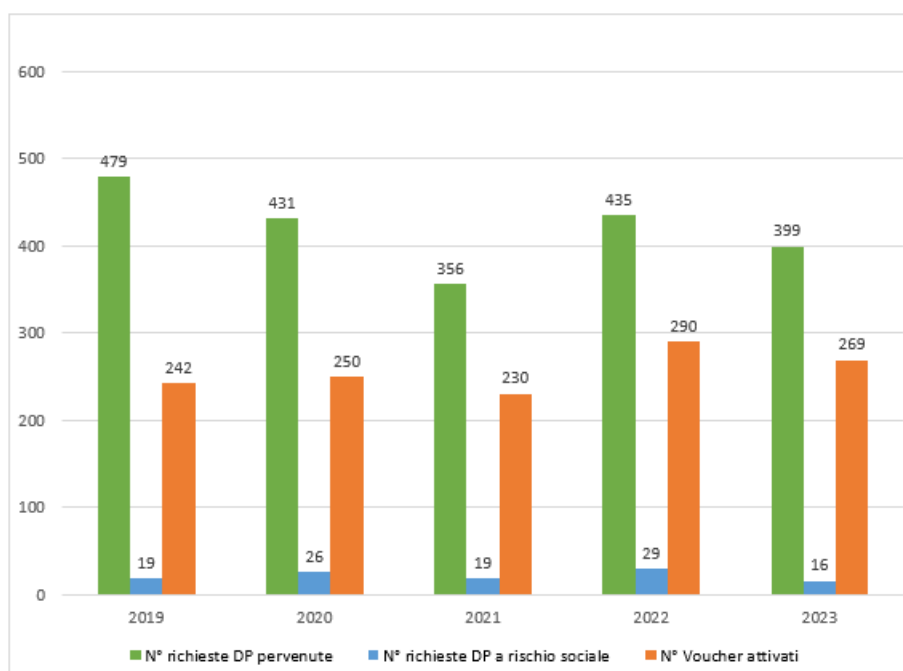
## Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia

Tabella 1 - Voucher Sociosanitario attivati nell'anno 2023

	N° richieste DP pervenute	N° richieste DP a rischio sociale	N° Voucher attivati
gennaio	36	2	25
febbraio	30	2	20
marzo	41	1	25
aprile	22	0	12
maggio	33	1	24
giugno	37	4	23
luglio	35	1	27
agosto	31	1	16
settembre	37	2	28
ottobre	35	0	24
novembre	30	0	20
dicembre	32	2	25
<b>TOTALE</b>	<b>399</b>	<b>16</b>	<b>269</b>

Se si confrontano i dati delle dimissioni protette nel periodo compreso tra il 2019 e il 2023 è possibile evidenziare come nell'ultimo anno il numero di richieste sia stato in lieve diminuzione rispetto al 2022, dato che potrebbe essere condizionato dall'avvio di nuovi percorsi aziendali, dedicati alla continuità assistenziale, come precedentemente descritto (Figura 1).

Figura 1 - Numero dimissioni protette anni 2019-2023



### Le strutture ospedaliere segnalanti pazienti in Dimissione Protetta con necessità di percorsi di cure domiciliari

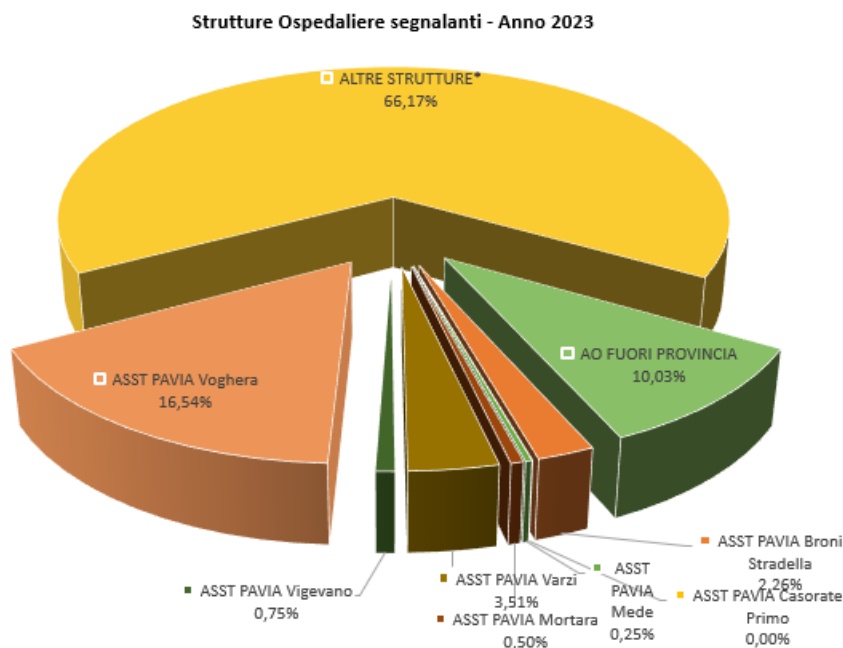
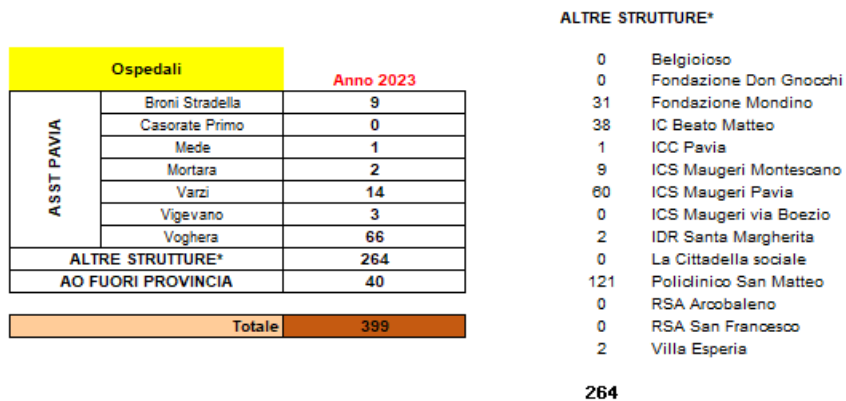
Il protocollo previsto con Decreto N. 422/Dgi del 22/12/2017 "Percorso Dimissioni Protette Continuità assistenziale dei pazienti fragili in dimissione dalle strutture ospedaliere del territorio dell'ATS di Pavia", coinvolge le strutture ospedaliere di ASST Pavia e altri enti privati accreditati quali IRCSS Fondazione Maugeri, Fondazione Mondino, IRCCS S. Matteo, IC Beato Matteo, ICC Pavia, RSA

## Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia

Arcobaleno, RSA San Francesco, Casa di Cura Villa Esperia, ASP IDR S. Margherita Pavia, Fondazione Don Gnocchi di Salice Terme. La raccolta di questo dato è stata organizzata con l'obiettivo di prevedere il numero di segnalazioni per ciascun presidio ospedaliero di ASST Pavia, in contrapposizione al numero di segnalazioni in dimissione protetta pervenute da altri enti o strutture ospedaliere, queste ultime classificate in "Altra struttura".

Viene raccolto ai fini statistici anche il dato relativo a pazienti ricoverati in strutture situate fuori dal territorio provinciale o regionale. Nell'anno 2023 I poli ospedalieri di ASST hanno segnalato complessivamente 95 (23,81%) pazienti in dimissione protetta, con bisogno di assistenza domiciliare integrata. N. 264 segnalazioni sono invece pervenute da "Altre Strutture", mentre sono state 40 le segnalazioni di pazienti che erano ricoverati in ospedali fuori provincia o fuori regione (Figura 2a)

Figura 2a - Numero richieste per presidio ospedaliero anno 2023



## Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia

Una considerazione che può rendere interpretabile il numero esiguo di segnalazioni in dimissione protetta di pazienti ricoverati presso i poli ospedalieri di ASST Pavia, può essere motivata dall'avvio del progetto "Infermiere di famiglia e comunità: presa in carico del paziente fragile in dimissione" che a seguito di pubblicazione della procedura aziendale nel maggio del 2022, ha raggiunto per il Distretto Broni-Casteggio, la piena applicazione nell'annualità 2023.

Come evidenziato nella figura 2b, è evidente la diminuzione del numero di segnalazioni pervenute alla CeAD dal Presidio di Broni-Stradella, da N. 34 nel 2022 a N. 9 nel 2023, segnalazioni pervenute da reparti del presidio che non sono direttamente coinvolti nel progetto sopra descritto.

In ogni caso è da presumere che l'avvio delle nuove Case di Comunità e dei PUA abbia favorito la circolarità delle informazioni in merito alle procedure di attivazione dei servizi territoriali, proponendo il coinvolgimento diretto del MMG anche in fase di dimissione dei pazienti. Sono molte, infatti, le richieste di voucher sociosanitario inviate dai MMG per pazienti dimessi da strutture ospedaliere, dei quali non è pervenuta preventivamente una segnalazione in dimissione protetta alla Centrale Voucher. Quanto sopra esposto può dunque aver influito anche sulle segnalazioni in dimissione protetta non pervenute dai restanti poli ospedalieri aziendali, come meglio descritto nei dati raccolti.

Figura 2b - Richieste dimissioni protette presidi ospedalieri ASST Pavia anno 2023

Ospedali		Anno 2022	Ospedali		Anno 2023
ASST PAVIA	Broni Stradella	34	Broni Stradella	9	
	Casorate Primo	1	Casorate Primo	0	
	Mede	0	Mede	1	
	Mortara	2	Mortara	2	
	Varzi	16	Varzi	14	
	Vigevano	14	Vigevano	3	
	Voghera	32	Voghera	66	
	ALTRE STRUTTURE*	277	ALTRE STRUTTURE*	264	
AO FUORI PROVINCIA	59	AO FUORI PROVINCIA	40		

### Tipologia di bisogno sociosanitario dei pazienti in Dimissione Protetta

E' stato possibile approfondire anche la tipologia di intervento richiesta per il paziente in dimissione protetta con bisogni così classificati: infermieristico (IP), riabilitativo (FKT), misto (IP+FKT), cure palliative domiciliari (UCP DOM), assistenziale (OSS). Ai fini statistici sono stati raccolti dati anche in relazione a percorsi segnalati ma non attivabili in ADI (per sole prestazioni assistenziali o prestazioni sanitarie non eseguibili al domicilio), riclassificati dunque come "richiesta errata". Anche nell'anno 2023 l'analisi dimostra che la maggior parte degli interventi proposti alla dimissione coincidono con l'attivazione/prosecuzione di percorsi domiciliari di tipo riabilitativo (178 DP per FKT). 146 sono state invece le segnalazioni per interventi di natura infermieristica, mentre 66 quelle per un bisogno di tipo misto (Tabella 2).

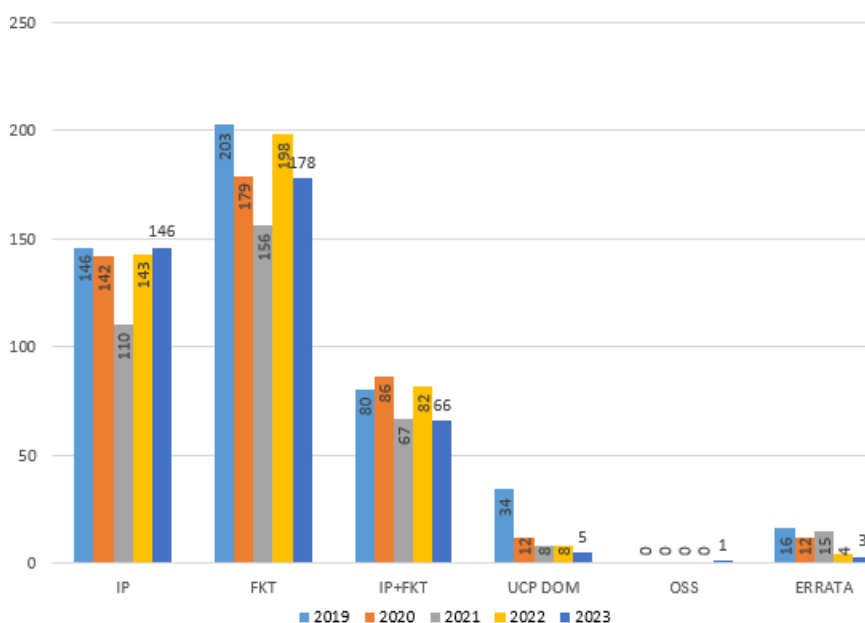
## Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia

Tabella 2 - Dimissioni protette anno 2023 per tipologia di intervento

	IP	FKT	IP+FKT	UCP DOM	OSS	ERRATA	Totale
Gennaio	13	19	3	0	0	1	36
Febbraio	11	11	7	0	0	1	30
Marzo	9	25	7	0	0	0	41
Aprile	4	11	7	0	0	0	22
Maggio	13	14	6	0	0	0	33
Giugno	8	20	8	1	0	0	37
Luglio	16	14	4	1	0	0	35
Agosto	16	10	5	0	0	0	31
Settembre	19	11	7	0	0	0	37
Ottobre	18	11	3	1	1	1	35
Novembre	10	14	5	1	0	0	30
Dicembre	9	18	4	1	0	0	32
<b>Totale</b>	<b>146</b>	<b>178</b>	<b>66</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>399</b>

Prendendo in esame l'intervallo temporale 2019-2023 è possibile fare delle riflessioni in merito al tipo di intervento proposto per il paziente in dimissione (Figura 3).

Figura 3 – Rendicontazione annuale tipologia di bisogno



Anche nel 2023 viene confermato il trend relativo alla tipologia di bisogno del paziente, in maggioranza segnalato per interventi riabilitativi e poco meno per interventi infermieristici. In linea nei cinque anni anche il bisogno misto (infermieristico e riabilitativo). Sempre più incisivo risulta il dato riscontrabile per le segnalazioni di dimissioni protette per l'attivazione di Cure Palliative Domiciliari, inviate dalle strutture ospedaliere alla Centrale Voucher Sociosanitario di ASST. A seguito della Delibera di Regione Lombardia N. 5918 del 28/11/2016 "Disposizione in merito all'evoluzione del modello organizzativo della rete di cure palliative in Lombardia (...)" viene infatti modificato anche il percorso di accesso all'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP DOM) garantendo al cittadino un contatto diretto e semplificato con l'ente gestore, ai fini della valutazione multidimensionale. Il dato rilevato dal 2019 al

## Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia

2023 viene interpretato come garanzia di un adeguato utilizzo dei processi e dei percorsi previsti per la segnalazione di questo tipo di intervento domiciliare, anche tramite appositi strumenti e schede di invio (Decreto n.420/DGi del 22/12/2017 di ATS Pavia). Quasi azzerato nel 2023 anche il margine di errore delle richieste incongrue in dimissione protetta per pazienti che non sono in possesso dei requisiti di accesso ai percorsi di Cure Domiciliari.

### *Pazienti segnalati in Dimissione Protetta e NON attivazione di voucher sociosanitario*

A conclusione dell'analisi e interpretazione dei dati in oggetto, è opportuno richiamare la Tabella 1 per dettagliare le eventuali motivazioni del perché sul totale delle 399 richieste pervenute, solo 269 siano esitate nell'attivazione di percorsi in voucher sociosanitario. La lettura di questo dato non deve spingere a trovare motivazioni dell'eventuale interruzione della continuità assistenziale di pazienti in dimissione protetta, bensì il dato delle NON attivazioni di servizi domiciliari apre la riflessione ad un altro approfondimento circa i percorsi alternativi di continuità assistenziale all'interno dei quali questi pazienti sono stati presi in carico. In merito a quanto sopra espresso, si evidenzia che purtroppo il dato non è sempre disponibile agli operatori della CeAD, in quanto ad eventuali variazioni del progetto di dimissione, l'ospedale e/o i familiari si raccordano direttamente con il MMG, il quale rappresenta il primo interlocutore per l'attivazione dei servizi sociosanitari della rete assistenziale. Si rimanda al paragrafo successivo per un breve approfondimento. (Tabella 3)

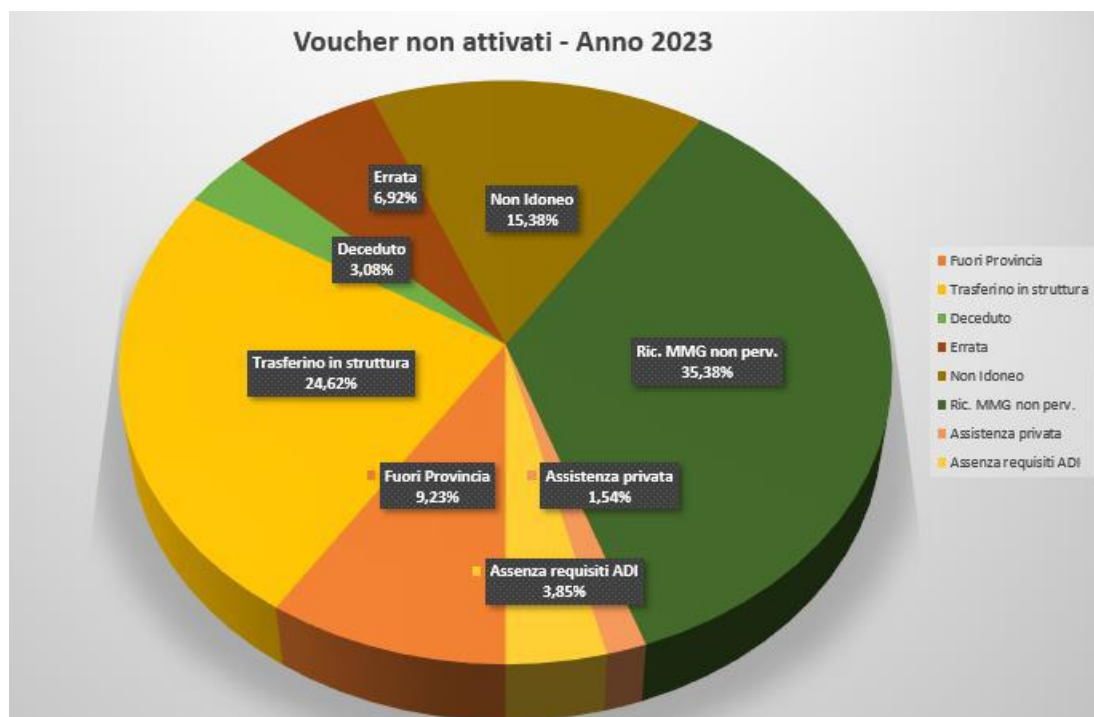
*Tabella 3 – Esito richieste dimissioni protette anno 2023*

	N° richieste DP pervenute	N° Voucher attivati	N° Voucher NON attivati
<i>gennaio</i>	36	25	11
<i>febbraio</i>	30	20	10
<i>marzo</i>	41	25	16
<i>aprile</i>	22	12	10
<i>maggio</i>	33	24	9
<i>giugno</i>	37	23	14
<i>luglio</i>	35	27	8
<i>agosto</i>	31	16	15
<i>settembre</i>	37	28	9
<i>ottobre</i>	35	24	11
<i>novembre</i>	30	20	10
<i>dicembre</i>	32	25	7
<b>TOTALE</b>	<b>399</b>	<b>269</b>	<b>130</b>
		67,42%	32,58%

Come evidenziato nella figura successiva (Figura 4), sono emerse alcune condizioni che hanno limitato il numero di attivazione di voucher sociosanitario, a fronte del totale delle richieste pervenute in dimissione protetta verso il domicilio. I voucher non attivati risultano pari al 32,58% del totale delle richieste di dimissioni protette pervenute alla CeAD (N.399).

## Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia

Figura 4 – Percentuale per cause dei voucher non attivati anno 2023



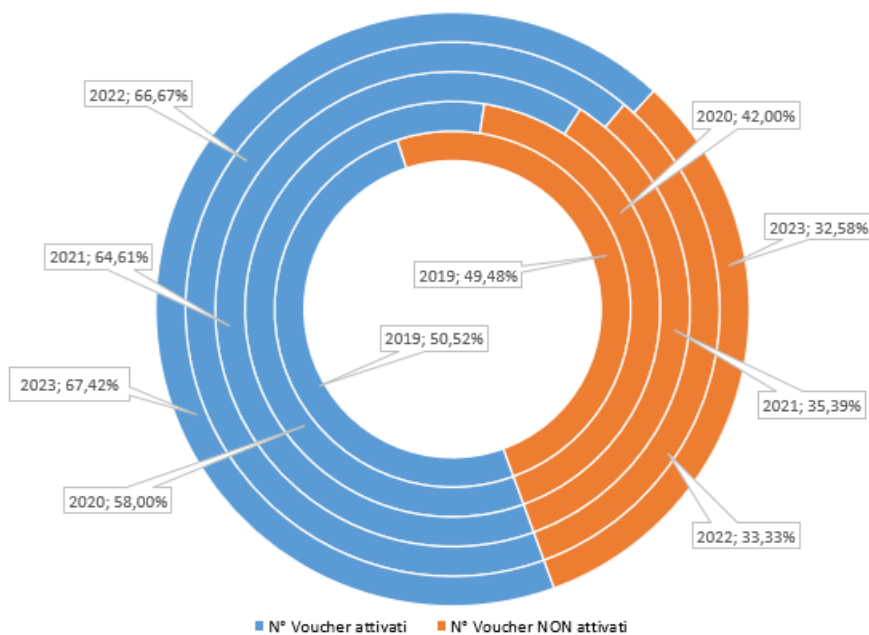
Si riporta quanto segue, a riguardo del dato percentuale dei voucher non attivati:

- Risulta non essere pervenuta una richiesta alla CeAD da parte dei MMG per il 35,38% dei 130 pazienti segnalati in dimissione protetta e per i quali non è seguita l'attivazione di alcun voucher. Questo dato può essere interpretato in quanto il MMG ha successivamente individuato percorsi alternativi di cura oppure perché si presume sia venuto meno il bisogno del paziente a causa di altre motivazioni (approfondimento nel paragrafo successivo) o decesso a domicilio.
- I casi per cui per il paziente risulta essere variato il setting del progetto di cura in prossimità della dimissione, corrispondono invece al 24,62%. Il paziente è stato nuovamente ricoverato oppure trasferito in strutture di tipo residenziale.
- Per il 3,08% il paziente risulta essere deceduto in struttura, prima della dimissione a domicilio.
- Sono stati invece il 9,23% i pazienti con residenza al di fuori della provincia di Pavia che sono stati erroneamente segnalati dalle strutture ospedaliere alla nostra ASST di Pavia, così come il 6,92% delle richieste sono risultate errate perché i pazienti erano destinati a percorsi domiciliari che non rientrano nella gestione del voucher sociosanitario (bisogno assistenziale, cure palliative ecc.)
- Il 3,85% delle richieste sono state invece "filtrate" dagli operatori della CeAD in quanto i pazienti segnalati non erano in possesso dei requisiti di accesso alle cure domiciliari e sono stati pertanto orientati a percorsi alternativi.
- Il 1,54% dei 130 pazienti per cui non è stata attivata alcuna assistenza ha invece deciso di affidarsi a percorsi privati di cure domiciliari.
- Infine dei 130 pazienti per cui non è stato attivato un voucher, il 15,38% non è risultato idoneo alla valutazione multidimensionale per diverse motivazioni quali, inadeguatezza del progetto riabilitativo individuale, estinzione del bisogno o guarigione, percorsi di cura già attivi prima del ricovero ospedaliero che possono andare in continuità (entro i 15 giorni).

## Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia

In sintesi, confrontando nella figura 5 le diverse annualità 2019-2023 ne emerge come valutazione finale che è comunque in calo il numero dei percorsi di cura NON attivati per pazienti segnalati dalle strutture ospedaliere con dimissione protetta verso il domicilio.

Figura 5 – Richieste dimissioni protette anni 2019-2023, percentuale di attivazioni

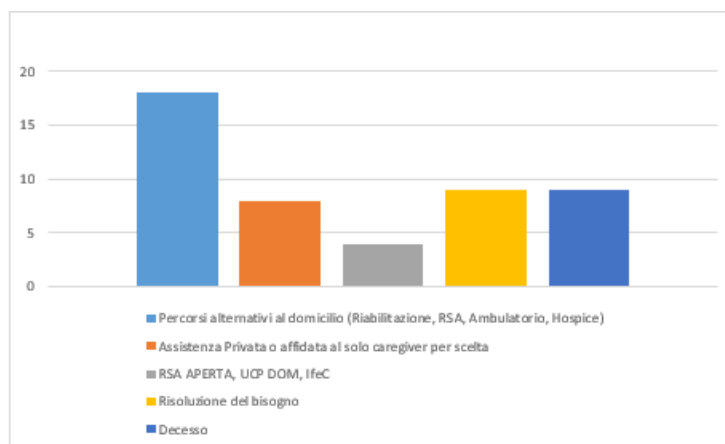


### Percorsi di continuità assistenziale alternativi al voucher sociosanitario

Come già ci si era riproposto analizzando i dati del 2022, nell'annualità corrente si è intrapresa un'attività di ricerca e approfondimento in merito alla percentuale di richieste non pervenute dai Medici di Medicina Generale (nel 2023 il 35,38% dei 130 voucher non attivati); attraverso un confronto diretto tra medico, familiari del paziente e struttura ospedaliera segnalante, si è cercato di verificare all'interno di quali percorsi di continuità assistenziale (alternativi al voucher sociosanitario) siano stati presi in carico questi pazienti inizialmente segnalati alla CeAD con dimissione protetta, dei quali non è in seguito pervenuta richiesta di attivazione da parte del loro MMG. La breve ricerca è stata condotta attraverso intervista telefonica al familiare/caregiver e laddove non vi era possibilità di raccogliere l'informazione necessaria si è provveduto a contattare il MMG del paziente e/o il reparto della struttura ospedaliera segnalante (Figura 6).

## Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia

Figura 6 – Percorsi alternativi al voucher sociosanitario anno 2023



	Percorsi alternativi al domicilio (Riabilitazione, RSA, Ambulatorio, Hospice)	Assistenza Privata o affidata al solo caregiver per scelta	RSA APERTA, UCP DOM, IfeC	Risoluzione del bisogno	Decesso	totale
Gennaio	1	2			1	
Febbraio	1			1		
Marzo	3	1	1	1		
Aprile	3			1		
Maggio	1				1	
Giugno		1		2	2	
Luglio	1		1		1	
Agosto	2	4		1		
Settembre	3		2		1	
Ottobre	3				3	
novembre				1		
dicembre				2		
	18	8	4	9	9	48

Dalla ricerca è emerso che sono state 48 in totale le richieste non pervenute dai MMG a seguito dell'avvenuta comunicazione della dimissione protetta da parte della Centrale Operativa Voucher. Per ogni paziente è stato rilevato l'avvio di un percorso di presa in carico alternativo al voucher sociosanitario, come riportato nella figura 6. Come evidenziato, 18 pazienti sono stati inseriti in strutture di ricovero o residenzialità (riabilitazioni, RSA), oppure hanno intrapreso percorsi di assistenza programmati in regime ambulatoriale. Sono stati invece N. 8 i pazienti per i quali i loro familiari/caregiver hanno preferito gestire personalmente il carico di cura, affidandosi anche ad assistenza di tipo privato. Del numero totale, 4 pazienti sono stati presi in carico con misure e progetti legati alla domiciliarità quali RSA Aperta, Cure Palliative e monitoraggio da parte degli Infermieri di Famiglia e Comunità del rispettivo distretto. Infine sono stati 18 i pazienti per cui non vi è più stata necessità di attivare percorsi di assistenza, 9 per risoluzione del bisogno mentre i restanti 9 per decesso. Il Medico di Medicina Generale è il principale referente del progetto di cura del paziente, in



## **Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

virtù delle informazioni sanitarie di cui dispone da parte dei colleghi ospedalieri e/o dei familiari di riferimento; ciò significa che nel percorso di continuità assistenziale (dalla proposta di dimissione protetta al rientro a domicilio), diventa cruciale la valutazione del medico del territorio che può dunque confermare la rispondente necessità di attivare percorsi di Cure Domiciliari oppure indirizzare il paziente verso più adeguati interventi di cura all'interno dell'offerta dei servizi.

### **Accreditamento e apertura delle C-DOM di ASST**

La D.g.r. 6867/2022 "Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'ADI", nell'ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del PNRR, dal DM 77 del 23 maggio 2022 recante "modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", dal DM 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il "modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con l.r. 22/2021 - (atto da trasmettere al consiglio regionale)" determina la riforma dell'Assistenza Domiciliare Integrata in Lombardia e innova la disciplina dei requisiti generali e specifici (organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici) di esercizio e di accreditamento delle Unità d'Offerta Sociosanitarie di Cure Domiciliari.

Nella D.g.r. XII/1738 è invece contenuta la delibera regionale, seduta del 15/01/2024, di accreditamento dell'Unità di Offerta Sociosanitaria di Cure Domiciliari C-DOM denominata "C-DOM di Broni", CUDES 094446, con sede operativa ed organizzativa sita in Via Emilia n. 351, Broni (Pavia) gestita da ASST di Pavia. C-DOM di Broni è sede hub di tutta la ASST. Sono previsti inoltre quattro sedi spoke per gli altri quattro distretti di ASST Pavia.

Ad oggi il numero di pazienti presi in carico presso C-DOM di Broni rimane esiguo. I dati mostrano numeri sovrapponibili per numero di percorsi attivati per prestazioni di fisioterapia e prestazioni infermieristiche. Queste ultime sono in maggior numero per voucher prelievi e percorsi prestazionali come gestione catetere vescicale, gestione stomie e addestramento del care giver. Non è stato possibile accettare alcun voucher di livello Alta Intensità. Le richieste pervenute sono state inoltrate per la maggior parte dai medici di medicina generale tramite libera scelta del paziente e veicolate tramite la CeAD e in numero minore sono dimissioni protette attivate dagli Ifec nel percorso ospedale-territorio a loro assegnato.

Riprendendo i dati di dimissione protette del 2023 divise per presidi di attivazione, il maggior prescrittore risulta essere il Policlinico San Matteo, presidio che detiene il maggior numero di ricoveri della Provincia di Pavia e che offre reparti di tutte le specialità e soprattutto reparti ad elevata specializzazione. Ad oggi nelle Cure Domiciliari non sono presenti strutturazione idonea e percorso per la presa in carico di malati complessi e che richiedono sorveglianza continuativa e specialistica. Questi vanno a far parte di quei ricoveri per i quali la degenza si prolunga per mancanza di adeguato setting al domicilio che permetta la dimissione ospedaliera o addirittura che continuano la degenza in altri reparti a minore intensità di cura.

Vi è quindi la necessità di disegnare un progetto di implementazione di quanto in essere all'interno delle Cure Domiciliari di ASST Pavia che permetta di rispondere alla domanda di presa in carico anche di pazienti complessi andando così a ridurre:

- il numero di giorni di ricovero in reparti specialistici;

## **Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

- il numero di istituzionalizzazioni;
- la probabilità di ri ospedalizzazione a breve termine e gli accessi impropri al Pronto Soccorso;
- le complicanze post-ricovero.

Secondo, vi è la necessità di mettere in rete tutti i presidi afferenti al territorio della provincia di Pavia con tutti i detentori della salute (medico di medicina generale, medico specialista ospedaliero, operatori del territorio compreso il terzo settore) che permetta l'integrazione di tutte le figure socio-sanitarie al fine di garantire il percorso di salute individuato per ogni paziente e favorisca la collaborazione e la comunicazione tra le Unità Ospedaliere, MMG/PLS, le equipe territoriali per la valutazione multidimensionale, gli Infermieri di Famiglia e di Comunità, i servizi della rete territoriale (RSA, RSD, Hospice, ADI, etc.) mediante modalità di lavoro efficaci e condivise.

## **OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO**

### **Obiettivo strategico**

Disegno di un percorso ben definito di dimissione protetta, con a capo ASST di Pavia, con il coinvolgimento di tutti i presidi ospedalieri della provincia pavese, per la presa in carico al domicilio in dimissione ospedaliera del paziente fragile ad altissima complessità che necessita di attivazione di un percorso di ADI Integrata di livello definito di "Alta Intensità". Si definisce livello "Alta Intensità", un percorso ADI che richiede un impegno assistenziale elevato in termini di accessi, da garantire con una frequenza giornaliera o anche eventualmente pluri giornaliera, per l'erogazione di un mix di prestazioni (infermieristiche, specialistiche, riabilitative etc.) per una durata limitata di massimo quindici giorni ripetibile una seconda volta (DGR 6867/2022).

Organizzazione della messa in rete di tutti i servizi sanitari con a capo ASST e di tutti i servizi sociali e assistenziali afferenti agli Ambiti Territoriali per l'attuazione di tutti i livelli di assistenza necessari che favoriscano una dimissione precoce, riducendo le giornate di ricovero non legate alla cura e conseguente riduzione dei costi di assistenza.

Definizione di tutte le figure professionali necessarie per garantire una adeguata presa in carico del paziente al fine di migliorare la qualità di vita dello stesso e dei famigliari.

Sistemi digitali che garantiscano l'integrazione delle attività di tutte le figure sanitarie coinvolte nel progetto.

### **Obiettivi specifici**

Creare una procedura universale che disegni il percorso della dimissione protetta dall'arruolamento del paziente, alla definizione del progetto di cura e all'attuazione dello stesso.

Implementare e riorganizzare il progetto di presa in carico esistente presso l'Unità di Cure Domiciliari di ASST Pavia che prevede:

- l'integrazione del personale necessario a garantire la copertura di tutte le 24 ore;
- l'introduzione a pieno regime dello strumento digitale SGDT per la messa in rete e la condivisione delle informazioni;
- in divenire la messa in atto di nuove tecnologie per migliorare la qualità dell'assistenza quali l'introduzione della telemedicina.

Individuare e mettere in rete tutti gli attori coinvolti nel processo di presa in carico, definendo per ciascuno i ruoli specifici.

Diffondere e condividere il progetto con tutti i potenziali attori (medico di medicina generale, medico ospedaliero, operatori delle Cure Domiciliari, assistenti sociali e Terzo Settore) al fine di promuovere

## **Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

un dialogo e un confronto continuo che favoriscano un miglioramento continuo della qualità dei servizi.

Diffondere le informazioni e condividere il progetto con gli stakeholder (es. popolazione/cittadini) con giornate dedicate o conferenze aperte ai cittadini per permettere una maggiore consapevolezza delle opportunità offerte dal sistema e una conseguente maggior adesione ai percorsi. Hanno, per esempio, nell'anno in corso, raccolto una buona adesione le giornate di apertura della Casa di Comunità nell'ambito dei programmi di prevenzione.

## **DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

Distinguiamo due fasi del progetto ciascuna con specifici destinatari.

### **Fase progettuale**

Nella fase progettuale i destinatari del progetto sono tutti gli operatori sanitari:

- medico di medicina generale
- medico ospedaliero
- operatori del servizio di Cure Domiciliari di ASST Pavia
- operatori delle Case di Comunità
- figure afferenti ai servizi territoriali di ASST Pavia
- operatori degli Ambiti Territoriali e del Terzo Settore.

### **Fase attuativa**

Nella fase attuativa il destinatario di tale progetto è il paziente fragile con patologie ad elevato impatto assistenziale che necessita, in dimissione ospedaliera, di assistenza sanitaria e assistenziale al domicilio al fine di continuare o terminare il percorso di cura alla dimissione.

Contestualmente la presa in carico del paziente comporta la presa in carico della famiglia e del contesto sociale. Destinatari aggiuntivi diventano di conseguenza i caregiver e i familiari coinvolti nell'assistenza al paziente stesso.

## **METODOLOGIA ADOTTATA**

Obiettivo del presente project work è quello di disegnare il percorso della dimissione protetta e le modalità di integrazione di tutte le figure sanitarie e sociosanitarie che devono comporre la rete per garantire la presa in carico nel contesto fisico del domicilio del paziente cronico e fragile ad altissima complessità assistenziale con il coinvolgimento delle Cure Domiciliari di ASST Pavia.

Il primo step comporta la creazione di una rete che metta in connessione tutti gli attori del progetto: medico di medicina generale, specialista ospedaliero, operatori delle Case di Comunità e operatori dell'Unità di Cure Domiciliari.

L'organizzazione di tavoli di lavoro o riunioni organizzative è necessaria in fase di partenza per condividere e portare a conoscenza di tutti i potenziali attori il disegno del progetto, permettendo inoltre un confronto tra i vari operatori con il fine di favorire l'ottimizzazione dei percorsi.

L'assenza di informazione è spesso la motivazione con la quale gli operatori giustificano la non proposta e quindi l'attuazione dei nuovi servizi. Al fine della divulgazione del progetto, la creazione di eventi formativi che coinvolgono il personale di ASST Pavia si rende necessario per informare e dare le indicazioni corrette e necessarie.

In partenza sono da identificarsi i reparti dei vari presidi ospedalieri della provincia che hanno l'esigenza di dimettere al domicilio pazienti ad altissima complessità assistenziale e che vorranno aderire a tale progetto (Medicina Interna, Malattie Infettive, Pneumologia, Cardiologia, eccetera).

Il disegno del percorso della dimissione protetta vuole essere un modello di servizio in capo all'Unità di Cure Domiciliari e il punto di snodo della rete è rappresentato dalla Centrale Operativa Territoriale (COT), centrale di ricezione della domanda dal reparto ospedaliero con successiva attivazione delle Cure Domiciliari e di tutti i servizi necessari.

Lo strumento operativo informatico è rappresentato dal Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT).

Il secondo step è rappresentato dalla definizione delle risorse di personale da implementare e necessarie per garantire l'assistenza di pazienti con patologie ad elevato peso assistenziale.

Contestualmente deve essere ridefinita l'organizzazione del servizio: turni del personale, formazione del personale e integrazione con nuove figure.

Integrazione degli strumenti che potrebbero essere necessari.

Sempre all'interno della DGR 6867 sono contenute le prime determinazioni nell'ambito della telemedicina nell'area delle cure domiciliari in attuazione del Decreto 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare». In essa sono inoltre definiti quali prestazioni sono erogabili in modalità di telemedicina nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata; esse nella fattispecie sono:

1. visita medica di controllo (televisita) attuabile dal medico;
2. colloquio psicologico paziente/famiglia (teleassistenza) attuabile dallo psicologo di ASST di riferimento al servizio;
3. trattamento di fisioterapia (teleriabilitazione) attuabile dagli operatori della riabilitazione del servizio.

## **Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

La stessa definisce la conformità degli strumenti digitali da utilizzare.

Gli strumenti devono assicurare almeno le seguenti caratteristiche di base:

- alti standard di affidabilità che garantiscano l'integrità delle informazioni gestite, la coerenza tra l'informazione trasmessa e quella disponibile quando la prestazione viene erogata in modalità convenzionale, l'operatività e la continuità del servizio;
- livello di sicurezza adeguato alla gestione di informazioni sanitarie e volto a prevenire tentativi di intrusione attraverso il software o i sistemi di collegamento;
- piena compatibilità con il Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR – Regolamento Europeo n. 679/2016) e tutte le normative vigenti in materia di privacy;
- sistema di profilazione e autenticazione degli utenti che garantisca un controllo degli accessi e un livello di accesso alle informazioni differenziato in base al profilo. Tale sistema deve anche assicurare una modalità di accesso che, nel rispetto dei livelli di sicurezza, sia la più semplice possibile per i pazienti;
- soluzione multiplatforma che possa essere utilizzata sia da personal computer che da dispositivi mobili;
- interfaccia di semplice utilizzo per tutte le tipologie di utenti.

La modalità di erogazione dell'attività di telemedicina deve essere contenuta nel Progetto Individuale redatto in sede di valutazione e verrà svolta con gli strumenti dedicati all'operatore che prende in carico il paziente con le modalità sopra definite.

## DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

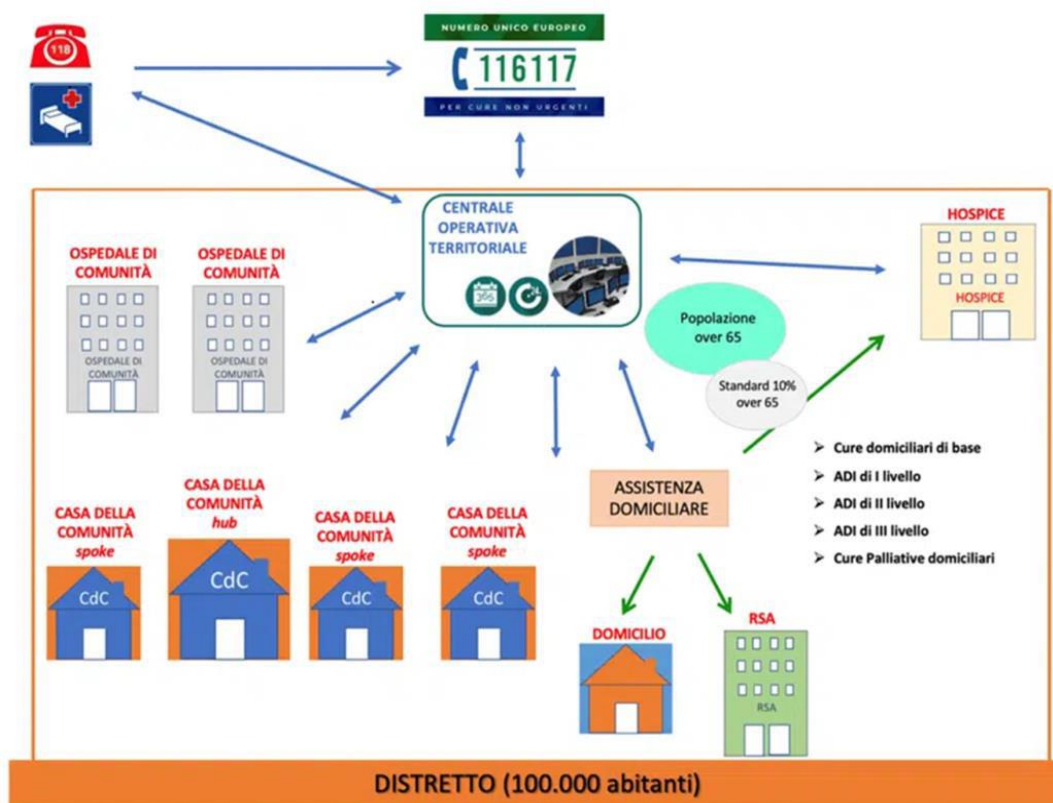
Il presente progetto vuole essere una proposta alla Direzione Socio Sanitaria di ASST Pavia, che ne manterrebbe comunque la governance, di implementazione strutturale, in termini di personale e di strumenti, dell'attuale Unità di Cure Domiciliari accreditata con Regione Lombardia, ai fini dell'attuazione della presa in carico presso l'Unità di Cure Domiciliari di pazienti ad altissima complessità assistenziale ossia che necessitano di attivazione di un percorso di ADI Integrata di livello definito di "Alta Intensità".

All'interno dell'Unità di Cure Domiciliari delle ASST è stata arruolata la figura del medico specialista di Medicina Interna e Geriatria, insieme alla figura dell'infermiere, degli operatori della riabilitazione e dell'assistente sociale. Nelle Cure Domiciliari fanno altresì parte gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) già collocati all'interno delle Case di Comunità. Il DM 77 ha inoltre istituito la COT. Tramite la COT vengono attuate le transizioni tra i diversi setting di cura.

### 1.1 Ruolo della Centrale Operativa Territoriale (COT)

La centralità della COT favorisce l'integrazione della risposta al bisogno attraverso l'attivazione di tutti gli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali in un'ottica proattiva di integrazione con tutte le risorse.

Figura 7 - Organizzazione di un distretto tipo in un'area urbana di 100 mila abitanti





## **Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

La COT gestisce per tutti gli assistiti del distretto di competenza la transizione del paziente, in accordo con il MMG, dai reparti per acuti al territorio, inteso come rientro al domicilio con l'attivazione del percorso di Cure Domiciliari sia attraverso l'attivazione dell'Ifec della Casa di Comunità di riferimento, sia attraverso l'attivazione del percorso C-DOM indicato.

### **1.2 Ruolo degli Infermieri di Famiglia e Comunità (Ifec)**

Gli Infermieri di Famiglia e Comunità (Ifec), svolgono già un ruolo di raccordo ospedale-territorio all'interno del progetto "Infermiere di Famiglia e Comunità: presa in carico del paziente fragile in dimissione - fase sperimentale Casa di Comunità di Broni – Ospedale Unificato di Broni-Stradella- rev 0 2022 PRO03.TER727.DID01". Tale progetto è stato attivato per i reparti di Medicina Interna e Riabilitazione del presidio ospedaliero di Broni-Stradella, in progress l'estensione dello stesso a tutti i reparti dei vari presidi ospedalieri di ASST.

L'intervento degli Ifec, ancora in fase di ricovero ospedaliero, in quei pazienti per i quali il medico dimettente prevede l'attivazione di un percorso ADI, permette:

- l'attivazione degli interventi domiciliari più adeguati in accordo con l'utente e i familiari e l'Ente Gestore prescelto dagli stessi;
- l'eventuale fornitura di protesi, ausili e servizi sanitari complementari (ossigeno/ventiloterapia, nutrizione artificiale, ecc.) e presidi necessari;
- l'indicazione del piano terapeutico, la prescrizione di farmaci da assumere e delle indagini diagnostiche da effettuarsi nel breve periodo;
- un adeguato addestramento/educazione dell'utente e dei familiari rispetto alla gestione delle problematiche assistenziali in funzione del rientro al domicilio;
- l'accompagnamento degli assistiti e delle famiglie nei percorsi per l'accertamento dell'invalidità, l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria e per l'eventuale nomina dell'amministratore di sostegno;
- il coinvolgimento dei Servizi Sociali dei Comuni per gli interventi assistenziali di loro competenza come integrazione del percorso di cura domiciliare tramite l'integrazione dei servizi di ASST con i servizi degli ambiti territoriali;
- il monitoraggio dei casi segnalati e della presa in carico territoriale.

### **1.3 Descrizione del progetto**

Ai fini della presa in carico al domicilio di pazienti complessi in dimissione ospedaliera o dimissione protetta, il medico ospedaliero con un tempo di preavviso che potrebbe essere indicativamente di cinque giorni, segnala alla COT, attraverso la piattaforma SGDT, il paziente che ha necessità di continuare un percorso complesso al domicilio o che necessita di assistenza.

La lettura di tale segnalazione viene eseguita dagli operatori della COT. L'operatore della COT processa la richiesta, informa il medico di medicina generale dando indicazioni sulla data di presunta dimissione ospedaliera e del bisogno indicato dal medico ospedaliero.

La COT invia la segnalazione al servizio di Cure Domiciliari afferente a quel territorio. Data la vastità del territorio di competenza di ASST Pavia vi è una suddivisione distrettuale così definita:

PAVIA (sede Pavia) 12 Comuni;

ALTO E BASSO PAVESE (sede Casorate Primo) 48 Comuni;

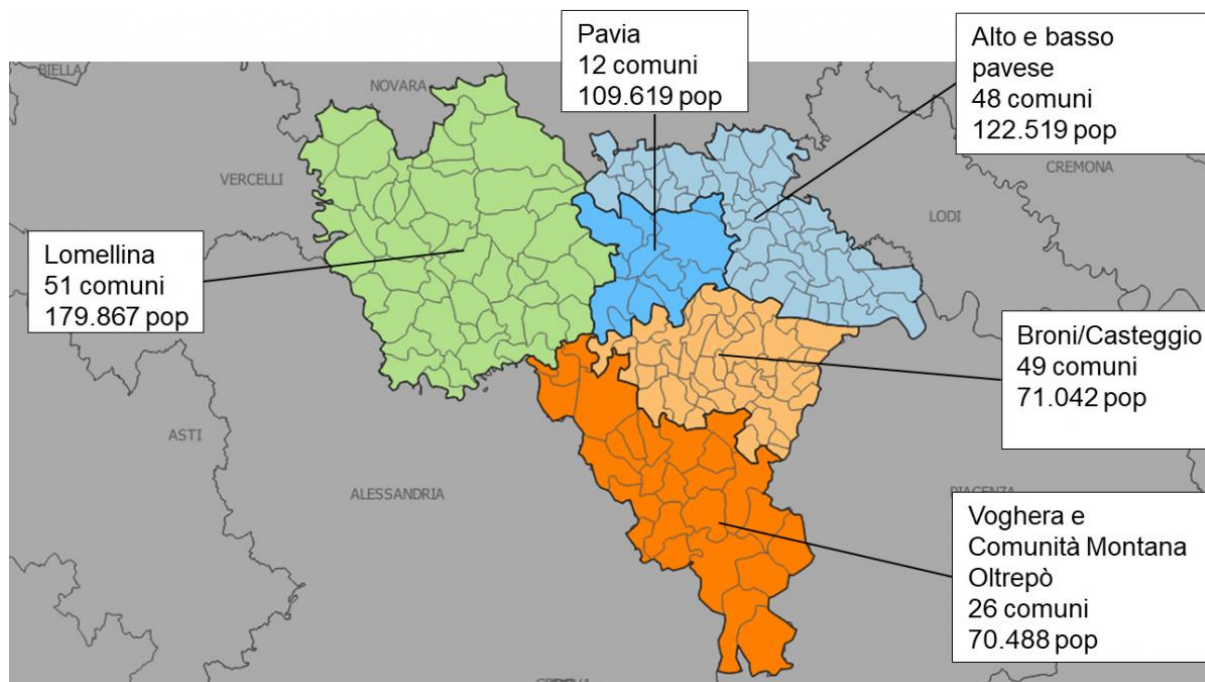
LOMELLINA (sede Vigevano) 51 Comuni;

## Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia

BRONI – CASTEGGIO (sede Broni) 49 Comuni;

VOGHERA – COMUNITÀ MONTANA OLTREPÒ (sede Voghera) 26 Comuni.

Figura 8 - Suddivisione distrettuale di ASST Pavia



Per ognuno dei cinque distretti è prevista, presso una Casa della Comunità, una Unità di Cure Domiciliari, delle quali una hub presso il Distretto di Broni-Casteggio, e quattro spoke presso gli altri distretti.

Diventa così compito della COT del presidio ospedaliero dimettente identificare l'Unità di Cure Domiciliari di competenza territoriale in relazione al domicilio del paziente al quale affidare la transizione.

Delle Cure Domiciliari fanno parte gli Infermieri di Famiglia e Comunità e il servizio di C-DOM. I primi svolgono un ruolo di affiancamento del medico di medicina generale nel monitoraggio del paziente fragile; C-DOM attua invece i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI).

L'Ifec esegue la prima valutazione già in regime di ricovero ospedaliero prendendo atto del bisogno segnalato e così "consegna" dal medico di reparto che ha in cura il paziente. L'Ifec già allora si raccorda con il servizio di C-DOM, qualora sia C-DOM di ASST Pavia l'ente erogatore liberamente scelto dal paziente, per l'attivazione dei servizi sanitari che prevedono l'attivazione di un voucher ADI. C-DOM attua le disposizioni per la presa in carico del paziente il giorno stesso della dimissione al domicilio.

Gli Ifec a loro volta si raccordano con il medico di medicina generale e attuano le condizioni per la dimissione al domicilio integrando la richiesta con l'attivazione di tutti i servizi necessari, compresi quelli assistenziali di pertinenza degli Ambiti Territoriali (come il SAD comunale).

## Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia

L'Unità di Cure Domiciliari attua la continuità delle cure a domicilio e garantisce il raccordo con il medico ospedaliero e il medico di medicina generale.

Verrebbero così garantite da una parte la continuità assistenziale al passaggio del setting di cura reparto ospedaliero-domicilio e dall'altra l'interazione tra medico del territorio e medico ospedaliero. La messa in conoscenza circa i percorsi attivati e la condivisione degli stessi con il MMG è fondamentale al fine di costruire un rapporto collaborativo e di fiducia con colui che rimane il primo detentore della salute del paziente.

### 1.4 Fasi di implementazione del processo

1. Potrebbe essere prevista una fase di avvio: fase di sperimentazione per sei mesi con l'adesione di reparti pilota. Un primo reparto di partenza potrebbe essere identificato nel Reparto di Malattie Infettive del Policlinico San Matteo di Pavia che ha l'esigenza di dimettere pazienti che necessitano di terapia endovenosa continuativa e monitoraggio ematico. I reparti di Medicina Interna dei presidi di Broni-Stradella e Voghera rientrano già nel precedente progetto "Infermiere di Famiglia e Comunità: presa in carico del paziente fragile in dimissione". Potrebbe altresì essere integrata in via sperimentale la sola équipe di C-DOM di Pavia che copre la parte di territorio pavese che raccoglie il maggior numero di pazienti dimessi dal Policlinico San Matteo.
2. Valutazione dei risultati a sei mesi: identificazione delle criticità e applicazione di azioni correttive.
3. Analisi dei risultati a 12 mesi, a 24 mesi e a 36 mesi con presentazione della valutazione finale annuale a livello aziendale.
4. Implementazione del Progetto applicandolo via via a tutti i reparti dei presidi ospedalieri di ASST Pavia e del territorio non appartenenti a ASST Pavia che vorranno aderire.

Figura 9 - Diagramma di Gantt

Mesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Progetto pilota	■	■	■	■	■	■																		
Ampliamento del progetto							■	■	■	■	■	■												
Introduzione telemedicina													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Consolidamento																								
Analisi e correzioni						■						■												■

## **ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE**

I costi preventivabili sono legati ai costi di implementazione del personale e degli strumenti:

1. costi legati al personale che deve essere integrato all'interno delle Unità di Cure Domiciliari. Ad oggi sono previsti per ciascuna delle cinque unità (una hub già avviata e completa e quattro spoke in via di completamento) tre infermieri e un OSS, due terapisti della riabilitazione e un'assistente sociale.  
Al servizio sono inoltre stati assegnati quattro medici: un internista, due geriatri e un fisiatra. L'implementazione del personale è richiesta per garantire una turnazione nelle 24 ore e sette giorni su sette. Si potrebbe supporre di sopperire alla reperibilità notturna con il Servizio di Continuità Assistenziale di ASST, già esistente. Tale scelta permetterebbe quindi di ridurre il numero di personale necessario con una organizzazione di turnistica ridotta su due turni giornalieri.  
L'organizzazione inoltre del territorio in almeno quattro sedi C-DOM (una sola equipe per C-DOM di Pavia e C-DOM Alto e Basso Pavese, distretti attigui) con rispettivo personale assegnato permette da un lato di coprire la vastità del territorio di ASST Pavia e dall'altro una movimentazione del personale all'interno delle varie equipe al fine di coprire eventuali assenze. Tale coordinamento è affidato al coordinatore infermieristico.
2. costi legati all'acquisto degli strumenti necessari da dare in dotazione alle nuove equipe come strumenti sanitari aggiuntivi, strumenti informatici e autoveicoli.

### **COSTI SORGENTI**

#### **1. Costi legati all'implementazione del personale**

Fanno parte di ASST Pavia cinque distretti.

Ipotizzando l'istituzione di quattro equipe (unica equipe per i distretti di Pavia e Alto-Basso Pavese, con il raggiungimento di un più alto numero di abitanti, ma in territori limitrofi), le unità necessarie per ogni equipe sono:

- cinque infermieri (due in più del numero previsto in accreditamento per equipe);
- due OSS (uno in più del numero previsto in accreditamento per equipe);
- tre fisioterapisti (in totale sette in più del numero previsto in accreditamento);
- un terapeuta occupazionale (in totale tre in più del numero previsto in accreditamento);
- un assistente sociale (già esistente);
- un coordinatore (già esistente).

Viene mantenuto il numero di personale medico presente (un internista, un fisiatra e due geriatri).

Ci si avvale di consulenti della specialistica ambulatoriale di ASST già presenti in Casa di Comunità per le altre figure necessarie.

E' già presente un amministrativo che svolge le mansioni di segreteria (come la risposta alla segreteria telefonica ed è presente in segreteria negli orari di apertura al pubblico, e attua la registrazione di ogni nuova richiesta nel file rendicontativo). Sarebbe a mio avviso necessario un secondo amministrativo che possa alternarsi con il primo.

## **Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

Facendo un conteggio delle unità sopra elencate da implementare e dello stipendio medio delle varie figure inserite (secondo RAL), il costo annuo aggiuntivo per il personale ammonterebbe a circa 400.000€.

### **2.Costi legati alla dotazione degli strumenti necessari**

Sono inoltre da individuare strumenti digitali adeguati:

- per la messa in rete degli operatori e miglioramento della rete comunicativa intra e interaziendale;
- ai fini di una implementazione futura del servizio con la telemedicina/teleconsulto.

La maggior parte di questi costi sono già previsti nel budget di C-DOM. I costi previsti per il primo anno per C-DOM, considerando cinque unità totali, una per ciascuno dei cinque distretti, ammontano a 1.061.000€ e prevedono i costi per l'approvvigionamento di auto, hardware, strumenti medicali e personale come previsto in scia di accreditamento.

### **COSTI CESSANTI**

Il dato più significativo dovrebbe identificarsi nella riduzione dei costi dovuti ai giorni di degenza che si andrebbero a risparmiare favorendo il rientro al domicilio del paziente. Secondo i dati forniti da Ocse (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) il costo medio di una giornata di degenza è pari a 712€. Se prendiamo in considerazione i costi stimati per l'assunzione di nuovo personale e considerati pari a circa 400.000€ anno, sarebbero necessari circa 562 giorni di degenza risparmiati/anno per azzerare tali costi.

Ai costi cessanti sono da aggiungere i costi indiretti non sanitari e di riduzione del peso sociale, come le giornate di lavoro che il care giver potrebbe non perdere per l'assistenza al familiare, se adeguatamente supportato.

## **RISULTATI ATTESI**

I risultati attesi vanno distinti in benefici assistenziali ed economici.

Tra i primi il progetto ha lo scopo di favorire e facilitare la dimissione al domicilio di un paziente con patologia complessa. Il desiderio di rientro al domicilio di tanti pazienti spesso non viene soddisfatto a causa dalla mancanza di caregiver adeguato o, in caso presente, dal timore dello stesso di «non potercela fare» o di non essere in grado di fornire un supporto assistenziale adeguato. Il rientro al domicilio, nel proprio ambiente domestico e familiare, tuttavia favorisce il recupero funzionale ed emotivo nel percorso di guarigione del paziente. In aggiunta la presenza regolare e garantita di personale sanitario al domicilio supporta, istruisce e addestra il caregiver, favorendo così una risposta positiva dello stesso. L'addestramento e il coinvolgimento diretto del paziente e del caregiver nell'attività di cura è uno degli obiettivi intrinseci di ogni attività di ciascun operatore.

La possibilità, in secondo luogo, di una valutazione al domicilio favorisce l'analisi di tutti gli aspetti sanitari e assistenziali con una definizione precisa di tutti i bisogni da prendere in carico con la redazione di un PAI completo ed efficace. All'interno di ogni equipe è prevista la figura dell'assistente sociale che opera in stretta collaborazione con tutte le figure sanitarie.

I benefici in ordine economico sono invece molteplici. Un incremento del numero di dimissioni protette, anche per i pazienti complessi, con l'anticipazione della dimissione ospedaliera favorirebbe la riduzione dei giorni di ricovero impropri, non legati alla cura, comportante la riduzione dei costi legati all'occupazione del posto letto. Nello contempo la riduzione delle giornate di ricovero comporta la liberazione di posto letto per altri ricoveri del pronto soccorso, riducendo contestualmente il tempo di stazionamento del paziente in pronto soccorso.

Ulteriori risultati legati all'assistenza sanitaria garantita al domicilio sono una riduzione delle riacutizzazioni e di conseguenza degli accessi al pronto soccorso con la riduzione dei costi legati ad ulteriori ricoveri ospedalieri.

**Di seguito nello specifico la descrizione dei vari indicatori.**

### **INDICATORI DI PROCESSO:**

Numero di pazienti che necessitano di un PAI ad "Alta Intensità" che vengono presi in carico dell'Unità di Cure Domiciliari in percentuale al numero totale dei pazienti presi in carico.

Tempo che intercorre tra la segnalazione da parte del reparto dimettente e la dimissione al domicilio con la presa in carico da parte dell'Unità di Cure Domiciliari.

Percentuale dei pazienti attivati alla dimissione entro 24 ore.

### **INDICATORI DI ESITO**

Numero totale delle giornate di ricovero risparmiate in un anno.

Incremento percentuale annuo, a tre anni, dei progetti ad "Alta Intensità" presi in carico.

## **Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

Numero di ricoveri in strutture a bassa intensità di cura risparmiati.

Numero progressivo di reparti che aderisco al progetto in tre anni.

Numero di dimissioni protette ad "Alta Intensità" attivate per fasce di età (< 65 anni; ≥ 65 anni; ≥ 75 anni; ≥ 85 anni).

Numero di pazienti riammessi in ospedale o in pronto soccorso a dieci giorni dalla presa in carico in percentuale del totale di pazienti presi in carico con dimissioni protette ad "Alta Intensità".

### **INDICATORI DI CONSUMO**

Numero totale delle prestazioni erogate in un anno.

Numero totale delle prestazioni erogate in un anno per singola figura professionale (infermieristica e terapeuta della riabilitazione).

## **CONCLUSIONI**

Dall'elaborazione dei dati riguardanti le richieste di dimissioni protette in ASST Pavia per l'annualità 2023 si evidenzia una lieve riduzione del numero di richieste totali pervenute alla CeAD rispetto all'annualità precedente. Delle richieste elaborate, un dato molto significativo riguarda la percentuale di richieste che non sono esitate nell'apertura di voucher sociosanitario (32,58%); le motivazioni principali sono dovute ad una non pervenuta richiesta del MMG (35,38%) e ad una evoluzione alternativa alla dimissione al domicilio con ingresso in struttura residenziale (24,62%). Non siamo in grado di motivare correttamente il primo. Questi dati da un lato vanno in contrapposizione con quanto richiesto dal legislatore che indica la riorganizzazione del territorio e il rafforzamento del domicilio e dall'altro sostengono quanto denunciato da FADOI circa il costo a carico del Servizio Sanitario Nazionale per le giornate di degenza improprie legate all'impossibilità a dimettere al domicilio anziani soli o che abbiano un supporto adeguato al domicilio.

A noi operatori sanitari si rende urgente la necessità di aderire al modello previsto dall'evoluzione del sistema dei servizi socio sanitari del territorio che (con il DM n. 77 del 23 maggio 2022 e con la DGR 7592 del 15/12/2022) definisce le nuove "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" quali:

- Case della Comunità e presa in carico della persona;
- Casa come primo luogo di cura (ADI);
- Casa come primo luogo di cura e telemedicina;
- Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT);
- Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici;
- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

Al fine di evitare che ospedale e territorio si incolpino a vicenda serve mettere in atto strategie che favoriscano lo scambio di informazioni, l'integrazione e la collaborazione degli operatori dei diversi setting di cura.

Altro obiettivo è indicato nell'integrazione tra ASST e Ambiti Territoriali. L'introduzione della figura dell'assistente sociale nelle Case della Comunità favorisce l'integrazione della parte sanitaria con la parte assistenziale gestita dagli Ambiti al fine di garantire un adeguato supporto al domicilio.

L'organizzazione tuttavia di una rete territoriale forte ed efficace, in grado quindi di assistere al domicilio anche i pazienti complessi e ad elevato impatto assistenziale, comporta uno sforzo importante per le ASST in termini di reclutamento di personale, con il grosso rischio che si crei un flusso di operatori sanitari dagli ospedali al territorio, quest'ultimo considerato più appetibile per contratti che non prevedono turni anche notturni, per esempio.

Diversamente articolata risulta ad oggi la disponibilità dell'assistenza territoriale sul territorio pavese, anche legata alla vastità e alla diversa configurazione del territorio.

Fanno parte di ASST Pavia cinque distretti. In relazione alla strutturazione di C-DOM, sono previste una struttura hub presso il Distretto Broni-Casteggio, ad oggi unica struttura con tutto il personale previsto in accreditamento, e quattro strutture spoke negli altri quattro distretti (Pavia, Alto e Basso Pavese, Lomellina e Voghera e Comunità Montana Oltrepò). Queste afferiscono, insieme con gli Ifec, alla struttura di Cure Domiciliari e sono già previste all'interno delle rispettive Case di Comunità.



## **Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

Presso ogni C-DOM sono previsti le figure dell'infermiere, dell'OSS, figure della riabilitazione e assistente sociale. Inoltre è ad oggi presente un medico internista, due medici geriatri e un fisiatra. Tutte le equipe lavorano in stretta collaborazione con gli Ifec delle varie Case di Comunità di pertinenza del singolo distretto.

Questo favorisce la nascita e l'implementazione di una rete territoriale capillare atta a coprire tutta l'intera area della Provincia di Pavia e la possibilità inoltre di un'organizzazione peculiare di ogni C-DOM in relazione alle specifiche richieste territoriali legate alle caratteristiche sanitarie della popolazione e del territorio.

Favorisce altresì la possibilità di coprire il territorio di afferenza di ciascun polo ospedaliero della provincia.

La presenza inoltre di una prima unità hub dotata anche di personale amministrativo permette da una parte la gestione centralizzata della richiesta e dall'altra una adeguata distribuzione della risposta anche in relazione alla disponibilità di personale nelle singole unità spoke.

Con il decreto attuativo di ASST Pavia di maggio 2024 che definisce l'apertura delle COT su tutto il territorio, prende via libera la possibilità di investire la COT del suo ruolo di coordinamento nella gestione delle richieste di attivazione del territorio e nella presa in carico del paziente in dimissione ospedaliera. Alla COT di afferenza territoriale del presidio ospedaliero spetta la ricezione, la processazione e l'invio della richiesta di dimissione protetta all'Unità di Cure Domiciliari di pertinenza del domicilio del paziente.

Ad oggi i punti di debolezza sono il numero esiguo accreditato di unità infermieristiche e fisioterapiche previste per ciascuna unità. Il costo prevalente del progetto è quindi legato all'assunzione del personale. Necessari fin all'inizio infermieri e OSS in numero adeguato per coprire l'assistenza nei turni giornalieri sette giorni su sette, almeno al completamento di una equipe.

Al fine di verificare quindi la fattibilità del progetto in relazione anche alle criticità sopra menzionate, in partenza, potrebbe essere utile l'identificazione di una sola unità collocata dove maggiore è la richiesta di dimissioni protette in relazione anche alla presenza di presidi con reparti a più alta intensità di cura e complessità e identificabile con l'unità afferente al territorio del Distretto di Pavia.

L'avvio inoltre delle COT ci fa trovare pronti alla gestione dei flussi e la manualità già appresa nell'utilizzo di SGDT ci ha già dotato di un sistema informatico operativo che ci mette in connessione. Rimane la volontà di programmare e partecipare a tavole rotonde o eventi formativi che mettano a disposizione degli operatori dei presidi ospedalieri e di tutti gli operatori del territorio tutte le informazioni necessarie alla condivisione e alla messa in opera del progetto.

## **Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

### **RIFERIMENTI NORMATIVI**

PNRR/M6 – Piano nazionale di ripresa e resilienza / Missione 6 Salute, Componente: M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo della assistenza territoriale nel Servizio sanitario Nazionale.

Regione Lombardia. Deliberazione N° XI/6760. Seduta del 25/07/2022. Oggetto: 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 della assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"

Regione Lombardia. Deliberazione N° XI / 6867. Seduta del 02/08/2022. Oggetto "Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'ADI, nell'ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del pnrr, dal DM 77 del 23 maggio 2022 recante "modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale", dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con l.r. 22/2021.

Regione Lombardia. Deliberazione N° XII/715. Seduta del 24/07/2023. Oggetto "Determinazioni in ordine all'attuazione della dgr XII/430 del 12/06/2023 recante "PNNR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 salute componente 1 - Investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – Assistenza Domiciliare - relativamente all'incremento del numero di prese in carico in cure domiciliari di persone over 65 anni secondo i target definiti dal DM 23 gennaio 2023 (g.u. 55 del 6 marzo 2023) attraverso la stipula di contratti di scopo a valere sulle risorse di PNNR ripartite dal medesimo decreto nel quadro della cornice regolatoria del DM 77/2022 – codice CUP di progetto E89G21000020006.

Regione Lombardia. Deliberazione N° XII/717. Seduta del 24/07/2023. Oggetto "Determinazioni in ordine alla regolamentazione delle azioni definite a livello regionale per il concorso all'attuazione dell'obiettivo di investimento previsto dal PNNR alla Missione 6 componente 1 - sub-investimento M6C1 1.2.1: "Casa come primo luogo di cura (ADI)" attraverso l'erogazione diretta di Cure Domiciliari nell'ambito delle CDC delle ASST e attraverso il progetto di sorveglianza domiciliare attivato nell'ambito del modello organizzativo individuato in allineamento al DM 77 e fondato sul raccordo tra CDC, attraverso Ifec e UCA e gli ambulatori dei MMG operanti, anche attraverso il proprio personale di studio.

Regione Lombardia. Deliberazione N° XII/1025. Seduta del 02/10/2023. Oggetto "Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2023. Terzo provvedimento.

Regione Lombardia. Piano Sociosanitario regionale 2023-2027, del 18/01/2024

Regione Lombardia. Deliberazione N° X / 2569. Seduta del 31/10/2014. Oggetto "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di

## **Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

vigilanza e controllo (a seguito di parere della commissione consiliare relativamente all'allegato 1) - (atto da trasmettere al consiglio regionale)".

Decreto N. 422/Dgi del 22/12/2017 "Percorso Dimissioni Protette- Continuità assistenziale dei pazienti fragili in dimissione dalle strutture ospedaliere del territorio dell'ATS di Pavia".

PRO03.TER727.DIDO1: Infermiere di famiglia e comunità: presa in carico del paziente fragile in dimissione – fase sperimentale Casa della Comunità di Broni – Ospedale Unificato di Broni-Stradella–rev0 2022.

PRO08.727.SDG01.52301: Presa in carico del paziente fragile in dimissione dei presidi ospedalieri di ASST Pavia.

Regione Lombardia. Deliberazione n° 5918. Seduta del 28/11/2016: Disposizione in merito all'evoluzione del modello organizzativo della rete di cure palliative in Lombardia.

Regione Lombardia. Deliberazione n° XII/1738. Seduta del 15/01/2024: Accredimento dell'unità di offerta sociosanitaria di Cure Domiciliari C-DOM denominata "C-DOM di Broni", CUDES 094446, con sede operativa ed organizzativa sita in Via Emilia n. 351, Broni (PV). Ente gestore ASST di Pavia, con sede legale in Viale della Repubblica N. 34, Pavia - C.F. e P.IVA 02613080189.

PRO Centrale Operativa Territoriale – Gestione Organizzativa funzionale e operativa.rev0 2024.

## **BIBLIOGRAFIA**

Fadoi. *Ospedali, anziani dimessi 7 giorni più tardi. Oltre 2 giornate di degenza improprie. L'indagine FADOI* Gennaio 16, 2023.

Polis Lombardia. *Previsioni della popolazione lombarda anni 2020-2070.*

[https://drive.google.com/file/d/1ttDMsdknD0mqZOS1-6M\\_Kar5IXnjzLxQ/view](https://drive.google.com/file/d/1ttDMsdknD0mqZOS1-6M_Kar5IXnjzLxQ/view). (sito consultato il 6 agosto 2023).

Polis Lombardia. *Previsioni delle famiglie lombarde anni 2020-2040.* Testo disponibile in:

[https://polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/c6236eb5-b2b2-43b2-92cb-1c41ee142e35/WP+05-](https://polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/c6236eb5-b2b2-43b2-92cb-1c41ee142e35/WP+05-2022+-+Previsioni+famiglie+lombarde_2020-)

[2040\\_cavedo\\_ed202202.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-c6236eb5-b2b2-43b2-92cb-1c41ee142e35-nY7Zlfj](https://polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/c6236eb5-b2b2-43b2-92cb-1c41ee142e35/WP+05-2022+-+Previsioni+famiglie+lombarde_2020-2040_cavedo_ed202202.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-c6236eb5-b2b2-43b2-92cb-1c41ee142e35-nY7Zlfj). (sito consultato il 6 agosto 2023).

## **SITOGRAFIA**

1. [www.agenas.gov.it](http://www.agenas.gov.it)
2. <https://www.istat.it>
3. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf)
4. [www.iss.it](http://www.iss.it)
5. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
6. [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it)

## **Disegno e attuazione di dimissione domiciliare (o protetta) per pazienti ad altissima complessità assistenziale presso l'Unità delle Cure Domiciliari di ASST Pavia**

### **ACRONIMI**

ADI assistenza domiciliare integrata (di tipo sanitario)  
AREU Agenzia Regionale Emergenza Urgenza  
ASST Azienda Socio Sanitaria Territoriale  
ATS Azienda di Tutela della Salute  
CDC casa della comunità  
C-DOM Cure Domiciliari  
CeAD Centrale dell'Assistenza Domiciliare  
COT centrali operative territoriali  
DGR deliberazione della giunta regionale  
DM decreto ministeriale  
FADOI Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti  
FKT fisioterapia/fisioterapisti  
IFEC infermiere di famiglia e comunità  
M6 Missione 6  
MMG medico di medicina generale  
Ocse (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico)  
ODC ospedale di comunità  
OSS operatore socio assistenziale  
PLS pediatra di libera scelta  
PNE piano nazionale esiti  
PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza  
PUA punto unico di accesso  
RSA residenza sanitaria anziani  
SAD servizio di assistenza domiciliare (di tipo sociale)  
SSN servizio sanitario nazionale  
SSR servizio sanitario regionale  
UCP DOM Unità di Cure Palliative Domiciliare

