



## Presentazione dati “Osservatorio Buone Pratiche”

*Flori Degrassi*

*Coordinatore Comitato Scientifico Forum Risk Management in Sanità*

#sanita2030



[www.sanita2030.it](http://www.sanita2030.it)



## Questionari 2022

Il Razionale del Questionario sulle Buone pratiche nelle Aziende Sanitarie Territoriali ed Ospedaliere del 2022 è stato quello di individuare le realtà organizzative già strutturate per offrire una risposta ai bisogni della propria popolazione anche prima della realizzazione totale del P.N.R.R..

L'analisi dei questionari ci ha consentito di valutare quanto è stato già fatto e di diffonderlo, in modo da rendere più veloce la realizzazione di quanto previsto nelle missioni 6 C2 e C3 e 5 C2 del suddetto piano ed esposto nel D.M. 77/2022.

Lo scopo è quello di diffondere buone pratiche per aumentare la cultura organizzativa.





## Questionari 2022

- Caratteristiche dell'Azienda
- Case di Comunità
- C.O.T.
- Ospedali di Comunità
- Assistenza Domiciliare
- Attrezzature e informatizzazione ospedaliera
- Medicina Digitale



Sono pervenuti 67  
questionari

da 16 Regioni

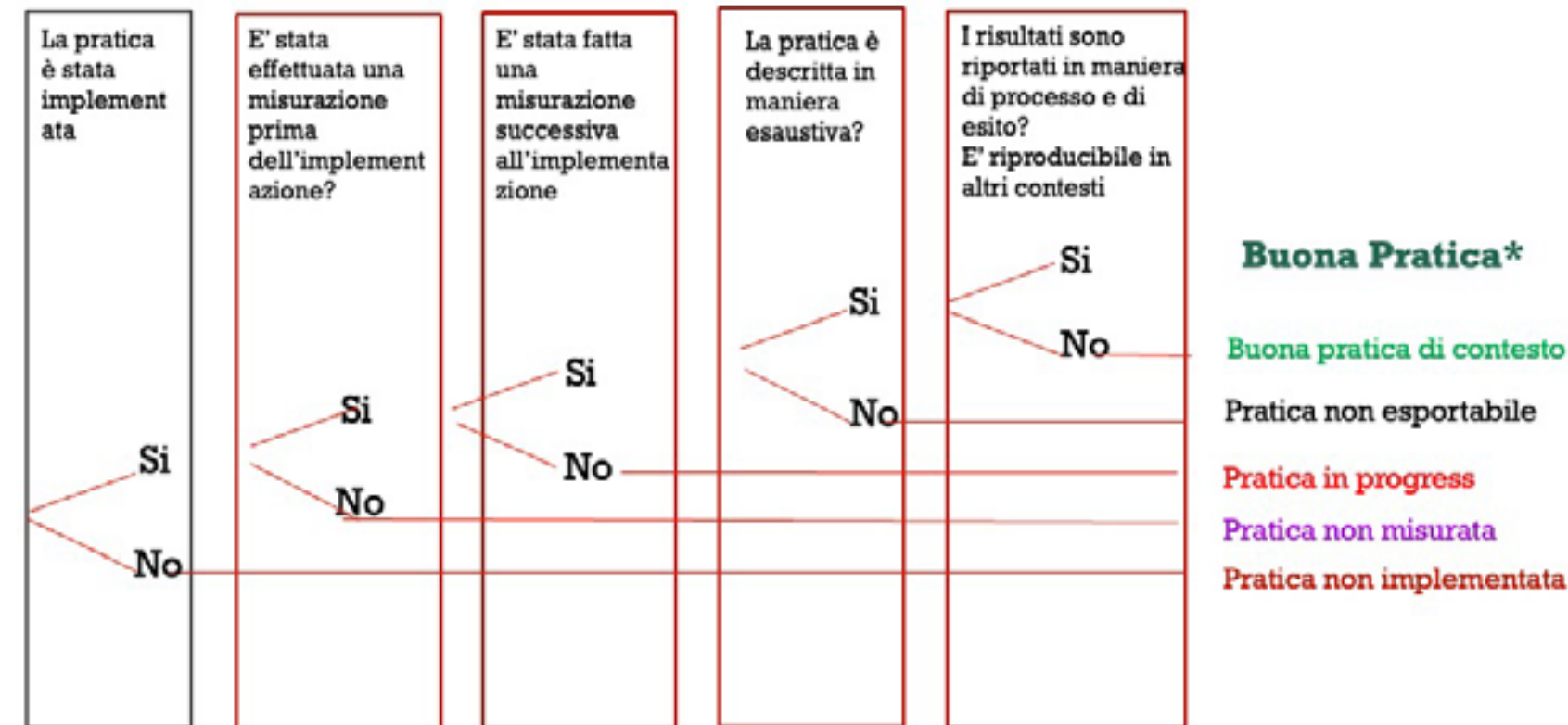


[www.sanita2030.it](http://www.sanita2030.it)





Modello di  
 valutazione



#sanita2030

\*Valutazione percorso di cura da parte dei pazienti e/o caregiver



www.sanita2030.it





## Item analizzati questionario 2023

### Azienda sanitaria

Nome, cognome, indirizzo, mail compilatore

DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili

Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione

Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?

Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?

I dati sono riportati in maniera di esito o di processo?

È un'attività di contesto o può essere esportabile? L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?

E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?

Sono stati interessati gli stakeholder?

Esiste una valutazione qualitativa della pratica? E' stata valutata dai pazienti, familiari, rappresentanti?

Le informazioni sull'esperienza sono a disposizione degli utenti?

E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?

Descrivere le maggiori problematiche affrontate

#sanita2030



[www.sanita2030.it](http://www.sanita2030.it)





Per questo Laboratorio hanno risposto  
23 Aziende Sanitarie di 4 Regioni:

Piemonte: 3 ASL e 1 Az.Osp

Liguria: 3 ASL, 1 IRCS e 1 Ospedale Evangelico

Lombardia: 8 ASST, 1 ATS, 2 IIRCCSS

Veneto: 2 ULSS e 1 AZ. Osp.Universitaria

sono stati presentati 29 progetti



#sanita2030



**DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili**

**Percorso fisioterapista di famiglia** volto alla ricerca di soluzioni integrate con altre professioni e con il caregiver per l'utente fragile con patologia neuromotoria cronica o riacutizzata.

#sanita2030



[www.sanita2030.it](http://www.sanita2030.it)





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
Asl1 Sistema Sanitario Regione Liguria	La presenza di disabilità motoria e neuromotoria dell'adulto, legata alla crescita di isolamento per la riduzione delle famiglie allargate, sempre più segnalata dalle UO Disabili ha indotto la ricerca di una soluzione volta all'attivazione motoria e alla ricerca di soluzioni integrate che devono coinvolgere innanzitutto l'utente ed il suo caregiver e ricercare programmi autogestibili oltre che proporre ausili, ortesi o protesì necessari alla ricerca di una maggiore autonomia.	L'assenza precedente del servizio e la sua creazione sono spinti dalla volontà del DM 77 alla ricerca di monitorare e ricercare soluzioni sul territorio evitando per quanto possibile l'ospedalizzazione della fragilità. Si sta utilizzando una scheda in ICF come monitoraggio dell'ingresso ed uscita (vedi procedura aziendale "PAC").	In programma una revisione delle schede ICF di Ingresso ed Uscita al fine di rimodulare gli obiettivi attualmente definiti.	Indicatori di esito	Il progetto, iniziato ad ottobre 2021, ha potenzialità di esportabilità pur con necessità di ridefinire gli obiettivi attualmente descritti nella procedura in virtù dell'esperienza acquisita dallo stesso personale nel periodo di sua attivazione. L'organizzazione prevede fisioterapisti per attività neuromotoria (circa 2 per distretto) e per l'attività di riabilitazione respiratoria (attualmente 2 in servizio sulla competenza).	La Regione ha permesso l'assunzione di n° 10 fisioterapisti rivolti alla progettazione specifica dello sviluppo territoriale su richiesta della Azienda nell'estate del 2021. La costruzione amministrativa è stata definita da Liguria Digitale che permette l'osservazione delle prestazioni secondo i criteri noti per i servizi ADI.	No, l'assenza totale delle unità imponeva una impossibilità di risposta all'utenza da parte della UO Disabili e liste non gestibili degli ambulatori riabilitativi per le problematiche di fragilità e cronicità dell'ADI fisioterapia.	si	





**DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili**

Le dimensioni e le caratteristiche della ASL4 hanno consentito la sperimentazione del Progetto **“Tigullio Luogo di Salute (TLS)”** con cui la Regione Liguria, con la DGR 1041/2021, ha dato mandato ad ASL4 di sperimentare un **modello di salute di prossimità**. Nell’ambito della più ampia trasformazione in atto, la realizzazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti cronici/fragili nelle case di comunità è in corso attraverso le seguenti contestuali ed integrate azioni:

1. Implementazione della Cartella a Casa
2. Riorganizzazione delle cure primarie in una logica di medicina d’iniziativa e di continuità di cura attraverso la definizione di specifici percorsi, anche attraverso l’impiego del mezzo mobile **“Gulliver”** e la telemedicina
3. Potenziamento e riorganizzazione dell’assistenza domiciliare e delle dimissioni protette
4. Integrazione sociosanitaria con i servizi sociali dei Comuni





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa si si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili i dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contest o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
ASL 4 Chiavese	Il territorio di ASL4 conta 145.000 abitanti circa residenti in 30 Comuni di cui 6 distribuiti lungo la costa dove si concentra il 70% della popolazione, mentre il restante 30% degli abitanti è disperso nelle zone dell'immediato entroterra e nelle zone montane vere e proprie. L'interno è costituito da tre vallate non comunicanti tra loro, nelle quali la viabilità e la comunicazione sono estremamente difficoltose con ampie distanze per l'accesso ai servizi costieri, così come per l'intervento di personale medico di emergenza. La popolazione anziana rappresenta oltre il 29% dei residenti, percentuale che supera il 40% nelle zone interne. I "grandi vecchi" over 85 anni rappresentano il 5% della popolazione totale e, percentuale che sale al 10% in alcuni Comuni interni. L'indice di anzianità è il più alto della Liguria (259,65 vs 255,8) e l'indice di dipendenza è pari al 68% contro 65,6 di media regionale e il 56% di media nazionale. È volto a realizzare un ecosistema socio-sanitario digitale, il progetto, basato su tecnologie innovative, potenzierà l'interconnessione della rete di prossimità con le strutture intermedie e l'assistenza domiciliare, determinando una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei livelli di assistenza.	Il progetto vuole implementare a 360° l'attività iniziata in epoca pandemica con l'avvio della campagna vaccinale, dove le iniziative di prossimità sono state uno dei cardini della nostra azienda (più di 8000 vaccinazioni a domicilio e conseguente presa in carico di soggetti fragili/non deambulanti). Questo modello verrà applicato anche nei restanti ambiti sopradescritti.	La fase sperimentale del TLS si è conclusa nell'agosto 2022 e sono proseguite le azioni di "messa a terra", tutt'ora in corso, il percorso di realizzazione verrà applicato in piena progettualità, infatti, risulta particolarmente impegnativo, organizzativo, finanziario, e richiede quindi di procedere per step successivi.	Indicatori di processo	Questo modello di salute di prossimità, previa verifica, potrà essere esteso a livello regionale.	Regione Liguria, con la DGR 1041/2021, ha dato mandato ad ASL4 di sperimentare un modello di salute di prossimità. Il progetto TLS, adottato con deliberazioni aziendali (n. 351/2021 di approvazione e la successiva n. 82/2022 di individuazione delle linee operative e dei fabbisogni) è volto a realizzare un ecosistema socio-sanitario digitale, si basa su un approccio «ONE HEALTH» integrato nel sistema regionale, volto alla riprogettazione dell'offerta socio-sanitaria e alla rimodulazione dei percorsi di cura e assistenza secondo il modello Digital Community Healthcare. La fase sperimentale del TLS si è conclusa nell'agosto 2022 e sono proseguite le azioni di "messa a terra", tutt'ora in corso, di cui il presente documento rappresenta una breve sintesi. Il percorso di realizzazione piena della progettualità, infatti, risulta particolarmente impegnativo sotto il profilo tecnico, informatico, organizzativo, finanziario, e richiede quindi di procedere per step successivi.	Si, utilizzando metodica Lean e HTA.	Si, il progetto è stato accreditato da ente internazionale Accreditation Canada (livello oro) ed è in corso un piano di azioni sul Community Building. Il progetto è in fase di attuazione, la cui evoluzione è oggetto di condivisione progettuale e contrattazione con i professionisti coinvolti, verrà condiviso e valutato in itinere anche con la valutazione finale degli esiti e le eventuali misure correttive in sinergia con altri attori e realtà territoriali si, tramite ufficio stampa aziendale e incontri/conferenze con gli stakeholders	Reperimento fondi





Il presente Progetto rappresenta una buona pratica a favore di persone fragili quali i **malati psichiatrici giovani**, tendenti all'isolamento sociale, in virtù di esso gestiti sul territorio, domicilio compreso.

Esso propone un PERCORSO al passo con i tempi, sperimentale, innovativo, sostenibile a livello economico che permette di:

1. Agire con maggiore tempestività sulla patologia psichiatrica di pazienti giovani adulti, trattandoli in fase d'esordio e prevenendo l'aggravamento del quadro clinico.
2. Creare una nuova alleanza terapeutica con i pazienti in carico, adottando strategie e strumenti adeguati ai tempi e alla fase di vita.
3. Compiere una valutazione funzionale del paziente che permetta di costruire Progetti Riabilitativi Individuali personalizzati, sviluppati soprattutto su due modelli di intervento: - Riabilitazione neuro-cognitiva volta a correggere i BIAS COGNITIVI presenti in questi pazienti (pensieri paranoidei, idee di riferimento, distorsioni cognitive, etc.) promuovendo una serie di cambiamenti cognitivo-affettivi che favoriscano la messa in atto di comportamenti più funzionali. - Gaming education, volta a favorire processi di stabilizzazione e compensazione affettiva e cognitiva attraverso l'utilizzo di giochi e tecnologie informatiche all'interno di una relazione terapeutica mirata e strutturata.
4. Favorire un maggior livello di socializzazione e di autonomizzazione. Il progetto coinvolge vari stakeholder, in particolare l'associazione di volontariato "Camminare insieme" e Fondazione Carispezia. L'associazione "Camminare insieme ODV mette a disposizione volontari e operatori che operano da più di 20 anni in ambito sanitario nel sostegno dei malati psichiatrici e delle loro famiglie. Inoltre mette a disposizione una autovettura che permette di lavorare sull'autonomia dell'utente. La fondazione Carispe sostiene economicamente gli interventi ad hoc sui pazienti ad esempio sta finanziando l'acquisto di dispositivi elettronici e il supporto di operatori al fine della Game education.

I destinatari sono: soggetti di età uguale o inferiore a 30 anni con: • Ritiro sociale ed isolamento • Disturbo psicotico • Agorafobia • Stato depressivo • Disturbo d'ansia • Problematiche relazionali in ambito familiare





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	siste una valutazione qualitativa della pratica? E' stata valutata dai pazienti, familiari, rappresentanti?
Azienda socio-sanitaria asl 5	Il presente progetto nasce dalla necessità di attuare un intervento psicoeducativo e riabilitativo individualizzato, che si componga di azioni mirate a favorire una maggiore consapevolezza dei propri BIAS cognitivi, incrementare la socializzazione sul territorio, migliorare l'autostima e quindi diminuire il rischio di cronicizzazione ed istituzionalizzazione dei pazienti.	Sì, in proporzione ai dati raccolti di presa in carico dei giovani da parte del DSM	ATTIVITA' SVOLTE DA LUGLIO A DICEMBRE 2022 (fase sperimentale del progetto) Attività rendicontate nel volume prestazioni: N° 83 ATTIVITA' IN PRESENZA CON GLI UTENTI IN SEDE O C/O SERVIZI N° 11 ATTIVITA' IN PRESENZA CON GLI UTENTI SUL TERRITORIO N° 3 ATTIVITA' IN PRESENZA CON FAMIGLIE N°101 ATTIVITA' DA REMOTO CON GLI UTENTI N° 19 ATTIVITA' DA REMOTO CON FAMIGLIE Attività di supporto, coordinamento clinico-organizzativo, formazione Operatori: N°156 Ore ATTIVITA' CLINICA/SUPERVISION E E STUDIO GAMING EDUCATION	Indicatori di processo	Sì, è uno degli obiettivi del progetto	La Regione Liguria già nel Piano Socio Sanitario Regionale 2017-2019 (e nelle disposizioni attuative per l'anno 2019 - DGR n. 7/2019) aveva individuato, per l'Area della Salute Mentale, l'Obiettivo di "sostenere e implementare progetti innovativi e sperimentali dedicati ai nuovi target di utenza che ne facilitino la ritenzione al trattamento (es. minori e giovani adulti)". Tale indirizzo è stato ribadito nel Piano Socio-sanitario Regionale 2023-2025, in corso di adozione definitiva da parte della Regione, sottolineando, per l'Area Salute Mentale, la necessità di "sperimentazioni utili ad affrontare un'utenza in cambiamento la cui necessità è di vedere allineati gli interventi alla domanda espressa". Sul Piano Aziendale il Progetto si inserisce nella previsione di cui all'art. 2 del Contratto di Servizio ALISA-ASL Liguri-Consorzio Campo del Vescovo in cui si preveda la possibilità che "il soggetto gestore possa erogare altre e diverse prestazioni aggiuntive di tipo socio-sanitario extra residenziali in relazione al fabbisogno del territorio"	a. Sotto il profilo dell'impatto economico è stata effettuata una comparazione fra i costi dell'intervento Progettuale e i costi di altre tipologie di intervento previste dal Sistema di Servizi e Strutture della Salute Mentale in base alla Regolamentazione del Sistema sanitario Regionale della Liguria (DGR 941/2011, DGR 944/2018 di recente modificata dalla DGR 387/2023). Ne è derivato il risultato di un minor costo relativo per il SSR, anche in riferimento alla maggior Intensità assistenziale (rapporto operatori/persona assistite) prendendo in considerazione il periodo di un anno. In termini diacronici il Progetto dovrebbe portare al risultato di minori costi in termini assoluti data l'efficacia preventiva della presa in carico precoce rispetto all'aggravarsi delle patologie psichiatriche dei giovani coinvolti b. La valutazione rispetto alla maggior appropriatezza si è basata sull'analisi della difficoltà per il gruppo-obiettivo di essere inserito in contesti strutturati, inclusi i centri diurni per la salute mentale o i servizi ambulatoriali ASL. L'approccio di reach out ha quindi tenuto conto della messa in campo di metodologie e di setting che, oltre all'efficacia in termini riabilitativi, prendesse in considerazione l'adesione delle Persone agli interventi e alle attività	Somministrare un questionario di valutazione qualitativa all'utente in modo da capire l'aderenza e l'andamento nel corso del progetto. Somministrazione BPRS agli utenti pre-test e post-test. Utilizzo SEA: compilazione da parte degli operatori. L'Obiettivo finale è quello di diminuire il ritiro sociale, supportare i contatti con la salute mentale nel passaggio dalla neuropsichiatria infantile, implementare i rapporti con la famiglia e apportare interventi di game education che permettano alla persona di socializzare con videogiochi più cooperativi e meno individuali, lavorare sull'interazione sociale tra pari. Attualmente la richiesta e l'attuazione del progetto è stata valutata dai rappresentanti e confermata attraverso una osservazione qualitativa e colloqui da parte dei familiari.





**Attività di televisita** per pazienti affetti da patologia cronica nota. Nell'ambito delle prestazioni effettuabili tramite la Telemedicina, già definite nell'Assemblea Generale del Consiglio Superiore di Sanità il 10.07.2012 "Linee di indirizzo Nazionali sulla telemedicina" durante la fase pandemica, per mantenere livelli assistenziali adeguati e nel rispetto delle indicazioni Ministeriali relative al COVID è stata avviata e gestita da Liguria Digitale la piattaforma tecnologica necessaria per l'esecuzione delle televisite. Sono stati definiti i criteri di inserimento dei pazienti affetti da patologia cronica e già in cura presso il servizio erogante. L'Ospedale Policlinico ha aderito a questo progetto coinvolgendo diverse unità operative, **iniziando dalle neurologie** dove era già stata rilevata la necessità di migliorare la qualità di vita dei pazienti riducendo gli accessi, quando non necessari, alla struttura ospedaliera. Le televisite devono basarsi su uno scambio sicuro e tracciato, debitamente accessibile da sistemi di credenziali, di immagini e documenti tra professionisti sanitari e pazienti, garantendo in alcuni ambiti l'equivalente contenuto assistenziale degli accessi tradizionali. Il paziente e l'eventuale tutor devono aderire preventivamente, anche per confermare la disponibilità di contatto telematico nel rispetto delle norme in materia di privacy e sicurezza. Il collegamento avviene in tempo reale e consente l'interazione tra il medico e il paziente, anche in presenza di tutor o caregiver. Vengono garantiti tutti i requisiti previsti dalla normativa in materia di specialistica ambulatoriale ex-art. 50 legge 326/2003 e successive modifiche.





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
IRCCS Policlinico San Martino di Genova	La decisione iniziale è stata presa per limitare il rischio di contagio da COVID 19 e mantenere l'assistenza ai pazienti affetti da patologia cronica. Successivamente l'estensione delle televisite ad altri ambiti specialistici ha permesso di migliorare sia l'attività dei professionisti che la soddisfazione dei pazienti, mantenendo una elevata qualità delle cure.	Non sono presenti dati antecedenti l'avvio delle televisite.	I dati vengono rivalutati a cadenza annuale: nell'anno 2022 sono state effettuate un totale di 727 visite	Indicatori di esito	L'attività è diffusa a livello nazionale.	L'Agenzia Ligure Sanitaria ha dato precise indicazioni in merito	Sì, livello regionale.	Sito web dell'Agenzia Ligure Sanitaria	Solo inizialmente per la formazione dei professionisti all'utilizzo della piattaforma informatica. Il progetto è stato gestito in collaborazione con Liguria Digitale e ICT con risultati soddisfacenti.
#sanita2030								www.sanita2030.it	





**TRAPIANTO / TERAPIA CELLULARE CON DIMISSIONE PRECOCE E OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO (TOD).**

Il presente Progetto intende proporre e realizzare, in pazienti selezionati, una riduzione dei tempi di degenza media post trapianto o terapia cellulare in camera a flusso laminare e in Day Hospital.

Questo percorso garantisce al paziente i controlli, l'assistenza medica e infermieristica e le terapie necessarie trasferendoli però presso il domicilio del paziente che rappresenta il luogo più accogliente, rassicurante e familiare.

Il percorso di ospedalizzazione a domicilio è diviso in due fasi: - Precoce, periodo compreso dalla domiciliazione fino al giorno +22 dal ricovero (o fino a stabilità dell'esame emocromocitometrico (stabilità dell'esame emocromo citometrico: neutrofili >500/microlitro, piastrine >20.000/microlitro). Di norma questa fase non si applica nel trapianto allogenico e solo a partire dal giorno 10 per la terapia cellulare. Durante questa prima fase sarà tenuto a disposizione un letto nel reparto di degenza ordinaria per eventuali rientri a insindacabile giudizio del medico. Durante questa fase le visite saranno quotidiane ad eccezione dei giorni festivi; a giudizio del Medico TOD la visita potrà essere sostituita da contatto telefonico o tele visita quando disponibile. - Tardivo, da fine periodo precoce fino al giorno +70 dalla infusione per il trapianto autologo e per le terapie cellulari e fino al giorno +100 per il trapianto allogenico nelle condizioni sopra specificate. Sono ammesse deroghe solo su richiesta del Direttore del Programma Per la gestione clinica ed infermieristica valgono tutte le IO applicabili già elaborate e attive per la gestione in ricovero ordinario e diurno.

Durante la fase di preparazione al trapianto e l'esecuzione di esami di idoneità alla procedura trapiantologica, il Medico di DH incaricato dei pazienti sottoposti a trapianto autologo proporrà al Medico responsabile del progetto eventuali candidati per l'arruolamento. La decisione finale dell'idoneità del paziente candidato al Progetto TOD spetta al Direttore Medico dell'Unità Clinica in collaborazione con il Medico responsabile del progetto. Una volta che il paziente avrà ottenuto l'idoneità, il Medico responsabile progetto effettuerà un colloquio informativo con paziente e caregiver al fine di illustrare modalità e finalità del progetto e al contempo valutare la presenza dei requisiti necessari per rientrarvi.





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
IRCCS Policlinico San Martino di Genova	Il presente progetto nasce con l'intento di coniugare una maggiore appropriatezza ed umanizzazione delle cure, promuovendo il miglioramento sia della qualità dell'assistenza sanitaria che della qualità di vita dei pazienti assistendoli direttamente nel loro ambiente familiare quando possibile; in tal modo sarà possibile la riduzione dei giorni di degenza, dei ricoveri e dei tempi di attesa per trapianto/terapia cellulare; nel contempo saranno fornite a pazienti complessi cure equivalenti alle ospedaliere in ambiente domestico e più rassicurante. Si tratta di un trasferimento di professionalità al domicilio del paziente che potrà così usufruire di quelle attenzioni e cure che caratterizzano e sostanziano il progetto dell'umanizzazione degli ospedali.	Degenza media precedente l'attivazione del progetto e numero di accessi in DH per pazienti candidabili alla TOD.	Avviata da alcuni mesi, i dati verranno valutati a cadenza semestrale.	Indicatori di esito	Essendo coinvolti pazienti sottoposti a trapianto di CSE e terapie cellulari potrà essere applicato in altri contesti similari.	No	Si	Solo per i pazienti e familiari affetti da malattie ematologiche in trattamento presso il Programma Trapianti CSE.	Le difficoltà operative sono state affrontate e superate con la collaborazione dei professionisti coinvolti, con lo scopo di mantenere la sicurezza delle cure migliorando la qualità della vita dei pazienti.



L'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova (OEI) è Ente ospedaliero; pur non essendo sede di attività territoriale in senso stretto, da oltre un decennio effettua attività di tipo sociosanitario, indirizzata oltre l'assistenza sanitaria, per storica predisposizione OEI all'Accoglienza alla Persona  
OEI ha indirizzato progettualità su alcune tematiche di attuale attenzione: **violenza, maltrattamento, abuso, contro la donna e vittime fragili, comprendendo il sostegno a genitorialità, infanzia, spesso coinvolta nei processi negativi familiari, la terza età (nonni).**





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati e indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
Ospedale Evangelico Internazionale di Genova	Obiettivo, garantire una presa in carico multi dimensionale: punto di inizio per l'attivazione della rete dei Servizi Territoriali e Strutture esterne. In tale attenzione si sono sviluppati Finestra Rosa, a supporto della vittima di violenza, in specie familiare ed A piccoli passi, con percorsi di promozione del benessere, sostegno psicologico per i futuri genitori, dalla gravidanza al post-nascita, multi professionale, sostegno alla genitorialità, individuazione precoce del disagio perinatale, allargando la prospettiva dalla diade madre-bambino alla famiglia.		no	indicatori di processo	Esportabile a contesti sanitari, in specie. Le strutture sanitarie, Ospedali in particolare, sono di fondamentale importanza per intercettare situazioni di necessità estese al vissuto sociale, con ruolo primario di far emergere il sommerso. OEI ha inteso implementare anche con i Consolati maggiormente rappresentativi, quanto a popolazione residente nel territorio metropolitano genovese, un processo di collaborazione. Basilare, la formazione del Personale dipendente per la delicatezza delle tematiche affrontate, finalizzate a supportare su possibilità utili al percorso.	La spinta regionale nonché ministeriale, ha trovato in OEI apertura all'implementazione e migliore organizzazione del percorso progettuale. Da oltre un decennio, OEI ha sviluppato percorsi di promozione socio assistenziale, indirizzati alle cosiddette fasce deboli. Le attività progettuali in argomento in specie Finestra Rosa A piccoli passi, grazie al contributo Otto per Mille Chiesa Valdese, hanno così potuto consolidarsi nel tempo	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico. L'applicazione di specifiche indicazioni procedurali, al fine di condivisione e finalità, valuta aderenza e appropriatezza progettuale.	Attraverso differenti eventi divulgati, effettuati anche con il coinvolgimento di Enti esterni di tutela, nonché notizie in argomento disponibili sul sito web OEI, viene divulgata l'attività con il fine di meglio informare e supportare gli interessati.	La formazione come informazione ha destato massimo interesse: formazione soprattutto ad uso degli operatori sanitari, finalizzata alla corretta gestione del percorso di accoglienza non solo sanitario alla persona, per riconoscere i segnali di richiesta di aiuto non manifesti, in particolare in condizione di fragilità non dichiarata o manifesta.
#sanita2030									





DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili

il 07 novembre 2022 ha avuto inizio la sperimentazione della prima **Centrale Operativa Territoriale (COT)** dell'ASL di Novara (operativa 5 giorni su 7, con orario 08:00 – 16:00), sita a Trecate, che, rappresentando l'evoluzione naturale del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC), garantisce con il suo team multidisciplinare la continuità delle cure ospedale-territorio e territorio-territorio.





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
ASL NOVARA	La Mission 6 del PNRR ha come obiettivo la riorganizzazione dei servizi territoriali, allo scopo di realizzare una fitta rete di strutture sul territorio in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini nell'ambito della prevenzione, della educazione alla salute, della presa in carico delle patologie croniche e delle fragilità socio-sanitarie. In tale contesto è prevista l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali (COT) in Italia.	Sono stati presi in considerazione e messi a confronto i dati inerenti alle richieste di dimissione protetta di tre differenti periodi: il periodo 01/01/2019 – 14/04/2019 (ex-NDCC pre-pandemico), il periodo 01/01/2022 – 14/04/2022 (ex-NDCC post-pandemico) ed infine il periodo 01/01/2023 – 14/04/2023 (COT). I dati sono stati estratti ed analizzati, in attesa della futura implementazione di una piattaforma unica regionale per tutte le COT della Regione Piemonte, attraverso il software attualmente in uso in ASL Novara (FAR-SIAD, ECWMED) e tramite l'ausilio di un foglio di calcolo elettronico.	Per quanto riguarda la gestione degli inserimenti in regime di dimissione protetta in struttura (CAVS), questi sono diminuiti da 199 nel primo trimestre 2019 a 73 nel primo trimestre 2022 (-63%), per poi aumentare a 107 nel primo trimestre 2023 (+46,5%). Analogamente ma in proporzione inferiore, gli inserimenti in regime di dimissione protetta a domicilio (ADI) sono inizialmente diminuiti da 42 nel primo trimestre 2019 a 26 nel primo	Indicatori di processo	Nel primo trimestre 2023, la COT, che conta su un'equipe multiprofessionale costituita attualmente da 1 dirigente medico, 1 assistente sociale, 1 coordinatore infermieristico, 2 infermieri e 1 unità di supporto amministrativo ha già dimostrato di aver velocizzato e migliorato la gestione integrata delle dimissioni protette sia in struttura sia al domicilio (rispetto al primo trimestre 2022), seppur ancora all'avvio del suo ruolo di regista nella presa in carico del paziente fragile.	si	Si. La sfida del prossimo futuro sarà quella di raggiungere e superare il volume di attività del periodo prepandemico, estendendo l'operatività del servizio 7 giorni su 7 e aumentando le unità di personale infermieristico (come previsto dagli standard del DM-77), nonché di polarizzare progressivamente la domanda di assistenza socio-sanitaria dal setting residenziale a quello domiciliare.	si	La forte contrazione del volume di attività complessivo in merito alla gestione degli inserimenti di dimissione protetta tra il primo trimestre 2019 e il primo trimestre 2022 è stato verosimilmente dovuto all'impatto della pandemia da SARS-CoV-2, che da un lato ha esatto una redistribuzione delle risorse umane su fronti di prioritario intervento (i.e. contact tracing, tamponi, vaccinazioni), depotenziando progressivamente





**Il Progetto Protezione Famiglie Fragili (PPFF) è un progetto, promosso dalla Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta, rivolto al malato oncologico e alla sua famiglia quando il rischio di destabilizzazione è alto. Sono ritenute "fragili" le famiglie in cui siano presenti minori, adolescenti o giovani adulti in difficoltà per la presenza della malattia, disabili, disagio psichico, soggetti alcolisti e/o tossicodipendenti, fragilità/assenza di care-giver in nuclei ristretti e isolati, recente esperienza gravemente traumatica, difficoltà all'integrazione sociale, linguistica e culturale, problemi economici indotti dalla malattia con gravi ripercussioni sulla vita familiare e le possibilità di cura, gravi situazioni dovute/aggravate dall'emergenza pandemica da covid-19, anziani e grandi anziani ammalati oncologici. La finalità del Progetto è costruire una rete di supporti assistenziali, psicologici e sociali mirati al sostegno delle famiglie "fragili" che affrontano l'esperienza della malattia tumorale e programmare gli interventi ritenuti necessari utilizzando tutte le risorse presenti sul territorio di appartenenza del paziente ed integrandoli, quando non disponibili, con le risorse messe a disposizione dal progetto**





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
Azienda Ospedaliera di Alessandria "SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo"	Nelle famiglie "fragili", senza un aiuto strutturale, può essere impossibile per il malato seguire correttamente il percorso diagnostico e terapeutico previsto per la sua patologia. Vi è inoltre il rischio di ripercussioni anche gravi sulla salute psichica e talvolta fisica sia del paziente che del resto della famiglia, in particolare del caregiver su cui gravano compiti assistenziali che aumentano in modo esponenziale con il progredire della malattia. Il progetto PPF ha lo scopo di garantire la presa in carico psicologica, sociale ed eventualmente economica del paziente e/o dei familiari, valutando e attivando tutte le competenze territoriali e le risorse messe a disposizione dal progetto, per consentire il superamento della "fase	L'impatto traumatico che una diagnosi di patologia neoplastica ha sul paziente e sui suoi familiari è ormai chiaramente riconosciuta. Oggi in Italia si contano 3,5 milioni di persone che hanno avuto o hanno una malattia oncologica. Un percorso di malattia oncologica può durare anche molti anni con un impegno fisico, psicologico, spirituale e finanziario che coinvolge in modo profondo sia il Malato che la famiglia. Esistono dati di letteratura che evidenziano come i fattori psicologici, sociali ed economici possano influire sull'aderenza al percorso diagnostico e terapeutico del paziente	Il progetto PPF è attivo nella nostra Azienda da circa 2 anni ed ha finora preso in carico circa 10 pazienti con fragilità, per i quali sono stati programmati una serie di interventi di carattere psicologico e sociale utilizzando prevalentemente risorse presenti sul territorio di appartenenza del paziente.	Indicatori di processo	Il Progetto coinvolge tutte le Aziende Sanitarie regionali appartenenti alla Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta	Il Progetto è promosso dalla Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta. Il finanziamento è erogato dalla Rete Oncologica direttamente alla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera sulla base del numero di visite CAS. Tale finanziamento è principalmente impiegato per le risorse umane coinvolte nei piani psicosociali, definiti di volta in volta dalla mini-equipe per ogni nucleo familiare preso in carico da PPF validato dal Comitato Consultivo e approvato dall'Autorità Centrale di Coordinamento Rete.	La Rete Oncologica richiede annualmente precisa rendicontazione delle prestazioni eseguite che espliciti gli interventi attivati (con e senza costi), il numero delle risorse umane impiegate e gli outcomes del progetto. Tale rendicontazione permette di valutare i punti di forza e le criticità del progetto, consentendo di programmare il finanziamento per gli anni successivi. E' cura della mini équipe segnalare punti di forza ed eventuali debolezze del progetto e della sua realizzazione attraverso: • il monitoraggio dell'andamento del progetto, • l'attivazione e la valutazione dell'attività degli operatori istituzionali e non, • la restituzione ai sanitari iniciani del progetto assistenziale attivato, • la definizione in accordo con la famiglia della conclusione dell'assistenza	Si è in accordo con le associazioni di volontari	L'attivazione di PPF può avvenire in qualunque momento del percorso del paziente oncologico: dalla diagnosi alle cure palliative. Tuttavia, l'intervento è tanto più utile quanto più precocemente vengono identificate le situazioni di vulnerabilità della famiglia. Le maggiori problematiche riguardano la difficoltà di intercettare in modo tempestivo le eventuali fragilità del paziente e della sua famiglia e la necessità di coordinare in modo efficace le risorse e le competenze a livello territoriale.









DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili

**Medicina di iniziativa garantita attraverso il ruolo delle IFoC nella presa in carico e gestione dei percorsi di salute diagnostico terapeutici assistenziali BPCO e**

**Scompenso Cardiaco.** In ogni Distretto dell'ASL è previsto lo svolgimento di azioni di educazione terapeutica attraverso incontri individuali e di gruppo e attività motoria. Come medicina di iniziativa si avvia al domicilio il monitoraggio dei coniugi/conviventi dei soggetti fragili già in carico per individuare precocemente incrementi della vulnerabilità familiare con possibili criticità del mantenimento in essere dei progetti attivi.





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
ASL TO3	Si è deciso di attivare questo progetto in seguito alle considerazioni derivanti dall'analisi del progetto Bording DEA/PS aziendale per il quale si auspica a fronte della realizzazione e mantenimento del progetto una diminuzione degli accessi DEA ad alto carico assistenziale favorendo una gestione territoriale con le soluzioni offerte: incremento assistenza domiciliare, DGR 3-5395/2022 Regione Piemonte: Criteri di ripartizione per l'anno 2022 del finanziamenti a sostegno degli interventi a favore delle persone disabili e delle loro famiglie, Ospedale di Comunità (oggi CAVS - Lungodegenza)	NO Attività di nuova introduzione	NO Attività di nuova introduzione	NO	Si progetto esportabile	Si è stato recepito il mandato Regionale di potenziare la presa in carico domiciliare dell'anziano non auto sufficiente	no	Si ai MMG	Non disponibili - in recente fase di attivazione.
<p>#sanita2030</p> <p style="text-align: right;">     <a href="http://www.sanita2030.it">www.sanita2030.it</a> </p>									





**DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili**

**L'Infermiere di Comunità** assicura l'assistenza infermieristica in ogni comunità, che può rispondere a uno o più comuni, avente circa 3000 abitanti, garantendo una presenza continua e costante, premessa per realizzare la sanità d'iniziativa. Vengono presi in carico anche i care giver degli utenti assistiti a domicilio che sempre più spesso sono persone anziane e fragili al fine di arrivare ad una presa in carico completa del nucleo familiare per facilitare la permanenza a domicilio ed incrementare il numero di persone assistite.





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
ASL VCO	ASL VCO nel 2016 ha partecipato al progetto Interregg Co.N.S.E.N.So: "L'Infermiere di Famiglia e Comunità a sostegno dell'invecchiamento in una società che cambia". Cinque IFeC hanno preso in carico 1537 ultra65 enni proattivamente. Questa esperienza ha permesso di iniziare a conoscere quali sono i bisogni di salute dei cittadini ultra65 enni e quali azioni posso essere attuate dalle IFeC per rispondervi. Dal 2016 ad oggi quaranta infermieri operanti nei servizi di Cure Domiciliari e negli Ambulatori Infermieristici Territoriali hanno frequentato il Master in Infermiere di Famiglia e Comunità o il Corso di Perfezionamento Regionale in Infermiere di Famiglia e Comunità. L'investimento sull'ampliamento delle conoscenze e delle competenze degli infermieri garantisce che una stessa équipe intervenga su tutti i livelli di complessità assistenziale assicurando all'utente e alla sua famiglia una continuità assistenziale e relazionale. Si è deciso di implementare il modello assistenziale Infermiere di Comunità dal 1 gennaio 2023 in 6 ambiti territoriali per poi espanderlo in tutta l'azienda al fine di assicurare a tutti i cittadini gli stessi livelli di assistenza. Ci si attende un incremento delle persone assistite a domicilio, una identificazione proattiva dei bisogni di salute dei cittadini inseriti nelle comunità in cui operano gli Infermieri di Comunità, uno sviluppo della figura dell'Infermiere di	I dati precedenti all'implementazione del modello sono i seguenti: 1537 ultra 65enni presi in carico con il progetto Co.N.S.E.N.So con 5 Infermiere di Famiglia e Comunità 2546 assistiti in cure domiciliari nell'anno 2022	Sono in fase di elaborazione i dati poiché l'implementazione del modello assistenziale è iniziata da gennaio 2023	indicatori di esito	E' un modello assistenziale che può essere esportabile e garantisce la continuità assistenziale e relazionale con gli utenti e le comunità. Con questo modello vengono definiti gli ambiti di sviluppo dell'attività dell'Infermiere di Comunità: - a livello domiciliare - a livello ambulatoriale - a livello comunitario	L'implementazione è avvenuta su indicazione della Regione e dell'ASL VCO.	no	Si, coinvolgimento dei sindaci dei Comuni interessati	Numero ridotto di autovetture dedicate alla Comunità e assenza di un supporto informatico per garantire la continuità delle informazioni con tutti i professionisti coinvolti





DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili

Collaborazione alla redazione ed adozione di documenti di intesa, procedure, protocolli di integrazione con gli ambiti sociali attraverso la fattiva partecipazione ai tavoli di lavoro (tavolo tecnico fragilità e disabilita' con ATS -Ambiti sociali)

- Potenziamento Assistenza Domiciliare Integrata
- Potenziamento Equipe di Valutazione Multidimensionale





Azienda Sanitaria	DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua Implementazione	Sono disponibili dati o Indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua Implementazione?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	È stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	Sono stati interessati gli stakeholder?	È stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
ASST MELEGNANO MARTESANA	Collaborazione alla redazione ed adozione di documenti di Intesa, procedure, protocolli di integrazione con gli ambiti sociali attraverso la fattiva partecipazione ai tavoli di lavoro ( tavolo tecnico fragilità e disabilità' con ATS - Ambiti sociali) • Potenziamento Assistenza Domiciliare Integrata • Potenziamento Equipe di Valutazione Multidimensionale	Nel quadro dello sviluppo delle articolazioni territoriali Case di Comunità ,Ospedale di Comunità , Centrale operativa Territoriale l'obiettivo e' rafforzare le cure domiciliari lavorando sull'omogeneizzazione dei percorsi socio-sanitari , sul raccordo tra Medici di famiglia ed Equipe ADI e fragilità presenti sul territorio.	Si	Si	Si	si	Si	Si	Raccordo Medici Famiglia, Enti comuni; terzo settore





#### TELESORVEGLIANZA DELL'UTENTE CON PATOLOGIA POLMONARE A DOMICILIO

Le patologie croniche respiratorie e cardiache rappresentano, insieme ai tumori, le prime causa di malattia e di morte nella popolazione.

Regione Lombardia ha avviato un percorso volto alla presa in carico dei cittadini affetti da patologia cronica respiratoria e cardiologica mediante il progetto Nuove Reti Sanitarie (NRS/2007), ribadito nel DGR N. VIII/010072 del 07 agosto 2009 e successive modifiche.

L'ASST di Lodi con deliberazione 351/2022 ha avviato una collaborazione con il Provider Medicaire al fine di garantire il Servizio di Telesorveglianza Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) 3°-4° Stadio Gold e Scompensazione Cardiaca Cronica (SCC) 3°-4° classe NYHA, garantendo al domicilio degli assistiti affetti da patologia cronica respiratoria la continuità delle cure. Il servizio di telesorveglianza BPCO prevede siano dedicate risorse umane (medici, infermieri e fisioterapisti), strutturali (ambiente dedicato) e tecnologiche (supporto informatico fornito dal Provider). Il protocollo adottato prevede un arruolamento annuale suddiviso in due semestri, alta e bassa intensità, durante i quali l'equipe multidisciplinare garantisce l'arruolamento e l'addestramento all'impiego delle apparecchiature, il monitoraggio telefonico a scadenza e al bisogno, nonché l'accesso programmato agli ambulatori per i successivi controlli. Fasi operative: Identificazione candidato all'arruolamento: in dimissione ospedaliera, in corso di visita specialistica pneumologica, in corso di progetto riabilitativo respiratorio ambulatoriale, su segnalazione di MMG. Visita di arruolamento: a) Raccolta dati clinici, strumentali, se incompleti, SatO2 notturna, EGA, 6minWT, Spirometria b) Stesura del profilo di intensità, raccolta consensi e programmazione degli interventi. Verifica telefonica registrata, mediata dal provider a cadenza programmata con verifica estemporanea, parametri vitali e indici di salute. Visite specialistiche e prestazioni sanitarie in caso di necessità e visite finale e dimissione.





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	I dati sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	È stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	Sono stati interessati gli stakeholder?	È stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
Azienda socio-sanitaria territoriale di Lodi	Il percorso di Telesorveglianza per le persone affette da patologia cronica si pone come momento di transizione della persona nei diversi setting di cura a garanzia della continuità della presa in carico volta alla riduzione delle ri-ospedalizzazioni e al ricorso inappropriato alla rete di emergenza-urgenza. L'assistito manterrà un controllo quotidiano e settimanale dei segni e dei sintomi volto a migliorare la gestione della sua patologia e del quale riferirà telefonicamente al personale di riferimento evitando di ricorrere ad altri servizi ospedalieri.	Si	Indicatori di esito	Si	L'implementazione è stata perseguita nell'ottica della gestione dell'utenza affetta da patologia cronica al fine di stabilizzarne il percorso	È in corso di valutazione	Si	La comunicazione è stata effettuata ma è ancora in corso	Raccordo Medici Famiglia, Enti comuni; terzo settore. Individuazione del Provider e attivazione del Contratto, individuazione dei criteri di inclusione, formazione del personale e dei caregiver, individuazione e formazione attinente la gestione degli applicativi, dei device e delle apparecchiature





#### CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

Nell'ambito delle scienze sociali, la circolarità delle informazioni e la loro disponibilità elettronica permette una gestione integrata e corresponsabile del caso evitando sovrapposizioni di interventi, prevenzione degli accessi impropri alla struttura ospedaliera e garantisce la dimissione protetta dell'utenza fragile. La Cartella Sociale Informatizzata (CSI) costituisce un collegamento tra i diversi flussi informativi garantendo un rapido e costante accesso alle risorse informative dei servizi sociali dell'ASST di Lodi e dei Comuni e rappresenta uno strumento condiviso di raccordo immediato, corresponsabile dei processi di cura. Può essere costantemente aggiornata in merito alla presa in carico e conserva dati di flusso storico e raccoglie sia la valutazione sociale integrata in itinere che gli elementi necessari per la predisposizione del PDTA. Essendo già in dotazione ai Comuni uno strumento di registrazione della casistica (Urbi smart PA Digitale), non immediatamente fruibile da ASST perché l'ambito socio sanitario opera e registra in modo differente, al Tavolo Tecnico del dicembre 2020, si è condiviso di realizzare uno strumento "ex novo" a partire da ASST Health Meeting, con un primo step di intra ed inter operabilità tra i sistemi e gli attori istituzionali di area socio sanitaria e socio assistenziale, quale soluzione "ponte" che poneva entrambe le organizzazioni nella possibilità di una iniziale "sola lettura" dei dati registrati. Nello stesso anno l'ASST di Lodi ha avviato un processo di implementazione dello strumento per la presa in carico integrata tra la ASST e l'Ambito Territoriale, denominata Health Meeting (HM), in collegamento con lo strumento in dotazione ai Comuni del Lodigiano, Urbi Smart PA Digitale.



Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	I dati sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	È stata effettuata a una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	Sono stati interessati gli stakeholder?	È stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
Azienda socio-sanitaria territoriale di Lodi	Predisposizione di uno strumento integrato che consente la gestione della presa in carico di soggetti affetti da patologie cronico-degenerative residenti sul territorio lodigiano per favorire una attività integrata tra ASST e Comuni Creazione di un data base per la gestione sociale integrata dell'utenza	Il progetto in attuazione prevede, nell'ambito della sua implementazione, dell'individuazione di indicatori di attività	Indicatori di processo. Sono disponibili alcuni dati di start up dell'attività	Il progetto è esportabile in altri contesti	Il servizio è stato individuato e implementato per favorire la presa in carico, l'integrazione tra servizi e la costituzione di un data base comune	È in corso	È in corso di implementazione	Sì, sia a livello aziendale che presso i servizi territoriali e Comunali	Individuazione di un "sentire comune", di un applicativo comune a superamento di quelli singolarmente implementati, costituzione di gruppi di lavoro, predisposizione di percorsi formativi dedicati





DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili

**PROGETTO PROCUREMENT** L'infermiere svolge un ruolo sempre più rilevante nella gestione del **processo dei trapianti**, partecipando attivamente alle procedure di individuazione, selezione e mantenimento dei donatori, al processo di allocazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti, nonché intervenendo in prima persona nell'elaborazione ed esecuzione dei percorsi assistenziali pre e post trapianto. Con DGR n. XI / 6150 del 21.3.2022 "Determinazioni in merito alla revisione e aggiornamento del modello organizzativo del sistema regionale trapianti" è stata rimodulata l'architettura del modello organizzativo del Sistema Regionale Trapianti, definendo una disponibilità continuativa del servizio per la gestione dei donatori di organi e tessuti, con un medico esperto e un infermiere esperto. L'infermiere esperto in Donazioni e Trapianti di Organi e Tessuti, è in grado di operare in diversi contesti: - Centro Nazionale Trapianti; - Centro Interregionale Trapianti; - Centro Regionale Trapianti; - Coordinamento Locale (aziendali) alla Donazione e Trapianti; - Coordinamento nell'ambito dei Centri di Trapianto.





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	I dati sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	È stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	Sono stati interessati gli stakeholder?	È stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate	
Azienda socio-sanitaria territoriale di Lodi	Valorizzazione del professionista esperto – INFERMIERE PROCURAMENT - In Donazione e Trapianto per il coordinamento delle attività correlate favorendo e promuovendo la cultura della donazione-trapianto. L'infermiere esperto in procurement, in possesso di conoscenze in ambito della donazione e prelievo di organi e tessuti, svolge la sua attività in tutti i presidi di ASST Lodi. Nello specifico è in grado di: Applicare il modello organizzativo nazionale donazione - trapianto (centro nazionale trapianti) ed il modello regionale Partecipare attivamente nel processo di donazione organi e tessuti Interagire con le diverse realtà dipartimentali, aziendali ed extra aziendali, adattando il modello organizzativo del procurement Ottimizzare l'uso dei beni e delle risorse disponibili Applicare il modello di organizzazione delle banche dei tessuti Garantire le procedure di mantenimento del potenziale donatore	SI	Dati di attività, di aderenza, di appropriatezza e di esito	Di esito	L'attività può essere esportata ma prevede necessariamente la presenza di personale infermieristico professionalmente qualificato e formato attraverso percorsi di specializzazione e post-base	È stata sostenuta dalle raccomandazioni attinenti lo sviluppo dell'adesione alla donazione	È in corso di valutazione	si	È in corso di attivazione	Le principali difficoltà si riferiscono all'accesso al percorso di formazione specialistico post-base, attualmente a disposizione principalmente dall'ambito medico. Necessità di individuare percorsi di riconoscimento e valorizzazione aziendale del ruolo.





**FAST TRACK DAL PS ALLA CDC E DAL MMG ALLA CDC PER LA CURA DEL PAZIENTE CRONICO**

Il rilancio della sanità territoriale a rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria, avviato con il DM n. 71/15, trova riscontro nel PNRR e nel DM 77/22 e la ASST Lodi ha individuato un modello organizzativo ed ha sviluppato un percorso di cura del paziente cronico e istituito una "rete di servizi" a lavoro integrato e multidisciplinare, assicurando una risposta appropriata ai bisogni di salute. La Rete si attiva sin dal PS che valuta e dimette l'utente e, se ritenuto utile un approfondimento specialistico, attiva la COT per una prenotazione e comunica all'utente data, ora e luogo della prestazione, assicurata entro le 12/24h successive. La collaborazione attivata tra MMG e ASST Lodi consente, mediante l'attivazione della COT, la possibilità di chiedere allo specialista, una rapida valutazione del caso "Fast Track", così da evitare un accesso improprio al PS.





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	I dati sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	È stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	Sono stati interessati gli stakeholder?	È stato effettuato o un piano di comunicazione e/o diffusione e della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
Azienda socio-sanitaria territoriale di Lodi	<p><b>La presa in carico e la gestione del paziente cronico si fonda sulla collaborazione dei Medici del PS, degli MMG, della COT, del Case Manager e degli Specialisti che operano all'interno della Cdc.</b> Si compone di interventi ed azioni specifiche: - Pronto Soccorso: attivazione della presa in carico dopo la dimissione in assenza di acuzie necessitanti stabilizzazione in regime ospedaliero. Il Medico del PS dimette il paziente contatta la COT per la prenotazione di una visita, assicurata nelle 12/24h successive MMG e Attivazione Fast Track per pazienti cronici anziani: il MMG, qualora il paziente affetto da patologia cronica manifestasse criticità cliniche tra una visita programmata e l'altra, tali da rendere necessaria una rapida rivalutazione, potrà attivare la COT per richiedere una consulenza specialistica, che sarà erogata entro 12/24 h presso la Cdc, oppure potrà chiedere un confronto telefonico tempestivo con lo Specialista. L'attivazione del fast track non sarà prevista per: a) condizione clinica del paziente con chiara indicazione al ricovero; b) sintomatologia acuta ed improvvisa tempo dipendente Dalla sua implementazione ci si attende di: a) Favorire e rinforzare la rete e l'integrazione tra attività territoriale e ospedaliera, per la globale presa in cura di prossimità della persona, b) Semplificare e affiancare il paziente nel processo di cura/riabilitazione del paziente c) Garantire una</p>	Sono disponibili i dati relativi al "Frequent User", che verranno posti a confronto con i dati rilevati a seguito dell'implementazione del nuovo modello organizzativo individuato	Non sono ancora disponibili dati di valutazione dell'attività in quanto di recente implementazione.	Il modello organizzativo individuato, dopo contestualizzazione, può essere esportabile	L'attività segue le raccomandazioni Regionali e Ministeriali relative alla necessità di agevolare la presa in carico dell'utente cronico, favorendo una stabilità clinico-assistenziale	La valutazione dell'impatto economico e di appropriatezza è in corso di valutazione.	La valutazione e la socializzazione dell'iniziativa è in corso	È attualmente in corso la sua pianificazione	Le principali difficoltà riscontrate sono da attribuirsi all'individuazione, pianificazione e programmazione del nuovo percorso, all'individuazione dei criteri di inclusione e della individuazione della disponibilità di agende specialistiche dedicate





DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili

In adempimento al dettato normativo sono stati arruolati in maniera proattiva, su segnalazione da parte del MMG, i pazienti da parte degli **infermieri di famiglia e di comunità** con interventi mirati sia di monitoraggio dei parametri vitali sia **per aumentare la compliance clinico/terapeutica**. Tali interventi sono stati svolti a casa del paziente e con il supporto di kit di telemedicina





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
ASST Mantova	Si è deciso di investire su tale progettualità per garantire setting di cura appropriati	Sono disponibili dati di confronto pre e post intervento, al fine di valutare l'impatto nella riduzione dei due indicatori scelti, ovvero numero di ricoveri e prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale	Riduzione dei ricoveri del 76 % nel periodo EX post VS EX ante Riduzione del 79,12 % nel periodo EX post VS EX ante delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e diagnostica strumentale	Indicatori di esito	Può essere esportabile	Durata media del ricovero (giornate di degenza), confronto tra periodo EX post (8 giorni) VS Ex ante (11 giorni)	Rispetto la valutazione d'impatto economico ad oggi in maniera analitica ancora no, invece di appropriatezza siamo riusciti a ridurre in maniera significativa i ricoveri della popolazione arruolata e il rispettivo setting domiciliare appropriato.	Il percorso, la modalità di attivazione e altro è descritto nella Carta dei servizi (e brochure allegata) dell'UOC Cure Primarie del Distretto ovest, disponibile nel sito web dell'Azienda e inviata anche alle Associazioni d'utenza del territorio.	La problematica maggiore ha riguardato inizialmente il ruolo del medico di famiglia, è stata però superata con una condivisione del percorso prima della sua implementazione.
<p>#sanita2030</p> <p style="text-align: right;">www.sanita2030.it</p>									





Percorso ad Alta Integrazione Sociosanitaria per la continuità assistenziale : "**Percorso di Dimissione Protetta da Cure Intermedie verso il Domicilio**" che si esplica attraverso la VMD in equipe multidisciplinare/multi professionale di asst Cremona e UOD Cure Intermedie ( Case Manager , IFeC, disability manager, specialist Cure intermedie, assistente sociale,..).  
Finalità : creare sinergia operativa fra Ospedale di Cremona ed UDO di Cure Intermedie territoriali per accompagnare la dimissione ,il più precocemente possibile, dell'assistito dalla struttura di cure intermedie al domicilio attraverso in un sistema di protezione garantito da presa in carico a cura degli IFeC in stretto raccordo con sistema CD/CDI, MMG, Servizi Sociali Comunali.





Azienda sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa si si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
ASST Cremona	Progressiva implementazione alle strutture di Cure Intermedie del territorio. La possibilità di accogliere un maggior numero di assistiti in dimissione dall'ospedale per acuti verso strutture intermedie. Aumento del turnover del PL. Potenziamento dei servizi a favore della domiciliarità. Aumento presa in carico al domicilio.	I dati esistenti non risultavano significativi per il progetto.	I dati disponibili riguardano l'anno 2022 e sono relativi alla 1° struttura di cure intermedie ove è partito il percorso. In questo caso si evidenzia sui 12 PI di cure intermedie il passaggio da : giornate medie di degenza anno 2021 pari a 43,3 a giornate medie di degenza anno 2022 pari a 35,7 .	Indicatori di processo	Può essere esportata.	Il percorso è nato da esigenza di ASST e UDO territoriali.	In fase di realizzazione.	Si e a tutti gli stakeholder ma non ancora pubblicate sul sito aziendale. In fase di sviluppo con SS Comunicazione Aziendale	Periodi lunghi di realizzazione, ristrettezza di risorse professionali e tecnologiche per implementazione sul territorio e monitoraggio degli assistiti al domicilio.
<p>#sanita2030 <span style="float: right;">www.sanita2030.it</span></p>									









DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili

implementazione di una **piattaforma di telemedicina tramite ARIA spa che consente di collegare vari device in un punto qualsiasi del territorio**, purché dotato di connettività, con un qualsiasi erogatore pubblico o privato che accede da web con credenziali (collegamento molti molti - usualmente le piattaforme oggi disponibili sono molte e legate al refertatore)



Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedentemente alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
ATS della Montagna	la carenza di offerta decentrata da parte degli erogatori, la dispersione della popolazione, il contesto orografico sollecitano soluzioni innovative, già parzialmente sperimentate durante l'epidemia Covid-19. Ci aspettiamo di arrivare ad un maggior decentramento dell'offerta di diagnostica di base, anche con l'eventuale collaborazione delle farmacie. Attualmente le farmacie effettuano attività di telemedicina ma solo in ambito privatistico	no	no. la piattaforma è stata collaudata tecnicamente e stiamo lavorando per una effettiva sperimentazione territoriale.		l'attività è stata progettata per essere esportabile	Si tramite il finanziamento del progetto Arrica, finanziamento ministeriale in capo a Regione Lombardia	si	no	il progetto si è bloccato per l'epidemia covid. attualmente la maggiore difficoltà risiede nell'individuare il set decentrato apposito, anche in relazione alla disponibilità di un numero adeguato di accertamenti da refertare in telemedicina
#sanita2030									    <a data-bbox="2182 1290 2315 1313" href="http://www.sanita2030.it">www.sanita2030.it</a>





Per la gestione dei pazienti anziani fragili e affetti da patologie croniche in fase avanzata, presso l'ASST di Lecco è operante una struttura a forte vocazione territoriale, il **“Dipartimento della Fragilità”** che attraverso le sue strutture complesse governa la continuità di cura (informativa e gestionale) lungo la filiera della Long Term Care ( ADI geriatrica/riabilitativa - Cure Subacute) e della Rete Locale di Cure Palliative ( UCP dom e Hospice ospedaliero) che permettono la presa in carico al domicilio di circa 1900 pazienti anno con una media giornaliera di 470/500 pazienti in linea su tutta la provincia di Lecco. Inoltre, sulla base degli indirizzi nazionali di applicazione del PNNR come previsti nel DM77, l'offerta erogativa rivolta alla popolazione anziana fragile si è arricchita attraverso l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità e la recente apertura di un'Ospedale di comunità (nel distretto di Bellano)





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
ASST Lecco	L'adozione e ulteriore implementazione dell'attività finalizzata alla presa in carico delle persone anziane fragili nella nostra ASST è motivata dalla transizione demografica ed epidemiologica in atto, che ha determinato un progressivo incremento dei pazienti anziani fragili e multimorbidi con cronicità avanzata, situazione ulteriormente complicata dalle recenti ondate pandemiche. L'implementazione di un'organizzazione in filiera ospedale territorio come quella descritta ha pertanto come scopo prioritario quello di offrire un percorso assistenziale lineare a questa tipologia di pazienti, incrementando progressivamente il numero di anziani fragili seguiti secondo il paradigma della "casa come primo luogo di cura", con l'obiettivo della presa in carico al domicilio del 10% della popolazione di età > 65 entro il 2025 (Missione 6 C1 del PNRR all'investimento 1.2 sull'assistenza domiciliare). Inoltre la capacità di governance della filiera assistenziale, grazie anche all'utilizzo di sistemi di valutazione multidimensionale dei bisogni permette di offrire al paziente il setting e l'intensità assistenziale più appropriati e coerenti, in un'ottica di giustizia distributiva, riducendo il fenomeno dei ricoveri ripetuti e dell'accesso improprio ai servizi di emergenza e pronto soccorso.	Per quanto riguarda l'attività di presa in carico al domicilio da parte dei servizi del Dipartimento della Fragilità con esclusione dei dati inerenti all'attività dell'IfeC, nel 2022 sono stati assistiti al proprio domicilio 1136 pazienti in regime di Assistenza Domiciliare Integrata e 825 nel regime UCP dom per un totale di 1961 assistiti, erogando oltre 71000 prestazioni domiciliari.	La progressiva implementazione dell'attività dell'infermiere di Famiglia e Comunità ha permesso di prendere in carico ulteriori 376 pazienti (156 su attivazione da parte del MMG e 304 da Dimissione Protetta dopo ricovero ospedaliero) erogando 410 accessi al domicilio (834 prestazioni) e 1715 accessi ambulatoriali (4908 prestazioni).	Indicatori di esito	La progressiva implementazione dell'attività dell'infermiere di Famiglia e Comunità ha permesso di prendere in carico ulteriori 376 pazienti (156 su attivazione da parte del MMG e 304 da Dimissione Protetta dopo ricovero ospedaliero) erogando 410 accessi al domicilio (834 prestazioni) e 1715 accessi ambulatoriali (4908 prestazioni).	Regione Lombardia sulla base della DGR XI/6770 ha approvato il modello organizzativo per l'applicazione del DM 77, adottando un "modello organizzativo di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali. L'incremento del numero dei professionisti che operano nella filiera sopra descritta è stata finanziata con i fondi assegnati con DL 19 maggio 2020 n. 34 convertito con modificazioni nella L. 77/2020 e dalla DGR XI/6760 del 25/7/2022 trattandosi in particolare di personale a tempo indeterminato per il potenziamento dei servizi di cure domiciliari (ADI, UCP Dom - IfeC) a gestione diretta, normativa peraltro richiamata dalla DGR XI/6867/2022 e dagli obiettivi del PNRR relativi all'azione che realizza la cura	la riduzione dei costi relativi alle ospedalizzazioni, spesso ripetute negli ultimi mesi di vita, motivo dell'elevato utilizzo di risorse economiche in questa tipologia di pazienti, evidenzia un impatto economico virtuoso grazie ad un più attento utilizzo delle risorse per la gestione del paziente in un setting domiciliare più appropriato (e gradito da paziente e famiglia) durante la fase finale di malattia.	Tutte le attività già in essere e più recentemente implementate nella nostra filiera sono presenti e descritte nel sito Internet della nostra Azienda. Le opportunità assistenziali sono inoltre state comunicate e condivise con i medici di medicina generale per favorire l'integrazione e a livello territoriale.	Le principali problematiche affrontate per permettere l'implementazione e il mantenimento dell'attività di una filiera assistenziale con le caratteristiche sopra evidenziate (circa 170 professionisti operanti nelle reti long term care e cure palliative) hanno riguardato la difficoltà nella ricerca di personale (in particolare del comparto), dei relativi finanziamenti, oltre al riadattamento dei servizi durante tutte le ondate pandemiche.
#sanita2030									





**DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili**

In coerenza con il mandato degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) di assicurare l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità concorrendo in modo sostanziale, in integrazione con gli altri professionisti sanitari e sociali, alla gestione dei bisogni della popolazione in ambito territoriale, sono stati sviluppati e introdotti in via sperimentale su casistica ridotta, strumenti di **Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA)** finalizzati al potenziamento del processo comunicativo tra infermiere e diade persona assistita-caregiver in ambito territoriale/domiciliare.



Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
ASST BERGAMO EST	Il rationale sotteso alla scelta di introdurre gli strumenti di Comunicazione Aumentativa Alternativa risiede nella rilevanza della comunicazione efficace e tempestiva tra professionista e assistito per garantire la comprensione di ambedue le parti delle informazioni e l'adesione ai comportamenti indicati.	L'attività è già in essere nel contesto aziendale per una popolazione con disabilità comunicative ed ha già dimostrato risultati positivi. Inoltre la progettualità è sostenuta da riferimenti di letteratura relativi alla CAA che, a mezzo di revisione della letteratura, ne identificano gli aspetti positivi	Sono disponibili dati preliminari relativi a: percepito dei professionisti e adesione da parte di persone assistite e caregiver al comportamenti indicati in fase educativa dal personale infermieristico	Indicatori di esito	L'attività, in riferimento alla griglia di valutazione per individuare buone pratiche trasferibili di Regione Piemonte - Versione 2020, è una documentazione che può essere trasferibile in quanto: è una progettualità multidisciplinare, è disponibile documentazione di progetto, sono utilizzati strumenti per l'analisi del contesto, garantisce l'equità all'accesso ai servizi di salute e si rivolge ai più vulnerabili, è tesa ad aumentare l'empowerment dei pazienti e caregiver verso la propria salute e aumento le loro competenze e abilità, sono coinvolti i destinatari nelle fasi di sperimentazione della progettualità e di valutazione è dichiarato il pagamento degli interessi, sono descritte le criticità.	L'implementazione è conseguente alla sensibilità aziendale in riferimento alla vulnerabilità delle persone assistite con difficoltà comunicative e al fine di garantire un'elevata qualità dell'assistenza a tutti quelli interessati in ottemperanza alle disposizioni normative regionali di costituzione di un'assistenza territoriale e di prossimità.	Valutazione di appropriatezza con gruppo di lavoro aziendale dedicato e coinvolgimento degli esperti sul tema	La diffusione dei risultati è prevista al termine della sperimentazione in corso.	Le maggiori problematiche affrontate sono state: • La quantità di tempo necessaria per la formazione dei pazienti e dei caregiver all'utilizzo degli strumenti (per la gestione sono state programmate visite domiciliari caratterizzate da un tempo previsto prolungato rispetto allo standard) • Lo sviluppo degli strumenti tramite software dedicato per il quale sono necessarie competenze specifiche (per la gestione si è fatto riferimento al personale già formato per l'utilizzo nel contesto aziendale) • La necessità di aggiornamento continuo degli strumenti (per la gestione è in fase di costituzione un elenco esaustivo di tutti i simboli necessari) • Personalizzazione degli strumenti in riferimento alle necessità delle persone assistite
#sanita2030									





**DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili**

**Il progetto D.A.M.A. Luisa** già oggetto di sperimentazione e valutazione a partire dal 2018 ha come obiettivi :

1. La condivisione tra le varie parti coinvolte di un iter personalizzato per il paziente ed il caregiver con una reale presa in carico dello stesso
2. Una migliore comunicazione tra i diversi attori coinvolti nel processo attraverso la rimodulazione ad personam di strumenti e soluzioni organizzative, mettendo a disposizione spazi e tempi compatibili con le esigenze della persona disabile e dei suoi familiari
3. Una maggiore integrazione tra le diverse figure professionali, Unità Operative e Servizi con fasi e tempistiche chiare e definite e realizzazione degli incontri multidisciplinari.
4. La continuità dell'assistenza, soprattutto quando l'evoluzione delle condizioni cliniche richiedono l'interazione competente con altri specialisti o strutture sia a livello ospedaliero che territoriale.
5. Limitare gli accessi impropri in Pronto Soccorso La scelta di collocare il percorso DAMA all'interno delle COT delle Case di Comunità è coerente con la mission del servizio, dedicato alla presa in carico del paziente con l'obiettivo di assicurare alla persona fragile e vulnerabile la continuità assistenziale attraverso la presa in carico integrata dei bisogni socio-sanitari evitando la frammentazione dei processi.





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
ASST BERGAMO OVEST	In Italia cinque persone su cento sono disabili e una su cento è in condizione di grave o gravissima disabilità. A prendersene cura sono generalmente le famiglie, ma quando il disabile si ammala l'impegno diventa insostenibile. • costruire percorsi di accesso all'assistenza e alle prestazioni sanitarie da parte di soggetti affetti da disabilità intellettiva e motoria, ai quali deve essere messa a disposizione un'equipe sanitaria multidisciplinare in grado di supportare il paziente e la famiglia. • promuovere all'interno dell'ospedale, sul territorio e al domicilio dell'utente dove non possibile il trasporto processi organizzativi modellati sulle esigenze delle persone affette da disabilità identificando quale attività qualificante l'accoglienza, l'accompagnamento e la presa in carico del soggetto nel percorso di cura. Il punto di forza dal quale si vuole partire è la conoscenza del vissuto quotidiano delle persone con disabilità e dei loro caregivers superando le barriere di un'organizzazione sanitaria inevitabilmente standardizzata. L'implementazione del progetto rivolto a persone di qualsiasi età, affetta da disabilità intellettiva e neuromotoria, porta ad eseguire le prestazioni sanitarie in ambito domiciliare mediate una	Allo stato attuale sono disponibili dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate in ambito ospedaliero nell'anno 2022: 60 utenti presi in carico per un totale di 187 prestazioni, in cui gli utenti vengono accompagnati sia da personale infermieristico che medico dedicato. Gli indicatori individuati per l'implementazione del progetto sono: • N richieste ricevute via mail e gestite dall'equipe DAMA entro 2 gg lavorativi/n richieste totali ricevute /anno standard 95% • N richieste ricevute via mail con attivazione specialista / n richieste totali standard > 90%	Essendo una attività in fase di implementazione in ambito territoriale e domiciliare si stanno raccogliendo ora i dati, oltre che di processo anche di esito tramite la somministrazione di una customer	Indicatori di processo	Con la nuova Riforma territoriale (DM77/22) e l'apertura delle Case di Comunità è possibile esportare e implementare l'attività dell'equipe D.A.M.A. nelle province che ancora ne sono sprovviste.	Regione Lombardia con la DGR 2672/2019 al punto 6.6.2. Progetto D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance), recita: "In considerazione delle positive esperienze realizzate in alcuni ospedali lombardi di coordinamento di equipe multidisciplinari che gestiscono le problematiche di assistenza ai pazienti disabili, e a seguito di una ricognizione effettuata nel 2016 riguardante le iniziative svolte anche in modo meno strutturato nei diversi presidi lombardi, si intende aggiornare la ricognizione ed avviare un confronto con gli specialisti del settore per implementare l'attivazione di equipe D.A.M.A. nelle province che ancora ne sono sprovviste."	il progetto e la sua implementazione territoriale nasce da una valutazione legata al numero di prestazioni non eseguite perché se il contesto e il personale dedicato non è preparato all'accoglienza di utenti con disabilità grave la prestazione sanitaria non sempre è di facile esecuzione, creando disagi al paziente e alla famiglia e un allungamento delle liste di attesa	E' stata elaborata una brochure informativa trasmessa MMG, PLS e alle associazioni ANMIC e C.B.I.	Le prestazioni domiciliari (comprendenti di quelle erogate in regime residenziale) riguardano un target circoscritto di utenti per cui è fondamentale che il professionista sappia correttamente individuare i soggetti da candidare al progetto D.A.M.A.
#sanita							www.sanita2030.it		





Qualora il clinico ravveda, in pronto soccorso o in regime di ricovero, situazioni di particolare fragilità sociale e/o sanitaria, attiva il Servizio di **Continuità delle Cure di Humanitas**. Tale servizio è composto da 7 assistenti sociali, divise per unità operative. Le assistenti sociali, previo colloquio con il paziente e i familiari, prendono in carico i bisogni dello stesso, attivando servizi territoriali, domiciliari e/o residenziali.



Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
IRCCS HUMANITAS RESEARCH HOSPITAL	Dal 2018 il Servizio di Continuità delle Cure ha optato affinché ogni unità operativa avesse un'assistente sociale dedicata. Questo per favorire le sinergie tra i vari professionisti. Questa pratica ha consentito di aumentare il numero di pazienti che hanno beneficiato della presa in carico socio-sanitaria.	Sono disponibili dati sia precedenti il 2018 che successivi.	Sono disponibili report che fotografano l'attività del servizio.	Indicatori di esito	E' un'attività esportabile, ma alcune peculiarità possono essere modificate ad hoc in riferimento al contesto lavorativo.	L'azienda si è sempre dimostrata sensibile ai bisogni e alle fragilità dei propri pazienti, per questo ha scelto di implementare il Servizio e promuoverlo sia all'interno della struttura che verso l'ambito territoriale.	si	Il Servizio è stato presentato sia de visu che in forma scritta a tutto il personale sanitario della struttura; è disponibile una procedura al riguardo.	Il Servizio si trova ad affrontare quotidianamente problematiche che riguardano maggiormente persone anziane, sole, con scarse o nulle risorse economiche, affette da patologie croniche. Spesso la difficoltà consiste nel non avere care givers validi e nel non ricevere dal territorio supporto in tempi compatibili con la dimissione ospedaliera. Un'ulteriore criticità è data dalla difficoltà di inserire i pazienti in percorsi di recupero funzionale a bassa intensità. Difficile resta la gestione di pazienti stranieri, maggiormente aggravata se anche senza fissa dimora
#sanita2030									





**Progetto "Parkinson Case Management" Continuità Ospedale -Territorio** per i pazienti affetti da Malattia di Parkinson. Presa in carico domiciliare dopo la dimissione ospedaliera di alcuni pazienti affetti da Malattia di Parkinson e delle loro famiglie in partnership con azienda privata, specializzata in fornitura di dispositivi medici e servizi domiciliari . Target A: pazienti con malattia di Parkinson di fase avanzata, anche associata a co-morbidità non neurologiche; Target B: pazienti che non potrebbero accedere in autonomia ai servizi ambulatoriali e che devono essere accompagnati dal "care giver" Modalità della presa in carico assistenziale: target A: continuità assistenziale in remoto con call center dedicato (Telefono Amico Parkinson) e telemedicina; gestione dei casi in capo a infermieri/medici esperti (esperienza triennale). target B: continuità assistenziale in presenza per gestione domiciliare con "case management" esperto (Infermiere) associata ad assistenza prevalentemente medica in remoto. Il Progetto "Parkinson Case Management" è iniziato ufficialmente nel 2023 preceduto da una Fase Pilota. Il Paziente e i Care Givers sottoscrivono insieme al Clinical Manager (medico neurologo specialistico) e al Case Manager (infermieri specialistico) un Piano di Cura, di fatto complementare alla C-DOM generalista quando attivata. Al momento il costo del Piano di Cura è interamente a carico del paziente e della sua famiglia.





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa si si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedentemente alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
Fondazione Istituto Neurologico Nazionale IRCCS "C.Mondino"	Una volta dimessi i pazienti con Malattia di Parkinson in fase più avanzata o poli-patologica faticano a ricevere una adeguata assistenza non riuscendo più facilmente a muoversi in autonomia da casa. Ciò ha portato a numerosi "drop-out" dai protocolli di presa in carico con conseguente "rinuncia alla cura" e abbandono terapeutico. I Care Givers d'altra parte, non adeguatamente formati e accompagnati, tendono ad accompagnare tale tendenza, preoccupandosi unicamente del versante "assistenziale". La motivazione principale è quindi l'effettiva continuità di cura e presa in carico del paziente e della famiglia con cure appropriate e evitare "l'abbandono". obiettivi attesi: 1) semplificare il percorso di cura e presa in carico 2) migliorare la qualità di vita del paziente e il benessere familiare 3) riduzione dei costi sociali indiretti (es. giornate di lavoro del "care giver" per visite ed esami, costi "out of pocket") 4) riduzione dei costi sociali diretti (visite specialistiche e ricoveri ordinari e riabilitativi)	Non disponibili	I pazienti ad oggi inseriti nel Progetto "Parkinson Case Management" sono 21. Si conferma una buona adesione al progetto senza alcun "drop-out" al momento. Verrà a fine anno predisposta una scheda di "customer satisfaction" dedicata con questi specifici legati al servizio svolto.	Indicatori di esito	Si. L'attività è esportabile nell'ambito delle nuove esperienze di Cure Domiciliari da inserire nell'ambito delle Case di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali come percorsi di tipo ultra-specialistico nella cronicità neurologica. La nostra esperienza di fatto avrebbe da integrare nell'ambito di una C-DOM (ex-ADI) specialistica, integrata dalla presenza medica sia in presenza (quando serve) che in remoto da integrare con le Cure Domiciliari generiche. Stesse esperienze possono essere ripetute per altre patologie neurologiche croniche come Sclerosi Multipla, Demenze, Sclerosi Laterale Amiotrofica e malattie neuromuscolari.	Non vi è stata al momento un'indicazione di Regione o di ATS ma è una sperimentazione "di buona pratica" aziendale nata da una necessità rilevata dalla Unità di Cura Parkinson e Disturbi del Movimento e fatta propria dalla Direzione dell'Istituto, condividendo il progetto sperimentale della durata triennale con un'azienda privata che ha parzialmente finanziato il progetto al fine di ridurre i costi residui posti carico degli utenti.	E' stata fatta una valutazione partendo dai costi delle prestazioni sanitarie "standard" incluse nel Piano di Cura e concordate con il paziente e con i Care Givers. Si tratta di costi compatibili con le nuove tariffe ADU/C-DOM previste da Regione Lombardia per i maggiori livelli di complessità assistenziale. Il numero dei pazienti includibili rispetto al totale dei pazienti con Parkinson non è elevatissimo e compatibili con i nuovi budget previsti per la C-DOM, considerando la riduzione di costi di cui il sistema beneficia per minori accessi ambulatoriali e di ricovero. L'appropriatezza di cura è al momento valutata dal Neurologo esperto in Parkinson (Clinical Manager) che propone all'utente e ai Care Givers la presa in carico.	Essendo una primo "step" sperimentale la comunicazione è prevalentemente interna (reparto o ambulatori) e attraverso l'Associazione. Al momento non è stato fatto alcun piano di comunicazione esterna. Si rimanda anche in questo caso al link sul sito istituzionale: <a href="https://www.mondino.it/assistenza-distanza-parkinson/">https://www.mondino.it/assistenza-distanza-parkinson/</a>	La maggiore problematica rilevata è che il Piano di Cura di tipo Specialistico Neurologico non è prevista nell'ambito della Assistenza Domiciliare generale e si affianca ad essa con un costo la cui copertura al momento non è prevista dal Sistema Sanitario Regionale. I costi rimangono quindi in gran parte a carico dell'utente e ciò non garantisce l'universalità della cura domiciliare al di fuori di particolari "gratiti" o progetti di ricerca, i quali hanno tuttavia durata temporale ridotta
#sanita2030								<a href="http://www.sanita2030.it">www.sanita2030.it</a>	





**PNEUMOLOGIA TERRITORIALE PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA A DOMICILIO DI SOGGETTI AFFETTI DA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA** Obiettivi del progetto:

una "presa in carico" pro attiva e post dimissione multiprofessionale della persona affetta da patologia respiratoria cronica in fase avanzata di malattia

una gestione del cittadino-utente che viene accompagnato nei suoi bisogni di malattia e assistenziali nella fase avanzata di malattia

garantire all'utente una gestione del bisogno sanitario non più centrato sull'ospedale, ma sulla gestione al domicilio con fornitura di prestazioni anche specialistiche ad alto contenuto qualitativo Il modello proposto si rivolge a soggetti con: 1. INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA (DGR 518.83- 518.84) estremamente fragili con almeno tre comorbidità oltre la principale, frequent users con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale e assistenziale a domicilio. L'equipe multiprofessionale si reca direttamente al letto del paziente in pre dimissione e ne comincia a valutare la complessità e le necessità cliniche, assistenziali e di bisogno non solo sanitario ma anche sociale al rientro a domicilio. Viene poi garantito e programmato per ogni paziente un intervento diretto a domicilio cadenzato secondo necessità e attivando ausili o supporti che possono permettere un rientro a casa più sicuro e funzionale al proseguo del percorso di recupero, es attivazione di ADI o protesica e ausili. Poi per tutti avviene una prima valutazione al rientro a domicilio da parte dell'infermiere di famiglia e di specialista pneumologo territoriale e in tale sede vengono programmate rivalutazioni successive, in base a necessità, sempre da parte dell'equipe territoriale





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
ASST di Crema	La patologia respiratoria cronica quando complicata da insufficienza respiratoria cronica, rappresenta un modello di cronicità associata a estrema fragilità prevalentemente sanitaria, ma anche sociale. L'intervento necessario sull'utente non riesce a trovare con l'organizzazione classica una risposta sufficiente da parte delle realtà territoriali o della medicina generale per la sua complessità legata alla patologia. Un'analisi statistica eseguita sui flussi di ricovero avvenuti nella UO di Pneumologia della ASST di Crema in epoca pre COVID ha mostrato come il 77% dei re-ricoveri nello stesso anno siano avvenuti in pazienti con diagnosi di insufficienza respiratoria cronica, in quanto l'ospedale era l'unica modalità di risposta alle esigenze di questa tipologia di utenti. L'attuale modello propone un intervento complesso e specifico al domicilio svolto da infermieri di famiglia e medico pneumologo territoriale. Obiettivi attesi: • Migliorare e facilitare la terapia e la gestione del paziente con insufficienza respiratoria cronica riducendo le riospedalizzazioni per la patologia • Migliorare la "qualità della vita" del paziente e dei familiari • Sostenere il medico di medicina generale (MMG) nella gestione assistenziale territoriale del paziente "medio ed elevato bisogno assistenziale" • Monitorare e migliorare la "compliance" alla terapia (OTLT e NIMV), con possibilità di risparmio nei consumi e quindi nei costi • Ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie con riduzione degli accessi domiciliari impropri del MMG e dello specialista pneumologo (per es. rinnovo Piano terapeutico OTLT) • Ridurre l'impatto delle riacutizzazioni della malattia di base • Sostenere l'onere assistenziale della famiglia	Si è provveduto ad analizzare i tassi di ricovero presso la nostra ASST di pazienti cronici complessi con insufficienza respiratoria cronica. Questi soggetti rappresentano il target dell'intervento proposto.	Il progetto è attivo dal gennaio 2023 sono stati reclutati circa 35 pazienti di cui sono disponibili tutti i dati.	Indicatori di esito	Si tratta di un modello facilmente replicabile ed esportabile in differenti realtà regionali e nazionali.	Il progetto è partito come evoluzione su richiesta dell'Azienda di quella che era l'attività territoriale svolta durante l'emergenza epidemologica da COVID 19 per seguire a domicilio pazienti con infezione acuta da COVID.	Vengono periodicamente valutati collegialmente l'andamento della presa in carico e gli esiti.	Si è ampiamente provveduto a comunicare tramite diversi canali di comunicazione e l'attivazione del progetto.	Supporto tecnologico e data base informatico per registrazione dei casi.





**Attivazione di Presidi Territoriali di Assistenza Primaria per la presa in carico di residenti privi di MMG.**

Il modello adotta una integrazione medico-infermieristica con medici di CA/UCA e infermieri con master in Infermiere di Famiglia e Comunità.

Viene garantita la presa in carico sia a livello ambulatoriale che domiciliare e vengono attivate le necessarie relazioni con le realtà sociali e di volontariato del territorio.





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
AZIENDA ULSS 8 BERICA	Il progetto è nato per garantire l'assistenza primaria ai residenti per i quali non erano disponibili MMG con posti liberi nelle vicinanze.	Sono disponibili ma non sono ancora stati analizzati.	Sono disponibili dati relativi ai volumi di attività.	Indicatori di processo	Esportabile: sono già attivi due Presidi, uno in una realtà rurale ed uno in ambito urbano.	No	È in corso uno studio in collaborazione con l'Università degli Studi di Verona che si propone di valutare tali aspetti.	Gli assistiti in carico ai Presidi Territoriali di Assistenza Primaria ricevono una lettera con tutte le informazioni necessarie al momento della cessazione del loro precedente MMG.	La principale criticità, specialmente nelle prime fasi, è stata l'accettazione da parte degli assistiti delle innovazioni introdotte da questo nuovo modello sia per quanto riguarda la turnazione del personale medico sia per il nuovo ruolo della figura infermieristica quale primo interlocutore degli assistiti.





Nell'Ulss 6 Eugenea è stato avviato il **progetto pilota SAFE ("Safety Alerts for Frail Elderly")**, che ha previsto la preliminare realizzazione e validazione di uno specifico software (on-SAFE) e di un modello predittivo per la selezione dei ambulatoriali pazienti con PPI da sottoporre a "medication review". Sulla base dei dati di prescrizione dei farmaci erogati a carico del SSN (c.d. "flusso della convenzionata") si è proceduto attraverso uno **specifico algoritmo**, realizzato e validato dall'UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale, alla **selezione dei pazienti di età  $\geq 70$  anni in terapia cronica con 7 o più medicinali diversi** e con almeno una delle seguenti classi di farmaci presenti: antipsicotici, antitrombotici, antidepressivi e FANS. Per ciascun paziente è stato predisposto un report con le terapie croniche rilevate per una conferma da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) dell'attuale prosecuzione della terapia. Contemporaneamente, è stato chiesto al medico di completare l'elenco con eventuali nuovi farmaci assunti dal paziente e con altri medicinali prescritti non a carico del SSN (es. benzodiazepine). Infine, attraverso un'apposita scheda di rilevazione, si è proceduto alla raccolta dei dati clinici necessari per la rilevazione delle PPI secondo i criteri STOPP. Tutti i dati clinici e di terapia sono stati inseriti nel software on-SAFE che ha consentito di identificare eventuali PPI e di produrre dei report personalizzati contenenti i seguenti dati: interazioni clinicamente rilevanti (secondo la banca dati Micromedex), criteri STOPP (duplicazioni terapeutiche, indicazioni d'uso di farmaci non appropriati nell'anziano, interazioni farmaco-patologia, dosi/durate di terapia non appropriate), carico anticolinergico (calcolato con l'ACB score) e punteggio MAI. L'indice MAI ("Medication Appropriateness Index") è uno score in grado di attribuire un "peso" specifico alle varie PPI in modo da calcolare un punteggio complessivo della potenziale inappropriata terapeutica. Sono stati quindi predisposti dei report personalizzati per ogni paziente che sono stati presentati e discussi con il medico curante da parte di un farmacista dell'UOC Assistenza Farmaceutica per valutare le modalità dell'eventuale revisione delle terapie potenzialmente non appropriate





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e o/o di diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
Azienda ULSS 6 Euganea	Scopo del progetto pilota SAFE è stato quello di: 1) identificare attraverso un algoritmo predittivo una popolazione a rischio di potenziali reazioni avverse a farmaci e 2) ridurre le prescrizioni potenzialmente inappropriate da parte del MMG, con la collaborazione di un farmacista clinico esperto nella revisione delle terapie e l'uso di un apposito software dedicato (on-SAFE).	L'algoritmo decisionale utilizzato ha permesso di selezionare una popolazione di <b>488</b> grandi anziani (età media 82 anni), in politerapia maggiore (10 farmaci/paziente) e con almeno una PPI da sottoporre a "medication-review" (94% dei pazienti). In particolare <b>1 anziano su 4 aveva almeno una inappropriatezza prescrittiva individuata</b> secondo i criteri STOPP e/o una interazione farmacologica clinicamente rilevante.	Alla conclusione del progetto pilota, il processo di "medication review" ha permesso di ridurre del <b>40%</b> le duplicazioni terapeutiche, del <b>10%</b> i farmaci utilizzati per dosi/durate inappropriate e rispettivamente del <b>15%</b> e <b>16%</b> le interazioni farmacopatologia e farmaco-farmaco. Complessivamente lo score MAI si è ridotto in maniera statisticamente significativa ( $p < 0.001$ ). Alla luce dei risultati ottenuti da questo studio pilota, nell'Usls Euganea si provvederà ad organizzare un processo sistematico di "medicina di popolazione" allo scopo di identificare precocemente le persone a rischio di PPI in ambito territoriale e avviare puntuali revisioni delle terapie con la collaborazione di un farmacista clinico. La stessa esperienza è già stata avviata in un Centro Servizi Anziani con analoghi risultati preliminari. Si provvederà pertanto ad estendere la metodologia, su base volontaria, con altri MMG e su altre strutture residenziali dell'Usls Euganea.	Indicatori di esito	Il progetto è trasferibile in qualsiasi realtà delle Cure Primarie in grado di elaborare i dati di prescrizione farmaceutica secondo l'algoritmo proposto, utilizzo dei medesimi strumenti utile alla rilevazione delle PPI (criteri STOPP e Micromedex) e previa formazione del personale farmacista in tema di "medication review".	Per l'implementazione del progetto pilota è stato considerato quanto riportato dalla Raccomandazione Ministeriale n. 17 "Riconciliazione farmacologica" e dal "Piano Nazionale di Cronicità". Nel progetto non è stata utilizzata nessuna fonte esterna di finanziamento.	È stata considerato il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva attraverso l'indice MAI ("Medication Appropriateness Index"), uno score validato in letteratura in grado di attribuire un "peso" specifico alle varie PPI in modo da calcolare un punteggio complessivo della potenziale inappropriatezza terapeutica.	I risultati saranno presentati a settembre/ottobre 2023 nel corso di un evento residenziale dedicato al problema della politerapia nell'anziano fragile. In questa occasione verrà presentata ai MMG la possibilità di effettuare una "medication review" sistematica per i loro pazienti in politerapia attraverso un team multidisciplinare e a questo scopo dedicato.	Le principali criticità sono state dovute all'iniziale realizzazione e validazione dell'algoritmo predittivo e del software on-SAFE.
#sanita2030									





**I Centri Decadimento Cognitivo e Demenza (CDCD)** sono i servizi dell'Azienda ULSS di riferimento per le persone con disturbi neurocognitivi e lavorano secondo una modalità operativa multiprofessionale e multidimensionale, fungendo da "registri" nell'interfaccia tra la persona con disturbo neurocognitivo e la sua famiglia da una parte, e la rete dei servizi territoriali dall'altra. L'Azienda ULSS 6 Euganea con DDG 593/2019 identifica, quale modello organizzativo dei CDCD, in accordo con il PSSR della Regione Veneto 2019-2023 in merito alla presa in carico della cronicità e non autosufficienza, un modello a piramide costruito sulla stratificazione dei bisogni della popolazione per intensità di cura e complessità assistenziale. L'Azienda ULSS 6 ha attivato quindi un percorso di riorganizzazione della rete dei CDCD con l'obiettivo di una progressiva omogeneizzazione al fine di garantire ai cittadini con demenza ed alle loro famiglie parità di accesso alle cure. Pertanto nell'Azienda ULSS 6 Euganea è stato identificato il Coordinatore Unico Funzionale dei 5 CDCD territoriali (uno per ogni distretto) ed una equipe minima di riferimento. Tra i professionisti della rete dei CDCD, la figura dell'Infermiere Case Manager (ICM) mette in connessione e coordina tutti i nodi della rete socio-sanitaria ed assistenziale garantendo la continuità delle cure nelle diverse fasi di malattia e coinvolgendo la persona e la sua famiglia in base alle necessità clinico assistenziali rilevate per ogni contesto di cura, compreso il domicilio.





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione e di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
ULSS 6 Euganea	L'attivazione dell'ICM nell'ambito dei disturbi cognitivi risponde alle esigenze di cura delle persone con disturbo neurocognitivo, in quanto permette una presa in carico variata per i tempi ed i luoghi. I tempi riguardano le varie fasi di malattia dalla diagnosi iniziale alle fasi di terminalità ed i luoghi comprendono lo studio del MMG e degli specialisti del CDCD, le Strutture residenziali e semiresidenziali del territorio e naturalmente il domicilio del paziente. L'implementazione della figura dell'ICM, che si muove anche fisicamente, accompagnando la persona e la famiglia in questi spazi e tempi di cura, permetterà sempre più un approccio inclusivo nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale dei disturbi neurocognitivi. Questo tipo di approccio ha il vantaggio di favorire la continuità degli interventi e le integrazioni tra le unità organizzative, superando la logica dei "silos" ed il concetto di singola prestazione. L'attivazione dell'ICM, nel percorso del paziente al CDCD, viene stabilita ed effettuata dall'ICM stesso, dal MMG, dal PUAD, dai medici specialisti (Geriatra e Neurologo), dal Neuropsicologo, dall'Assistente Sociale, dopo aver rilevato la necessità dell'intervento.	Presso i CDCD 1, 2 e 3 ICM, oltre a supportare nelle visite ambulatoriali e nelle strutture territoriali, ha storicamente preso in carico a domicilio il paziente con disturbi cognitivi. In seguito alla riorganizzazione del CDCD ed all'introduzione della figura del Coordinatore Unico Funzionale, a partire dal 2023, anche presso il CDCD 4 ed il CDCD 5, ICM svolge attività nel setting domiciliare, nell'ottica del coordinamento dei percorsi clinico assistenziali, dalla rilevazione dei bisogni in sinergia con il PUAD e la rete dei servizi, al coinvolgimento della persona e della famiglia a domicilio.	Nel corso dell'anno 2022, presso i CDCD 1, 2 e 3 sono state effettuate complessivamente 832 valutazioni domiciliari da parte dell'ICM, pari a 1 accesso a domicilio ogni 2 visite specialistiche erogate presso le strutture ambulatoriali. La metà dei pazienti seguiti dal CDCD 1, 2 e 3, risulta quindi accompagnata nel percorso di presa in carico nei diversi setting assistenziali: ambulatoriale, domiciliare e nella rete dei servizi territoriali, in funzione delle fasi di malattia.	Indicatori di processo	E' un'attività esportabile in quanto le linee guida e le migliori evidenze in letteratura nel campo dei disturbi neurocognitivi prevedono una visione sistemica, che consideri tutte le tappe del processo di cura ed assistenza secondo un approccio globale.	PDTA regionale DGR Veneto 570/2019, recepimento aziendale ULSS 6 Euganea DDG 593/2019 e DDG ULSS 6 Euganea 799/2022 di recepimento del Piano Triennale di Miglioramento.	si	Pubblicazione carta dei servizi nel sito aziendale dell'Azienda ULSS 6 Euganea.	Carenza di personale (medico ed infermieristico), numerosità di ICM rispetto alla vastità del territorio.





**I Centri Servizi per Anziani (CSA)**, rientrano nella rete dei Servizi del Territorio; tali Strutture sono nodi fondamentali della rete territoriale con i quali vengono garantiti i livelli assistenziali attraverso servizi residenziali e semiresidenziali. I CSA sono in grado di offrire a persone anziane non autosufficienti non assistibili a domicilio, un livello di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera. Con la DGR 1231/2018, la Regione Veneto ha istituito la figura del Medico Coordinatore, individuato tra i dirigenti di cure primarie dell'Azienda ULSS, a garanzia degli impegni e obblighi reciprocamente assunti dall'azienda ULSS ed enti gestori con particolare attenzione: al rispetto dei progetti assistenziali elaborati dalla Unità di Valutazione Multi Dimensionale (UVMD), tradotti successivamente nei Piani di Assistenza Individualizzati (PAI), ed al rispetto dell'assistenza medica. La sperimentazione condotta durante la Pandemia da Covid-19 nell'Azienda ULSS6, di un modello organizzativo che prevedeva nei CSA l'affiancamento ai Medici Coordinatori di una figura infermieristica a supporto delle attività organizzative e metodologiche nell'implementazione del Piano di Sanità Pubblica, ha avuto ricadute positive sul contenimento dei contagi favorendo la gestione dei percorsi e sulla qualità dell'assistenza. Pertanto l'Azienda ULSS 6, ha formalmente individuato dei professionisti infermieri, con funzione di verifica dell'assistenza (infermieristica e di base) erogata a favore degli ospiti e dei relativi esiti, in ottemperanza agli standard previsti e ad integrazione delle attività proprie del Medico Coordinatore. Gli strumenti operativi ad uso del Medico Coordinatore e dell'infermiere referente CSA nella verifica periodica delle attività sanitarie presso i CSA sono i seguenti: - Programmazione degli accessi in struttura secondo cadenza stabilita dal Piano di Sanità Pubblica e da indicazioni aziendali; - Elaborazione check-list medica ed infermieristica; - Redazione della relazione socio-sanitaria a cura del Medico Coordinatore; - Attivazione di casella mail dedicata per la trasmissione, condivisione ed archiviazione delle check-list e delle relazioni socio-sanitarie con conseguente attivazione di interventi di miglioramento.





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
ULSS 6 Euganea	Nei Centri Servizi per Anziani (CSA) gli ospiti fragili con disabilità e gravi patologie cronico degenerative, vivono a stretto contatto tra loro e con il personale che li assiste. L'evento pandemico da Covid-19 ha messo in evidenza gravi criticità che hanno richiesto l'intervento sinergico tra l'Azienda ULSS 6 e le Strutture Residenziali, quali l'attivazione dei team di verifica aziendali coordinati dal SISP per il supporto nell'attuazione delle misure di IPC e nella stesura del Piano di Sanità Pubblica, il supporto assistenziale infermieristico da parte degli infermieri dell'ADI e dei medici USCA, il monitoraggio della sorveglianza sanitaria presso le strutture di ospiti ed operatori da parte del medico coordinatore di struttura ed il potenziamento progressivo, per fase pandemica, delle attività di verifica e coordinamento del Medico Coordinatore. In ottemperanza alle indicazioni regionali che prevedevano la nomina del Medico Coordinatore come responsabile dell'attuazione del Piano di Sanità Pubblica, terminata l'emergenza pandemica, l'Azienda ULSS 6 ha consolidato come buona pratica la collaborazione multi-professionale tra il Medico Coordinatore e la nuova figura, istituita in via sperimentale, dell'infermiere referente per i CSA	Non presenti	L'organizzazione aziendale ha previsto i seguenti indicatori di valutazione dell'attività dei medici di coordinatori e degli infermieri referenti dei CSA. Il monitoraggio degli indicatori di esito ha permesso di rilevare il rispetto del valore soglia individuato. Indicatori medici coordinatori: • Compilazione Check-List da parte dei Medici Coordinatori con cadenza stabilita da Direzione di Servizi Socio Sanitari (DSSS): >90% • Invio relazioni da parte dei Medici Coordinatori ai Direttori di Distretto con cadenza stabilita dalla DSSS: >90% • Rispetto delle tempistiche di rilevazione dei dati ed invio degli stessi alla direzione regionale competente per il monitoraggio casi sospetti/confermati tra ospiti ed operatori in base alla fase Pandemica: >90% Indicatori infermieri referenti dei CSA: • Numero di accessi programmati/numero di accessi effettuati trimestralmente: >85% • Invio check-list compilate/numero di accessi effettuati trimestralmente: 100%	Indicatori di processo	L'attività descritta è consolidata nell'Azienda ULSS6 trasversalmente a tutti i Distretti. l'organizzazione attuata risulta esportabile in altri contesti socio sanitari regionali e nazionali.	DGR Veneto 1231/2018; Nota prot. 163069 del 21 aprile 2020 Direttore Area Sanità e Sociale Regione Veneto "Individuazione responsabile attuazione del Piano di Sanità Pubblica per le strutture residenziali per anziani"; Delibera del Direttore Generale ULSS 6 Euganea n. 812 del 07.12.2022: "Medici coordinatori dei Centri Servizi per persone anziane non autosufficienti"; Nota prot. n. 16645 del 31.01.2023 Direttore dei Servizi Socio Sanitari ULSS 6 Euganea: "Individuazione Infermiere referente ULSS presso i Centri Servizi per Anziani".	Non effettuata valutazione di impatto economico.	Tramite delibera del Direttore Generale sono stati nominati i Medici Coordinatori, tramite nota protocollo del DSSS è stata comunicata alle strutture territoriali l'individuazione della figura dell'infermiere referente. Delibera del Direttore Generale n. 812 del 07.12.2022. "Medici coordinatori dei Centri Servizi per persone anziane non autosufficienti"; Nota prot. n. 16645 del Direttore dei Servizi Socio Sanitari del 31.01.2023 "Individuazione Infermiere referente ULSS presso i Centri Servizi per Anziani".	La figura del Medico Coordinatore e dell'infermiere referente in fase iniziale è stata vissuta come deputata al controllo interno della struttura, mentre secondo la vision aziendale le figure svolgono attività di facilitatori e supporto alle strutture.
#sanita2030									





**Istituzione delle Rete per le Dimissioni Protette (RDP)**, costituita da un sistema articolato di Infermieri Case Manager (ICM) decentrati come sede principale nelle Unità Operative (UU.OO.) che presentano storicamente il maggior numero di dimissioni protette. Il Coordinamento della RDP è in capo alla Direzione Medica, a cui spetta il compito di:

- definire il contesto organizzativo;
- individuare obiettivi ed indicatori di funzionamento;
- monitorare l'andamento della Rete;
- gestire i rapporti istituzionali con enti esterni;
- informare la Rete in modo dinamico su qualsiasi variazione in merito alla cornice organizzativa (posti letto, trend, accordi con il Territorio, etc.);
- intervenire, se necessario, sulle priorità nell'ambito delle dimissioni/trasferimenti in attesa;
- organizzare, in collaborazione con la Direzione delle Professioni Sanitarie, un programma di Formazione continua per la Rete.

Presso la Direzione Medica è prevista la presenza di un infermiere case manager a supporto all'intera rete, con compiti trasversali.





Azienda Sanitaria	Descrivere le motivazioni per cui si è deciso di adottarla e cosa ci si aspetta dalla sua implementazione	Sono disponibili dati o indicatori inerenti all'attività adottata precedenti alla sua implementazione?	Sono già disponibili dati di valutazione dell'attività descritta?	sono riportati in maniera di esito o di processo?	È un'attività di contesto o può essere esportabile?	L'implementazione e della Raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione della Regione e/o dell'Azienda e/o attraverso opportuni finanziamenti?	E' stata effettuata una valutazione di impatto economico e di appropriatezza?	E' stato effettuato un piano di comunicazione e/o diffusione della pratica?	Descrivere le maggiori problematiche affrontate
Azienda Ospedale Università Padova	La Rete Aziendale per le Dimissioni Protette (RDP) nasce con l'obiettivo di strutturare un sistema articolato in grado di gestire il percorso di cura del paziente "fragile", facilitandone la dimissione e nel contempo la continuità assistenziale, attraverso modalità condivise, codificate e puntuali. Gli obiettivi che la RDP intende perseguire a livello aziendale sono i seguenti: • identificare e segnalare in tempi e modalità adeguate la persona a rischio di dimissione difficile al fine di favorirne il rientro a domicilio in modo protetto, sicuro e agevole o rendere agile e pertinente l'ingresso nelle strutture della rete territoriale; • ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti o impropri dovuti a dimissioni non adeguatamente pianificate; • uniformare le modalità e gli strumenti operativi per la valutazione della persona e della famiglia finalizzata alla dimissione protetta nei vari setting assistenziali del territorio; • conoscere ed applicare i percorsi organizzativi/assistenziali aziendali per la presa in carico della persona fragile nella rete dei servizi territoriali; • creare in Azienda una cultura della "dimissione protetta", partendo dall'individuazione di una situazione di fragilità che potrebbe rendere difficile l'immediato rientro al contesto di provenienza (ricovero ospedaliero vs domicilio), e di conseguenza la dimissione, pianificando e strutturando, se necessario, un percorso alternativo idoneo; • monitorare gli interventi assistenziali erogati dall'equipe sanitaria multidisciplinare valutando l'efficienza e l'efficacia dei processi assistenziali tra modalità e interazioni di	si	Sono già disponibili sia dati di esito sia di processo. In considerazione della recente istituzione della RDP (30.12.2022), si ritiene utile analizzare e monitorare gli indicatori di processo, riservandosi di analizzare gli indicatori di esito ad almeno 6 mesi dall'introduzione della soluzione organizzativa.	Indicatori di processo	Si ritiene che possa essere esportabile, al netto di alcuni elementi da contestualizzare.	Direzione Programmazione Sanitaria della Regione Veneto, con Decreto n.18 del 3 maggio 2022, ha costituito un Gruppo di Lavoro, composto da professionisti di comprovata esperienza, al fine di definire a livello regionale il processo di dimissione ospedaliera protetta. Il Progetto in parola è stato inoltre deliberato con Decreto n. 31 del 3.04.2023.	Si, prima dell'introduzione dell'assetto organizzativo.	si	Le principali sfide sono state: la standardizzazione delle buone pratiche, diffondere capillarmente la cultura delle dimissioni protette e definire il livello di complessità in cui far intervenire la rete.





**DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili**

Chi sono i fragili nei questionari:

- Malati psichiatrici giovani (età uguale od inferiore ai 30 nni)
- Trapiantati (2 progetti)
- Pazienti neurologici
- Pazienti oncologici e le loro famiglie
- Anziani fragili polipatologici
- Persone con decadimento cognitivo e demenza
- Anziani non assistibili a domicilio
- Pazienti con B.P.C.O. e scompenso cardiaco (3 progetti)
- Donne vittime di violenza e sostegno alla genitorialità
- Pazienti con malattia di Parkinson





**DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili**

**Parole chiave del DM77: prossimità, trasformazione digitale e integrazione**

Casa di Comunità  
Ospedale di Comunità  
COT  
USCA  
IFeC l'infermiere di famiglia e di comunità  
Telemedicina  
Progetto di cura personalizzato  
Piano psicosociale  
Deospedalizzazione  
Assistenza domiciliare  
Riabilitazione a domicilio  
Multidisciplinarietà  
Integrazione con il sociale  
Integrazione con il no-profit  
Integrazione pubblico-privato





**DM 77 - Descrivere la buona pratica in particolare per i servizi nel territorio e a domicilio per le persone anziane e fragili**

**Parole chiave del DM77: prossimità, trasformazione digitale e integrazione emerse dai questionari**

Salute di prossimità  
Medicina d'iniziativa  
Continuità di cura  
Cartella a casa  
Cartella sociale informatizzate  
Algoritmo predittivo  
Appropriatezza prescrittiva  
Aderenza alla terapia  
Caregiver  
Riabilitazione a domicilio  
Dimissione protetta  
Riduzione della degenza  
Educazione terapeutica  
Comunicazione Aumentativa Alternativa





*Grazie per l'attenzione  
Buona condivisione!*



### **Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]**

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

**[Torna all'inizio](#)**