



Advancing Integration for a Dignified Ageing



EUROPEAN  
COMMISSION

***Percorsi di dimissioni  
ospedaliere protette  
nelle Regioni italiane  
Le buone prassi***

## *Le dimissioni protette ospedaliere nel contesto italiano*

L'invecchiamento della popolazione registrato negli ultimi decenni rappresenta un fenomeno demografico che interessa l'intera popolazione mondiale ed in particolare i paesi industrializzati. Questo fenomeno risulta particolarmente evidente in Italia, dove nei prossimi quarant'anni la popolazione ultrasessantacinquenne da sola rappresenterà circa un quarto della popolazione residente.

L'invecchiamento demografico comporta un aumento significativo del numero di persone affette da patologie croniche come malattie cardiovascolari, demenza, osteoporosi, diabete e bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); queste patologie presentano inevitabilmente un aumento di prevalenza all'aumento dell'età ed incidono fortemente sulle condizioni di disabilità e fragilità dell'anziano.

Negli ultimi decenni, nella realtà italiana, si è assistito a tre fondamentali fenomeni che hanno creato una **situazione di complessità nell'assistenza alla persona non autosufficiente al momento della dimissione ospedaliera**.

Il primo di questi fattori riguarda le politiche sanitarie adottate nelle **scelte concernenti i tempi di ricovero e le dimissioni**: da una politica basata sul lungo ricovero con finanziamento delle prestazioni ospedaliere dal Servizio Sanitario Nazionale sulla base dei giorni di ricovero<sup>1</sup>, si è progressivamente passati ad una politica che riduce in maniera sostanziale i giorni di degenza legati alla cura dell'acuzie della malattia, in una logica di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica.

In tale contesto all'atto della dimissione ospedaliera, il paziente si trova in una condizione di piena convalescenza che prevede la somministrazione di cure mediche, assistenziali e riabilitative.

Il secondo fattore rappresenta quindi **la complessità del soggetto che passata la fase dell'acuzie è in condizione di fragilità**. La fragilità rappresenta una condizione di maggior rischio di eventi avversi che sono causa del progressivo manifestarsi di disabilità e non autosufficienza dovuta

---

<sup>1</sup> L'introduzione con il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 18 dicembre 2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere" del sistema dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG), ha mutato i meccanismi di ricovero ospedaliero. Con il vecchio sistema si assisteva più frequentemente a casi di degenza molto lunghe, poiché il Sistema Sanitario Nazionale rimborsava il presidio ospedaliero in base al numero di giorni di degenza del paziente. Il sistema delle DRG, adottato secondo una logica di razionalizzazione e appropriatezza, prevede che venga rimborsato solo quanto effettivamente erogato sulla base della specifica prestazione resa. Ad ogni DRG infatti corrisponde una tariffa che rappresenta la remunerazione del costo complessivo dell'assistenza prestata.



Advancing Integration for a Dignified Ageing



EUROPEAN  
COMMISSION

all'invecchiamento. Concorre altresì, a determinare la condizione di fragilità la mancanza di una rete familiare e sociale di assistenza.

Il terzo fattore è costituito dai mutamenti sociologici della struttura familiare. Il disgregarsi del modello patriarcale, specialmente in Italia, ha portato ad uno scenario con **famiglie difficilmente in grado di accogliere e curare una persona anziana**, che al rientro al domicilio, necessita di assistenza sociosanitaria e sociale continuativa.

In tale contesto, la risposta informale legata alla dimissione ospedaliera di soggetti fragili è stata prevalentemente affidata alla creatività progettuale del nucleo familiare con soluzioni interne di assistenza legate alla scelta di un componente come *care giver*, alla rotazione di familiari per l'assistenza, al sostegno di un vicino, amico o volontario per assolvere i compiti di cura o, in mancanza di tali condizioni, al ricorso a soluzioni alternative legate alla ricerca di figure professionali quali le assistenti familiari o alla completa delega dell'organizzazione delle funzioni al privato sociale.

La problematica della dimissione ospedaliera di pazienti fragili e con bisogni assistenziali complessi<sup>2</sup> che necessitano di continuità delle cure, rappresenta una **condizione alla quale il sistema sociosanitario deve provvedere offrendo risposte appropriate**; tale condizione è stata inserita come fenomeno da fronteggiare, nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 (approvato dalla Conferenza Unificata Stato Regioni e ora all'attenzione della Corte dei Conti), dove vengono individuati tra i pazienti che necessitano maggiormente di continuità assistenziale assieme ai pazienti cronici, *“i pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che corrono rischi elevati, ove non adeguatamente assistiti, di ritorno improprio all'ospedale; essi necessitano di competenze cliniche e infermieristiche, con l'affidamento ad un case manager, in una struttura dedicata o a domicilio”*.

La risposta istituzionale a tale situazione di complessità si identifica nell'erogazione alla famiglia, da parte dei servizi territoriali, dell'**Assistenza Domiciliare Integrata** (ADI), che rappresenta, come evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello ottenibile di benessere e salute.

L'ADI può essere infatti definita come l'insieme coordinato di prestazioni di carattere sanitario integrate con interventi di natura socio-assistenziale erogate a domicilio e rivolte a soddisfare le esigenze di anziani, disabili e di pazienti affetti da malattie cronico-degenerative, parzialmente o totalmente non autosufficienti, che necessitano di un'assistenza continuativa nella cura e nella

---

<sup>2</sup> I soggetti che presentano bisogni assistenziali complessi sono da considerarsi le persone non autosufficienti in almeno una delle attività di base della vita quotidiana (Activities of Daily Living e Instrumental Activities of Daily Living), fino alle persone allettate in modo permanente.



Advancing Integration for a Dignified Ageing



EUROPEAN  
COMMISSION

riabilitazione. Il servizio prevede prestazioni erogate in base ad un piano di assistenza individualizzato attraverso la presa in carico multidisciplinare del paziente con il coordinamento del medico di medicina generale, di medici specialisti, di terapisti della riabilitazione, di personale infermieristico, di assistenti domiciliari e di assistenti sociali e sanitari.<sup>3</sup>

Il servizio di ADI può essere richiesto dal medico di medicina generale, dal responsabile del reparto ospedaliero in vista delle dimissioni, dall'assistente sociale o dalla famiglia del soggetto.

Gli interventi programmati di ADI tuttavia non sono presenti in modo omogeneo in tutto il territorio nazionale e, anche laddove il servizio venga offerto a pieno regime, spesso rischia di perdere efficacia e appropriatezza se non viene basato su una valutazione condivisa (con relativo piano di assistenza) tra il personale del reparto dimissionario e gli operatori del territorio.

Ulteriore situazione di complessità, che si inserisce nel contesto sopra descritto è infatti l'**atavica mancanza di un dialogo tra l'istituzione ospedaliera e i servizi territoriali**. Per molto tempo, l'istituzione preposta alla cura è stata considerata esclusivamente quella ospedaliera e questo ha fatto sì che i servizi territoriali di cura venissero sempre in secondo piano e non considerati fondamentali, quali sono per la long term care, sia per quanto concerne la qualità del servizio offerto, sia per quanto concerne il costo dell'intervento e della presa in carico.<sup>4</sup>

La letteratura individua tre tipologie di dimissioni ospedaliere:

1. la Dimissione Precoce, avviene quando la durata della degenza è inferiore rispetto a quella assegnata per il DRG corrispondente. Il rischio che si corre in questo caso è quello di un nuovo ricovero;
2. la Dimissione Ritardata si presenta quando la durata della degenza supera le giornate attese per quel determinato DRG; il protrarsi della degenza può essere causato da implicazioni sociali e da una mancata organizzazione dei servizi a supporto della dimissione;
3. la Dimissione Difficile si verifica nel caso in cui sia presente disabilità permanente o temporanea in conseguenza ad un evento acuto.

---

<sup>3</sup> L'Assistenza Domiciliare Integrata è caratterizzata da vari livelli di intensità a seconda dei bisogni della persona. Il primo livello è un'assistenza a bassa intensità correlata con un'alta intensità e complessità di interventi socio assistenziali. Il secondo livello rappresenta una media intensità assistenziale con presenza del medico e assistenza infermieristica a domicilio una o più volte la settimana. Il terzo livello è caratterizzato da alta intensità assistenziale con un intervento sanitario coordinato ed intensivo.

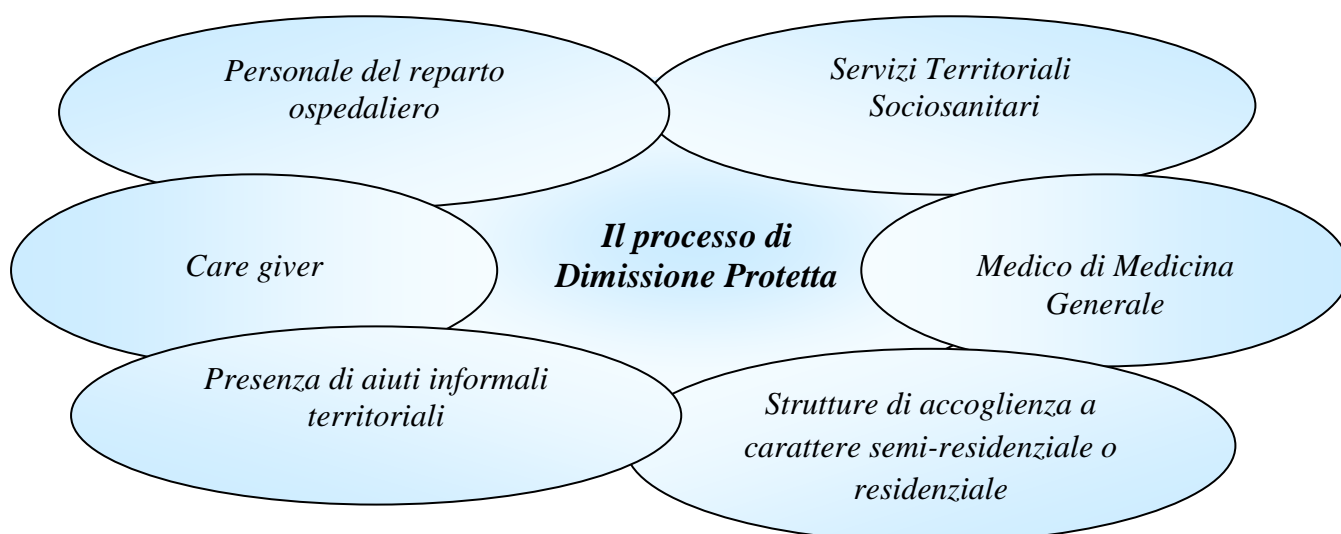
<sup>4</sup> È da rilevare che negli ultimi dieci anni i servizi sociosanitari territoriali hanno visto un graduale rafforzamento, pur mantenendo un forte divario tra sud e nord-centro; è tuttavia da analizzare il dato che, pur identificando una maggiore copertura di anziani serviti, vede una diminuzione di intensità: il numero di anziani presi in carico è aumentato, ma le ore dedicate ad ognuno, diminuiscono progressivamente. Questo identifica l'Assistenza Domiciliare Integrata come intervento che assume in maniera crescente un profilo prestazionale caratterizzato dall'erogazione di alcune singole prestazioni e non una vera e propria presa in carico.

Il processo di dimissione ospedaliera deve essere governato e programmato dai servizi sanitari ospedalieri e territoriali, attraverso indirizzi e linee operative che si sviluppano a diversi livelli di complessità e qualità.

Il primo livello è rappresentato dalle **Dimissioni Programmate**, un processo che in vista della dimissione della persona prende in considerazione aspetti quali la valutazione del bisogno socio-assistenziale complessivo da soddisfare, l'individuazione di un piano di dimissione personalizzato definito dal medico ospedaliero e comunicato ai referenti dell'assistenza sul territorio.

Un secondo livello, viene invece identificato come **Dimissioni Protette**, questa tipologia di processo prende in considerazione i fattori sopra indicati ma, ed è questo l'elemento di qualità aggiunta, la valutazione del bisogno sociosanitario e assistenziale e le modalità della presa in carico vengono concordate e programmate tramite una valutazione congiunta tra referenti ospedalieri e referenti territoriali, del paziente e dei *care giver*. Con tale modalità operativa, oltre ad ottenere una riduzione dei ricoveri e una diminuzione del tasso di ri-ospedalizzazione, si valorizza l'aspetto della qualità totale dell'intervento.

La dimissione protetta in conseguenza si configura quale processo che *guarda alla complessità della situazione, considerando fattori di diversa natura e di fondamentale importanza per il recupero psico-fisico del benessere della persona.*



**Fig 1. La Complessità del processo di Dimissioni Protette**



Advancing Integration for a Dignified Ageing



EUROPEAN  
COMMISSION

Le dimissioni protette accompagnano la persona e la sua famiglia nel passaggio dall'istituzione ospedaliera al domicilio, valutando l'eventuale e residua possibilità di una permanenza in struttura residenziale.

Il rientro a domicilio deve essere considerato il luogo privilegiato dove la persona può curarsi e recuperare in modo totale o parziale l'autosufficienza, superata la fase di acuzie e post-acuzie della malattia e l'eventuale periodo di intervento intensivo o estensivo in area riabilitativa. Anche nei casi in cui la malattia cronicizza e determina la perdita permanente, totale o parziale dell'autonomia, l'ambiente domestico costituisce sempre un forte stimolo ad affrontare la malattia e a recuperare nel modo migliore la funzionalità sia sul piano fisico che psichico.

Le cure al domicilio rappresentano un'opportunità importante per il recupero della salute di persone colpite da una malattia invalidante; nel contempo tuttavia il rientro nella propria abitazione spesso è fonte di gravi disagi e difficoltà: si passa da un'assistenza sanitaria di 24 ore su 24 ad un livello assistenziale ridotto nel tempo e nell'intensità, con forte carico sulla famiglia e sul MMG.

Anche laddove sono disponibili servizi sanitari e sociali a domicilio, spesso i familiari devono affrontare difficoltà burocratiche, problemi organizzativi, tempi di attesa prolungati che provocano discontinuità assistenziale.

All'interno di questo sistema la comunicazione e l'integrazione tra il MMG e il medico ospedaliero specialista assume un ruolo centrale nella gestione del paziente. In un momento così delicato come quello delle dimissioni dall'ospedale, i professionisti ed i servizi devono affiancare il cittadino ed i suoi familiari per definire insieme il percorso maggiormente idoneo a soddisfare i residui bisogni di salute e di autonomia funzionale.

Ad oggi tuttavia non sono presenti protocolli operativi che vengono applicati in modo uniforme in tutte le realtà italiane.

Laddove queste procedure sono presenti si assiste a modalità operative profondamente diverse tra le realtà regionali e all'interno della stessa regione tra le realtà locali.

L'intento di questa raccolta è quello di ricercare **buone prassi a livello nazionale che affrontino le problematiche delle dimissioni difficili.**

Perché *buone prassi* di percorsi di dimissione ospedaliera? Perché le "buone prassi" identificano percorsi per costruire correttamente il processo di dimissioni protette, con le caratteristiche sopra esposte e che tentano, in uno scenario di interventi frastagliati e non omogenei, di rispondere alla complessità dei bisogni delle persone.



Advancing Integration for a Dignified Ageing



EUROPEAN  
COMMISSION

Le buone prassi, di seguito descritte, sono state individuate secondo i seguenti **criteri di eleggibilità**:

1. attuati a livello regionale, aziendale o di unità operativa;
2. basati su evidenze da letteratura;
3. realizzati secondo i principi del miglioramento continuo della qualità
4. rappresentati da progetti o procedure attuati in armonia con gli indirizzi regionali ed orientati all'azione metodologica basata sull'efficacia, sulla razionalizzazione e al contempo sull'appropriatezza dell'intervento;
5. sostenibili nel tempo;
6. potenzialmente riproducibili/trasferibili in altri contesti.

## ***Percorsi di dimissioni ospedaliere protette:***

***Regione Abruzzo***

***Regione Emilia Romagna***

***Regione Lazio***

***Regione Liguria***

***Regione Lombardia***

***Regione Toscana***

***Regione Umbria***

***Regione Veneto***

***Regione Sicilia***

## Regione Abruzzo

### *Procedura di dimissione protetta*

<b>Istituzioni coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Regione Abruzzo</li> <li>✓ Azienda Sanitaria Locale Lanciano-Vasto-Chieti</li> </ul>
<b>Descrizione del progetto</b>	<p>La procedura di dimissioni protette vuole creare un percorso delineato e strutturato in differenti fasi temporali con l'intento di creare percorsi condivisi per la presa in carico del paziente fragile in dimissione.</p> <p>L'iter prevede due percorsi operativi differenti in ragione dell'eleggibilità della persona in Assistenza Domiciliare Integrata o verso strutture semiresidenziali o residenziali.</p>
<b>Finalità</b>	<p>Definire un modello di presa in carico del paziente in dimissione che ha completato l'iter diagnostico-terapeutico ospedaliero e necessita di interventi a carattere territoriale e al contempo delineare modalità omogenee di presa in carico del paziente attraverso l'attivazione della Rete Integrata dei Servizi Territoriali, al fine di garantire la continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio, nella logica di promuovere un sistema di relazioni tra Medico di Medicina Generale, Medico Ospedaliero, Medico Specialista Ambulatoriale, Punto Unico di Accesso (PUA), Unità di Valutazione Multidimensionale e Servizio di Cure Domiciliari Distrettuale.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>La procedura viene applicata ai pazienti dimissionari dei Presidi Ospedalieri della ASL n° 2 Lanciano-Vasto-Chieti che <b>necessitano di continuità di cure in regime assistenziale domiciliare (ADI), residenziale (RSA/RA/Hospice) o semiresidenziale e riabilitazione.</b></p>
<b>Struttura del progetto</b>	<p>Allo stabilizzarsi del quadro clinico del paziente ricoverato, il dirigente medico del reparto valuta la necessità del</p>





proseguimento delle cure in regime domiciliare (ADI), semiresidenziale, assistenziale riabilitativo o residenziale (RSA/RA/Hospice) compilando in equipe con il coordinatore infermieristico, l'assistente sociale e sanitario ospedaliero un apposito modello di accesso alle cure di continuità assistenziale che prende in considerazione i bisogni sociosanitari del soggetto e il suo consenso alla presa in carico.

Il documento, allegato alla scheda di valutazione sociale viene inviato al Punto Unico d'Accesso 72 ore prima del presunto giorno di dimissione.

#### **Per i pazienti eleggibili in ADI**

Per l'accesso alle cure domiciliari il medico del reparto deve accertare in modo preliminare la disponibilità del care-giver e del MMG alla presa in carico; in mancanza di una di queste condizioni, viene valutata l'opportunità di ammissione ad altro regime assistenziale.

L'equipe ospedaliera provvede alla prescrizione di eventuali farmaci, per assicurare la continuità terapeutica fino all'intervento dell'MMG (vengono inoltre prescritte le prestazioni diagnostiche e/o presidi necessari dopo la dimissione con l'ausilio dello specialista per patologia).

Il PUA che riceve la richiesta via fax è quello del Distretto Sanitario di residenza del cittadino. Il Medico referente del PUA, in collaborazione con l'infermiere, l'assistente sanitario e sociale del Distretto Sanitario, valuta la richiesta pervenuta, raccoglie la documentazione sociosanitaria e attiva l'UVM competente.

L'UVM competente per l'ADI è quella del Distretto Sanitario di residenza del paziente. Entro 2 giorni lavorativi dalla segnalazione al PUA, l'UVM valuta il caso e redige il Piano di Assistenza Individualizzato in collaborazione con il Medico del Reparto e il MMG.

La valutazione e il PAI vengono consegnate all'unità operativa ospedaliera e inseriti nella cartella clinica del paziente.

La valutazione viene trasmessa al servizio di cure domiciliari distrettuale di competenza per l'attivazione dell'ADI.

#### **Per i pazienti eleggibili in RSA, RA, Hospice, semiresidenziale o riabilitazione**



	<p>Il PUA competente è:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. per i pazienti intra-ASL, quello del Distretto Sanitario ove insiste la struttura di ricovero che dimette;</li><li>2. per i pazienti residenti extra-ASL, ma intra-Regionali, la richiesta va inviata al PUA del Distretto Sanitario ove insiste la struttura di ricovero che dimette ed al PUA del Distretto Sanitario di residenza del paziente;</li><li>3. per i pazienti residenti extra-Regione, la richiesta va inviata al PUA della ASL/Distretto di residenza del paziente, oppure a struttura di accettazione analoga al PUA, con l'indicazione del Distretto Sanitario in cui ricade la struttura di ricovero che dimette, ai fini di eventuale delega all'UVM;</li><li>4. il PUA competente, per le cure in regime assistenziale Hospice e cure palliative è l'Azienda.</li></ol> <p>Ricevuta la richiesta, il medico referente del PUA, in collaborazione con l'infermiere e l'assistente sociale e sanitario, valuta la richiesta pervenuta, raccoglie la documentazione sociosanitaria e attiva l'UVM competente.</p> <p>L'UVM, condivide la valutazione con il medico ospedaliero referente e con specifico modulo invia l'autorizzazione al reparto ospedaliero di degenza.</p> <p>In caso di autorizzazione, l'UVM invia all'Unità Operativa ospedaliera l'esito della valutazione da inserirsi in cartella clinica.</p> <p>Il medico di reparto, consegna la valutazione di autorizzazione al paziente o al familiare, unitamente alla richiesta formulata sul ricettario SSN.</p> <p>Al termine del processo l'UVM provvede ad inviare la valutazione al PUA del Distretto Sanitario di competenza.</p>
<b>Figure professionali coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Reparto Ospedaliero: dirigente medico, coordinatore infermieristico, assistente sanitario e assistente sociale ospedaliero, eventuale medico specialista per patologia;</li><li>✓ Punto Unico d'Accesso: dirigente medico, infermiere, assistente sociale e assistente sanitario.</li><li>✓ Unità di Valutazione Multidimensionale: dirigente medico di reparto, infermiere di reparto, assistente sanitario e sociale ospedaliero, Medico di Medicina</li></ul>



Advancing Integration for a Dignified Ageing



EUROPEAN  
COMMISSION

	Generale.
<b>Strumenti previsti per l'attuazione</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Modulo di dimissione</li><li>2. Rapporto operativo via fax</li><li>3. Modulo autorizzazione UVM</li><li>4. Cartella clinica</li><li>5. Modulistica consenso informato</li><li>6. Scheda di valutazione sociale</li><li>7. Scale di valutazione: ADL, IADL, Branden, C.I.R.S., Valutazione Cognitiva SPSMQ Karnofsky, DMI (solo per RSA), GDS (solo per RSA demenze)</li></ol>
<b>Eventuale valutazione degli esiti</b>	Sono stati adottati i seguenti indicatori per il monitoraggio della corretta applicazione della procedura: il numero di pazienti ammessi in ADI da dimissione protetta rispetto a quelli proposti e il numero di UVM fatte entro 48 ore dalla richiesta sul totale delle richieste di dimissioni protette.

## Regione Emilia-Romagna

### *La continuità assistenziale nelle dimissioni ospedaliere “difficili”*

<b>Istituzioni coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comune di Bologna</li> <li>✓ Azienda USL di Bologna-Distretto Città di Bologna</li> <li>✓ Regione Emilia Romagna</li> </ul>
<b>Descrizione del progetto</b>	Viene istituito un punto unico di accesso denominato “Centro Continuità Assistenziali, Accesso, Verifica, Controllo e Qualità delle Cure Intermedie” atto ad accogliere le segnalazioni delle dimissioni ospedaliere a rischio e a prevedere lo sviluppo di due percorsi assistenziali a seconda del grado di fragilità sociosanitaria della persona. Il percorso A “Dall'ospedale a domicilio con sostegno socio-assistenziale temporaneo” e un percorso B “Una rete di cura per l'anziano in famiglia”.
<b>Finalità</b>	Creare una procedura di dimissioni ospedaliere protette con modalità operative e tempistiche condivise, andando a colmare le problematiche riscontrate nel post dimissione dei pazienti fragili e lo scarto temporale intercorrente fra dimissione e presa in carico del paziente da parte del Servizio Assistenza Anziani territorialmente competente.
<b>Destinatari</b>	Popolazione non autosufficiente, in particolare persone ultra settantenni. La valutazione viene attuata secondo criteri di eleggibilità quali il bisogno socio-assistenziale, il contesto familiare assente o non in grado di farsi completamente carico della situazione assistenziale e la residenza del soggetto nel Comune di Bologna.
<b>Struttura del progetto</b>	Il Centro Continuità Assistenziali, Accesso, Verifica, Controllo



e Qualità delle Cure Intermedie gestito da un assistente sociale e tre infermieri, riceve dal presidio ospedaliero la segnalazione di una dimissione da considerarsi protetta, trasmessa previo consenso della famiglia e del paziente.

Il Centro, con l'apporto del personale del reparto ospedaliero e del Servizio di Assistenza Anziani territoriale, prima che avvenga la dimissione redige un Piano di Assistenza personalizzato valutando la condizione sociale e sanitaria del soggetto.

In conseguenza della situazione di fragilità emersa dalla valutazione, il piano di assistenza personalizzato può prevedere due tipologie di percorso.

Il percorso A denominato **“Dall'ospedale al domicilio con sostegno socio-assistenziale”** consiste in una presa in carico temporanea finalizzata a favorire il rientro a domicilio della persona con una modalità assistenziale che consenta lo stabilizzarsi delle condizioni di salute e la prevenzione di una successiva ospedalizzazione. Tale percorso viene scelto per i pazienti assistiti da care giver in grado di collaborare, ma che necessitano di un apporto professionale dato da un quadro clinico fortemente compromesso.

Il Piano di assistenza individualizzato prevede prestazioni domiciliari effettuate da operatori sociosanitari che sono in grado di garantire un **intervento professionale altamente specializzato legato alla scarsa autonomia funzionale** (deambulazione, mobilizzazione, uso di ausili e protesi, cura dell'igiene personale) e a **un quadro clinico fortemente compromesso** (sindrome dal allettamento, lesioni da pressione, terapie infusionali quotidiane, nutrizione artificiale).

Il servizio offerto ha una durata media di 30 giorni e massima di 40 giorni, nei quali gli operatori monitorizzano la condizione clinica e sociale del paziente relazionando in itinere agli operatori del Centro. Durante la presa in carico il Centro si relaziona con il Presidio ospedaliero dimissionario, con i servizi territoriali e con il care giver per valutare l'appropriatezza del Piano Personalizzato e le azioni da intraprendere al termine della prestazione. Il servizio per i pazienti eleggibili ha carattere di gratuità.



	<p>Il percorso B viene denominato <b>“Una rete di cura per gli anziani in famiglia”</b>, anche in questo caso si tratta di una presa in carico temporanea finalizzata a favorire il rientro a domicilio della persona con una modalità assistenziale che consenta lo stabilizzarsi delle condizioni di salute e la prevenzione di una successiva ospedalizzazione, per pazienti non autosufficienti con determinate condizioni reddituali e con care giver in grado di collaborare.</p> <p>Il servizio consiste in un pacchetto di prestazioni e di interventi di diversa natura, composti in base ai bisogni e al contesto dell’anziano. Le prestazioni previste sono essenzialmente <b>prestazioni di assistenza sociale e tutelare erogate da assistenti familiari</b> con il tutoraggio dell’assistente sociale distrettuale. Vengono prese in considerazione 4 tipologie di assistenza (4 pacchetti) che riflettono il grado di complessità assistenziale in base al livello di non autosufficienza e la presenza di familiari o di reti informali; dalla scelta del pacchetto deriva il mix delle attività erogate (presenza dell’assistente familiare, tele compagnia, telecontrollo, teleassistenza, servizi di prossimità) e la frequenza giornaliera o settimanale dell’attività offerta. Il pacchetto relativo ad un alto grado di non autosufficienza iniziale e ad una limitata rete familiare o informale, prevede per il primo mese un ricovero temporaneo in una struttura residenziale ad hoc.</p> <p>Il servizio offerto, a seconda della modalità assistenziale scelta, ha durata dal mese ai tre mesi nei quali gli operatori monitorizzano la condizione sociosanitaria del paziente relazionando agli operatori del Centro. Durante la presa in carico il Centro si relaziona con il Presidio ospedaliero dimissionario, con i servizi territoriali e con il care giver per valutare l’appropriatezza del Piano Personalizzato e le azioni da intraprendere al termine della prestazione. Il servizio viene erogato in base alla capacità reddituale.</p> <p>Il Centro Continuità Assistenziali, Accesso, Verifica, Controllo e Qualità delle Cure Intermedie fornisce altresì un servizio informativo e di orientamento alla rete dei servizi cittadini per i pazienti dimissionari e le loro famiglie.</p>
<b>Figure professionali coinvolte</b>	✓ Personale del reparto ospedaliero dimissionario (medico,



Advancing Integration for a Dignified Ageing



EUROPEAN  
COMMISSION

	<p>infermieristico e assistente sociale)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Personale del Centro Continuità Assistenziali, Accesso, Verifica, Controllo e Qualità delle Cure Intermedie (assistente sociale, personale infermieristico, tutor per le assistenti familiari)</li><li>✓ Operatori Sociosanitari</li><li>✓ Assistenti Familiari</li><li>✓ Operatori del Servizio Assistenza Anziani Territoriale (assistenti domiciliari);</li><li>✓ Medico di Medicina Generale.</li></ul>
<b>Strumenti previsti per l'attuazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Creazione di un servizio ad hoc preposto alla gestione del processo di dimissione protetta;</li><li>✓ Piano di assistenza personalizzato;</li><li>✓ Valutazione Multidimensionale;</li><li>✓ Formazione per gli operatori;</li><li>✓ Scheda di valutazione complessità condizione clinica;</li><li>✓ Schede di valutazione inerenti i pacchetti assistenziali.</li></ul>
<b>Eventuale valutazione degli esiti</b>	<p>Sono stati predisposti indicatori di attività, di qualità di intervento, di efficacia e efficienza.</p>

## Regione Lazio

### *Procedura per la presa in carico territoriale del paziente non autosufficiente in dimissione protetta dall'ospedale*

<b>Istituzioni coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Regione Lazio</li> <li>✓ Asl Roma H</li> <li>✓ Direzioni Ospedaliere Asl Roma H</li> <li>✓ Direzioni Distrettuali Asl Roma H</li> <li>✓ Primari dei reparti degli ospedali coinvolti</li> <li>✓ Responsabili Unità Operative delle Cure Domiciliari Distrettuali (UOAD)</li> </ul>
<b>Descrizione del progetto</b>	<p>La dimissione ospedaliera si rende necessaria in due situazioni, di cui una a valenza prevalentemente sanitaria dove viene garantita una continuità terapeutica che sia tecnicamente realizzabile in un setting non ospedaliero e l'altra a valenza prevalentemente sociale che fornisce assistenza a soggetti non autosufficienti con una situazione di marcato svantaggio socio-familiare.</p> <p>Nel proporre la dimissione protetta, il medico ospedaliero deve tener conto dei criteri di eleggibilità adottati dalle UOAD:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. il soggetto totalmente non autosufficiente è eleggibile a tutte le forme di assistenza domiciliare sia di tipo socio-assistenziale che integrata con visite specialistiche e interventi prettamente sanitari;</li> <li>2. il soggetto parzialmente autosufficiente non è eleggibile all'assistenza domiciliare se collocato in ambito socio-familiare adeguatamente protetto, mentre è eleggibile all'assistenza domiciliare integrata se oltre alla disautonomia sono presenti situazioni che necessitano</li> </ol>





	di una gestione domiciliare programmata.
<b>Finalità</b>	<p>Tale procedura definisce le modalità con le quali i pazienti in dimissione protetta dai reparti ospedalieri possono accedere ai servizi territoriali.</p> <p>La dimissione protetta deve assicurare: la continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio, consentendo il miglior inserimento possibile in ambito domestico e familiare o nella struttura adeguata; l'integrazione tra i servizi territoriali (distretti sociosanitari, servizi sociali, strutture semiresidenziali e residenziali) e i servizi ospedalieri nel passaggio della presa in carico del paziente; il miglioramento della qualità della vita dell'utente e della sua famiglia; la diminuzione dell'ospedalizzazione impropria e dell'istituzionalizzazione.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Destinatari del progetto sono i pazienti che, concluso l'iter diagnostico terapeutico ospedaliero, hanno perso temporaneamente o stabilmente la loro autonomia e richiedono interventi di carattere sanitario e/o sociale effettuabili a domicilio o nelle altre strutture territoriali.</p> <p>La procedura è applicabile in caso di assistiti ricoverati nei presidi ospedalieri della ASL Roma H e residenti nei Comuni del territorio.</p>
<b>Struttura del progetto</b>	<p>Al momento della dimissione, il medico ospedaliero, definita l'eleggibilità al servizio di assistenza domiciliare, informa il paziente e la famiglia valutando la possibilità della stessa ad accogliere la persona a domicilio. In caso positivo contatta il referente della UOAD di Distretto almeno 5 giorni prima della prevista dimissione.</p> <p>La Caposala o l'infermiere compilano la scheda di anamnesi socio-ambientale e la richiesta di attivazione dell'assistenza domiciliare in cui viene riportata la situazione medica del paziente e i recapiti del reparto di riferimento. Il responsabile della UOAD distrettuale contatta il Medico di Medicina Generale per coinvolgerlo nel percorso assistenziale e entro tre giorni provvede a comunicare al reparto ospedaliero la presa in carico specificando modalità e tempi. In caso di mancata attivazione indica le motivazioni e le soluzioni alternative percorribili, attivandosi nel realizzarle, tenendo conto</p>



Advancing Integration for a Dignified Ageing



EUROPEAN  
COMMISSION

	<p>dell'offerta dei servizi sanitari e/o socio-assistenziali del territorio.</p> <p>Le prestazioni vengono erogate secondo le indicazioni redatte nel Piano Individualizzato di Assistenza definito in modo integrato dall'UOAD, dal Medico di Medicina Generale e dal assistente sociale.</p>
<b>Figure professionali coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Medico Ospedaliero</li><li>✓ Medico di Medicina Generale</li><li>✓ Caposala</li><li>✓ Infermiere</li><li>✓ Assistente sociale</li><li>✓ Responsabile dell'UOAD</li><li>✓ Personale componente l'UOAD</li></ul>
<b>Strumenti previsti per l'attuazione</b>	<p>Gli strumenti utilizzati per attivare questa procedura sono il modulo di anamnesi socio-ambientale e la scheda di attivazione del servizio di assistenza domiciliare.</p>
<b>Eventuale valutazione degli esiti</b>	<p>Il progetto prevede il monitoraggio di alcuni indicatori di risultato come: il numero di dimissioni protette attivate per mese e anno, il numero di ADI effettuate per mese e anno, il numero di richieste improprie e tempi medi di riscontro.</p>

## Regione Liguria

### *Progetto Codice d'Argento: dimissioni protette per anziani e persone con cronicità*

<b>Istituzioni coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Regione Liguria</li> <li>✓ Agenzia Sanitaria Regionale</li> <li>✓ ASL 3 Genovese</li> <li>✓ Comune di Genova</li> <li>✓ IRCCS San Martino</li> </ul>
<b>Descrizione del progetto</b>	<p>Il progetto Codice d'Argento si propone di realizzare, per la popolazione anziana e fragile, un ricorso appropriato e corretto al Pronto Soccorso, offrendo alternative valide e tempestive per rispondere alle esigenze di salute. Accanto allo sviluppo di percorsi "sanitari" dedicati per le urgenze, si attivano politiche per la domiciliarità nei casi di emergenza, con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, delle agenzie sanitarie di soccorso (guardia medica, 118) e soprattutto di utilizzo della rete ambulatoriale dei Distretti, attraverso le Case della Salute. Il progetto si sviluppa nel territorio dell'ASL 3 Genovese con particolare riferimento a coloro che risiedono nel Comune di Genova.</p> <p>Il progetto si articola in due fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. individuazione e classificazione degli anziani e delle persone adulte con forte fragilità all'interno del Pronto Soccorso dell'Ospedale San Martino di Genova per avviarle ad un percorso privilegiato di assistenza attraverso la gestione di una dimissione ospedaliera</li> </ol>



	<p>celere tramite la fornitura di un supporto di cura familiare in tempi definiti, sino alla piena autonomizzazione della persona;</p> <p>2. sperimentazione di una rete allargata di servizi intra ed extra ospedalieri che supportino i “casi” con maggiore complessità clinica attraverso il ricovero in Unità Ospedaliere mirate, presso le Cure Intermedie o in Comunità Familiari.</p>
<b>Finalità</b>	<p>Il progetto ha come finalità quella di verificare la percorribilità di dimissioni protette per i pazienti che “stazionano” all’interno dell’Ospedale San Martino in ragione dell’assenza di adeguati servizi assistenziali e sociosanitari domiciliari.</p> <p>Il carattere innovativo e sperimentale è contrassegnato dall’aumentare il grado di appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, contribuire a rendere più efficiente ed efficace la spesa sanitaria a partire da quella ospedaliera, far emergere il lavoro sommerso nel campo del lavoro di cura svolto dagli assistenti familiari, migliorare la qualità delle prestazioni erogate e avviare l’integrazione della figura dell’assistente familiare nella rete dei servizi sociali e sociosanitari.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Possono accedere ai servizi tutte le persone che versano in condizioni di fragilità con particolare riferimento le persone anziane con più di 65 anni.</p>
<b>Struttura del progetto</b>	<p>Una volta effettuato il triage da parte del 118 ovvero dal pronto soccorso alla persona ultra sessantacinquenne o affetta da patologia cronica, laddove dagli accertamenti clinici non emerge necessità di ricovero (sentito dove possibile il MMG), si effettua una valutazione dell’autonomia della persona (tramite scheda Aged Plus) e si avvia il servizio di assistenza domiciliare per cercare di riavviare alla vita autonoma la persona presso il suo domicilio. L’assistente familiare è fornita per 15 giorni sino ad un massimo di 30 gg. Il costo della prestazione è a carico del progetto per le persone con ISEE inferiore ai 10.000 euro, sopra tale cifra sono previsti scaglioni di compartecipazione alla spesa.</p>



	<p>Nel caso in cui vi siano persone che non hanno forte instabilità clinica e con un limitato bisogno di cure mediche, ma con necessità di assistenza personale e, in assenza di una rete familiare di supporto, si attiva il servizio della Comunità Familiare sita in un ex presidio ospedaliero riqualificato in servizio poliambulatoriale polivalente per un massimo di 30 giorni.</p> <p>Nel caso in cui si riscontrino problemi di salute complessi, si provvede al ricovero in reparto ospedaliero; se i problemi di salute sono più limitati, ma richiedono comunque un controllo clinico breve che non consente il ritorno immediato al domicilio, la persona sarà inviata alle Cure Intermedie dell'ospedale; se il caso richiede solo un monitoraggio per un breve periodo, la persona viene avviata verso un modulo a bassa intensità appositamente attivato per il progetto.</p>
<b>Figure professionali coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Medico Ospedaliero</li><li>✓ Medico di Medicina Generale</li><li>✓ Infermiere</li><li>✓ Assistente sociale</li><li>✓ Assistenti familiari</li></ul>
<b>Strumenti previsti per l'attuazione</b>	Strumento necessario è la compilazione della scheda Aged Plus per la valutazione degli aspetti diagnostici, funzionali, terapeutici e della condizione socio-ambientale.
<b>Eventuale valutazione degli esiti</b>	Sono previsti indicatori per misurare la diminuzione dei ricoveri entro tre mesi dalle dimissioni.

## Regione Lombardia

### *Dimissioni protette: dall'ospedale al territorio per la continuità di cura*

<b>Istituzioni coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Azienda sanitaria locale di Lodi</li> <li>✓ Azienda ospedaliera di Lodi</li> <li>✓ Istituto di Riabilitazione Valsasino</li> <li>✓ Medici di Medicina Generale</li> </ul>
<b>Descrizione del progetto</b>	<p>Il progetto si sviluppa attraverso l'istituzione e l'avvio di un nuovo Centro di Assistenza Domiciliare (CeAD) attraverso cui l'ASL vuole facilitare il collegamento tra Ospedale e Territorio per promuovere l'integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie, socio-assistenziali e favorire la continuità di cura dei pazienti fragili in dimissione protetta. L'Azienda Ospedaliera di Lodi ha sottoscritto con l'ASL una convenzione per la fornitura di prestazioni di assistenza sociale a favore dei propri presidi ospedalieri. Il ruolo dell'assistente sociale è quello di prima analisi del bisogno e di filtro per il sistema delle istituzioni territoriali deputate a fornire una risposta al bisogno segnalato.</p> <p>Le dimissioni protette vengono attuate all'interno del territorio dell'Asl di Lodi in riferimento all'Azienda ospedaliera della città attraverso la sottoscrizione di un Protocollo d'intesa tra l'ASL, l'ente capofila del Piano di Zona e l'Azienda Ospedaliera.</p>
<b>Finalità</b>	<p>La finalità della buona pratica messa in atto è quella di ottenere un'attenta programmazione, un coordinamento efficace ed una comunicazione fluida tra le professionalità coinvolte nella</p>



	<p>dimissione protetta. Altro obiettivo prefisso è la diminuzione di nuovi ricoveri entro i 30 giorni dalla dimissione e il ricorso improprio alle prestazioni del Pronto soccorso.</p> <p>Tale procedura affronta le modalità di rientro protetto al domicilio, ma regola anche altre possibili tipologie di transizione. Infatti anche il passaggio da una struttura di ricovero ad un'altra è di per sé una dimissione protetta in quanto il paziente, pur rimanendo in un ambito sanitario strutturato, passa ad un differente livello di intensità assistenziale.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>La procedura è rivolta a soggetti fragili e/o anziani affetti da patologie cronico – degenerative, da esiti di eventi acuti (esiti di fratture di femore, bacino o arti inferiori) o da disabilità temporanea o permanente.</p>
<b>Struttura del progetto</b>	<p>Questo progetto individua alcune tipologie di dimissioni protette ospedaliere verso differenti setting di cura a seconda del bisogno assistenziale coinvolto.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Assistenza domiciliare integrata (ADI) è un programma assistenziale domiciliare di tipo sociosanitario integrato (comprensivo anche di prestazioni solo sanitarie di bassa intensità assistenziale), erogato da caregiver professionali. L'unico attivatore autorizzato per questa opzione è il Medico di Medicina Generale (MMG); pertanto il Medico Ospedaliero, verificate le condizioni di eleggibilità, propone l'accesso all'ADI tramite la compilazione dell'apposito modulo che fa pervenire al MMG ed al CeAD almeno quattro giorni prima della data prevista per la dimissione. Il MMG a sua volta completa la parte del modulo a lui riservata e la invia al CeAD che attiva l'assistenza domiciliare;</li><li>b) Ricovero in Istituto di Riabilitazione extra-ospedaliera (IDR): l'Azienda Ospedaliera di Lodi e l'IDR di Valsasino hanno concordato percorsi prioritari per il trasferimento in area geriatrica e di mantenimento, di pazienti provenienti dal Dipartimento di Cure Intermedie, dalle UO di Medicina, Ortopedia e Neurologia o provenienti dal domicilio con riacutizzazione di patologie croniche e compromissione dell'autonomia;</li></ul>



	<p>c) Attivazione procedura di inserimento in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA): i pazienti eleggibili sono quelli con problemi di non autosufficienza parziale o totale, gli anziani non assistibili al proprio domicilio in conseguenza dell'elevato carico che comporta la loro dipendenza funzionale e/o per l'assenza del supporto socio-familiare. Il Medico ospedaliero verificata la necessità del paziente, segnala il caso all'assistente sociale dell'ospedale per le valutazioni e gli adempimenti di competenza. Al termine delle valutazioni e sentito il Medico Ospedaliero, l'assistente sociale inserisce la domanda nell'apposito programma informatizzato e comunica al CeAD l'avvenuto inserimento nella lista d'attesa. L'inserimento è di competenza della RSA.</p>
<b>Figure professionali coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Medico specialista ospedaliero</li><li>✓ Medico di Medicina Generale</li><li>✓ Medici RSA</li><li>✓ Medici IDR</li><li>✓ Infermiere</li><li>✓ Assistente sociale</li><li>✓ Assistente sanitario</li></ul>
<b>Strumenti previsti per l'attuazione</b>	<p>Gli strumenti utilizzati per questa procedura sono il modulo di dimissione in Assistenza Domiciliare Integrata compilato dal MMG e trasmesso al CeAD per l'attivazione del servizio, il modulo di richiesta di ricovero in IDR su Ricettario regionale compilato dal Medico Ospedaliero e il modulo per l'inserimento in RSA compilato dal Servizio Sociale dell'ospedale.</p>
<b>Eventuale valutazione degli esiti</b>	<p>Sono stati predisposti indicatori di attività, di qualità di intervento, di efficacia e efficienza.</p>



## Regione Toscana

### *Progetto “Dopo l’ospedale meglio a casa”*

<b>Istituzioni coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Regione Toscana</li> <li>✓ Società della Salute area Pratese</li> <li>✓ AUSL 4 Prato</li> <li>✓ Comune di Prato</li> <li>✓ Comune di Montemurlo, Cantagallo, Carmignano, Poggio a Caiano, Vaiano e Vernio</li> </ul>
<b>Descrizione del progetto</b>	<p>Viene istituito un centro ad hoc che si occupa della gestione del percorso di dimissioni protette denominato servizio continuità assistenziale ospedale territorio.</p> <p>L’attivazione del servizio avviene direttamente per iniziativa e responsabilità del centro sopra citato che riceve segnalazione da parte del reparto di una situazione valutata come dimissione difficile. Il servizio di Assistenza Domiciliare Territoriale stila un progetto assistenziale precisando il numero di accessi, le tipologie di prestazioni, la complessità e l’intensità del bisogno rilevato. L’intensità dell’intervento è articolato in tre grandi tipologie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. persona con livello di autosufficienza parziale e rete familiare presente e collaborante nella gestione del carico assistenziale = 1 intervento al giorno di 1h e 30’ da parte dell’operatore;</li> <li>2. persona con livello di autosufficienza parziale e famiglia con limitata capacità nella gestione del carico assistenziale = 2 interventi al giorno con un operatore 1h e 30’ al mattino e 30’ al pomeriggio;</li> <li>3. persona non autosufficiente con rete familiare presente e collaborante = 2 interventi al giorno con un operatore 1h</li> </ol>



	e 30' al mattino e 1h al pomeriggio.
<b>Finalità</b>	La finalità del progetto si sostanzia nella realizzazione di un servizio domiciliare caratterizzato dalla celerità e dalla semplificazione delle procedure, atto a fornire un supporto assistenziale al paziente e alla famiglia interessata dalla dimissione ospedaliera, per consentire una più efficiente presa in carico dell'anziano non autosufficiente, in attesa della valutazione multidimensionale e per valutare l'eventuale accesso alla rete dei servizi territoriali.
<b>Destinatari</b>	<p>Il servizio è rivolto agli anziani in dimissione, residenti nell'Area pratese, ricoverati presso l'Ospedale Misericordia e Dolce di Prato. I criteri principali di eleggibilità sono:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. persona con età maggiore di 65 anni;</li><li>2. paziente con limitata autonomia funzionale con bisogno di assistenza alla persona e di supporto personale o familiare;</li><li>3. conteso familiare presente, ma non in grado di farsi carico del bisogno o di parte di esso.</li></ol> <p>Il servizio è dedicato prioritariamente ai pazienti con esiti di frattura, disturbi neurologici o con deficit cognitivo-comportamentali.</p>
<b>Struttura del progetto</b>	<p>Una volta identificato il paziente come eleggibile al progetto, il medico ospedaliero, l'infermiere e l'assistente sociale effettuano la valutazione, definiscono il progetto domiciliare, la tipologia di prestazioni ed il numero di accessi domiciliari. Definito il percorso assistenziale, l'infermiere comunica all'unità infermieristica territoriale i dati contenuti nel piano domiciliare per la registrazione dei volumi di attività e per effettuare le opportune attività di verifica. Infine l'infermiere attiva i servizi di fornitura di ausili e presidi avendo cura di garantirne l'approvvigionamento per il giorno della dimissione.</p> <p>Il Medico specialista comunica il nominativo dell'utente e il relativo progetto al MMG e al Coordinatore sociale e sanitario dell'ambito per informare dell'avvenuta presa in carico.</p> <p>Al momento dell'attivazione dell'assistenza domiciliare territoriale, l'infermiere entro 24/48 ore effettua la prima visita</p>



	<p>insieme all'Operatore Sociosanitario.</p> <p>Il fisioterapista, in presenza di pazienti con una ridotta autonomia funzionale, si reca al domicilio dell'anziano entro 48 ore dalla dimissione per valutare la fattibilità del programma di attività fisica ed effettuare il training del paziente e del care giver per il proseguimento autonomo di tale attività.</p> <p>L'assistente sociale effettua visite domiciliari in equipe con gli altri operatori finalizzate alla valutazione della sfera sociale, ambientale e relazionale dell'anziano.</p>
<b>Figure professionali coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Medico ospedaliero specialista</li><li>✓ Medico di Medicina Generale</li><li>✓ Infermiere dell'ospedale</li><li>✓ Infermiere servizio assistenza domiciliare</li><li>✓ Assistente sociale dell'ospedale</li><li>✓ Assistente sociale del servizio assistenza domiciliare</li><li>✓ Fisioterapista</li><li>✓ Operatore sociosanitario</li></ul>
<b>Strumenti previsti per l'attuazione</b>	<p>Per una prima valutazione dei bisogni sociosanitari, l'infermiere compila una scheda di continuità assistenziale ospedale-territorio. Una volta deciso l'inserimento dell'utente nel progetto, condizione necessaria all'attivazione del servizio di assistenza domiciliare è il progetto assistenziale domiciliare.</p> <p>Necessaria alla fornitura di presidi ed ausili è la compilazione del modulo di richiesta.</p>
<b>Eventuale valutazione degli esiti</b>	<p>È prevista la valutazione di diversi aspetti come:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. il gradimento del servizio attraverso un questionario da somministrare ad utenti e familiari;</li><li>2. il miglioramento della condizione funzionale della persona anziana assistita;</li><li>3. i ricoveri ospedalieri e gli accessi al pronto soccorso;</li><li>4. gli inserimenti degli anziani in RSA.</li></ol>

## Regione Umbria

### *Progetto per la Continuità Assistenziale tra ospedale e territorio: creazione del Centro interaziendale tra l'Azienda Ospedaliera S.Maria e l'Asl 4 di Terni*

<b>Istituzioni coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Azienda Ospedaliera Santa Maria (nello specifico alle Unità operative di Geriatria, Riabilitazione, Neurologia, Oncologia e Cardiologia)</li> <li>✓ Asl 4 di Terni</li> </ul>
<b>Descrizione del progetto</b>	<p>Data la presa d'atto nella realtà operativa della difficoltà e disagio del passaggio dall'ambiente ospedaliero protetto all'ambiente indipendente della propria abitazione, il progetto si propone di pianificare il processo di dimissioni ospedaliere per i soggetti fragili, attraverso la creazione di un Centro di gestione delle dimissioni protette. Il centro coordina le attività nella fase di pre-dimissione, dimissione, post-dimissione superando con tale modalità la frammentazione tra le aree di assistenza (creazione di un Piano di Assistenza Individualizzato), favorendo la collaborazione tra operatori ospedalieri e territoriali (creazione di team interaziendali) e sviluppando l'empowerment del care giver. Per fare ciò è stato posto l'accento sull'attuazione di tecniche di monitoraggio del processo, sulla creazione di processi amministrativi, di valutazione che non vadano ad appesantire come carico di lavoro le due strutture dialoganti ma, al contrario permettano una gestione maggiormente veloce e trasparente.</p>
<b>Finalità</b>	<p>Il Centro persegue un duplice obiettivo: definire uno strumento funzionale alla qualità dell'assistenza al cittadino e</p>



	<p>contestualmente creare un organismo che, con propria fisicità e progettualità, possa garantirne il costante utilizzo nel tempo, in un'ottica di innovazione e di miglioramento continui.</p> <p>La finalità è la creazione di un processo di gestione, monitoraggio e controllo delle dimissioni protette che riduca la re-ospedalizzazione impropria a breve termine con un miglioramento della qualità percepita dal paziente e dai familiari.</p> <p>A tale riguardo viene istituito l'Ufficio Dimissioni Protette quale punto di raccordo fondamentale tra l'Azienda Ospedaliera, i servizi territoriali, la persona ricoverata e i suoi familiari attraverso il coordinamento dei processi di comunicazione, la programmazione logistica, la diffusione dell'informazione, il controllo della presa in carico dell'assistito sul territorio e la qualità dell'intervento in atto.</p>
<b>Destinatari</b>	<p>Vengono presi in considerazione i pazienti ultra 75 anni in degenza presso i reparti di clinica medica, geriatria, malattie dell'apparato respiratorio, cardiologia, neurologia ed oncologia dell'Asl 4 di Terni che presentino durante la degenza disabilità valutate con apposita scheda attestante il livello delle condizioni di fragilità cliniche all'inizio della degenza e al termina.</p> <p>La scelta della tipologia di reparti oggetto dell'intervento è stata determinata dal fatto che le patologie più frequenti che hanno indotto un re-ricovero e una degenza maggiore si sovrappongono in tutti i reparti scelti.</p>
<b>Struttura del progetto</b>	<p>All'accesso del paziente in reparto e durante il ricovero, nel momento in cui si presentano le condizioni prestabilite, l'infermiere di riferimento valuta il paziente utilizzando il software integrato alla cartella clinica aziendale, che garantisce una identificazione oggettiva del grado di criticità derivante dall'utilizzo delle scale di valutazione IADL, ADL e SPMSQ.</p> <p>Se il risultato di almeno una delle tre valutazioni è:</p> <p>Attività strumentali: parzialmente autonomo o non autonomo Attività di base: dipendente Stato mentale: deterioramento</p> <p>l'infermiera con il medico del reparto identifica e contatta le figure professionali ospedaliere da inserire nell'equipe ospedaliera per la valutazione multidimensionale intra</p>



ospedaliera, alla quale partecipa l'assistente sociale.

Effettuata la valutazione multidimensionale, ed evidenziata la necessità di una dimissione protetta, entro tre giorni prima della dimissione l'infermiera si occupa di inviare all'ufficio dimissioni protette la richiesta di Valutazione Multidimensionale, indicando data e ora della possibilità del medico di reparto di effettuare l'incontro con il team territoriale al fine di predisporre il percorso di dimissione protetta.

L'ufficio dimissione protetta si occupa di identificare il gruppo di valutazione territoriale da attivare per la valutazione congiunta ospedale – territorio, di stabilire le tempistiche e di verificare se il soggetto sia già preso in carico dai servizi territori del Centro di Salute.

Nel momento in cui la segnalazione arriva al servizio territoriale, il coordinatore dell'UVM, collabora per l'organizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale in Ospedale, occupandosi di coinvolgere il Medico di Medicina Generale, quale responsabile clinico del caso e eventualmente figure specialistiche da coinvolgere.

Durante la valutazione multidimensionale, il team valutativo interaziendale identifica i servizi territoriali da attivare e i presidi necessari presso il domicilio del paziente nelle prime 24 ore dopo le dimissioni, informa il paziente e i familiari che verrà attivato un percorso di dimissione protetto, stabilisce data e ora di dimissione, produce copia del report di dimissione che dovrà essere consegnato alla struttura che dovrà prendere in carico il soggetto.

Il giorno successivo l'Ufficio Dimissioni Protette invia copia del Report di Dimissioni al Medico di Medicina Generale, al Centro di Salute ed eventualmente se previsto nel Piano di Assistenza Individualizzato alla Struttura di accoglienza temporanea e si occupa di predisporre la logistica per il trasporto del paziente. L'ufficio inoltre informa i familiari sulle modalità di ottenimento degli eventuali ausili necessari, dei referenti del Piano di Assistenza Individualizzato e si rende disponibile per ogni richiesta di informazione.

Avvenute le dimissioni, il responsabile territoriale comunica l'avvenuta presa in carico per la quale ha il compito di



Advancing Integration for a Dignified Ageing



EUROPEAN  
COMMISSION

	relazionare l'andamento assistenziale.
<b>Figure professionali coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Personale medico e infermieristico ospedaliero</li><li>✓ Assistente sociale ospedaliero</li><li>✓ Personale dell'Ufficio Dimissioni Protette</li><li>✓ Personale del Centro di Salute (assistente sociale, assistente domiciliare, geriatra e medici specialisti)</li><li>✓ Medico di Medicina Generale</li></ul>
<b>Strumenti previsti per l'attuazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Creazione di un nuovo ufficio adibito alla gestione delle dimissioni protette e di un server informatico di gestione ad hoc;</li><li>✓ Schede di valutazione del grado di fragilità clinica e sociale;</li><li>✓ Creazione di un team valutativo interaziendale e di una conseguente valutazione finalizzata alla creazione e condivisione del Piano di Assistenza Individualizzato.</li></ul>
<b>Eventuale valutazione degli esiti</b>	Sono stati predisposti indicatori di attività, di qualità di intervento, di efficacia e efficienza.

## Regione Veneto

### *Procedura per la presa in carico in dimissione protetta del paziente dall'ospedale*

<b>Istituzioni coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Azienda Ospedaliera Verona</li> <li>✓ Azienda ULSS n° 20 Verona</li> <li>✓ Conferenza dei Sindaci dell'ULSS 20</li> </ul>
<b>Descrizione del progetto</b>	<p>La procedura descrive le modalità e le responsabilità per la presa in carico del paziente adulto e anziano dall'Ospedale al Territorio assicurando la continuità assistenziale.</p> <p>Attraverso questo percorso si definiscono i passaggi che devono essere seguiti per le dimissioni dai vari reparti ospedalieri dei pazienti adulti e anziani che necessitano di assistenza sanitaria e/o sociale e possono essere assistiti a domicilio o in altra struttura della rete dei servizi territoriali.</p>
<b>Finalità</b>	<p>La dimissione protetta ha la finalità di assicurare:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio, consentendo il miglior inserimento possibile in ambito domestico e familiare o nella struttura adeguata;</li> <li>2. l'integrazione fra i servizi territoriali (distretti sociosanitari, servizi sociali territoriali, strutture semiresidenziali e residenziali) e i servizi ospedalieri nel passaggio della presa in carico del paziente nei modi e tempi previsti.</li> </ol>
<b>Destinatari</b>	<p>I destinatari sono pazienti adulti e anziani che, concluso l'iter diagnostico terapeutico, hanno perso temporaneamente o stabilmente la loro autonomia e che richiedono interventi di carattere sanitario e/o sociale effettuabili a domicilio o nelle</p>





	<p>altre strutture territoriali.</p> <p>La procedura viene applicata in tutti i Distretti e i Presidi Ospedalieri dell'ULSS 20, dell'Azienda Ospedaliera – Universitaria di Verona, altri presidi ospedalieri e aziende ULSS che manifestano la volontà di sottoscrivere il protocollo d'intesa.</p>
<b>Struttura del progetto</b>	<p>A seconda del bisogno della persona vengono adottati i seguenti percorsi assistenziali:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. <u>Assistenza domiciliare integrata</u> con priorità d'accesso per i pazienti con patologie cronico degenerative, oncologiche in fase avanzata, acute temporaneamente invalidanti o che richiedono nutrizione artificiale;</li><li>2. <u>Assistenza domiciliare infermieristica</u>, rivolta a pazienti temporaneamente o stabilmente non autosufficienti con patologie di media gravità che necessitano di prestazioni infermieristiche occasionali o periodiche, ma che non richiedono un controllo assiduo del MMG;</li><li>3. <u>Assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale</u> di competenza istituzionale e finanziaria dell'Ente Locale, che prevede la fornitura di pasti, aiuto domestico, trasporto, sostegno sociale e risocializzazione;</li><li>4. <u>Assistenza nelle altre strutture</u> della rete dei servizi sanitari e territoriali come Hospice e Residenze Sanitarie Assistite;</li><li>5. <u>Altre strutture della rete</u> dei servizi socio-assistenziali quando presenti e/o attivabili.</li></ol> <p>Per attivare l'assistenza domiciliare il Medico di Reparto informa il paziente e la famiglia, valutando la possibilità della stessa ad accogliere la persona a domicilio. In caso positivo contatta il Medico di Medicina Generale e il referente del Distretto. Il MMG e il referente del distretto verificano le modalità di attivazione dell'assistenza domiciliare. Il referente del distretto convoca l'Unità Valutativa Multidimensionale (U.V.M.D.) e comunica al Medico di Reparto e alla Caposala la presa in carico specificando modalità e tempi. In sede di UVMD viene predisposto il Piano Assistenziale Individuale.</p> <p>L'assistenza nelle strutture della rete dei servizi sanitari territoriali o nelle strutture sociosanitarie si può attivare in due casi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. in caso di temporanea o permanente impossibilità della</li></ol>



	<p>famiglia ad accogliere a domicilio il paziente o in assenza di familiari di riferimento;</p> <p>2. in una situazione caratterizzata da bisogni di tipo socio-assistenziali.</p> <p>Il Medico del Reparto coinvolge sul caso l'Assistente Sociale dell'ospedale. Quest'ultimo insieme ai familiari (se individuabili) e al paziente, valuta la situazione e in rapporto all'offerta dei servizi socio-assistenziali del territorio propone l'inserimento in struttura al referente del distretto. Tale richiesta andrà inoltrata compilando la scheda SVAMA sulla valutazione cognitiva, funzionale, sanitaria e sociale.</p>
<b>Figure professionali coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Medico di reparto</li><li>✓ Caposala</li><li>✓ Assistente sociale dell'ospedale</li><li>✓ Medico di Medicina Generale</li><li>✓ Referente di Distretto</li><li>✓ Assistente sociale del Comune</li></ul>
<b>Strumenti previsti per l'attuazione</b>	<p>Gli strumenti utilizzati sono la scheda di dimissione protetta compilata dal Medico di Reparto e dalla Caposala e trasmessa al Distretto, il modulo di comunicazione al reparto della presa in carico da parte del distretto dei pazienti per i quali è stata richiesta l'assistenza domiciliare e la scheda di valutazione SVAMA per l'inserimento in struttura.</p>
<b>Eventuale valutazione degli esiti</b>	<p>Sono stati predisposti indicatori di attività, di qualità di intervento, di efficacia e efficienza.</p>

## Regione Sicilia

### *Dimissioni protette: Protocollo operativo per le dimissioni facilitate*

<b>Istituzioni coinvolte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Regione Sicilia</li> <li>✓ Azienda Provinciale d'Agrigento</li> </ul>
<b>Descrizione del progetto</b>	Il progetto si basa sulla creazione di un protocollo operativo che fornisca gli indirizzi e gli strumenti per realizzare una effettiva integrazione tra ospedale e territorio, con lo scopo di migliorare e garantire la continuità assistenziale per i pazienti cronici, in particolare anziani e con fragilità.
<b>Finalità</b>	L'Azienda ha predisposto un protocollo operativo delineando una procedura con tempi e modalità identificate al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi di efficienza delle performance delle unità operative aziendali in termini di diminuzione della durata di degenza, di favorire la deospedalizzazione e di garantire la continuità assistenziale ai soggetti dimessi.
<b>Destinatari</b>	<p>I destinatari sono i pazienti cronici, con particolare attenzione alle persone ultra 65 non autosufficienti e fragili.</p> <p>Il protocollo viene applicato per i pazienti dimissionari delle unità operative di degenza dell'Azienda Provinciale di Agrigento.</p>
<b>Struttura del progetto</b>	<p>La procedura di dimissioni facilitate viene articolata in due fasi distinte: fase H (ospedaliera) e fase T (territoriale).</p> <p><b>Fase H:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. in vista della dimissione gli operatori delle unità operative e del Pronto Soccorso compilano il modulo di</li> </ol>



	<p>segnalazione di dimissione facilitata e lo fanno pervenire al referente ospedaliero per le dimissioni;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. il referente ospedaliero invia il modulo, nel giorno di ricezione, via fax o via mail al referente territoriale, presso il Punto Unico di Accesso del Presidio Territoriale Assistenziale di residenza dell'assistito.</li></ol> <p><b>Fase T:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. il referente territoriale, ricevuta la richiesta di dimissioni facilitate, ne fa copia e la invia al Medico di Medicina Generale del soggetto;</li><li>2. il referente territoriale controlla l'eventuale presenza del soggetto nel registro dei pazienti cronici, in caso di assenza si occupa di informare il MMG, che a sua volta avrà cura di inviare la scheda di start up e la scheda di adesione alla gestione integrate del paziente;</li><li>3. l'equipe multidisciplinare attua una valutazione del caso con relativa scelta dei percorsi che il paziente dovrà sostenere, la valutazione viene comunicata e condivisa con il Medico di Medicina Generale che a sua volta dovrà predisporre il follow up attivo;</li><li>4. Il referente territoriale predispone per il paziente le eventuali esenzioni per patologia e le eventuali procedure per gli ausili.</li></ol>
<b>Figure professionali coinvolte</b>	<p>Presidio ospedaliero: operatori del reparto di dimissione, referente ospedaliero per le dimissioni facilitate</p> <p>Servizi territoriali: referente territoriale per le dimissioni facilitate, assistente sociale, infermieri, Medico di Medicina Generale</p>
<b>Strumenti previsti per l'attuazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Previsione di apposito protocollo operativo</li><li>✓ Moduli specifici per le dimissioni facilitate</li></ul>
<b>Eventuale valutazione degli esiti</b>	<p>Sono stati predisposti indicatori di attività, di qualità di intervento, di efficacia e efficienza.</p>



Advancing Integration for a Dignified Ageing



EUROPEAN  
COMMISSION