

**PROGETTO TEAM DI RISPOSTA RAPIDA DOMICILIARE (TRRD) QUALE FUNZIONE DELLA UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (UCA):
STRATEGIA PER CONTENERE I RICOVERI DEI PAZIENTI FRAGILI CHE SI PRESENTANO AL PRONTO SOCCORSO, MEDIANTE IL POTENZIAMENTO DELLA QUALITA'
E APPROPRIATEZZA DI CURA AL DOMICILIO DI PROBLEMATICHE ACUTE NON EMERGENTI**

PREMESSA

Gli **anziani fragili** con multiple patologie croniche coesistenti sperimentano frequentemente ricoveri ospedalieri ripetuti, spesso legati a condizioni croniche scompensate, con un conseguente aumento del rischio di complicanze ospedaliere (ad esempio, delirio, infezioni, disadattamento, declino funzionale, disabilità, ricovero in casa di riposo). A causa del loro maggiore livello di fragilità e del numero più elevato di comorbidità, i pazienti anziani richiedono un'assistenza sanitaria complessa e prolungata (Karamercan et al., 2023), sono i più esposti a eventi avversi specialmente se trascorrono troppo tempo nei dipartimenti di emergenza (Mannion, Molloy, & O'Caoimh, 2019). La prolungata degenza in ospedale può inoltre determinare una sindrome post-ricovero dovuta al disadattamento fisico, alla malnutrizione, alla privazione del sonno e al deterioramento dello stato mentale, con un aumento del rischio di riammissione a breve termine.

DEFINIZIONE DI FRAGILITA'

La fragilità è una condizione di maggiore vulnerabilità nei confronti di fattori di stress endogeni ed esogeni, derivante dall'interazione tra il progressivo declino dei sistemi fisiologici legato all'età e le malattie croniche, che porta a una diminuzione delle capacità di riserva funzionale ed un peggioramento del risultato di cura. L'effetto della fragilità sugli esiti clinici dei pazienti è stato esaminato in diversi contesti di cura, tra cui le unità di terapia intensiva (ICU) e i reparti ospedalieri per acuti, dimostrando di essere un predittore affidabile degli esiti clinici e sanitari.

ANALISI DEL CONTESTO LOCALE (ASST BRIANZA)

Di seguito si forniscono dati aziendali di contesto secondo un panel di indicatori (da 1 a 9) ritenuti utili ai fini dello svolgimento della presente progettualità

1. N. pazienti **over 65**/n. pazienti con accesso a PS nel 2024
2. N. pazienti **over 80**/n. pazienti con accesso a PS nel 2024
3. Trend accessi (**tutte le modalità**) a PS per età 2022, 2023, 2024
4. Trend **accessi spontanei** a PS per età 2022, 2023, 2024
5. % ricoveri ospedalieri da PS/accessi a PS in **classe età ≥65 e <80**
6. % ricoveri ospedalieri da PS/accessi a PS in **classe età ≥80**
7. % ricoveri ospedalieri da PS/tutti i ricoveri ospedalieri in **classe età ≥65 e <80**
8. % ricoveri ospedalieri da PS/tutti i ricoveri ospedalieri in **classe età ≥80**
9. **Trend (2023, 2024) LOS (Length Of Stay)** media per età in relazione all'esito di PS (ricovero/dimissione al domicilio)

		PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE
1. N. pazienti over 65 /n. pazienti con accesso a PS nel 2024	n. accessi 2024	34.596	64.012	74.272
	n. accessi over 65	10.503	18.584	21.114
	% accessi over 65	30,36%	29,03%	28,43%
2. N. pazienti over 80 /n. pazienti con accesso a PS nel 2024	n. accessi over 80	4.821	8.490	8.842
	% accessi over 80	13,94%	13,26%	11,90%

		2022			2023			2024		
		PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE	PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE	PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE
3. Trend accessi (tutte le modalità) a PS per età 2022, 2023, 2024	0-1 anno	26	995	608	14	994	744	10	976	675
	1-4 anni	246	5.228	4.117	126	5.331	3.957	115	5.021	3.896
	5-14 anni	1.644	6.091	6.146	1.470	6.914	7.018	1.442	7.100	7.252
	15-44 anni	12.258	17.575	21.373	12.752	18.673	22.408	13.337	18.733	24.150
	45-64 anni	7.797	12.398	15.120	8.791	13.477	16.530	9.183	13.571	17.141
	65-74 anni	2.867	5.452	6.814	3.123	5.827	6.941	3.535	5.932	7.208
	75+ anni	5.537	11.955	12.846	6.305	12.189	13.349	6.968	12.652	13.906
	-	2	15	34	9	26	39	6	27	44
	TOTALE ACCESSI	30.377	59.709	67.058	32.590	63.431	70.986	34.596	64.012	74.272

		2022			2023			2024		
		PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE	PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE	PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE
4. Trend accessi spontanei a PS per età 2022, 2023, 2024 MODALITA' DI ARRIVO = AUTONOMO (MEZZI PROPRI)	0-1 anno	13	760	520	12	799	663	5	789	611
	1-4 anni	136	3.916	3.573	87	4.133	3.482	85	4.023	3.582
	5-14 anni	1.061	4.384	5.098	1.008	5.327	6.013	1.097	5.662	6.483
	15-44 anni	7.871	11.575	16.440	8.285	12.920	17.601	8.325	13.026	17.763

45-64 anni	4.767	7.347	11.081	5.475	8.281	12.653	5.954	8.942	13.777
65-74 anni	1.642	2.822	4.697	1.783	3.234	5.032	2.084	3.530	5.584
75+ anni	2.058	3.964	6.554	2.387	4.640	7.449	2.711	5.196	8.608
-	0	2	5	1	2	8	1	3	16
TOTALE ACCESSI SPONTANEI	17.548	34.770	47.968	19.038	39.336	52.901	20.262	41.171	56.424
TOTALE ACCESSI IN PS	30.377	59.709	67.058	32.590	63.431	70.986	34.596	64.012	74.272
% ACCESSI SPONTANEI TOTALI	57,8%	58,2%	71,5%	58,4%	62,0%	74,5%	58,6%	64,3%	76,0%

		2022			2023			2024		
		PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE	PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE	PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE
5. % ricoveri ospedalieri da PS/accessi a PS in classe età >=65 e <80	n. accessi PS età >= 65 e < 80	4.299	8.545	10.616	4.774	9.280	11.038	5.345	9.378	11.517
	n. ricoveri da PS età >= 65 e <80	310	1.257	1.880	326	1.384	1.850	326	1.373	1.838
	% ricoveri da PS età >= 65 e <80	7,2%	14,7%	17,7%	6,8%	14,9%	16,8%	6,1%	14,6%	16,0%

		2022			2023			2024		
		PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE	PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE	PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE
6. % ricoveri ospedalieri da PS/accessi a PS in classe età >=80	n. accessi PS età >= 80	4.105	8.861	9.044	4.654	8.736	9.249	5.158	9.206	9.597
	n. ricoveri da PS età >= 80	744	1.678	2.180	822	1.711	2.147	856	1.719	2.017
	% ricoveri da PS età >=80	18,1%	18,9%	24,1%	17,7%	19,6%	23,2%	16,6%	18,7%	21,0%

		2022			2023			2024		
		PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE	PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE	PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE
7. % ricoveri ospedalieri da PS/tutti i ricoveri ospedalieri in classe età >= 65 e < 80	n. ricoveri età >= 65 e < 80	842	2.847	3.690	878	3.099	3.792	855	3.065	3.851
	n. ricoveri da PS età >= 65 e <80	310	1.257	1.880	326	1.384	1.850	326	1.373	1.838
	% ricoveri da PS età >= 65 e <80	36,8%	44,2%	50,9%	37,1%	44,7%	48,8%	38,1%	44,8%	47,7%

		2022			2023			2024		
		PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE	PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE	PS CARATE	PS DESIO	PS VIMERCATE
8. % ricoveri ospedalieri da PS/tutti i ricoveri ospedalieri in classe età >= 65 e < 80	n. ricoveri età >= 80	909	2.388	2.748	1.031	2.393	2.783	1.060	2.374	2.699
	n. ricoveri da PS età >= 80	744	1.678	2.180	822	1.711	2.147	856	1.719	2.017
	% ricoveri da PS età >= 80	81,8%	70,3%	79,3%	79,7%	71,5%	77,1%	80,8%	72,4%	74,7%

9. Trend (2023, 2024) LOS (Length Of Stay) media per età in relazione all'esito di PS (ricovero/dimissione al domicilio)

CONTESTO NORMATIVO di REGIONE LOMBARDIA

Il Decreto Ministeriale n. 77 del 2022 (Missione 6) regola i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, unitamente all'istituzione di Unità di Continuità Assistenziale (UCA) composta da personale medico e infermieristico, che hanno come obiettivi: la gestione delle dimissioni difficili, il supporto all'assistenza domiciliare in situazioni di instabilità clinica o di emergenti necessità diagnostico/terapeutiche e la presa in carico dei pazienti durante focolai epidemici.

Regione Lombardia, attraverso la **DGR 2588/2024 del 21/06/2024**, che delinea il ruolo delle Centrali Operative Territoriali (COT) e delle Case di Comunità nel garantire l'assistenza medica h24, in raccordo con il sistema di continuità assistenziale, prevede che “per favorire il trattamento ed il monitoraggio al domicilio dei pazienti fragili” *tutte le UCA di Regione Lombardia siano equivalenti al Team di Risposta Rapida Domiciliare (TRRD), costituito da medici e personale delle professioni sanitarie.*

Il TRRD integrato in questo sistema, fornisce un supporto essenziale per la gestione domiciliare dei pazienti fragili, facilitando:

- ✓ La dimissione protetta
- ✓ L'attivazione di cure domiciliari
- ✓ Il passaggio dei pazienti tra diversi setting assistenziali.

Il TRRD favorisce una risposta rapida alle problematiche di salute urgenti, garantendo una continuità assistenziale e riducendo la necessità di ricoveri ospedalieri.

In letteratura, sono descritte esperienze simili al TRRD, tra le quali citiamo il **Physician Response Unit (PRU)** sviluppato a Londra, o l'**Alternative Pre-Hospital Pathway (APP)**, creato in Irlanda per gestire chiamate di emergenza a bassa complessità. A livello nazionale un'esperienza simile è stata sviluppata in Toscana con il **GIROT Gruppi di Intervento Rapido Ospedale Territorio**, team a conduzione geriatrica integrati dalla componente infermieristica che è rappresentata dagli infermieri di famiglia e di comunità. Anche l'Unità definita **Multidisciplinary Mobile Unit (MMU)** dell'Ospedale Universitario di Parma, rappresenta un'esperienza di gestione del paziente fragile in setting domiciliare a seguito di attivazione per problemi acuti da parte del Medico di Medicina Generale. **Tali servizi si sono dimostrati efficaci e sicuri nel favorire il trattamento domiciliare dei pazienti fragili dimessi da Pronto Soccorso.**

PROGETTO OPERATIVO TEAM DI RISPOSTA RAPIDA DOMICILIARE (TRRD) QUALE FUNZIONE DELLA UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (UCA)

Come si evince da quanto sinora riportato occorre una strategia alternativa all'accesso in PS e al ricovero ospedaliero per i pazienti fragili in fase acuta. **Il percorso necessario e indispensabile per migliorare la cura dei pazienti fragili si basa su un progetto di cura integrata tra i servizi ospedalieri e territoriali, che sia sovrapponibile in termini di qualità e sicurezza alle cure ospedaliere.**

ASST Brianza, in coerenza anche con il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale, avvia la presente progettualità a far data dal **22 Ottobre 2025** su base sperimentale con il coinvolgimento iniziale ed esclusivo del PS del Presidio Ospedaliero di Desio a beneficio dei pazienti residenti nei distretti di Desio, Carate e Seregno, assicurandone il funzionamento 7 giorni su 7 dalle ore 8:30 alle ore 18:30, con presenza infermieristica garantita dalle ore 8:30 alle ore 16:12.

Per tale ragione la sede del TRRD è individuata nel PS del Presidio Ospedaliero di Desio.

OBIETTIVI

Gli obiettivi di progetto sono garantire:

1. La sicurezza della dimissione del paziente fragile, **assicurando al paziente dimesso da Pronto Soccorso le medesime cure previste in regime ospedaliero**
2. L'appropriatezza dei ricoveri con conseguente **riduzione delle complicanze secondarie all'ospedalizzazione del paziente fragile**

PAZIENTI

CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE NEL PROGETTO TRRD QUALE FUNZIONE DI UCA

I pazienti vengono identificati dal medico del PS nell'ambito dei pazienti fragili, con necessità di proseguire trattamenti attivi in regime domiciliare.

Il medico del TRRD si occuperà giornalmente di verificare l'appropriatezza e l'idoneità clinica e territoriale (vedi oltre) dei pazienti precedentemente identificati.

CRITERI DI INCLUSIONE

- Pazienti con età ≥ 80 anni
- Problematiche acute o acute su croniche (es. infezione, SCC, BPCO riacutizzata, peggioramento dello stato confusionale solo se abbinato ad una diagnosi certa di altra patologia non responsabile del peggioramento dello stato confusionale, disidratazione) che necessitano di approccio diagnostico e/o terapeutico con urgenza differibile tramite visita clinica in presenza e/o diagnostica POCT
- Pazienti con diagnosi definitiva
- Necessità in acuto di prestazioni infermieristiche (es. sostituzione CV, SNG, fleboclisi...), non altrimenti erogabili in tempi rapidi che renderebbero pertanto necessaria la permanenza in ambito ospedaliero
- Pazienti in attesa di attivazione del servizio di cure palliative domiciliari e/o ricovero in hospice in stretta sinergia con la Rete di Cure Palliative
- Pazienti con età < 80 , che necessitano controlli POCT e/o terapia, con problematica acuta condizionante allettamento e difficile accesso a valutazione ambulatoriale

Dal 2026 ci si propone di includere pazienti fragili-residenti in RSA e pazienti oncologici con complicanze infettive/effetti collaterali della terapia in atto.

CRITERI DI ESCLUSIONE

- Assenza di condizione di fragilità o di problematica acuta condizionante accesso a valutazione ambulatoriale
- Evidente indicazione a ricovero per instabilità clinica e/o emodinamica e/o necessità di approfondimento strumentale di secondo livello
- Assenza di caregiver, se paziente non autosufficiente

- Mancanza di accettazione da parte del paziente del percorso proposto (vedi oltre)
- NEWS > 5
- Setting domiciliare non adeguato
- Domicilio al di fuori del territorio di competenza (vedi oltre)

RISORSE

Ogni TRRD attivato dovrà essere composto da:

- Un medico
- Un infermiere

Il team può essere attivato nella sua composizione completa, oppure, a seconda delle esigenze del paziente in carico, può essere disposta anche l'attivazione del team composto in modo parziale (solo uno dei componenti del team).

Le Cure Palliative Domiciliari (CP-DOM), le Cure Domiciliari (C-DOM) o altri servizi ambulatoriali possono essere attivati direttamente dal PS al momento della dimissione o dai Medici e infermieri del TRRD, se del caso in un secondo momento.

INDICATORI DI PROGETTO

1. Numero di pazienti gestiti dal TRRD (sostenibilità)
2. Numero di rientri in Ospedale entro i 10 giorni dalla dimissione (efficacia)

PROFILI PROFESSIONALI

Il profilo professionale dei medici comprende:

- Medici specialisti (Medicina d'Emergenza Urgenza, Medicina Interna e specialità equipollenti)
- Medici in formazione specialistica (Medicina d'Emergenza Urgenza, Medicina Interna e specialità equipollenti) dal secondo anno
- Medici non specialisti con comprovata esperienza lavorativa di almeno due anni in reparti di Medicina di Emergenza Urgenza, Pronto Soccorso e Medicina Interna ed equipollenti.

Il profilo professionale degli infermieri comprende:

- Infermieri assegnati all'unità delle Cure Domiciliari (C-DOM) di ASST Brianza. Limitatamente alle fasi di avvio della progettualità è prevista una partecipazione attiva al Team degli IFeC afferenti alla COT Cure Primarie.

COMPETENZE PROFESSIONALI MEDICHE

Ai professionisti medici impegnati nelle attività del TRRD, oltre ai requisiti di idoneità sopra descritti, sono richieste le seguenti competenze:

- ✓ Gestione dei percorsi clinico-assistenziali per le patologie acute e acute su croniche con particolare attenzione alle problematiche del paziente fragile (es. disidratazione, iporessia, sindromi geriatriche)
- ✓ Adeguata formazione nell'esecuzione ed interpretazione di diagnostica POCT. Nello specifico:
 - Competenze di ecografia clinica POCUS di base
 - Competenze di esecuzione e interpretazione dell'EGA arteriosa e venosa
- ✓ Competenze di esecuzione e interpretazione dell'ECG
- ✓ Gestione di prevenzione e protezione del rischio infettivo
- ✓ Competenze di esecuzione di bendaggi, medicazioni, suture di ferite semplici, posizionamento e gestione dell'accesso venoso, terapia parenterale
- ✓ Competenze relative a rianimazione cardio-polmonare (BLSD)
- ✓ Conoscenza delle procedure e del corretto utilizzo degli applicativi e della compilazione della documentazione sanitaria
- ✓ Gestione della comunicazione efficace
- ✓ Conoscenza e gestione dei progetti di miglioramento continuo della qualità e di gestione del rischio finalizzati alla sicurezza delle cure

COMPETENZE PROFESSIONALI INFERMIERI

Agli infermieri impegnati nelle attività del TRRD è richiesta esperienza e competenza nelle attività di gestione del paziente critico. Sono richieste le seguenti competenze:

- ✓ Gestione dei percorsi clinico-assistenziali per le patologie acute e acute su croniche
- ✓ Capacità di gestione del paziente acuto
- ✓ Gestione del paziente in arresto cardio-respiratorio secondo BLSD
- ✓ Esecuzione dell'EGA e dell'elettrocardiogramma (condivisione del dato in teleconsulto)
- ✓ Abilità previste dal proprio profilo professionale (posizionamento e gestione CV, SNG, medicazioni semplici e complesse, etc.)
- ✓ Gestione della comunicazione efficace
- ✓ Conoscenza delle procedure e del corretto utilizzo degli applicativi e della compilazione della documentazione sanitaria
- ✓ Conoscenza e gestione dei progetti di miglioramento continuo della qualità e di gestione del rischio finalizzati alla sicurezza delle cure