

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 gennaio 2025, n. 13.

Linee di Indirizzo Centrali operative territoriali della Regione Umbria - Approvazione.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: **“Linee di Indirizzo Centrali operative territoriali della Regione Umbria - Approvazione.”** e la conseguente proposta della Presidente Stefania Proietti.

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
- c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Visto il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, presentato dall'Italia alla Commissione europea in data 30 aprile 2021, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) n. 2021/241 ed approvato il 13 luglio 2021 con Decisione di esecuzione del Consiglio Europeo Council Implementing Decision (CID) 10160/21, con il relativo allegato con cui vengono definiti, in relazione a ciascun investimento e riforma, precisi Milestones e Targets, cadenzati temporalmente, al cui conseguimento si lega l'assegnazione delle risorse su base semestrale ;

Visti gli Operational Arrangements tra Commissione Europea ed Italia del 23.12.2021;

Atteso che la suindicata Decisione di esecuzione del Consiglio (CID) 10160/21 del 13.07.2021 è stata modificata in data 8 dicembre 2023 con Decisione di esecuzione n. 16051/23, che nell'allegato reca il nuovo testo consolidato del PNRR dell'Italia, come risultante a seguito della revisione;

Richiamate le D.G.R.:

- 28.07.2021, n. 715 con cui la Giunta regionale ha definito la governance regionale per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- 10.12.2021, n. 1249, con cui la Giunta Regionale ha definito il modello di governance per la gestione delle progettualità del PNRR in ambito sanitario;
- 07.02.2023, n. 128, con cui è stata istituita la Direzione regionale Coordinamento PNRR, Risorse Umane, Patrimonio, Riqualificazione Urbana;
- 05.07.2023, n. 694, che ha approvato il Piano Territoriale Regione Umbria con il quale è stato ulteriormente definito il modello di governance del PNRR;

Richiamate le DGR:

- n. 152 del 28.02.2022, con la quale è stato approvato - alla luce del riparto di cui al Decreto del Ministero della Salute 20 gennaio 2022 ed in base alle relazioni pervenute dalle Direzioni Generali delle Aziende USL regionali, l'Allegato 1, recante “Dislocazione e finanziamenti Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali - PNRR - MISSIONE 6 COMPONENT 1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE”;
- n. 154 del 28.02.2022, avente ad oggetto “PNRR MISSIONE 6 SALUTE. APPROVAZIONE PIANO OPERATIVO REGIONALE E SCHEDE INTERVENTO”;
- n. 365 del 22.04.2022 avente ad oggetto “PNRR MISSIONE 6 SALUTE. DD.G.R. n. 152 e 154 del 28.02.2022. Determinazioni”;
- n. 516 del 25 maggio 2022, avente ad oggetto “PNRR MISSIONE 6 SALUTE. Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome e Piano Operativo Regionale. Adempimenti di cui alla Direttiva del Ministero della Salute UMPNRR n. 7 dell'8 aprile 2022”;
- n. 620 del 28/6/2024 recante in oggetto “PNRR Missione 6 Salute, Component 1. Investimento M6 C1 I1.2 “Casa come primo luogo di cura e telemedicina”, Sub-investimento 1.2.2- “Implementazione delle centrali operative territoriali (COT)”. Raggiungimento target M6 C1 -7 Centrali operative pienamente funzionanti - Regione Umbria - Azienda Usl Umbria 2”
- n. 621 del 28/6/2024 recante in oggetto “PNRR Missione 6 Salute, Component 1. Investimento M6 C1 I1.2 “Casa come primo luogo di cura e telemedicina”, Sub-investimento 1.2.2- “Implementazione delle centrali operative terri-

toriali (COT)". Raggiungimento target M6 C1 -7 Centrali operative pienamente funzionanti - Regione Umbria - Azienda Usl Umbria 1"

Visto il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, avente ad oggetto "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";

Visto il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

Visto il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 avente per oggetto: "Regolamento recante la definizione di modello e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

Vista la legge regionale 1°febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Richiamata la DGR 14.12.2022, n. 1329, recante "Approvazione del documento "Riorganizzazione assistenza territoriale in Umbria come indicato dal DM 77/2022", con cui la Giunta Regionale ha recepito il suindicato Decreto, declinandone l'attuazione nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sanitari della Regione Umbria;

Rilevato che, da ultimo, con DGR 19.06.2024, n. 576 la Giunta regionale prendeva atto della chiusura senza osservazioni della procedura scritta per la convocazione del Tavolo Istituzionale, valutabile come manifestazione di assenso alle proposte di rimodulazione presentate dalla Regione Umbria, tra cui era compreso lo slittamento Target M6C1-7 per la piena operatività delle COT al 30.06.2024;

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

1. Di approvare linee di indirizzo regionali per la definizione, l'organizzazione ed il funzionamento delle Centrali Operative Territoriali COT di cui all'Allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. Di notificare il presente atto ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie per il loro recepimento;

3. Di dare mandato al Servizio Programmazione sanitaria, assistenza territoriale e integrazione socio sanitaria di raccogliere anche dai Servizi competenti le eventuali criticità e di prevedere l'eventuale aggiornamento delle linee di cui al punto 1)

4. Di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione nel *Bollettino Ufficiale* della Regione Umbria.

5. Di stabilire che il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art 12 del Dlgs 33/2013 e nella pagina dedicata al PNRR Missione 6 del sito istituzionale dell'area tematica Salute.

La Presidente
PROIETTI

(su proposta della Presidente Proietti)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Linee di Indirizzo Centrali operative territoriali della Regione Umbria - Approvazione.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, presentato dall'Italia alla Commissione europea in data 30 aprile 2021, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) n. 2021/241 è stato approvato il 13 luglio 2021 con Decisione di esecuzione del Consiglio Europeo (Council Implementing Decision - CID) 10160/21, che contiene un allegato, con cui vengono definiti, in relazione a ciascun investimento e riforma, precisi Milestones e Targets, cadenzati temporalmente, al cui conseguimento si lega l'assegnazione delle risorse su base semestrale.

La suindicata Decisione di esecuzione del Consiglio (CID) 10160/21 del 13.07.2021 è stata modificata in data 8 dicembre 2023 con Decisione di esecuzione n. 16051/23 che nell'allegato reca il nuovo testo consolidato del PNRR dell'Italia, come risultante a seguito della revisione.

Con gli Operational Arrangement (OA) del 23.12.2021, atti formali, concordati con la Commissione europea, con i quali sono stabiliti i meccanismi di verifica periodica (validi fino al 2026), sono stati definiti tutti i traguardi e gli obiettivi (Milestone e Target) necessari per il riconoscimento delle rate di rimborso semestrali delle risorse PNRR in favore dell'Italia.

Con Circolare RGS dell'11 agosto 2022, n. 30 "Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori" - Vers. 1.0 (agosto 2022) sono state definite le verifiche finalizzate ad accertare il pieno e corretto avanzamento di target e milestone attraverso l'esame della documentazione comprovante e funzionale all'effettivo raggiungimento dei valori dichiarati, in linea con quanto stabilito nei sopra richiamati allegato al CID e OA.

Si richiamano in proposito i provvedimenti con cui la Giunta ha definito la governance regionale per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ovvero le DD.G.R.:

- 28.07.2021, n. 715, recante "Regione Umbria - Definizione della governance per l'attuazione PNRR - Italia Domani";
- 10.12.2021, n. 1249, recante "Attuazione Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Missione 6";
- 07.02.2023, n. 128, recante "Assetti organizzativi delle Direzioni regionali", con cui è stata istituita la Direzione regionale Coordinamento PNRR, Risorse Umane, Patrimonio, Riqualificazione Urbana;
- 05.07.2023, n. 694, recante "638/2022 Piano Territoriale PNRR. Revisione del Piano Territoriale ad esito del negoziato con il Dipartimento della Funzione Pubblica" che ha approvato il Piano Territoriale Regione Umbria e con il quale è stato ulteriormente definito il modello di governance del PNRR;

Con Deliberazione della Giunta regionale n. 152 del 28.02.2022, è stato approvato - alla luce del riparto di cui al Decreto del Ministero della Salute 20 gennaio 2022 ed in base alle relazioni pervenute dalle Direzioni Generali delle Aziende USL regionali - l'Allegato 1, recante "Dislocazione e finanziamenti Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali - PNRR - Missione 6 Component 1 - reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale".

Nello specifico, per quanto riguarda le Centrali Operative territoriali in Umbria sono state previste n. 9 Centrali Operative Territoriali (COT) così articolate nel territorio regionale:

Azienda	Comune	Tipologia
UsI Umbria 1	Perugia	HUB
	Perugia 1	SPOKE
	Perugia 2	SPOKE
	Città di Castello 1	SPOKE
	Città di Castello 2	SPOKE
UsI Umbria 2	Spoletto 1	SPOKE
	Spoletto 2	SPOKE
	Terni 1	SPOKE
	Terni 2	SPOKE

Con Deliberazione della Giunta regionale n. 154 del 28.02.2022, preso atto delle somme attribuite alla Regione Umbria per la realizzazione degli Investimenti della Missione 6 Componente 1 e 2, quali derivanti dal riparto di cui al Decreto del Ministro della Salute 20 gennaio 2022, veniva approvato lo schema di Piano Operativo regionale, comprensivo di Action Plan, redatto dalla Direzione Salute e Welfare e le schede intervento.

Con Deliberazione n. 516 del 25 maggio 2022, la Giunta Regionale ha, tra l'altro:

- approvato, in sostituzione della precedente versione adottata con DGR n. 365 del 22.04.2022, il Piano Operativo regionale, comprensivo di Action Plan e le 88 Schede intervento;
- approvato lo schema del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) di cui al DM 5 aprile 2022, trasmesso tramite PEC UMPNRR n. 0000869 del 17.05.2022 (acquisita in data 18.05.2022 al n. 0122714 del protocollo dell'Ente);
- autorizzato la sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) da parte della Presidente della Giunta regionale;

Il Decreto Interministeriale del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, n. 77 del 23 maggio 2022 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22.06.2022), avente ad oggetto "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" ha previsto un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza territoriale, uniforme a livello nazionale, definendone gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

Tale Decreto al punto 8 dell'Allegato 1 prevede le Centrali Operative Territoriali (COT), quali modelli organizzativi che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere) e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

Gli allegati n. 1 e 2 del Decreto individuano gli standard delle COT rispettivamente con valore descrittivo e prescrittivo.

Con DGR 14.12.2022, n. 1329, recante "Approvazione del documento "Riorganizzazione assistenza territoriale in Umbria come indicato dal DM 77/2022", la Giunta Regionale ha recepito il suindicato Decreto, declinandone l'attuazione nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sanitari della Regione Umbria.

Con DGR 19.06.2024, n. 576 la Giunta regionale ha preso atto della chiusura senza osservazioni della procedura scritta per la convocazione del Tavolo Istituzionale, valutabile come manifestazione di assenso alle proposte di rimodulazione presentate dalla Regione Umbria, tra cui era compreso lo slittamento per i Soggetti Attuatori del Target M6C1-7 per la piena operatività delle COT al 30.06.2024.

Tenuto conto delle DGR

- n. 620 del 28/6/2024 recante in oggetto "PNRR Missione 6 Salute, Component 1. Investimento M6 C1 I1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", Sub-investimento 1.2.2- "Implementazione delle centrali operative territoriali (COT)". Raggiungimento target M6 C1 -7 Centrali operative pienamente funzionanti - Regione Umbria - Azienda Usl Umbria 2"

- n. 621 del 28/6/2024 recante in oggetto "PNRR Missione 6 Salute, Component 1. Investimento M6 C1 I1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", Sub-investimento 1.2.2- "Implementazione delle centrali operative territoriali (COT)". Raggiungimento target M6 C1 -7 Centrali operative pienamente funzionanti - Regione Umbria - Azienda Usl Umbria 1"

Tenuto conto delle relazioni (comprehensive delle check list) dell'Ingegnere Indipendente da cui si evince la piena funzionalità dei moduli riferiti alle Centrali Operative Territoriali (COT) previste.

Preso atto della necessità di emanare delle linee di indirizzo regionali che individuino il modello organizzativo delle Centrali Operative Territoriali (COT), al fine di rendere omogenee le funzioni e le attività su tutto il territorio regionale.

Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:

Omissis

(Vedasi dispositivo deliberazione)

Regione Umbria

LINEE DI INDIRIZZO CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT) DELLA REGIONE UMBRIA

Regione Umbria

1. OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

Descrivere il modello organizzativo delle COT del territorio regionale.

2. PREMessa

Da anni il tema della continuità delle cure è uno degli obiettivi del SSN, individuato come il processo appropriato per la presa in carico dei soggetti con problemi sanitari e socio-sanitari complessi che necessitano di una valutazione multidimensionale e multi-professionale del bisogno, di unitarietà e di continuità degli interventi.

In tutti i documenti programmatori nazionali e regionali, tra gli aspetti più critici, connessi con l'offerta di un'assistenza di elevata qualità, viene evidenziata la necessità di un miglior coordinamento e una più stretta integrazione Ospedale/Territorio in una logica di rete e potenziamento della rete territoriale, al fine di garantire la presa in carico del paziente fragile in un percorso assistenziale di continuità delle cure e di appropriatezza. Specie nel delicato confine tra ospedale e territorio, è fondamentale che i professionisti, coinvolti a vario titolo nel percorso di cura, agiscano secondo una logica fondata sulla appropriatezza delle cure e sulla messa in campo di azioni temporalmente coordinate, integrate e condivise, nonché attuate in una vera e propria rete assistenziale.

La **Continuità delle Cure** è uno dei principali obiettivi del SSN e viene intesa come continuità terapeutica ed assistenziale tra professionisti diversi che operano nello stesso setting (MMG e infermieri delle Case di Comunità) o in setting diversi (medici ospedalieri, MMG, medici della CA o specialisti ambulatoriali) integrati in un quadro unitario, anche grazie a strumenti informatici che permettano di condividere tutte le informazioni utili alla presa in carico del paziente (diagnosi strumentali e continuità terapeutica) al fine di garantirgli continuità tra i diversi livelli di assistenza, soprattutto nel delicato passaggio dall'ospedale al territorio, attraverso l'integrazione tra i vari servizi assistenziali secondo una **logica di rete assistenziale**.

Con il "*Piano Nazionale della Cronicità*", recepito in Umbria con DGR n.1600, fin dal 28.12.2016, viene sottolineata l'importanza di individuare figure di coordinamento che consentano la continuità delle cure fra il territorio e l'ospedale, l'appropriatezza degli interventi e la valutazione di efficacia dei percorsi di cura. Tutto ciò diviene particolarmente importante nel caso di pazienti affetti da una o più patologie croniche, soprattutto se queste determinano un quadro clinico e socio-assistenziale complesso.

La continuità delle cure, assume una rilevanza strategica in particolare nel caso di pazienti affetti da una o più patologie croniche, soprattutto se queste determinano un quadro clinico e socio-assistenziale complesso o una condizione di disabilità di nuova insorgenza o cronica riacutizzata.

La Centrale Operativa Territoriale rappresenta, in questo scenario, lo strumento di raccolta e classificazione del bisogno espresso, di prima analisi della domanda, di attivazione delle risorse e dei servizi più appropriati della rete assistenziale e di garanzia delle transizioni da un luogo di cura all'altro.

Ad introdurre formalmente le centrali operative territoriali (COT) nell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale è stato l'art. 1 comma 8 del D.L. 19/05/2020, n. 342 che testualmente recita: "Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, le regioni e le province autonome provvedono all'attivazione di centrali operative

Regione Umbria

regionali, che svolgano le funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina”. Successivamente riprese anche da PNRR e DM77/2022.

3. IL RUOLO DELLA COT

Il ruolo e le funzioni della COT, sono conformi a quanto definito dal Documento “*La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all’attivazione- I QUADERNI SUPPLEMENTO ALLA RIVISTA SEMESTRALE MONITOR • 2022*” Agenas a cui si rimanda)

Caso d’uso OSPEDALE – TERRITORIO

“La struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale anche attraverso l’utilizzo di strumenti e/o scale validate. La struttura ospedaliera individua gli elementi e il grado di complessità del caso in modo che, in raccordo con gli altri setting (ADI, servizio sociale, ecc.), la COT collabori con la stessa contribuendo a identificare la struttura/il servizio più appropriato rispetto al setting di cura verso il quale si vuole indirizzare il paziente.

La COT coordina, traccia, monitora ed interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione.

Caso d’uso TERRITORIO-OSPEDALE

Il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero (ammissione protetta) non a carattere di urgenza, ma programmabile.

Caso d’uso TERRITORIO-TERRITORIO

Il Servizio sociale/sociosanitario/MMG che ha in carico il soggetto sul territorio esprime il bisogno di modificare/integrare il setting assistenziale della persona. Nel presente caso d’uso viene approfondito lo scenario in cui si palesa la necessità di assecondare un bisogno sanitario di nuova manifestazione per un paziente che risiede in una struttura a valenza sociale (Comunità Alloggio, ecc.) oppure in una struttura sociosanitaria (RSA, Residenzialità per disabili, ecc.) La presa in carico di questa necessità esiterà in una transizione verso:

- un’integrazione di presa in carico con servizi aggiuntivi (transizione tra servizi);*
- una transizione verso struttura sanitaria o altra sociosanitaria territoriale (transizione tra setting).*

Caso d’uso TELEMONITORAGGIO/TELECONTROLLO

Di seguito si riporta come caso d’uso quanto già previsto dalle Linee guida organizzative contenenti il “Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare”, approvate con DM 29 aprile 2022, che definisce il ruolo della COT nel coordinamento dei servizi di telemedicina, tra i quali anche il telemonitoraggio e il telecontrollo della salute.

Regione Umbria

4. MODELLO ORGANIZZATIVO

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi (compreso il servizio di emergenza urgenza) e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina (ad esempio una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate...) L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria tramite la gestione delle transizioni tra un *setting* e l'altro.

Le COT sono punti di accesso territoriali, fisici e digitali, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete di offerta socio sanitaria all'interno del distretto ed è rivolta a tutti gli attori che possono richiederne l'intervento: MMG, PLS; continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero e strutture intermedie, residenziali e semiresidenziali e dei servizi sociali. La dotazione di personale per ogni COT dovrebbe essere di 3-5 infermieri e 1-2 unità di personale di supporto per un Distretto Standard di 100000 abitanti. La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore aziendale infermieristico.

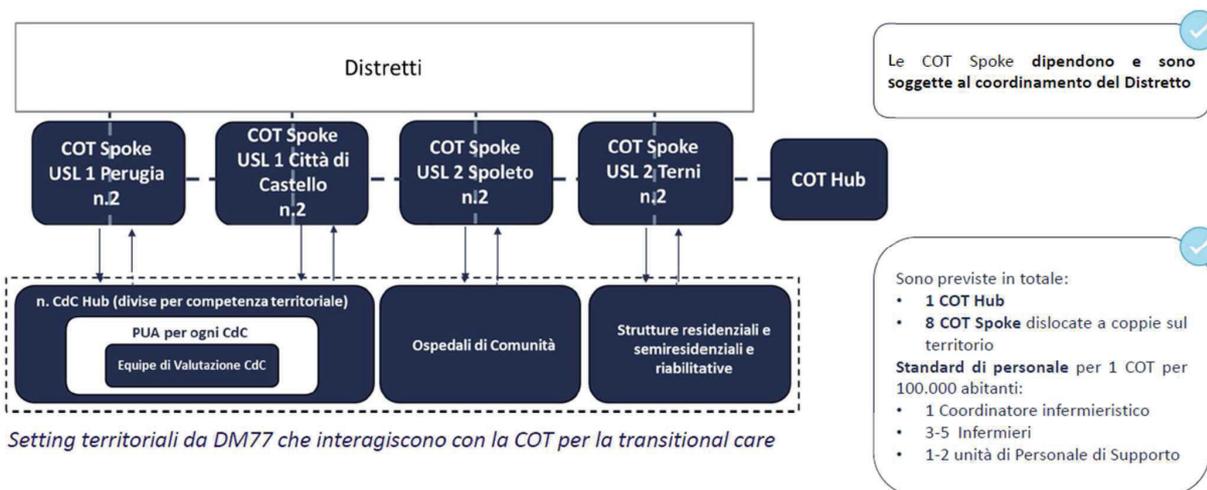
Si riporta di seguito la popolazione residente umbra distribuita per Distretti

DISTRETTI	NUMERO COMUNI	COMUNI	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE KM. Q.	DENSITA' PER KM. Q.
ALTO TEVERE	8	Citerna, Città di Castello, Lisciano Niccone, Monte Santa Maria Tiberina, Montone, Pietralunga, San Giustino, Umbertide	74.197	988	74
ALTO CHIASCIO	6	Costacciaro, Fossato di Vico, Gualdo Tadino, Gubbio, Scheggia e Pascelupo, Sigillo	51.840	817	63
PERUGINO	3	Corciano, Perugia, Torgiano	190.736	552	346
ASSISANO	5	Assisi, Bastia Umbra, Bettona, Cannara, Valfabbrica	60.507	385	156
MEDIA VALLE TEVERE	8	Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello di Vibio, San Venanzo, Todi	55.454	782	71
TRASIMENO	8	Castiglione del Lago, Città della Pieve, Magione, Paciano, Panicale, Passignano sul Trasimeno, Piegaro, Tuoro sul Trasimeno	56.526	778	73
AZIENDA USL Umbria n.1	38		489.260	4.302	113
FOLIGNO	9	Bevagna, Gualdo Cattaneo, Foligno, Montefalco, Nocera Umbra, Sellano, Spello, Trevi, Valtopina	95.041	903,41	105
SPOLETO	4	Campello sul Clitunno, Castel Ritaldi, Giano dell'Umbria, Spoleto	45.211	464,82	97
VALNERINA	9	Cascia, Cerreto di Spoleto, Monteleone di Spoleto, Norcia, Poggiodomo, Preci, Sant'Anatolia di Narco, Scheggino, Vallo di Nera	11.046	834,08	13
TERNI	8	Acquasparta, Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino, San Gemini, Stroncone, Terni	126.159	533,38	236
NARNI-AMELIA	12	Alviano, Amelia, Attigliano, Avigliano Umbro,	49.243	646,38	76

Regione Umbria

		Calvi dell'Umbria, Giove, Guardea, Lugnano in Teverina, Montecastrilli, Narni, Otricoli, Penna in Teverina		
ORVIETO	12	Allerona, Baschi, Castel Giorgio, Castel Viscardo, Fabro, Ficulle, Montecchio, Montegabbione, Monteleone d'Orvieto, Orvieto, Parrano, Porano.	36.688	778,06
AZIENDA USL Umbria n.2	54		363.388	4.160,13
REGIONE	92		854.378	8.462,13

Tabella: popolazione residente e densità per distretti e Aziende USL. Dati Istat 01.01.2024



In considerazione dello standard che ogni COT serva 100.000 abitanti, tenendo in considerazione che nella Regione Umbria è stata prevista una COT HUB con funzioni di raccordo delle 8 COT SPOKE per una popolazione pari a 854.378 abitanti, mediamente una COT SPOKE dovrebbe essere operativa per circa 107.000 abitanti che, distinte per ASL, comprendono mediamente circa 122.000 abitanti per COT SPOKE USL 1 e mediamente circa 90.000 abitanti per COT SPOKE USL 2.

Tenendo altresì presente la distribuzione della popolazione per Distretto e l'orografia del territorio, sono state associate le 8 COT con i Distretti di riferimento come in tabella successiva in modo tale che ogni COT serva una popolazione compresa tra 85.000 e 130.000 abitanti per coprire la media prevista per Regione e Azienda di riferimento con l'unica eccezione della COT 2 di Spoleto che serve una popolazione di circa 56.000 abitanti di cui fa parte il Distretto meno popoloso, con densità abitativa molto bassa, ma area interna e zona sismica.

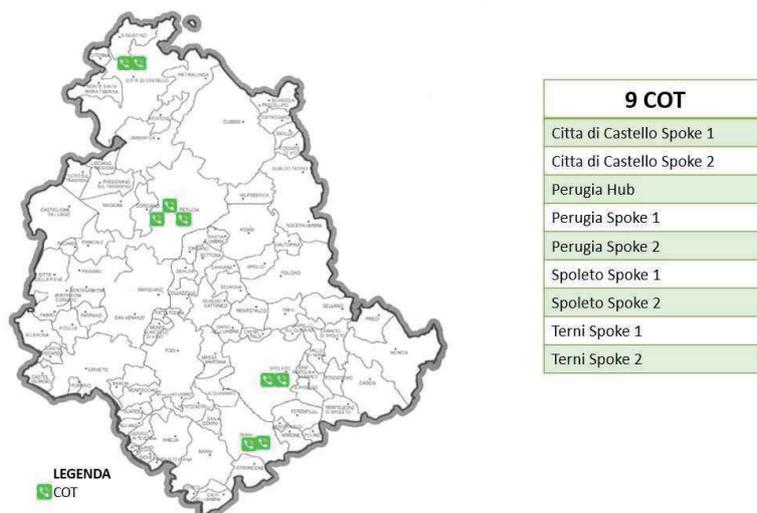
DISTRETTI	POPOLAZIONE RESIDENTE	POPOLAZIONE TOTALE per COT	COT SPOKE	CODICE NSIS
ALTO TEVERE	74.197	108.597	COT N.1 CITTA' CASTELLO	10099
PERUGINO (parte confine)	34.400			

Regione Umbria

ALTO CHIASCIO	51.840	112.347	COT N.2 CITTA' CASTELLO	10100
ASSISANO	60.507			
PERUGINO (<i>area urbana</i>)	156.336	156.336	COT N.1 PERUGIA	31309
MEDIA VALLE TEVERE	55.454	111.980	COT N. 2 PERUGIA	31310
TRASIMENO	56.526			
FOLIGNO	95.041	95.041	COT N.1 SPOLETO	81401
SPOLETO	45.211	56.257	COT N.2 SPOLETO	81402
VALNERINA	11.046			
TERNI	126.159	126.159	COT N.1 TERNI	121703
NARNI-AMELIA	49.243	85.931	COT N.2 TERNI	121704
ORVIETO	36.688			

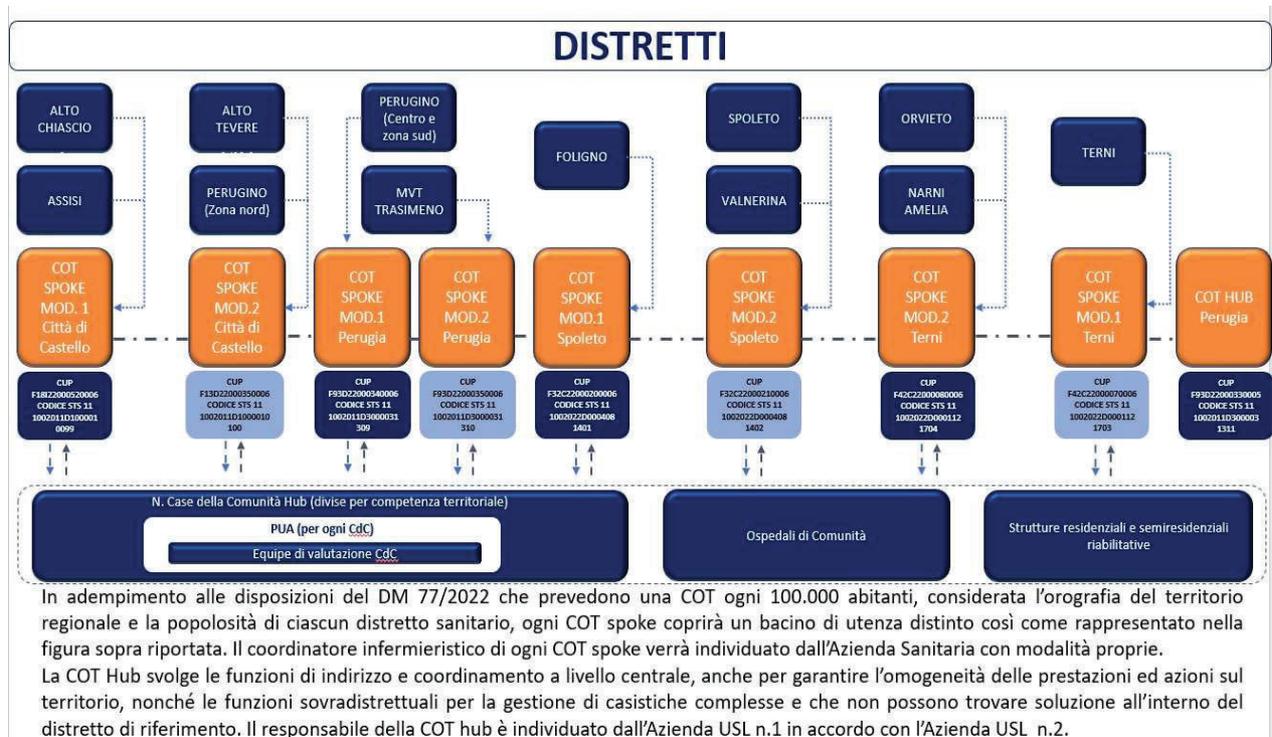
Nella figura successiva la dislocazione delle 9 COT regionali.

Dislocazione delle 9 Centrali Operative Territoriali



regione umbria

Nella figura successiva il Layout distributivo



La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti; può essere definita come la piattaforma organizzativa necessaria per garantire le transizioni tra i vari setting assistenziali previsti nel percorso del paziente definito dal Piano assistenziale formulato dalla equipe multidisciplinare:

- dimissioni protette:** presa in carico di tutte le dimissioni protette sia dalle Aziende Ospedaliere, che dagli ospedali DEA, che dagli ospedali di prossimità, verso Ospedali di Comunità, residenze sanitarie assistenziali, Hospice o il domicilio – in generale verso il setting più appropriato per quel determinato bisogno della persona con peculiari caratteristiche clinico/assistenziali (secondo il modello utilizzato da regione Umbria);
- gestione dell'ADI:** gestione della richiesta di presa in carico in ADI nonché di richieste di prestazioni ADI, interfacciandosi con le varie articolazioni organizzative interessate dalla gestione dei pazienti in ADI (in raccordo con il PUA (Punto unico di Accesso) delle case di comunità);
- supporto nella gestione delle cronicità:** organizzazione dei percorsi dei pazienti cronici (anche con i PDTA in uso a livello regionale), definiti dagli specialisti interessati (MMG/PLS, Medici territoriali o medici specialisti ospedalieri) in base al piano di cura previsto per la specifica patologia (gestiti da case di comunità o ospedali di comunità), oltre che coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale in maniera tanto tempestiva quanto appropriata;
- gestione dei casi territorio- ospedale: casi di ricovero programmati e casi urgenti**

Regione Umbria

- e) supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- f) monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei flussi dei pazienti in telemedicina in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno (oltre che avere contezza rispetto al tracciamento, management, delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico – assistenziale all'altro).

LA COT



DM77

FUNZIONI

- **Coordinamento della presa in carico** della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali
- **Coordinamento/ottimizzazione degli interventi**, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale
- **Tracciamento e monitoraggio delle transizioni** da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro
- **Supporto informativo e logistico**, ai professionisti della rete assistenziale, riguardo le attività e servizi distrettuali
- **Raccolta, gestione e monitoraggio dei percorsi integrati di cronicità** anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e **gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona**, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità (CdC) e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di **raccogliere, decodificare e classificare il bisogno**.

FUNZIONI IN REGIONE UMBRIA

COT HUB

- Funzioni di **indirizzo e coordinamento a livello sovra distrettuale** per la **gestione di casistiche complesse** che non possono trovare soluzione all'interno del distretto di riferimento come per esempio le casistiche che coinvolgono le autorità giudiziarie (non si prevede mediazione della COT HUB nel caso si possa gestire il caso tra COT Spoke che operano su distretti diversi). Per questa funzione la COT dovrà avere visibilità dei posti letto disponibili delle strutture nell'intera regione;
- **Funzioni di tracciamento e monitoraggio a livello regionale delle transizioni** da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- **Supervisione nell'erogazione di servizi di Telemedicina** (es monitoraggio rispetto livelli di servizio ecc.)

COT SPOKE

- **Coordinamento della presa in carico della persona** tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali e ottimizzazione degli interventi;
- **Supporto informativo ai professionisti** della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e i servizi distrettuali;
- **Supporto agli erogatori di servizi di Telemedicina** per pazienti per cui sono previsti percorsi integrati di cronicità (PIC) in termini di : **raccolta del bisogno** identificato da CdC, reparto ospedaliero, altro attore che ha in carico il paziente e **monitoraggio dei percorsi e degli livelli di servizio**
- **Gestione logistica dei device legati ai servizi di Telemedicina** che possono essere conservati nei centri ausili presenti nelle USL a livello distrettuale
- **Gestione liste d'attesa per i setting residenziali e semiresidenziali**, con visibilità da parte del **Direttore di Distretto** in quanto responsabile del processo

Regione Umbria

Principali Attori coinvolti nei casi d'uso COT



OSPEDALE

- Nucleo di Coordinamento (o EODP) da definire modello a livello di AO e Presidi ospedalieri di un nucleo di coordinamento (ufficio dimissioni protette) che si interfaccia con la COT (non interfacciamento dei singoli reparti)
- E' coinvolto nelle transizioni da e verso il territorio nel caso di dimissione protetta e nel caso di ricovero programmato o di prestazione specialistica (da territorio ad ospedale)



COT SPOKE

- E' coinvolta in tutte le transizioni che verranno definite di seguito nel caso in cui non sia necessario il coinvolgimento della COT HUB, e quindi per casistiche che devono essere gestite a livello regionale



COT HUB

- E' coinvolta per la gestione di casistiche complesse, per la supervisione dei servizi di Telemedicina e ha una funzione di tracciamento e monitoraggio a livello regionale delle transizioni



UNITÀ DI VALUTAZIONE

- Equipe di valutazione- E' coinvolta nelle transizioni di setting per la valutazione dei pazienti (es: in dimissione) e quindi la definizione del Piano Assistenziale Individuale, comprensivo del setting necessario per il paziente



ATTORI TERRITORIALI

- MMG, PLS, Casa della Comunità, ADI, ADI CP, Hospice, RSA, Residenza Protetta, Ospedale di Comunità, Strutture riabilitative e ex art. 26
- Sono coinvolti in tutti i casi d'uso che verranno di seguito definiti, in quanto sono responsabili della presa in carico del paziente e dell'individuazione di eventuali altri bisogni rispetto a individuazione/transizioni di setting

La Centrale Operativa Territoriale HUB è un modello organizzativo innovativo che svolge una funzione di indirizzo e coordinamento a livello sovra distrettuale per la gestione di casistiche complesse che non possono trovare soluzioni all'interno del distretto di riferimento. Per questa funzione la COT dovrà avere visibilità dei posti letto disponibili delle strutture dell'intera Regione. La COT hub ha inoltre funzione di tracciamento e monitoraggio a livello regionale delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro nonché la supervisione nell'erogazione dei servizi di telemedicina

5.1 CASI D'USO

1. OSPEDALE – TERRITORIO
2. TERRITORIO – TERRITORIO
3. TERRITORIO – OSPEDALE
4. TELEMEDICINA

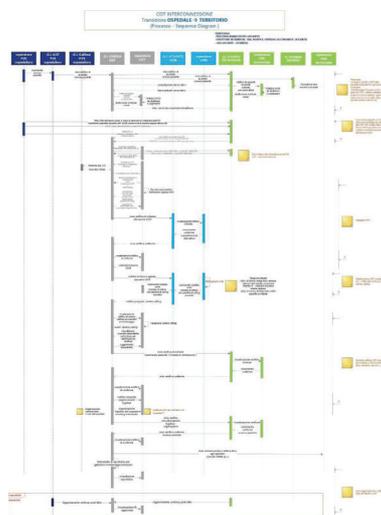
5.1 CASO D'USO OSPEDALE –TERRITORIO

Casi d'uso: Processo per la transizione O2T contestualizzato per la Regione Umbria



Regione Umbria

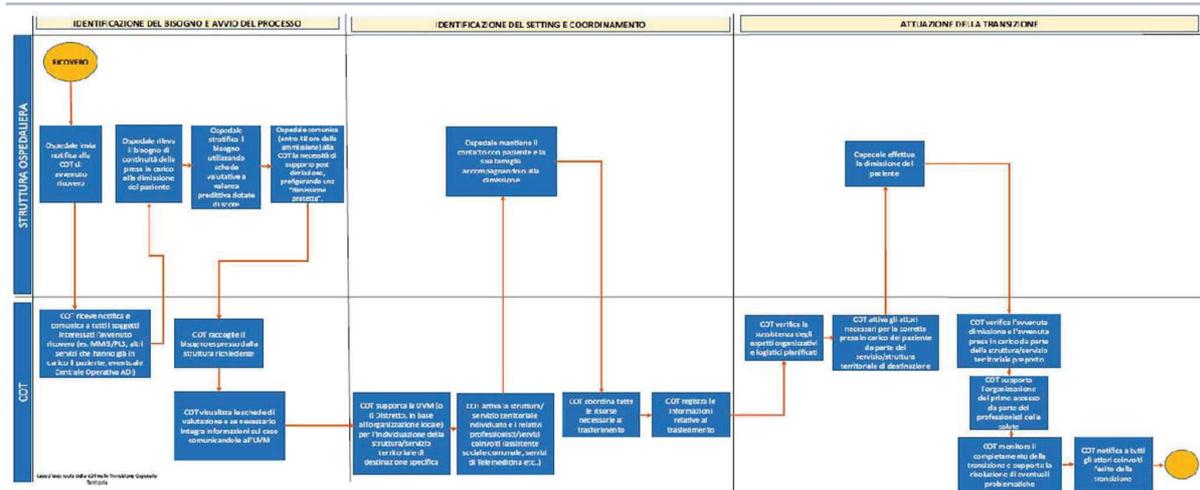
- i casi d'uso identificati come pilota per la transizione O2T sono i seguenti:
 - Ospedale → ADI
 - Ospedale → ADI CP
 - Ospedale → Hospice
 - Ospedale → OdC
 - Ospedale → RSA
- A destra flusso O2T realizzato in piattaforma COT per le suddette transizioni



Regione Umbria



Casi d'uso: Processo per la transizione Ospedale – Territorio (O2T)



Fonte: «La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione» redatto da Agenas, Quaderni Agenas

	Identificazione del bisogno (IB)	Identificazione del setting e coordinamento (IS)	Attuazione delle transizione (AT)
 Ospedale nucleo Coordinamento EODP	<ul style="list-style-type: none"> Notifica di avvenuto ricovero a COT Rilevazione e stratificazione bisogno in fase di ammissione (schede ecc.) Comunicazione necessità di supporto alla dimissione protetta verso la COT (entro 48h da ammissione) 	<ul style="list-style-type: none"> Accompagnamento alla dimissione 	<ul style="list-style-type: none"> Dimissione del paziente Ricezione dell'esito della transizione dalla COT
 COT SPOKE	<ul style="list-style-type: none"> Comunicazione ricovero ai soggetti che hanno in carico il paziente* Raccolta e analisi del bisogno Visualizzazione schede di valutazione e eventuale attivazione dell'UV ovvero EDDP (per casi complessi) Monitoraggio processo 	<ul style="list-style-type: none"> Sulla base del bisogno vengono attivati/o struttura/servizio territoriale e i professionisti Coordinamento trasferimento Registrazione informazioni relative al trasferimento 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinamento dell'effettiva transizione (organizzazione e logistica, attivazione attori, supporto al primo accesso) Verifica dimissione e presa in carico Monitoraggio appropriatezza percorso e risoluzione problemi Notifica esito della transizione
 Territorio	<ul style="list-style-type: none"> Ricezione comunicazione di ricovero Eventuale effettuazione della valutazione bisogno clinico-assistenziale-sociale da parte dell'UV che risiede presso CdC 	<ul style="list-style-type: none"> Eventuale formulazione del PAI da parte dell'UV 	<ul style="list-style-type: none"> Accettazione paziente da parte della struttura/servizio territoriale di competenza e monitoraggio PAI

* caso dimissione protetta: dimissione pianificata e concordata tra il reparto di dimissione, i servizi territoriali, assistito e famiglia, MMG o PLS

Regione Umbria

DIMISSIONE PROTETTA

Per Dimissione Protetta si intende l'insieme delle azioni che costituiscono il processo organizzato del passaggio dell'assistito da un ambito di cura ad un altro e che si applica a persone "fragili", prevalentemente anziani, affetti da quadri clinici complessi caratterizzati da pluripatologie croniche, e/o da disabilità, aggravati talora anche da una rete assistenziale a domicilio particolarmente debole, in modo tale da assicurare la continuità del percorso di cura ed assistenza.

Ciò vale anche nel caso di persone ricoverate in ospedale che hanno necessità di una continuità delle cure solo di tipo prestazionale, per le quali sia però necessaria una presa in carico da parte delle cure domiciliari distrettuali.

Nel processo di dimissione protetta la **Centrale Operativa Territoriale – COT**, è intesa come punto di ricezione e di triage del bisogno assistenziale territoriale della persona, configurandosi come "**cabina di regia**" dove avviene:

- ✓ l'analisi e l'accoglienza del bisogno della persona con DP;
- ✓ la facilitazione per l'accesso del dimesso in condizioni di fragilità/disabilità ai vari percorsi della rete dei servizi territoriali e ospedalieri non compresi nell'area dell'emergenza;
- ✓ l'individuazione dell'organizzazione per l'inserimento nei vari servizi territoriali (ADI/RSA/RP/ ospedali di comunità, hospice...).

La caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quindi quella di essere una dimissione pianificata e concordata tra il reparto di dimissione, i servizi territoriali, l'assistito, i suoi famigliari ed il MMG/PLS.

E' opportuno pertanto pensare ad una dimissione protetta quando si verificano le seguenti condizioni:

- ✓ Paziente non autosufficiente temporaneamente e/o in modo permanente, per il quale non esiste una rete assistenziale familiare adeguata;
- ✓ Paziente affetto da patologie cronic-degenerative o da patologie in fase post-acuta con prevalente necessità di assistenza infermieristica e/o tutelare anche associata a bisogno di recupero funzionale senza necessità di inserimento in setting specifici riabilitativi (sindrome immobilità);
- ✓ Paziente portatore di una condizione di disabilità di nuova insorgenza o cronica riacutizzata per il quale sia possibile definire un PRU ospedaliero o territoriale finalizzato al recupero funzionale ed al reinserimento nel proprio contesto di vita;
- ✓ Pazienti con patologie post-acute e in via di stabilizzazione e/o che necessitano di trattamenti farmacologici in continuità con la fase acuta;
- ✓ Pazienti che presentano problematiche socio-sanitarie complesse, alle quali è necessario trovare soluzioni nell'ambito di un progetto concordato con il MMG e con il servizio sociale sanitario e/o comunale;
- ✓ Paziente che ha necessità di una continuità delle cure solo di tipo prestazionale, continuità terapeutica con farmaci H, per il quale necessaria la presa in carico da parte delle cure domiciliari distrettuali.

Necessitano di particolare attenzione le dimissioni protette di pazienti affetti da problemi psichiatrici, in associazione con quadri organici e pazienti affetti da demenza, in quanto si configurano spesso come "casi complessi" per i quali diventa necessario costruire percorsi, attivando da un lato l'Unità di Valutazione Multidimensionale per la valutazione geriatrica o del caso complesso accanto a Servizi non afferenti al Distretto, come i CSM, ma anche i Comuni e/o l'Autorità Giudiziaria.

Regione Umbria

ELEMENTI COSTITUENTI DELLE DIMISSIONI PROTETTE

All'interno del percorso di DP assumono un ruolo prioritario e centrale i seguenti elementi:

- ✓ la **Valutazione** e la **Pianificazione** delle risposte più adeguate ai bisogni socio-sanitari della persona secondo la metodologia della **Valutazione Multi-Dimensionale - VM**.
- ✓ l'**Equipe Ospedaliera Dimissione Protetta - EODP** presso gli Ospedali regionali e presidi ospedalieri, per l'identificazione delle persone a rischio di Dimissione Protetta attraverso una prima analisi dei bisogni. L'equipe è costituita dal coordinatore infermieristico e/o infermiere e dal medico dei reparti ospedalieri e/o di Direzione Medica e dal team riabilitativo (ospedaliero o territoriale);
- ✓ l'**Equipe Distrettuale di Dimissione Protetta – EDDP** per l'identificazione della destinazione del setting assistenziale territoriale più appropriato per le persone in dimissione protetta. L'equipe è costituita dal coordinatore infermieristico e/o un infermiere preferibilmente individuato tra gli infermieri di famiglia e comunità, dal medico del CdS /di comunità o dal MMG e/o specialista nelle varie branche come da altri operatori rispetto ai diversi bisogni (assistente sociale, palliativista, fisiatra, fisioterapista/logopedista, psichiatra, neurologo etc...);
- ✓ la **Continuità delle Cure** tra ospedali e servizi territoriali attraverso la **presa in carico** e l'inserimento in tempi appropriati dell'assistito nei servizi/strutture territoriali più idonei a rispondere al suo fabbisogno di salute, secondo i principi di appropriatezza assistenziale ed organizzativa. Anche il passaggio da una struttura di ricovero per acuti ad un ospedale di territorio, ancorché si configuri tecnicamente come un trasferimento lo si può considerare una Dimissione Protetta in quanto il degente, pur rimanendo comunque in ambito ospedaliero, passa ad un livello di intensità assistenziale più basso;
- ✓ la figura dell'**IFoC/Case Manager**, uno degli attori più importanti nella continuità delle cure, che ha la funzione di supportare la gestione di tutti gli aspetti organizzativi associati alla permanenza della persona nei diversi nodi della rete dei servizi ed in particolare nel trasferimento da un servizio ad un altro. La sua azione si concretizza nel fare da interfaccia tra la persona, i suoi familiari e supportare l'integrazione delle risposte socio-sanitarie intorno all'assistito.

STRUTTURE E SERVIZI PER LA CONTINUITÀ DELLE CURE

L'eterogeneità delle caratteristiche clinico-assistenziali della persona eleggibile alle DP implica la sua presa in carico ed il suo inserimento in differenti tipologie di servizi territoriali domiciliari o residenziali in modo permanente e/o transitorio fino al rientro protetto al domicilio.

- ✓ **Strutture Residenziali (SCHEDA 1 A)**
 - Hospice
 - Residenza Sanitaria Assistita - R.S.A.
 - Ospedali di Comunità
- ✓ **Strutture di riabilitazione intensiva ospedaliera e strutture residenziali di riabilitazione estensiva extraospedaliera (SCHEDA 1 B)**
- ✓ **Servizi riabilitativi operanti nei Distretti**
- ✓ **Assistenza Domiciliare (SCHEDA 1 C)**

Regione Umbria

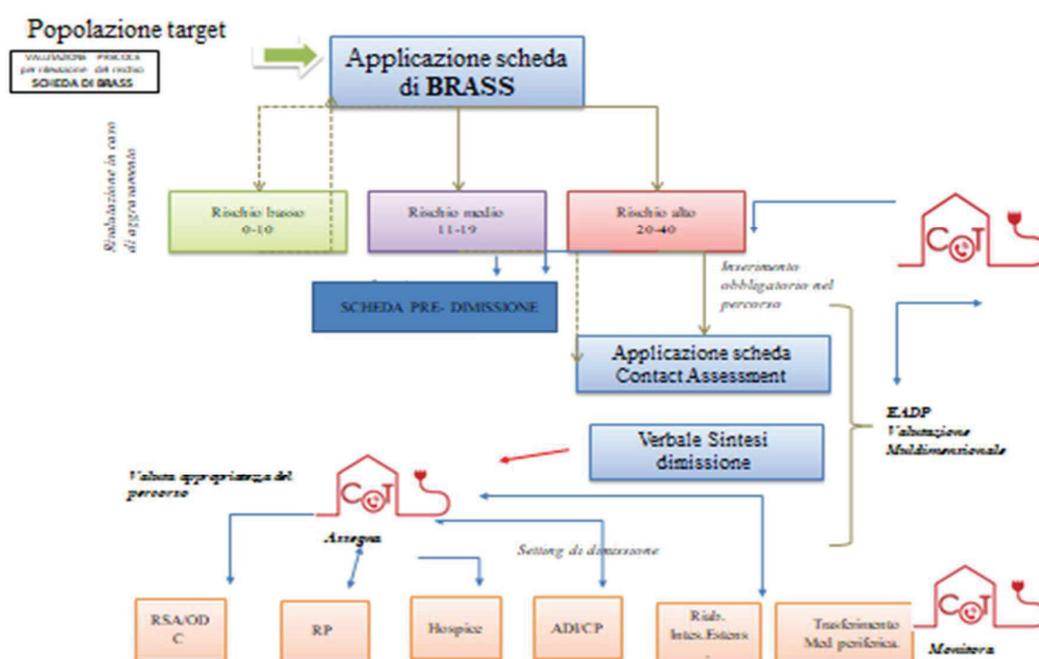
- Cure Domiciliari Integrate (ADI)/ Cure Palliative Domiciliari

Regione Umbria

Si configurano quali servizi della rete territoriale anche le residenze protette e i centri diurni per i diversi target di pazienti come il Centro per Alzheimer, per Anziani ecc. Tuttavia le procedure di inserimento in tali strutture prevedono la valutazione da parte l’UVM distrettuale. In tali casi la COT comunica al PUA territorialmente competente per l’eventuale attivazione dell’UVM distrettuale.

L’accesso all’ADI e alle cure palliative domiciliari segue un percorso, anche in regime di dimissione protetta, consolidato da molti anni. Difatti la Regione negli anni ha sviluppato un sistema informativo territoriale socio- sanitario, in linea con il Piano Sociale e con il Piano Sanitario Regionale, che permette di mettere in rete tutte le attività sanitarie del territorio. Punto di forza è che lo strumento utilizzato, centrato sul paziente, permette di seguirlo e monitorarlo in tutte le attività e prestazioni che gli sono offerte.

Il percorso informatizzato delle dimissioni protette è di seguito rappresentato:



LE FASI DEL PERCORSO DI DIMISSIONE PROTETTA

Per una corretta pianificazione della dimissione è necessaria una puntuale rilevazione dei bisogni assistenziali. Per evitare che i dati raccolti siano influenzati da elementi soggettivi è necessario ricorrere all’utilizzo di scale scientificamente validate.

Ciascun reparto entro 24/48 ore dall’ingresso di un paziente avente le caratteristiche cliniche o sociali corrispondenti ad uno dei criteri di seguito citati è tenuto a compilare la scheda di Brass e ad attivare, attraverso il sistema Atl@nte, la valutazione da parte della EODP individuate negli ospedali.

Le fasi di seguito riportate vengono tutte documentate mediante la compilazione di documentazione informatizzata compresa nel sistema in uso nelle Aziende (attualmente piattaforma Atl@nte).

Le fasi sono strutturate in linea con il “Caso d’Uso: IL RUOLO DELLA COT NELLA TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO” così come previsto nel Documento “La Centrale Operativa Territoriale: dalla

Regione Umbria

realizzazione all'attivazione- I QUADERNI SUPPLEMENTO ALLA RIVISTA SEMESTRALE MONITOR • 2022” e riportato al paragrafo 2.

I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo

L'EODP procede all'attivazione della dimissione protetta entro 24/48h dall'ingresso di un paziente avente caratteristiche cliniche e/o socio-assistenziali corrispondenti ad uno dei seguenti criteri (non esaustivi):

- ✓ presenza di nutrizione artificiale;
- ✓ presenza di patologie cronico-degenerative scompensate o in labile compenso;
- ✓ persone con esiti invalidanti di interventi chirurgici;
- ✓ persone in cure terminali o in fase di fine vita con sintomatologia significativa;
- ✓ persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento e associata comorbilità;
- ✓ persone con 2 o più ricoveri negli ultimi 3 mesi;
- ✓ persone che pur avendo superata la fase di acuzie, ancorché in fase di stabilizzazione, necessitano di sorveglianza medica h/24;
- ✓ condizione di disabilità di nuova insorgenza o cronica riacutizzata in cui sia definito un percorso riabilitativo in particolare quando a tali patologie si associano gravi problematiche sociali relative al contesto familiare o connesse con l'assenza di una rete di riferimento.

La modalità di attivazione della dimissione protetta prevede la compilazione informatizzata, da parte dell'EODP della seguente documentazione:

- compilazione della **scheda BRASS**, (*scheda di rischio di Dimissione*) e della **Scheda Pre-Dimissione ospedaliera** per la corretta identificazione dei degenti dimissibili con necessità di percorsi protetti; (scheda preminentemente tecnica, esplicativa rispetto a device, farmaci H, disagio sociale, ecc..)
- compilazione scala di Karnofsky relativamente ai pazienti di pertinenza delle cure palliative;
- definizione del profilo funzionale della scheda PRU, sua validazione, scelta del setting di dimissione per i pazienti di pertinenza riabilitativa;

Compilata la documentazione l'EODP procede all'invio della mail di attivazione del percorso assistenziale e/o riabilitativo post dimissione alla COT. Tale mail determina, nel sistema informatizzato, l'avvio formale del processo di valutazione dei bisogni sanitari, sociali e/o riabilitativi del paziente.

II Fase - Identificazione del setting di destinazione e Attuazione della transizione

La COT acquisita la documentazione del paziente, programma, nella agenda informatizzata, **La Valutazione Multi-Dimensionale – UV** che dovrà essere effettuata da parte della EDDP entro le successive 48/72h.

La Valutazione Multi-Dimensionale – UV si svolge presso l'unità operativa ospedaliera che procede alla dimissione del paziente ed avviene in maniera congiunta con l'EODP. In questa fase è necessario il coinvolgimento dei familiari o caregiver del paziente.

La valutazione Multidimensionale esita nella compilazione del **Contact Assessment/Necpal**, ed ha l'obiettivo di accertare in maniera globale i bisogni della persona (bisogni clinico - assistenziali – sociali). Il **Contact Assessment** è la valutazione propedeutica alle successive valutazioni di competenza dei servizi cui è destinata la presa in carico del paziente.

La **valutazione Multidimensionale** è completata, da parte l'EDDP, mediante la compilazione del **“verbale di sintesi di dimissione protetta”** nelle sue componenti clinico, assistenziali e sociali. Il verbale di sintesi di dimissione protetta comporta il termine della fase valutativa e l'individuazione, da parte

Regione Umbria

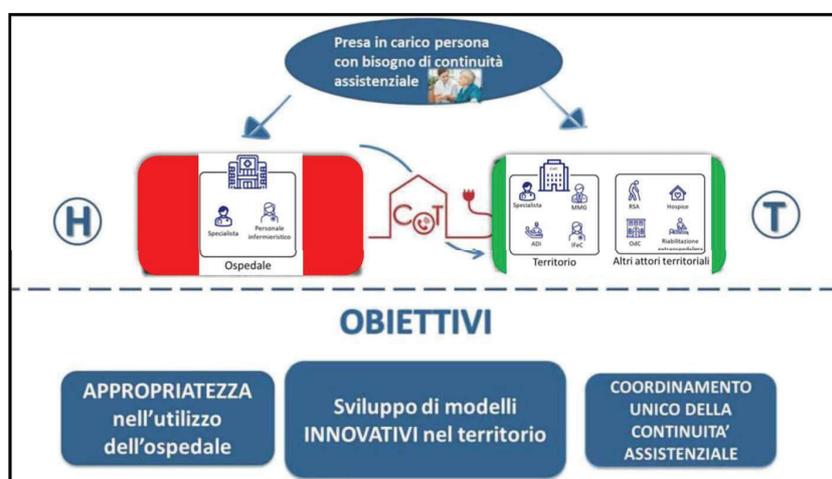
dell'EDDP, del setting assistenziale appropriato individuato nella rete dei servizi territoriali.

La COT presa visione del verbale di sintesi di dimissione protetta e valutata positivamente la proposta elaborata dalla EDDP, assegna il caso al PUA della Casa di comunità territorialmente competente, al fine di concordare la presa in carico del paziente nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 24 ore successive alla comunicazione da parte della stessa COT.

La COT **integra le informazioni** tra EDDP, MMG, PUA, Medico delle Strutture Intermedie, Servizi Sociali Usl e del Comune, al fine di concorrere in maniera efficace alla DP.

La COT garantisce inoltre supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.

Nella figura successiva la relazione ospedale- territorio e gli obiettivi



ACCESSO ALLE STRUTTURE INTERMEDIE

Le Strutture Intermedie residenziali devono garantire la Continuità delle Cure per rispondere alle necessità del post acuzie dopo ricovero ospedaliero, alla cronicità ed al recupero funzionale per le persone che non possono essere assistite al proprio domicilio.

ACCESSO ALLE RSA

“Sono nuclei specializzati per anziani non autosufficienti, portatori di patologie croniche a rischio di instabilità clinica, i quali, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica per 24 ore. Gli obiettivi assistenziali sono finalizzati a salvaguardare la stabilità clinica e a impedire o rallentare il deterioramento e il decadimento delle funzioni presenti, con conseguente limitazione dei ricoveri ospedalieri. (Regolamento Regionale 25 Gennaio 2023, n.1 “Modificazioni ed integrazioni al regolamento regionale 12 Aprile 2022, n.2” - Disciplina in materia di requisiti aggiuntivi e classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di assistenza territoriale extra-ospedaliera)

L’accesso a tali strutture avviene sia in regime di dimissione protetta, seguendo il percorso di cui al presente documento.

ACCESSO ALL’HOSPICE

Regione Umbria

È la struttura dedicata all'assistenza delle persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per le quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, prioritariamente, per i pazienti affetti da patologia terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto. (Regolamento Regionale 25 Gennaio 2023, n.1 "Modificazioni ed integrazioni al regolamento regionale 12 Aprile 2022, n.2" - Disciplina in materia di requisiti aggiuntivi e classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di assistenza territoriale extra-ospedaliera).

L'Hospice cura la qualità del paziente e della famiglia e garantisce l'autodeterminazione della persona rispettandone la volontà sui trattamenti specifici, la comunicazione, il sostegno psicologico e spirituale. Il medico palliativista è parte integrante dell'EDDP e viene attivato dalla COT per i pazienti che potrebbero richiedere o l'inserimento in Hospice o il servizio di cure palliative domiciliari.

Il programma di cure palliative presuppone la condivisione con il paziente.

In caso di accesso all'Hospice, l'età anagrafica costituisce requisito di priorità per cui avranno precedenza malati di giovane età. Difatti, in questi casi, il decorso della malattia ha per la famiglia un impatto maggiormente traumatico rispetto ad un paziente anziano e la famiglia necessita di maggiore sostegno psicologico per evitare un'elaborazione patologica sia della malattia che del successivo lutto. I pazienti già seguiti a domicilio hanno priorità di ingresso rispetto ai pazienti in dimissione ospedaliera.

Criteri di eleggibilità per l'accesso all'Hospice:

- Indice di autonomia secondo la scala di Karnofsky \leq a 40
- Persona con malattia cronico – evolutiva in stadio di irreversibilità con sopravvivenza presunta massima di 180 giorni.
- Persona non in fase agonica
- Esaurimento dei trattamenti volti alla guarigione: chirurgici, radioterapici, chemioterapici ed altro (se non in terapia simultanea che necessita di supporto palliativo)
- Sintomatologia psicofisica non controllabile a domicilio con presenza di sintomi gravi non controllati
- Impossibilità di assistenza a domicilio per inadeguatezza o assenza di supporto familiare e/o amicale o per necessità di sollievo temporaneo alla famiglia

L'accesso in Hospice è comunque programmabile qualora si verifichi la necessità di accessi domiciliari medici ed infermieristici \geq a n. 7 settimanali per gestione dolore psicofisico, gestione criticità, monitoraggio dei sintomi, aggiornamento continuo della terapia per sintomi refrattari.

L'accesso in Hospice non ha carattere d'urgenza ed è temporaneo (massimo 30 giorni).

Considerata la temporaneità del ricovero, per i pazienti che hanno necessità di tipo sociale, è necessario programmare, prima della dimissione, ulteriori percorsi di presa in carico da parte degli altri servizi territoriali. Nel caso di dimissione protetta ospedaliera, l'EODP trasmette alla COT, mediante il sistema informatizzato, la segnalazione di attivazione percorso con compilazione della scheda Brass, scheda pre-dimissione e scala Karnofsky. La COT acquisita la documentazione, attiverà lo specialista palliativista per la valutazione del caso che esiterà con la compilazione informatizzata della scala Necpal.

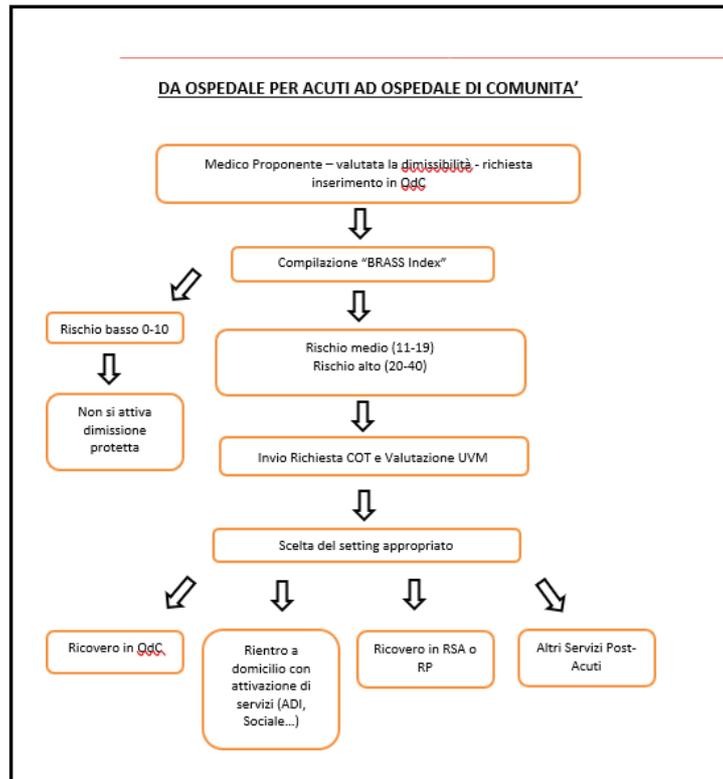
ACCESSO ALL' OSPEDALE DI COMUNITA'

L'Ospedale di Comunità (OdC) svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

L'OdC è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità

Regione Umbria

clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). (DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020- DM 77/22- DGR. Umbria N. 1329 del 14/12/2022). L'accesso a tale struttura avviene come indicato nelle Linee Guida ospedali di Comunità (DGR 912/2023) di cui si riporta la Flow Chart di riferimento.



ACCESSO ALLE STRUTTURE/SERVIZI DI RIABILITAZIONE

Per le persone in condizione di disabilità di nuova insorgenza o cronica riacutizzata, l'EODP si avvale della valutazione multidisciplinare del team riabilitativo operante negli Ospedali, nei DEA di 1° livello o negli ospedali di base (fisiatra, fisioterapista/logopedista) che definisce il percorso riabilitativo specifico, attraverso la compilazione della scheda PRU su piattaforma informatizzata Atl@nte. La EODP, effettuata la validazione della scheda, la trasmette digitalmente alla COT che sulla base del percorso individuato nella struttura residenziale di riabilitazione oppure nel servizio riabilitativo del Distretto assegna il paziente al setting prescelto.

ACCESSO ALLE STRUTTURE RESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE

La COT, interfacciandosi digitalmente con le strutture residenziali di riabilitazione (strutture di riabilitazione intensiva cod. 56, cod. 75 o cod. 28, strutture di riabilitazione estensiva extraospedaliere), in base al tipologia di setting previsto in fase acuta ed alle disponibilità di posto letto, gestisce la richiesta di presa in carico del paziente secondo criteri di priorità (gestione della "graduatoria") e rispettando, se possibile, eventuali scelte del paziente/familiare (possibilità di strutture riabilitative alternative dello stesso setting). La conclusione di questa fase del PRU consiste

Regione Umbria

nell'ingresso del paziente alla struttura riabilitativa di destinazione (chiusura scheda PRU).

Per pazienti ricoverati nell'Azienda Ospedaliera di Perugia per i quali sia stata prevista l'assegnazione temporale ad una definita struttura riabilitativa, in attesa della disponibilità di posto letto, è possibile il ricovero temporaneo nei reparti di Medicina degli ospedali di territorio della USL Umbria 1, previo accordo con gli stessi.

ACCESSO AI SERVIZI DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE (AMBULATORIALE O DOMICILIARE)

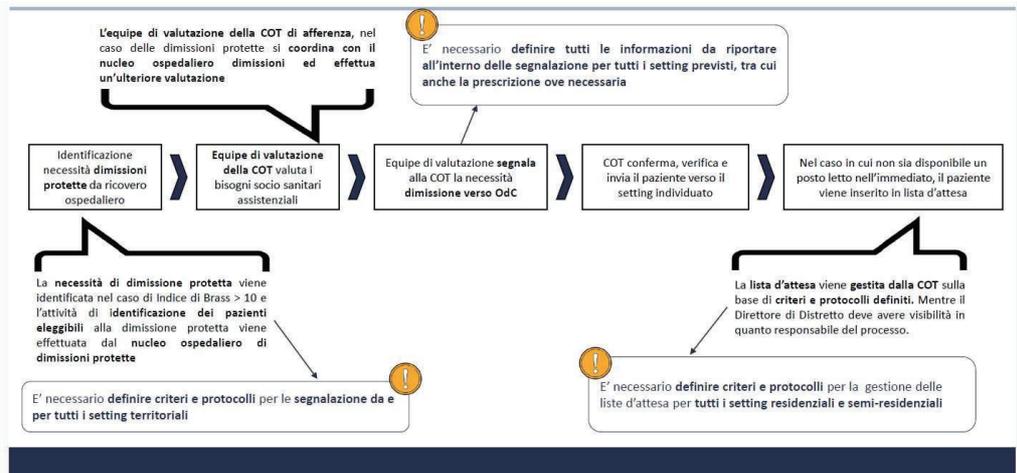
La COT assegna al PUA territorialmente competente ed il team riabilitativo distrettuale previa valutazione funzionale del paziente presente nella scheda PRU, individua la modalità di presa in carico (ambulatorio o domicilio) e definisce progetto riabilitativo individuale

Si riporta di seguito l'elenco delle strutture ospedaliere da cui si possono attivare dimissioni (protette e non) verso il territorio.

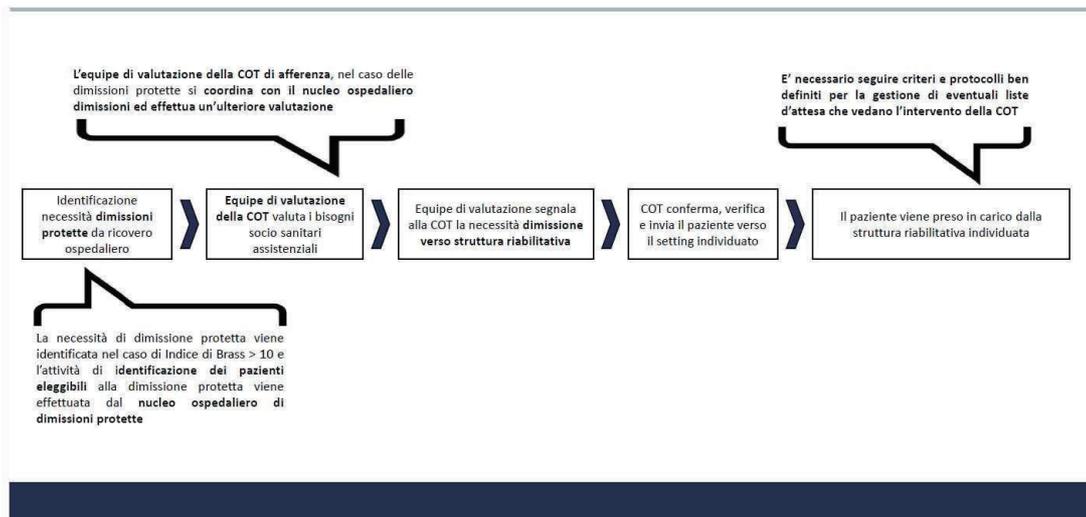
USL DISTRETTO	DISTRETTO DI UBICAZIONE OSPEDALE	DESCRIZIONE STRUTTURA OSPEDALIERA	TIPOLOGIA OSPEDALE	AZIENDA OSPEDALE
USL UMBRIA 1	ALTO TEVERE	OSPEDALE DI CITTA' DI CASTELLO	DEA I	USL UMBRIA 1
USL UMBRIA 1	ALTO TEVERE	OSPEDALE DI UMBERTIDE	BASE	USL UMBRIA 1
USL UMBRIA 1	ALTO CHIASCIO	OSPEDALE DI GUBBIO - GUALDO TADINO	DEA I	USL UMBRIA 1
USL UMBRIA 1	TRASIMENO	OSPEDALE DI PASSIGNANO	RIABILITATIVO	USL UMBRIA 1
USL UMBRIA 1	TRASIMENO	OSPEDALE DI CASTIGLIONE DEL LAGO	BASE	USL UMBRIA 1
USL UMBRIA 1	ASSISANO	OSPEDALE DI ASSISI	BASE	USL UMBRIA 1
USL UMBRIA 1	MEDIA VALLE DEL TEVERE	OSPEDALE MEDIA VALLE DEL TEVERE	BASE	USL UMBRIA 1
USL UMBRIA 1	PERUGINO	OSPEDALE DI PERUGIA	DEA II	AO PERUGIA
USL UMBRIA 2	FOLIGNO	OSPEDALE DI FOLIGNO	DEA I	USL UMBRIA 2
USL UMBRIA 2	FOLIGNO	OSPEDALE DI TREVÌ	RIABILITATIVO	USL UMBRIA 2
USL UMBRIA 2	SPOLETO	OSPEDALE DI SPOLETO	DEA I	USL UMBRIA 2
USL UMBRIA 2	VALNERINA	OSPEDALE NORCIA	BASE	USL UMBRIA 2
USL UMBRIA 2	VALNERINA	OSPEDALE CASCIA	RIABILITATIVO	USL UMBRIA 2
USL UMBRIA 2	NARNI AMELIA	OSPEDALE DI NARNI	BASE	USL UMBRIA 2
USL UMBRIA 2	NARNI AMELIA	OSPEDALE DI AMELIA	RIABILITATIVO	USL UMBRIA 2
USL UMBRIA 2	TERNI	OSPEDALE DOMUS GRATIE TERNI	RIABILITATIVO	USL UMBRIA 2
USL UMBRIA 2	ORVIETO	OSPEDALE DI ORVIETO	DEA I	USL UMBRIA 2
USL UMBRIA 2	TERNI	OSPEDALE DI TERNI	DEA II	AO TERNI

SCHEDA 1 A - Dimissione Ospedale -OdC

Regione Umbria



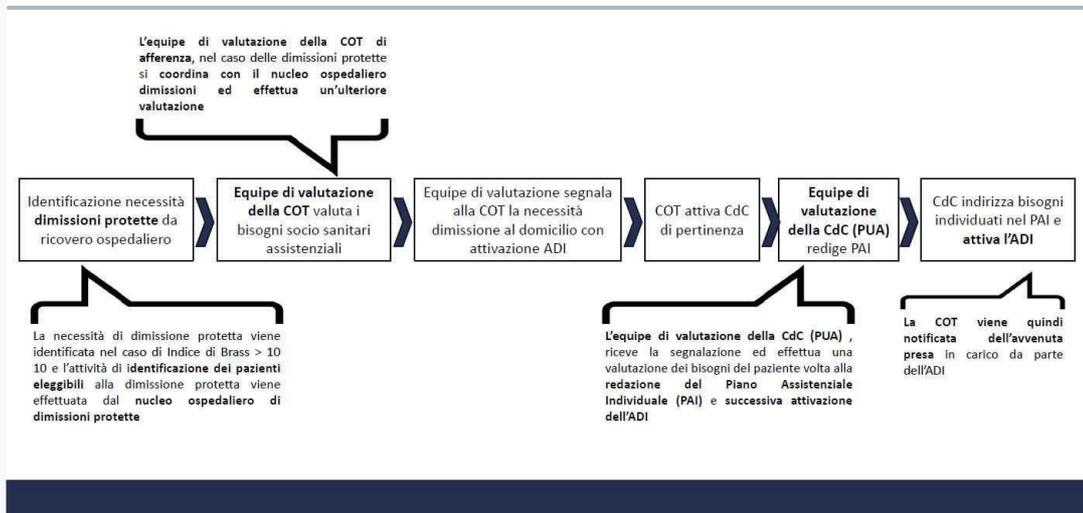
SCHEDA 1 B - Dimissione Ospedale - Struttura riabilitativa



Lo schema è valido anche per altra struttura territoriale con le specificità della tipologia di struttura

Regione Umbria

SCHEDA 1 C - Dimissioni Ospedale - Domicilio con ADI



5.2 CASO D'USO TERRITORIO – TERRITORIO

La transizione dell'assistito nei diversi servizi territoriali si realizza prevalentemente all'interno dello stesso ambito territoriale dove il passaggio tra setting di diversa intensità assistenziale permette di rispondere in maniera efficace ai bisogni espressi dall'utenza.

Da domicilio (attivato da MMG)
Domicilio → ADI erogata da CdC (richiesta da MMG)
Domicilio → OdC (richiesto da MMG)
Domicilio → Servizi CdC (es. presa in carico cronico) **
Domicilio (UCPD*) → Hospice (richiesto da MMG)
Da domicilio con ADI (attivato da MMG)
Domicilio con ADI → OdC
Domicilio con ADI → servizi CdC
Domicilio con ADI → Hospice
Da struttura sanitaria di ricovero (OdC)
OdC → Domicilio con ADI erogata da CdC (richiesto da MMG/OdC)
OdC → Domicilio senza ADI (richiesto da MMG/OdC)
OdC → Domicilio (UCPD) (richiesto da MMG/OdC)
OdC → Hospice (richiesto da MMG/OdC)
Da Hospice
Hospice → Domicilio (UCPD)
Da strutture a valenza sociale
Comunità alloggio → OdC
Casa di riposo → OdC
Da struttura sociosanitaria (RSA)
RSA → Domicilio (UCPD*) (richiesto da MMG o RSA)
RSA → Hospice
RSA → Domicilio con ADI (richiesto da MMG o RSA)
* UCPD: Unità Cure Palliative Domiciliari ** Caso d'uso identificato come prioritario

Regione Umbria

Caso d'uso T2T: Attori, Fasi e Attività

	Identificazione del bisogno (IB)	Identificazione del setting e coordinamento (IS)	Attuazione delle transizione (AT)
 Territorio-Richiedente	5.2.1 MMG/PLS o altro professionista che ha in gestione individua un bisogno clinico-assistenziale 5.2.2 Scheda di valutazione del bisogno 5.2.3 Notifica alla COT di prescrizione/richesta	5.2.8 Ricezione notifica dalla COT di avvenuta individuazione della struttura/servizio idonea e conferma della proposta 5.2.9 Ricezione notifica dalla COT degli aspetti organizzativi per la transizione 5.2.10 Mantenimento del contatto con paziente	5.2.16 Gestione del paziente in fase di transizione 5.2.17 Preso in carico del paziente al termine della transizione in ospedale 5.2.18 Eventuale riprogrammazione insieme a COT
 COT	5.2.4 Informa il paziente/caregiver 5.2.5 Accoglimento della richiesta 5.2.6 Eventuale attivazione dell'UV per la definizione del PAI (il pz è già valutato da/dai richiedenti compresa AS)	5.2.11 Supporto all'individuazione del servizio/struttura di destinazione tramite analisi sul territorio 5.2.12 Attivazione/prenotazione della struttura o servizio territoriale individuato 5.2.13 Pianificazione della transizione insieme al soggetto richiedente e destinatario	5.2.19 Verifica aspetti organizzativi e logistici: es verifica disponibilità PL in caso di accesso in struttura del territorio) 5.2.20 Attivazione degli attori coinvolti nella presa in carico 5.2.21 Monitoraggio del completamento della transizione 5.2.22 Notifica a tutti gli attori rispetto all'esito della transizione e adeguato aggiornamento
 Territorio - Destinatario	5.2.7 Integrazione informazione e facilitazione tra i professionisti Visione ed eventuale integrazione delle schede di valutazione, comunicando con UV	5.2.14 Conferma della disponibilità alla presa in carico 5.2.15 Pianificazione della transizione insieme alla COT	5.2.23 Presa in carico del paziente 5.2.24 Mantenimento del contatto con paziente

*con l'introduzione dell'applicativo COT andrà effettuata una mappatura dei sistemi attualmente in uso e loro funzioni al fine di definire le integrazioni necessarie con l'applicativo COT

5.3 CASO D'USO TERRITORIO - OSPEDALE

Il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) può esprimere il bisogno di un ricovero ospedaliero programmabile (ammissione protetta) e/ un accesso con carattere di urgenza che di norma si realizza con una permanenza del paziente presso l'OBI degli ospedali di riferimento.

Ammissione Protetta:

Il MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso, concorda con la COT la necessità di un accesso ospedaliero programmabile A fronte della necessità viene emessa una prescrizione/richesta di attivazione della procedura con le relative informazioni sui bisogni e condizioni del paziente (es. necessità ossigeno o specifici presidi, presenza di accompagnatore, possibilità di trasporto da sdraiato/seduto, ecc.). La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni e si interfaccia con il Bed Manager della struttura ospedaliera ricevente per la pianificazione dell'accesso del paziente.

La COT traccia e registra il buon esito della transizione del paziente verso la Struttura Ospedaliera individuata.

Accesso Ospedaliero in urgenza

Si concretizza nel caso di pazienti che già in carico ai servizi territoriali manifestino un bisogno che richiede prestazioni ospedaliere in urgenza. In tal caso, il paziente viene trasportato presso un pronto

Regione Umbria

Soccorso dal Servizio 118. Giunto al Pronto Soccorso la COT riceve la notifica di accesso in PS attraverso il sistema atlante. Il paziente in accesso al PS dopo valutazione clinica può:

- essere dimesso da PS e rientrare nell'arco della stessa giornata nel setting assistenziale di provenienza

Regione Umbria

- permanere in PS per osservazione in OBI e poi dimesso verso il setting assistenziale di provenienza territoriale
 - ricoverato presso le diverse Unità Operative
- In tutti i casi la COT riceve la notifica di esito del percorso in PS attraverso il sistema Atl@nte collegato con PS e ADT.

Caso d’uso T2O: Attori, Fasi e Attività

	Identificazione del bisogno (IB)	Identificazione del setting e coordinamento (IS)	Attuazione delle transizione (AT)
 Territorio	<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione del bisogno di un intervento/ricovero programmabile o di una prestazione specialistica presso una struttura ospedaliera • Notifica alla COT di prescrizione/richiesta di attivazione dell'intervento/prestazione con informazione sui bisogni 	<ul style="list-style-type: none"> • Ricezione e conferma della proposta di appuntamento • Mantenimento dei contatti con il paziente 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione del paziente in fase di transizione • Presa in carico del paziente al termine della transizione in ospedale • Eventuale riprogrammazione insieme a COT
 COT Spoke	<ul style="list-style-type: none"> • Accogliimento e Presa in carico della richiesta • Integrazione delle informazioni sul caso (esigenze clinico-assistenziali ed informazioni sulla prestazione richiesta) 	<ul style="list-style-type: none"> • Accesso alle liste di attesa/agende di prenotazione per verificare la disponibilità presso le strutture ospedaliere • Proposta alla struttura richiedente e prenotazione • Supporto alla transizione 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio del completamento della transizione • Supporto alla risoluzione di problematiche • Notifica a tutti gli attori rispetto all'esito della transizione • Eventuale riprogrammazione
 Ospedale		<ul style="list-style-type: none"> • Ricezione della prenotazione • Presa in carico della richiesta da parte del Nucleo di Coordinamento dedicato nel caso di accesso per ricovero programmato 	<ul style="list-style-type: none"> • Accettazione ed erogazione della prestazione specialistica/ ammissione e gestione del ricovero • Emissione documentazione clinica • Notifica di avvenuta o non avvenuta prestazione alla COT

caso dimissione protetta: dimissione pianificata e concordata tra il reparto di dimissione, i servizi territoriali, assistito e famiglia, MMG o PLS

5.4 CASO D’USO TELEMEDICINA

Il presente caso d’uso è già previsto dalle Linee guida organizzative contenenti il “Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare”, approvate con DM 29 aprile 2022, che definisce il ruolo della COT nel coordinamento dei servizi di telemedicina, tra i quali anche il telemonitoraggio e il telecontrollo della salute.

Nell’ambito dell’assistenza territoriale, i servizi di telemedicina possono essere richiesti da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvisa la necessità di prestazioni in telemedicina come ad esempio monitorare da remoto, anche in maniera continuativa ed automatica i parametri vitali di un paziente mediante l’utilizzo di dispositivi e sensori certificati forniti dall’Azienda sanitaria. La COT visualizza la richiesta, prendendola in carico ed informando il PUA della CdS e/o il servizio preposto all’erogazione del telemonitoraggio.

Il caso d’uso in oggetto sarà successivamente ulteriormente sviluppato non appena sarà disponibile la piattaforma Regionale di cui alla DGR 665 del 28/06/2023 - “PNRR M6 C1 sub investimento 1.2.3.2. " Servizi di Telemedicina" Approvazione Modello regionale per l’erogazione dei servizi di telemedicina”