

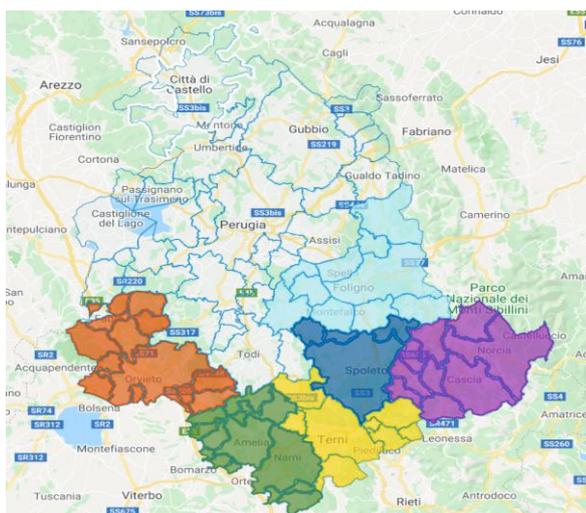
# RELAZIONE SANITARIA PNRR USL UMBRIA 2

## ANALISI DEL CONTESTO

La Regione Umbria ha una superficie complessiva di 8.450,47 Km<sup>2</sup>, dove insistono 92 Comuni accorpati nelle due Aziende Unità Sanitarie Locali. Nell'ambito delle due Aziende i Comuni sono raggruppati per Distretto (6 per ogni Azienda – Fig. 1 Distretti Umbria 2). La USL Umbria 2 ha una numerosità maggiore di Comuni, 54, di cui solo 12 hanno più di 5.000 abitanti, mentre la maggior parte della popolazione risiede in Comuni con meno di 5.000 abitanti (34) e meno di 1.000 abitanti (8).

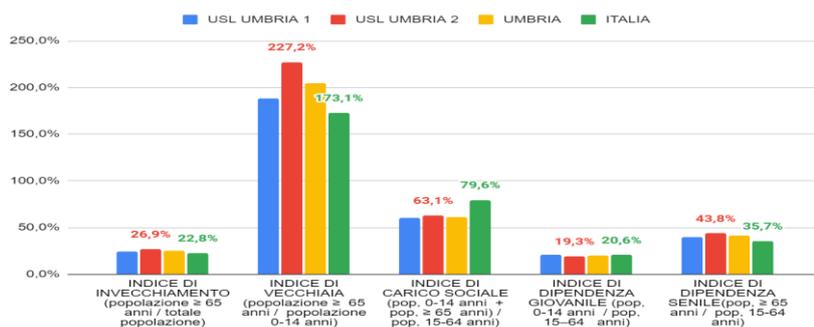
Il territorio della USL Umbria 2 ha una popolazione residente di circa 381.000 persone con bassa densità di popolazione media (109 ab/km<sup>2</sup>), dovuta alle caratteristiche oro – geografiche dell'Azienda che vede nel proprio territorio anche zone ad alto rischio sismico (terremoto del 2016) e con rete viaria che rende difficoltosi gli spostamenti anche tra zone limitrofe. Questi elementi sono stati considerati nell'organizzazione dei servizi sanitari alla popolazione che risulta quindi dispersa in un'ampia area territoriale.

**Fig. 1 – Distretti USL Umbria 2**



Nella programmazione dei servizi si è considerato che tra le regioni italiane, per percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne, l'Umbria si attesta ai primi posti (25,5%), con il Friuli Venezia Giulia (26,2%) e la Liguria (28,5%). L'invecchiamento della popolazione regionale è deducibile dall'analisi dell'andamento degli indicatori demografici riportati in Fig. 2

**Fig. 2 – Indici demografici**



Per soddisfare i bisogni espressi dalla popolazione (anziani che vivono soli, affetti da malattie croniche) la diffusione dei servizi sanitari sul territorio è capillare e attualmente imperniata sul Centro di Salute a cui fanno capo i Punti di Erogazione Servizi (PES) che forniscono servizi alla popolazione presente nei piccoli paesi e in diversi punti delle città. I Centri di Salute e i PES forniscono le cure primarie e le prestazioni sanitarie di base al cittadino garantendo:

- erogazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali (prelievi, medicazioni, terapie iniettive, vaccinazioni, visite cardiologiche ed ecocardiogramma) e domiciliari (assistenza infermieristica, riabilitativa, sociale e ausiliaria) per l'assistenza a pazienti non autosufficienti;
- valutazione multidimensionale per erogazione assegno di cura;
- istruttoria inserimento in residenza protetta;
- autorizzazione all'erogazione di presidi e ausili (pannoloni, cateteri, etc.);
- servizio accettazione analisi di laboratorio;
- prenotazione visite specialistiche ed esami diagnostici presso il CUP (Centro Unico Prenotazioni);
- rilascio tesserini esenzione ticket;
- scelta e revoca del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta.

Ai Centri di Salute fa capo anche l'Assistenza Domiciliare che viene attivata da una richiesta del Medico di Medicina Generale (MMG). L'assistenza a domicilio offerta comprende:

- interventi terapeutici complessi: terapia infusiva, terapia antalgica, nutrizione, artificiale, terapia iniettiva;
- situazioni assistenziali connessi alla gestione di stomie: urostomie, sondino naso gastrico, P.E.G., tracheostomie, stomie del tratto digerente;
- situazioni di rischio di infezioni: presenza di presidi intravascolari (cateteri venosi centrali e periferici), cateteri vescicali a permanenza, lesioni cutanee (ferite chirurgiche, lesioni vascolari e neuropatiche, ustioni, lesioni da decubito);
- situazioni di incontinenza (urinaria e/o fecale) e irregolarità dell'alvo;
- situazioni di medio e alto rischio per l'insorgenza delle lesioni da decubito. Situazioni di rischio di sindrome da immobilizzazione.

La Continuità Assistenziale (CA) che integra l'attività del MMG e del Pediatra di Libera Scelta (PLS), nelle ore notturne, prefestive e festive con visite domiciliari o visite ambulatoriali, consigli telefonici o attivazione di servizi di emergenza (118) se ritenuto necessario, è organizzata con base presso i Centri di Salute o i PES ed è diffusa su tutto il territorio aziendale. I MMG ed i PLS svolgono attività per parte dell'orario presso i Centri di Salute/PES come facenti parte delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e negli studi privati collocati sul territorio. Insistono inoltre sul territorio delle strutture ospedaliere che forniscono risposta all'emergenza – urgenza (DEA di I e II livello) ed alle esigenze di base della popolazione (ospedali di base). Il modello di geo - localizzazione dei servizi è riportato in Fig. 3 e Tab. 1.

**Fig. 3**



**Tab. 1**

Distretto	Ospedali			CA	MMG	AFT	Centri di Salute	PES	Pronto Soccorso	PPI	Hospice	RSA	Residenze Protette	
	DEA II	DEA I	Base										Pubblico	Conv.
Terni	1	0	0	2	105	5	3	9	1	0	1	1	0	6
Foligno	0	1	0	6	73	4	4	13	1	0	0	1	3	3
Spoletto	0	1	0	2	36	2	2	8	1	0	1	1	0	2
Orvieto	0	1	0	3	31	2	2	5	1	0	1	0	0	5
Narni - Amelia	0	0	2	5	39	2	2	7	0	2	0	0	0	6
Valnerina	0	0	1	5	7	1	2	9	0	2	0	1	0	1
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>23</b>	<b>291</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>51</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>23</b>

**Questo modello organizzativo deve ora svilupparsi integrando nuove funzioni e figure professionali per dar vita alle Case di Comunità, alle COT ed agli Ospedali di Comunità, che richiedono conseguentemente una nuova analisi delle collocazioni sul territorio e nuovi spazi articolati in modo tale da fornire le risposte sanitarie e sociali alla popolazione residente.**

### PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI PNRR

Nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) la “Missione 6: Salute” è focalizzata su due obiettivi principali:

- il rafforzamento della prevenzione e dell’assistenza sul territorio, con l’integrazione tra servizi sanitari e sociali (Component 1);
- l’ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (Component 2).

La Riforma dell’Assistenza Territoriale, afferente alla *Component 1*, si pone come obiettivo, quello di definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria, atta all’individuazione di standard strutturali, tecnologici ed organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, e di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

Sono previsti investimenti:

- nelle *Case di Comunità (CdC)*, per la realizzazione di luoghi fisici di prossimità e di facile individuazione, punto di “primo contatto” dell’utente con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale;

- nella *Casa come primo luogo di Cura*, in cui si colloca il sub-investimento “*Centrali Operative Territoriali*” (COT);
- negli *Ospedali di Comunità (OdC)*, strutture sanitarie di ricovero breve che afferiscono alla rete di offerta dell’Assistenza Territoriale e svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

Le indicazioni per la programmazione degli interventi prevedono, per ogni Distretto:

- 1) una Casa della Comunità hub per ogni Distretto e almeno 3 Case della Comunità spoke (1 ogni 30/35.000 nelle aree metropolitane; 1 ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e sub-urbane; 1 ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali) per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree rurali e problematiche dal punto di vista della viabilità. Le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT) devono essere collocate nelle Case della Comunità o comunque avere un collegamento funzionale con esse;
- 2) 2 Ospedali di Comunità (20 posti letto ogni 50.000 abitanti), da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale;
- 3) 1 Hospice fino a 10 posti letto all’interno della rete aziendale delle Cure Palliative;
- 4) 1 Centrale Operativa Territoriale - COT (1 ogni 100.000 abitanti).

### Case di Comunità (CdC)

La Casa della Comunità, così come tutte le strutture che svolgono funzioni sociali, anche quelle a più forte contenuto tecnico-scientifico, va inquadrata in un contesto politico-culturale che è quello della società ove si manifesta il bisogno di salute e la necessità di disporre di una struttura che renda possibile la realizzazione e l’operatività di un servizio rivolto a promuovere e tutelare la salute della persona. Con l’offerta di servizi e prestazioni che propone, è un presidio strategico del Distretto sociosanitario per fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità nel rapporto tra il SSN e il cittadino e per garantire i livelli essenziali d’assistenza sanitaria e sociosanitaria propri del Distretto: prevenzione, cura e riabilitazione. Alcune delle criticità di tale rapporto sono riconducibili:

- alla dispersione dei punti di erogazione dei servizi che si trovano in una moltitudine di sedi spesso molto distanti fra loro, creando non poche difficoltà ai cittadini;
- alla tradizione strutturale di isolamento organizzativo del MMG e del PLS.

La CdC intende quindi qualificarsi come struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento per l’accesso, l’accoglienza e l’orientamento del cittadino. L’idea è quella di portare sul territorio la cultura e la tipologia organizzativa della “*equipe integrata*”, tipica del modello ospedaliero, un modello che, in virtù della contiguità spaziale, rende rapida ed efficace la collaborazione di vari specialisti che si dedicano in sinergia alla soluzione del caso perché non sempre le attività sanitarie territoriali riescono a garantire risposte altrettanto collegate ed integrate.

L’attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un’azione d’équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Comunità, altri professionisti della salute, quali ad esempio Logopedisti, Fisioterapisti, Dietisti, Tecnici della Riabilitazione e Assistenti Sociali, anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali del Comune di riferimento.

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo di prossimità, identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione residente;
- la prevenzione e promozione della salute attraverso il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale ed altre forme di collaborazione (l'Azienda USL Umbria 2 partecipa come centro partecipante al Progetto Europeo "Joint Action sul trasferimento delle Buone Pratiche in Cure Primarie – *practices primary Care (CIRCE)*" che vede il coinvolgimento delle CdC nella promozione della salute dei cittadini);
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata, programmabile e non;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

L'attività della CdC si può schematizzare per aree omogenee:

- 1) **Area di accesso** del C.U.P (Centro Unificati di Prenotazione), del C.O.D. (Centro Operativo Distrettuale costituito dallo Sportello unico di accesso ai servizi socio-sanitari, unitamente all'Ufficio del Piano Sociale ed al S.I.C.O.D. - Servizio informatico centro operativo distrettuale). Nell'area dell'accesso sarà previsto anche il collegamento informatizzato con le Farmacie pubbliche e convenzionate per potenziare, con la loro collaborazione, i servizi di prenotazione, informazione, educazione sanitaria, piccola diagnostica, assistenza farmaceutica domiciliare;
- 2) **Area dei Servizi Sanitari:**
  - a) i Servizi sanitari comprendono le attività di prevenzione e sorveglianza rivolte alla collettività (ad esempio vaccinazioni, screening, educazione sanitaria, consultorio) e si estendono, attraverso le unità di cure primarie alle cure mediche e riabilitative finalizzate alla gestione di percorsi assistenziali nell'ottica del recupero e del mantenimento del maggior stato di salute e di autonomia possibile. Tali azioni si collocano pertanto anche nell'ottica della gestione della cronicità propria di popolazioni anziane, secondo il Chronic Care Model;
  - b) la prevenzione è l'attività strategica del C.O.D. che ha come obiettivo la individuazione delle cause delle malattie e la predisposizione di programmi atti a ridurne l'incidenza. Verrà quindi previsto l'Ufficio Igiene e S.P. con Centro Vaccinale, il Punto Unico di Accesso Distrettuale per la Prevenzione in ambito della Salute Animale, il Punto Unico di Accesso Veterinario;
  - c) un posto importante è occupato dalla specialistica ambulatoriale supportata ovviamente da adeguate apparecchiature dedicate in particolare alla presa in carico del paziente cronico (BPCO, Scemenso, diabete, ipertensione). La specialistica ambulatoriale, per essere proficua per il paziente, deve essere quanto mai integrata e programmata con le Cure Primarie e con l'ospedale e deve assicurare una diagnostica tecnologicamente semplice ma efficace: si fa riferimento alla ecografia, spirometria, ecodoppler, alle radiografie ed un servizio radiologico ed ecografico domiciliare per le persone difficilmente trasportabili.

3) **Area Servizi Socio-Sanitari** che accoglie:

a) il consultorio familiare con annessi ambulatori pediatrico e ginecologico che rappresenta la sede di promozione della salute della donna e del bambino, dell'educazione alla vita degli adolescenti, per la preparazione dei giovani alla vita matrimoniale, per la prevenzione dell'infertilità, per l'educazione della donna al parto, per il contrasto delle pratiche abortive, per la lotta ai tumori femminili e maschili e per la lotta alle malformazioni. Tutte queste azioni devono essere attivate in sinergia e coordinate con il Centro Salute Donna, tramite la presa in carico della donna o della coppia o della famiglia nella sua problematica globale;

b) l'Assistenza Domiciliare Integrata;

c) l'Unità di Valutazione Integrata (UVI), resa operativa tramite l'equipe organizzata ad hoc che è composta dal MMG competente per il caso, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti e medici specialisti appositamente individuati secondo le necessità, viene effettuata una valutazione multidisciplinare del paziente al fine di prenderlo in carico in regime ADI più vicino al suo bisogno socio sanitario;

d) Patologie Croniche e PDTA: Broncopneumopatie, Cardiovascolopatie, Diabete, Dislipidemie, Epato-Enteropatie, Esofago-Gastro-Duodenopatie, Hiv positività e Aids conclamato.

4) **Area Servizi ed Attività Sociali**: possibilità di avere all'interno della CdC la presenza in integrazione all'equipe sanitaria di Assistenti Sociali dei Comuni.

Le CdC previste per il finanziamento PNRR considerano sia le peculiarità oro - geologiche, l'epidemiologia e la demografia legate al territorio di riferimento e sono riportate in tab. 2.

**Tab. 2**

<b>Case della Comunità (CdC)</b>	<b>Localizzazione</b>	<b>Servizi</b>
<b>Montefalco</b>	Presso attuale Centro di Salute	CdC hub
<b>Spoletto</b>	Presso Centro di Salute di Via Manna	CdC hub
<b>Nocera Umbra</b>	Presso attuale Centro di Salute	CdC hub
<b>Norcia</b>	Presso ex Ospedale	CdC hub
<b>Cascia</b>	Presso Nuovo Ospedale	CdC hub
<b>Terni</b>	Ristrutturazione Palazzine ex CIM	CdC hub
<b>Amelia</b>	Presso Centro di Salute	CdC hub
<b>Narni</b>	Ex mattatoio comunale vicino Ospedale	CdC hub
<b>Orvieto</b>	Ex Ospedale in centro città	CdC hub
<b>Fabro</b>	Presso Centro di Salute	CdC hub

La CdC hub garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio-sanitarie);
- presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale
- presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- punto prelievi;
- programmi di screening;
- servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);
- servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- sistema integrato di prenotazione collegato al CUP;
- servizio di assistenza domiciliare di base;
- partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato.

***Le Case di Comunità (CdC), previste a Montefalco, Spoleto, Nocera Umbra, Norcia, Cascia, Terni, Amelia, Narni, Orvieto e Fabriano, per quanto sopra saranno strutture per le cure primarie e per i supporti sociali e assistenziali, luogo di relazione e di attenzione a tutte le dimensioni di vita della persona, che viene accolta, ascoltata, riconosciuta nella sua dignità ed unicità, e messa nella condizione di poter trovare una risposta consapevole al proprio bisogno assistenziale. Si prevede lo sviluppo di un database unico, per ogni singolo cittadino, che in questo modo potrà contare su un percorso per la salute personalizzato, e accedere più agevolmente a tutte le strutture presenti nel territorio, grazie ad un approccio sinergico, con giovamenti per l'intera comunità.***

### **Centrali Operative Territoriali (COT)**

Il progetto si inquadra nella Missione Sanità (M5), Componente 1 (C1): "Misura di investimento: rafforzamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale". La sottomisura è la 1.2: "La Casa come primo luogo di cura" il cui intervento specifico è Intervento 1.2.2 "Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: la Centrale Operativa". Le risorse disponibili totali: 4 Mld € per M2C1-1.2. Previste 602 Centrali Operative Territoriali, una per distretto da 100.000 abitanti e circa 0,5 Mld a COT (totale 280 Mld). L'indicazione sulla dimensione del distretto è uno standard che va poi calata nella propria realtà organizzativa (Mantovani, 2021). Strategie nazionali "Gruppo di lavoro Agenas sull'assistenza territoriale"

Il documento "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale", preparato dal Gruppo di lavoro Agenas sull'assistenza territoriale è stato presentato alla Cabina di regia per il Patto per la Salute, e prevede la definizione di nuovi standard per le cure territoriali. Nel documento la COT è definita come uno strumento organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel

processo assistenziale nei diversi setting assistenziali, attività territoriali sanitarie, socio sanitarie ed ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza. L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio sanitari.

La COT si interfaccia con la Centrale Operativa 116117 a valenza regionale, per le cure mediche non urgenti ed offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni la settimana per tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale.

Nel Piano regionale si prevede l'implementazione e lo sviluppo della COT, in attuazione di quanto previsto al comma 8 dell'art. 1 con i seguenti obiettivi:

- istituire una COT a valenza regionale per la presa in carico di tutte le dimissioni protette sia dalle Aziende Ospedaliere, che dagli ospedali DEA, che dagli ospedali di prossimità, verso le residenze sanitarie assistite o il domicilio, ma anche delle richieste di prestazioni ADI, comprese le attivazioni per cure palliative;
- acquisire l'infrastruttura e la piattaforma applicativa e le apparecchiature di telemonitoraggio;
- collegare funzionalmente la COT con ciascun PUA distrettuale attraverso ulteriore implementazione dell'esistente sistema informativo territoriale, garantendo anche eventuale raccordo con il sistema dell'urgenza-emergenza;
- potenziare gli strumenti informativi di telemedicina anche per la interoperabilità dei sistemi al fine di individuare tempestivamente il percorso più appropriato per il paziente tra ospedale e territorio;
- rafforzare la dotazione del personale infermieristico e medico da assegnare funzionalmente alla COT al fine di garantire al massimo l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie.

Ci proponiamo di attivare due Centrali Operative territoriali per la USL Umbria 2: COT SUD-OVEST e COT SUD-EST, che raggruppano ognuna 3 distretti come riportato nella Fig. 4.

**Fig. 4**

	COT SUD-EST	COT SUD-OVEST
<b>DISTRETTI</b>	FOLIGNO, SPOLETO, VALNERINA	TERNI, ORVIETO, NARNI-AMELIA
<b>POPOLAZIONE</b>	<b>156.394</b>	<b>223.813</b>
<b>SUPERFICIE in Km<sup>2</sup></b>	2.202	1.957
<b>DENSITÀ' Ab/Km<sup>2</sup></b>	71	114
<b>% Popolazione</b>	17,67 %	25,30 %
<b>Indice di vecchiaia Pop &gt; 65 a. /Pop. 0-14</b>	222,64 %	244,80 %
<b>Indice di invecchiamento Pop &gt; 65 aa /tot. Pop-</b>	27,83 %	26,10 %
<b>COMUNI</b>	22	32



Le due COT possono dovranno gestire le transizioni di questi contesti:

- Continuità Assistenziale (CA): gestione delle chiamate alla Continuità Assistenziale e attivazione dei medici di CA per la gestione dei pazienti;

- dimissioni protette: presa in carico di tutte le dimissioni protette sia dalle Aziende Ospedaliere, che dagli ospedali DEA, che dagli ospedali di prossimità, verso le residenze sanitarie assistite o il domicilio;
- gestione dell'ADI: gestione delle richieste di prestazioni ADI sia per i pazienti ordinari che per i pazienti Covid interfacciandosi con le USCA e le altre articolazioni organizzative interessate dalla gestione dei pazienti in ADI;
- gestione delle cronicità: organizzazione dei percorsi dei pazienti cronici definiti dagli specialisti interessati (MMG/PLS, Medici territoriali o medici specialisti ospedalieri) in base al piano di cura previsto per la specifica patologia.

Le COT saranno operative 24h e le suddette funzioni trovano applicazione notturna, diurna e nei diurni festivi e queste quattro funzioni potranno essere esercitate tramite le risorse di un team multiprofessionale costituito da:

- Medici,
- Infermieri,
- Amministrativi.

La Centrale Operativa Territoriale deve essere in grado di scambiare dati ed informazioni con le altre componenti delle Aziende Sanitarie del SSR per ottimizzare la gestione degli utenti e delle risorse anche di tipo tecnologico. La gestione dovrà essere affrontata con flessibilità del modello funzionale e orientata all'integrazione dei sistemi, alla comunicazione e allo scambio automatico dei dati con le altre realtà organizzative interessate.

Volendo affrontare la problematica della Non Emergenza non come semplice instradamento di comunicazioni vocali verso operatori sul territorio, bensì come razionalizzazione di interventi e di risorse ed un innalzamento del servizio percepito ed erogato verso i cittadini, occorre sviluppare modelli che contemplino una Centrale Operativa evoluta, presidiata, di monitoraggio di risorse e di necessità in evoluzione sul territorio.

Per tutto quanto esposto tra i possibili modelli organizzativi attuabili finalizzati alla gestione della Non Emergenza Sanitaria (116117) si ritiene fondamentale implementare il modello che utilizzi necessariamente personale sanitario (medico ed infermieristico) presso la COT affiancato da Amministrativo.

Le varie componenti professionali saranno tra loro integrate anche se la gestione delle quattro funzioni dovrà prevedere competenze ben delineate alle diverse componenti professionali.

***La localizzazione delle due COT, scelta sulla base della disponibilità di spazi, di collegamenti e della centralità rispetto ai due Distretti, è stata stabilita presso la Casa di Comunità di via Manna a Spoleto e a Terni, presso la Casa di Comunità nelle palazzine ex CIM.***

***Le Centrali Operative Territoriali (COT) a Spoleto e Terni, avranno pertanto la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli Ospedali e con la rete di emergenza-urgenza. Le COT saranno dotate dei mezzi tecnologici per garantire il controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, sosterranno lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituiranno un punto di riferimento per i caregiver, sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione, e fungeranno da punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali del paziente, implementeranno un sistema che grazie all'ausilio dell'intelligenza artificiale e degli strumenti di machine learning, riuscirà a ridurre il numero di accessi di assistenza domiciliare degli operatori sanitari necessari per paziente senza ridurre la qualità di cura.***

## Ospedali di Comunità (OdC)

Il PNRR prevede che all'interno delle CdC possano essere ricompresi posti letto di cure intermedie (Ospedali di Comunità e post-acuti) e/o posti letto di hospice e/o servizi di riabilitazione e mantenimento funzionale.

L'OdC è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio.

Le caratteristiche sono:

- 1 Ospedale di Comunità (20 posti letto) ogni 50.000 abitanti, da attuarsi in modo progressivo.
- 0,4 posti letto per 1000 abitanti
- Standard minimo di personale: 9 infermieri, 6 Operatori Socio-Sanitari e un medico per almeno 4 ore al giorno.

L'Ospedale di Comunità (OdC) come previsto dalla normativa vigente e dagli atti di riferimento (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20.02.2020), 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 socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio.

L'OdC è una struttura, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio, in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. L'OdC è una struttura pubblica o privata in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'OdC, così come chiarito dall'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20.02.2020, non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità socio-sanitarie già esistenti, che hanno altre finalità e destinatari; in particolare, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502").

L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali socio-sanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è gerarchicamente sempre riconducibile all'assistenza territoriale distrettuale.

L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.

Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver.

In sintesi, i pazienti eleggibili sono classificabili secondo quattro tipologie:

- a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro impreveduto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in:
  - valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili);
  - counselling ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

***Gli Ospedali di Comunità (OdC), sono previsti a Montefalco, Norcia, Cascia, Orvieto e Terni, ognuno con 20 posti letto, a gestione prevalentemente infermieristica, e saranno volti a garantire una maggiore appropriatezza clinica (riduzione di accessi impropri al Pronto Soccorso, o ad altre strutture di ricovero ospedaliero), come anche a facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio (consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più idoneo alle esigenze di cura del paziente).***

La collocazione degli OdC è riassunta in Tab. 3.

**Tab. 3**

Ospedali di Comunità (CdC)	Localizzazione
Montefalco	Presso ex Ospedale adiacente alla CdC
Norcia	Presso ex Ospedale
Cascia	Presso Nuovo Ospedale
Terni	Ristrutturazione Palazzine ex CIM
Orvieto	Ex Ospedale in centro città

## CONCLUSIONI

Le scelte strategiche nella definizione delle sedi ove allocare le Case di Comunità, le COT e gli Ospedali di Comunità, sono state sia mirate ad uno sviluppo del territorio seguente alla analisi del contesto demografico e geomorfologico, nonché allo studio del bisogno di salute e delle strutture sanitarie già in essere. Va da sé che l'approvando Piano Sanitario Regionale, che porterà ad una nuova distribuzione del Territorio in Distretti, necessita un adeguamento della programmazione aziendale al fine di rendere più moderno ed attuale l'investimento di risorse sul territorio aziendale.

Pertanto gli interventi previsti sono finalizzati alla razionalizzazione, ottimizzazione e valorizzazione del patrimonio, disponibile ed indisponibile, in aderenza con la programmazione patrimoniale aziendale 2021-2023 e conseguentemente, in linea, con gli orientamenti e i riordini di più ampia portata (riorganizzazione sanitaria a livello regionale con istituzione di AUSL aventi più ampi ambiti geografici territoriali; prevedendo anche un recupero di alcune strutture di proprietà, in un contesto storico caratterizzato da una forte recessione economica e stringenti manovre fiscali, con un ruolo cardine, quindi, delle attività volte alla valorizzazione economica del patrimonio immobiliare; (spending review, etc.).

Si citano ad esempio tra gli interventi sopra richiamati, quelli che interesseranno gli ex ospedali dismessi presenti in Orvieto (per il quale sono state esperite tre aste pubbliche per l'alienazione, andate deserte) e in Montefalco, ricordando come riguardo a quest'ultimo, questa AUSL, unitamente al Comune, ha avviato da tempo, un processo di valorizzazione unico, in coerenza con gli indirizzi di sviluppo territoriale e sanitario regionali, nonché con i contenuti del Quadro Strategico di Valorizzazione (QSV) – un percorso di valorizzazione degli immobili/ospedali dismessi, con il mantenimento della destinazione sanitaria, in "Ospedale di Comunità" e/o "Casa di comunità", *Component 1 del PNRR* – e che sia portato avanti nel rispetto del pregio architettonico degli immobili, andando a scongiurare, in tal modo, un progressivo ammaloramento e deterioramento edilizio e strutturale degli stessi.

il Direttore Generale  
dott. Massimo De Fino  
(firmato)

AZIENDA USL UMBRIA N. 2											
COMPONENT 1											
CASE DELLA COMUNITA' (CdC)											
Comune	Localizzazione	Tipologia	Finanziamenti						NOTE inerenti intervento finanziato con PNRR	Superficie Lorda afferente la Casa di Comunità	
			Ex art. 20	Specifici aziendali	Altre fonti	PNRR	TOT. FINANZIAMENTO				
Montefalco	Via Ringhiera Umbra	CASA di comunità	€ 572.000,00	€ 350.000,00	€ 0,00	€ 300.000,00	€ 1.222.000,00		mq. 776		
Spoletto	Via Aldo Manna	CASA di comunità	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 300.000,00	€ 300.000,00		mq. 1320		
Nocera Umbra	Via Martiri della Libertà snc	CASA di comunità	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 700.000,00	€ 700.000,00		mq. 1050 (senza galleria di collegamento)		
Norcia	Via dell'Ospedale	CASA di comunità	€ 0,00	€ 0,00	Sisma € 9.400.000,00 Importo per Intervento complessivo su intero immobile (Casa di Comunità e Ospedale di Comunità)	€ 198.250,00	€ 9.598.250,00	€ 112.000,00: Intervento edile+ € 86.250,00: Arredi	mq. 997 (Porzione piano seminterrato)		
Cascia	Via Giovanni XXIII	CASA di comunità	€ 0,00	€ 0,00	Sisma € 9.559.048,00 Importo per Intervento complessivo su intero immobile (Casa di Comunità e Ospedale di Comunità)	€ 157.250,00	€ 9.716.298,00	€ 71.000,00: Intervento edilizio+ € 86.250,00: Arredi	mq. 733 Porzione Piano terra		
Terni	Viale Trieste	CASA di comunità	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 3.480.000,00	€ 3.480.000,00		mq. 1600		
Amelia	Via 1° Maggio	CASA di comunità	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 2.344.012,50	€ 2.344.012,50	Intervento di ristrutturazione su mq.530 esistenti oltre ad Ampliamento di mq. 200 ca. nuova costruzione - Importo complessivo di € 2.344.012,50 composto da: € 2.196.750 intervento edilizio + € 147.262,50 arredi	mq. 730		
Narni	Fuori Porta Ternana	CASA di comunità	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 3.295.012,50	€ 3.295.012,50	Intervento su immobile - ex Mattatoio - di proprietà del Comune di Narni da dare in Concessione all'Azienda USL Umbria 2 con la finalità di Casa di Comunità in Narni - Importo complessivo pari ad € 3.295.012,50 composto da € 3.147.750 Intervento edilizio + € 147.262,50 arredi	mq. 890		
Orvieto	Piazza Duomo	CASA di comunità	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 3.275.000,00	€ 3.275.000,00		mq. 1000		
Fabro	Via Gramsci	CASA di comunità	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 676.725,00	€ 676.725,00		mq. 425		
						<b>FONDI DISPONIBILI PNRR INTERVENTI AUSL 2</b>	<b>€ 14.726.250,00</b>				
OSPEDALI DI COMUNITA' (OdC)											
Comune	Localizzazione	Tipologia	Finanziamenti						Num posti letto	NOTE inerenti intervento finanziato con	Superficie Lorda
			Ex art. 20	Specifici aziendali	Altre fonti	PNRR	TOT. FINANZIAMENTO				
Montefalco	Via Ringhiera Umbra	OSPEDALE di comunità	€ 0,00	€ 1.099.022,67	€ 0,00	€ 3.680.267,40	€ 4.779.290,07	20	L'importo complessivo di € 3.680.267,40 è composto da € 3.581.244,73 Intervento edilizio + € 99.022,675	mq. 1722	
Norcia	Via dell'Ospedale	OSPEDALE di comunità	€ 0,00	€ 0,00	Sisma € 9.400.000,00 Importo per Intervento complessivo su intero immobile (Casa di Comunità e Ospedale di Comunità)	€ 0,00	€ 9.400.000,00	20		mq. 2389,80 (Porzione Piano Seminterrato + intero Piano Terra)	
Cascia	Via Giovanni XXIII	OSPEDALE di comunità	€ 0,00	€ 0,00	Sisma € 9.559.048,00 Importo per Intervento complessivo su intero immobile (Casa di Comunità e Ospedale di Comunità)	€ 0,00	€ 9.559.048,00	20		mq. 2143 Porzione Piano terra+Piano primo + Piano secondo	

	Terni	Viale Trento	OSPEDALE di comunità	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 2.879.000,00	€ 2.879.000,00	20	L'importo complessivo di € 2.879.000,00 è composto per € 550.000,00 realizzazione nuovo edificio di collegamento tra edifici esistenti e per € 2.329.000,00 per interventi di ristrutturazione ed efficientamento energetico	area sedime collegamento mq. 500 + area sedime area oggetto di ristrutturazione ed efficientamento energetico mq. 3000
	Orvieto	Piazza Duomo	OSPEDALE di comunità	€ 0,00	€ 1.099.022,68	€ 0,00	€ 3.343.000,00	€ 4.442.022,68	20	L'importo complessivo di € 3.343.000,00 è composto da € 3.243.977,32 Intervento edilizio + € 99.022,675 Arredi	mq. 1880
FONDI DISPONIBILI PNRR INTERVENTI AUSL 2							€ 9.902.267,40				
<b>CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)</b>											
	<b>Comune</b>	<b>Localizzazione</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Finanziamenti</b>							<b>Superficie Lorda afferente la Centrale Operativa Territoriale</b>
				<b>Ex art. 20</b>	<b>PNRR</b>			<b>TOT. FINANZIAMENTO</b>	<b>NOTE inerenti intervento finanziato con PNRR</b>		
					<b>Infrastruttura (edilizia)</b>	<b>Interconnessione aziendale</b>	<b>Device</b>				
	SPOLETO	Via Aldo Manna	Spoke Modulo 1	€ 0,00	€ 73.075,00	€ 71.071,00	€ 96.716,00	€ 240.862,00			50
	SPOLETO	Via Aldo Manna	Spoke Modulo 2	€ 0,00	€ 73.075,00	€ 71.071,00	€ 96.716,00	€ 240.862,00			50
	TERNI	Viale Trieste	Spoke Modulo 1	€ 0,00	€ 273.075,00	€ 71.071,00	€ 96.716,00	€ 440.862,00			100
	TERNI	Viale Trieste	Spoke Modulo 2	€ 0,00	€ 273.075,00	€ 71.071,00	€ 96.716,00	€ 440.862,00			100
FONDI DISPONIBILI PNRR INTERVENTI AUSL 2				€ 692.300,00	€ 284.284,00	€ 386.864,00					
<b>AZIENDA USL UMBRIA N. 2</b>											
<b>COMPONENT 2</b>											
<b>Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile - PNRR</b>											
	<b>Comune</b>	<b>Localizzazione</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Finanziamenti PNRR</b>							<b>superficie disponibile</b>
				<b>Ex art. 20</b>	<b>Specifici aziendali</b>	<b>Altre fonti</b>	<b>PNRR</b>	<b>TOT. FINANZIAMENTO</b>	<b>Num posti letto</b>		
	Orvieto	Loc.Ciconia	OSPEDALE	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 7.347.053,05	€ 7.347.053,05	175		mq. 25235
<b>Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile - PNC</b>											
	<b>Comune</b>	<b>Localizzazione</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Finanziamenti PNC</b>							<b>superficie disponibile</b>
				<b>Ex art. 20</b>	<b>Specifici aziendali</b>	<b>Altre fonti</b>	<b>PNRR</b>	<b>TOT. FINANZIAMENTO</b>	<b>Num posti letto</b>		
	Foligno	Via Massimo Arcamone	OSPEDALE	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 19.433.267,73	€ 19.433.267,73	323		mq. 58336