

MODELLO ORGANIZZATIVO COT USL UMBRIA 2

CUP F42C22000070006
CUP F42C22000080006
CUP F32C22000200006
CUP F32C22000210006

1. OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

Descrivere il modello organizzativo delle seguenti COT dell'AUSL Umbria n. 2:

- CUP F42C22000070006 COT di Terni – Spoke Modulo 1 (codice NSIS: 121703);
- CUP F42C22000080006 COT di Terni - Spoke Modulo 2 (codice NSIS: 121704);
- CUP F32C22000200006 COT di Spoleto – Spoke Modulo 1 (codice NSIS: 81401);
- CUP F32C22000210006 COT di Spoleto - Spoke Modulo 2 (codice NSIS: 81402);

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 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”. Con il successivo DM 77/2022 recante “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.” la Centrale Operativa Territoriale (COT) è stata definita come quel modello organizzativo che svolge 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 dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza la realizzazione delle COT è finanziata con le risorse del sub investimento M6C1 I1.2.2 – Centrali operative territoriali (COT) che ha quale finalità la realizzazione di strutture che svolgano una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria

3. IL RUOLO DELLA COT

Il ruolo e le funzioni della COT di Terni – Spoke Modulo 1 (codice NSIS: 121703 CUP F42C22000070006), COT di Terni - Spoke Modulo 2 (codice NSIS: 121704 CUP F42C22000080006), COT di Spoleto – Spoke Modulo 1 (codice NSIS: 81401 CUP F32C22000200006) e COT di Spoleto - Spoke Modulo 2 (codice NSIS: 81402 CUP F32C22000210006), 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. È previsto tuttavia in tale caso d'uso anche la notifica alla COT dell'accesso ospedaliero in urgenza da parte di un utente già in carico ai servizi territoriali.

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.

4. MODELLO ORGANIZZATIVO

La Centrale Operativa Territoriale Spoke (COT Spoke- di seguito 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. Dal punto di vista operativo le COT afferiscono ad un coordinatore infermieristico, che ne detiene la responsabilità di gestione e funzionamento. Inoltre, per una COT standard ogni 100.000 abitanti, devono essere previsti 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto (sanitario e/o amministrativo).

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	74,9
ALTO CHIASCIO	6	Costacciaro, Fossato di Vico, Gualdo Tadino, Gubbio, Scheggia e Pascelupo, Sigillo	51.840	817	63,4
PERUGINO	3	Corciano, Perugia, Torgiano	190.736	552	346,2
ASSISANO	5	Assisi, Bastia Umbra, Bettona, Cannara, Valfabbrica	60.507	385	157,2
MEDIA VALLE TEVERE	8	Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello di Vibio, San Venanzo, Todi	55.454	782	70,9
TRASIMENO	8	Castiglione del Lago, Città della Pieve, Magione, Paciano, Panicale, Passignano sul Trasimeno, Piegaro, Tuoro sul Trasimeno	56.526	778	72,3
AZIENDA USL Umbria n.1	38		489.260	4.302	113,7
FOLIGNO	9	Bevagna, Gualdo Cattaneo, Foligno, Montefalco, Nocera Umbra, Sellano, Spello, Trevi, Valtopina	95.041	903,41	105,2
SPOLETO	4	Campello sul Clitunno, Castel Ritaldi, Giano dell'Umbria, Spoleto	45.211	464,82	97,3
VALNERINA	9	Cascia, Cerreto di Spoleto, Monteleone di Spoleto, Norcia, Poggiodomo, Preci, Sant'Anatolia di Narco, Scheggino, Vallo di Nera	11.046	834,08	13,2
TERNI	8	Acquasparta, Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino, San Gemini, Stroncone, Terni	126.159	533,38	236,5
NARNI-AMELIA	12	Alviano, Amelia, Attigliano, Avigliano Umbro, Calvi dell'Umbria, Giove, Guardea, Lugnano in Teverina, Montecastrilli, Narni, Otricoli, Penna in Teverina	49.243	646,38	76,2
ORVIETO	12	Allerona, Baschi, Castel Giorgio, Castel Viscardo, Fabro, Ficulles, Montecchio, Montegabbione, Monteleone d'Orvieto, Orvieto, Parrano, Porano.	36.688	778,06	49,7
AZIENDA USL Umbria n.2	54		363.388	4.160,13	87,3
REGIONE	92		854.378	8.462,13	100,9

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

In considerazione dello standard che ogni COT serve 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 per COT SPOKE USL 1 e mediamente circa 90.000 per COT SPOKE USL 2.

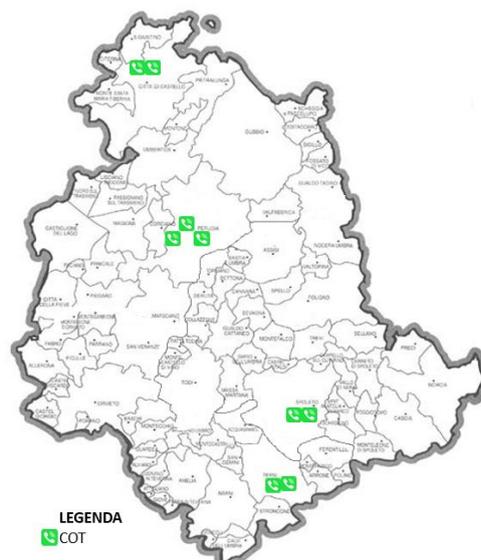
Tenendo altresì presente la distribuzione della popolazione per Distretto e l'orogeografia del territorio sono state associate le 8 COT con i Distretti di riferimento come in tabella successiva in modo tale che ogni COT serve una popolazione compresa tra 85.000 e 130.000 abitanti per coprire la media 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 che è anche 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 CUP F18I22000520006	10099
PERUGINO (<i>parte confine</i>)	34.400			
ALTO CHIASCIO	51.840	112.347	COT N.2 CITTA' CASTELLO CUP F13D22000350006	10100
ASSISANO	60.507			
PERUGINO (<i>area urbana</i>)	156.336	156.336	COT N.1 PERUGIA CUP F93D22000340006	31309
MEDIA VALLE TEVERE	55.454	111.980	COT N. 2 PERUGIA CUP F93D22000350006	31310
TRASIMENO	56.526			
FOLIGNO	95.041	95.041	COT N.1 SPOLETO CUP F32C22000200006	81401
SPOLETO	45.211	56.257	COT N.2 SPOLETO CUP F32C22000210006	81402
VALNERINA	11.046			
TERNI	126.159	126.159	COT N.1 TERNI CUP F42C22000070006	121703
NARNI-AMELIA	49.243	85.931	COT N.2 TERNI F42C22000080006	121704
ORVIETO	36.688			

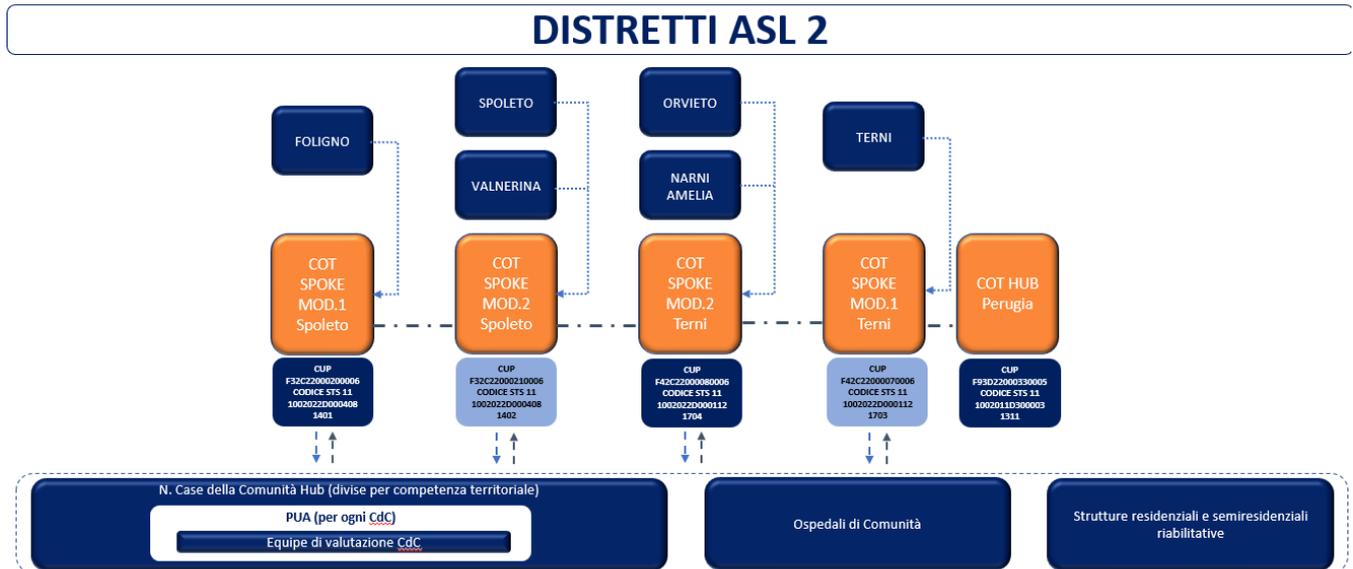
Nella figura successiva la dislocazione delle 9 COT regionali.

Dislocazione delle 9 Centrali Operative Territoriali



9 COT
Citta di Castello Spoke 1
Citta di Castello Spoke 2
Perugia Hub
Perugia Spoke 1
Perugia Spoke 2
Spoletto Spoke 1
Spoletto Spoke 2
Terni Spoke 1
Terni Spoke 2

Nella figura successiva il layout distributivo.



In adempimento alle disposizioni del DM 77/2022 che prevedono una COT ogni 100.000 abitanti, considerata l'orografia del territorio regionale e la popolarità di ciascun distretto sanitario, ogni COT spoke coprirà un bacino di utenza distinto così come rappresentato nella figura sopra riportata. Il coordinatore infermieristico di ogni COT spoke verrà individuato dall'Azienda Sanitaria con modalità proprie. La COT Hub svolge le funzioni di indirizzo e coordinamento a livello centrale, anche per garantire l'omogeneità delle prestazioni ed azioni sul territorio, nonché le funzioni sovradistrettuali per la gestione di casistiche complesse e che non possono trovare soluzione all'interno del distretto di riferimento. Il responsabile della COT hub è individuato dall'Azienda USL n.1 in accordo con l'Azienda USL n.2.

COT di Terni – Spoke Modulo 1 (codice NSIS: 121703)

Al fine di dotare la COT in questione del personale necessario al rispetto dei requisiti sono previste le seguenti assegnazioni di personale: num. 1 coordinatore, num. 3 infermieri e num. 1 operatore di supporto.

Il servizio attualmente garantito dalla suddetta Centrale Operative Territoriale sarà attivo 7 giorni su 7 con orario h. 12.

MATTINO	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Coordinatore infermieristico	1	1	1	1	1	1	-
Infermiere	3	3	3	3	3	1	1
Operatore di supporto	1	1	1	1	1	1	-
POMERIGGIO	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Infermiere	1	1	1	1	1	1	1

COT di Terni - Spoke Modulo 2 (codice NSIS: 121704)

Al fine di dotare la COT in questione del personale necessario al rispetto dei requisiti sono previste le seguenti assegnazioni di personale: num. 1 coordinatore, num. 3 infermieri e num. 1 operatore di supporto.

Il servizio attualmente garantito dalla suddetta Centrale Operative Territoriale sarà attivo 7 giorni su 7 con orario h. 12.

MATTINO	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Coordinatore infermieristico	1	1	1	1	1	1	-
Infermiere	3	3	3	3	3	1	1
Operatore di supporto	1	1	1	1	1	1	-
POMERIGGIO	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Infermiere	1	1	1	1	1	1	1

COT di Spoleto – Spoke Modulo 1 (codice NSIS: 81401)

Al fine di dotare la COT in questione del personale necessario al rispetto dei requisiti sono previste le seguenti assegnazioni di personale: num. 1 coordinatore, num. 3 infermieri e num. 1 operatore di supporto.

Il servizio attualmente garantito dalla suddetta Centrale Operative Territoriale sarà attivo 7 giorni su 7 con orario h. 12.

MATTINO	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Coordinatore infermieristico	1	1	1	1	1	1	-
Infermiere	3	3	3	3	3	1	1
Operatore di supporto	1	1	1	1	1	1	-
POMERIGGIO	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Infermiere	1	1	1	1	1	1	1

COT di Spoleto - Spoke Modulo 2 (codice NSIS: 81402)

Al fine di dotare la COT in questione del personale necessario al rispetto dei requisiti sono previste le seguenti assegnazioni di personale: num. 1 coordinatore, num. 3 infermieri e num. 1 operatore di supporto.

Il servizio attualmente garantito dalla suddetta Centrale Operative Territoriale sarà attivo 7 giorni su 7 con orario h. 12.

MATTINO	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Coordinatore infermieristico	1	1	1	1	1	1	-
Infermiere	3	3	3	3	3	1	1
Operatore di supporto	1	1	1	1	1	1	-
POMERIGGIO	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Infermiere	1	1	1	1	1	1	1

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:

- a) **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);
- b) **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);
- c) **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;
- d) **gestione dei casi territorio- ospedale: casi di ricovero programmati e casi urgenti**
- 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

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

5. I CASI D'USO

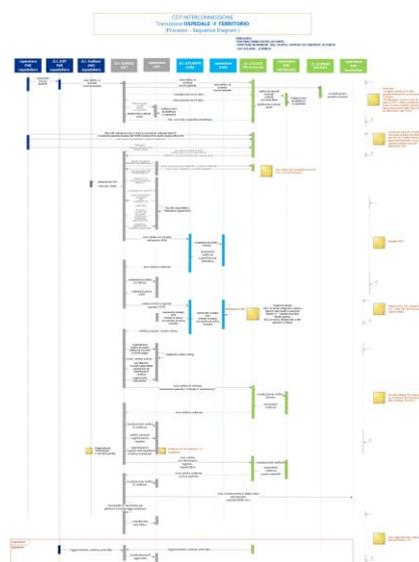
1. OSPEDALE – TERRITORIO
2. TERRITORIO – TERRITORIO
3. TERRITORIO – OSPEDALE
4. TELEMEDICINA

5.1 CASO D'USO OSPEDALE –TERRITORIO

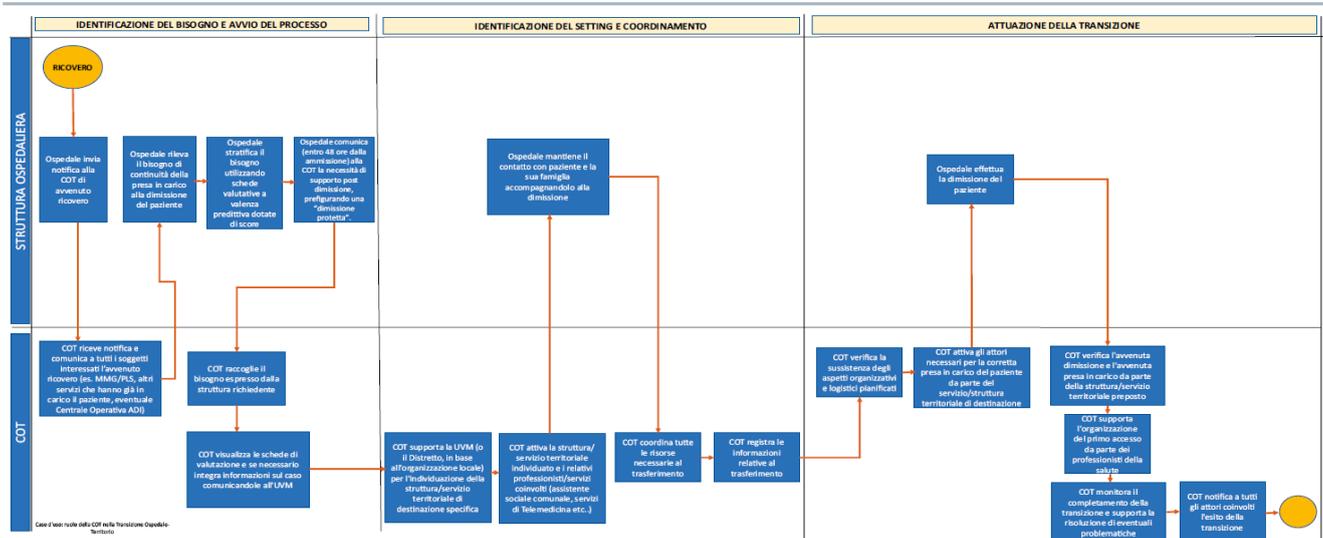
Casi d'uso: Processo per la transizione O2T contestualizzato per la Regione Umbria



- 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



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 EDDP	<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

5.1.1 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 ospedali 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 familiari 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 cronico-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

affidenti al Distretto, come i CSM, ma anche i Comuni e/o l'Autorità Giudiziaria.

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

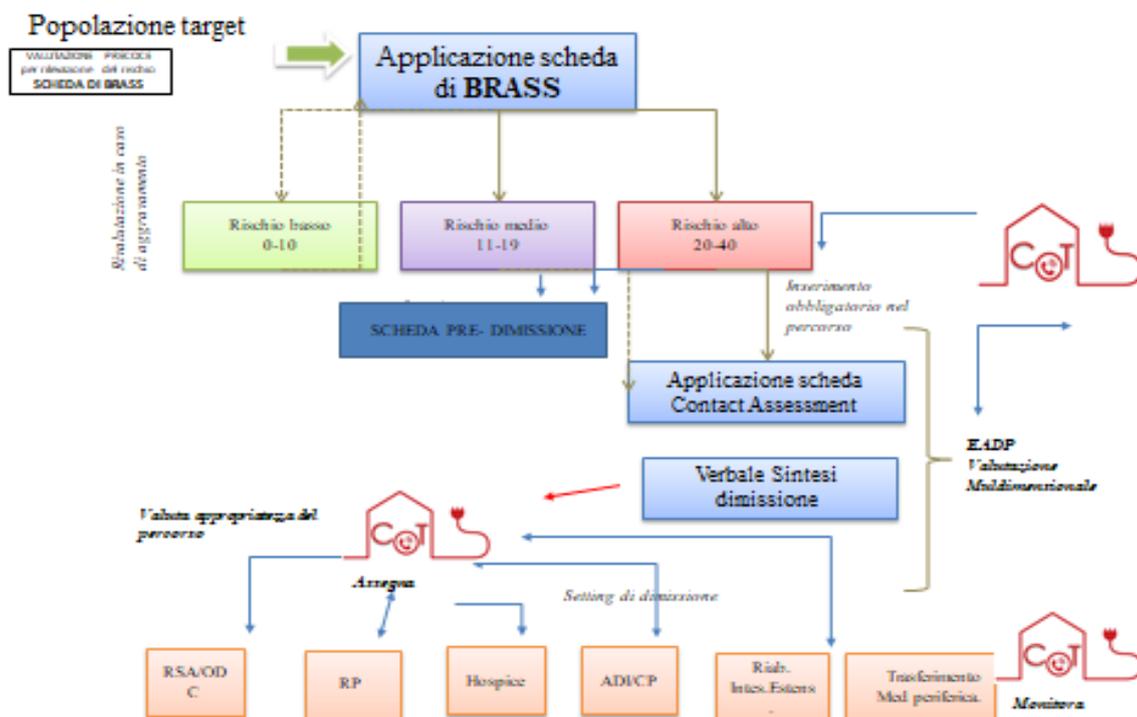
L'eterogeneità delle caratteristiche clinico-assistenziali della persona eleggibile alle DP implica la sua presa in carico ed il suo inserimento in differenti tipologie di servizi territoriali domiciliari o residenziali in modo permanente e/o transitorio fino al rientro protetto al domicilio.

- **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)**
 - Cure Domiciliari Integrate (ADI)/ Cure Palliative Domiciliari

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 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.

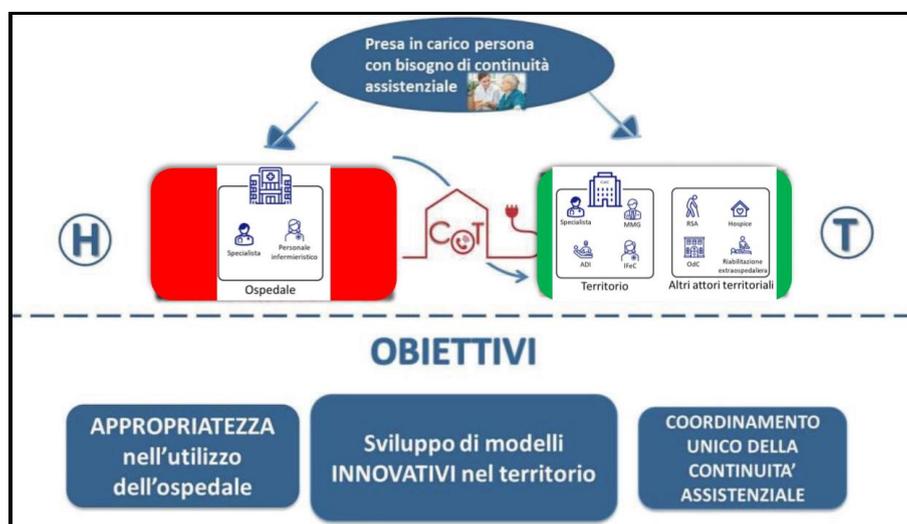
La **valutazione Multidimensionale** è completata, da parte l'EDDP, mediante la compilazione del **"verbale di sintesi di dimissione protetta"** nelle sue componenti clinico, assistenziali e sociali. Il verbale di sintesi di dimissione protetta comporta il termine della fase valutativa e l'individuazione,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

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).

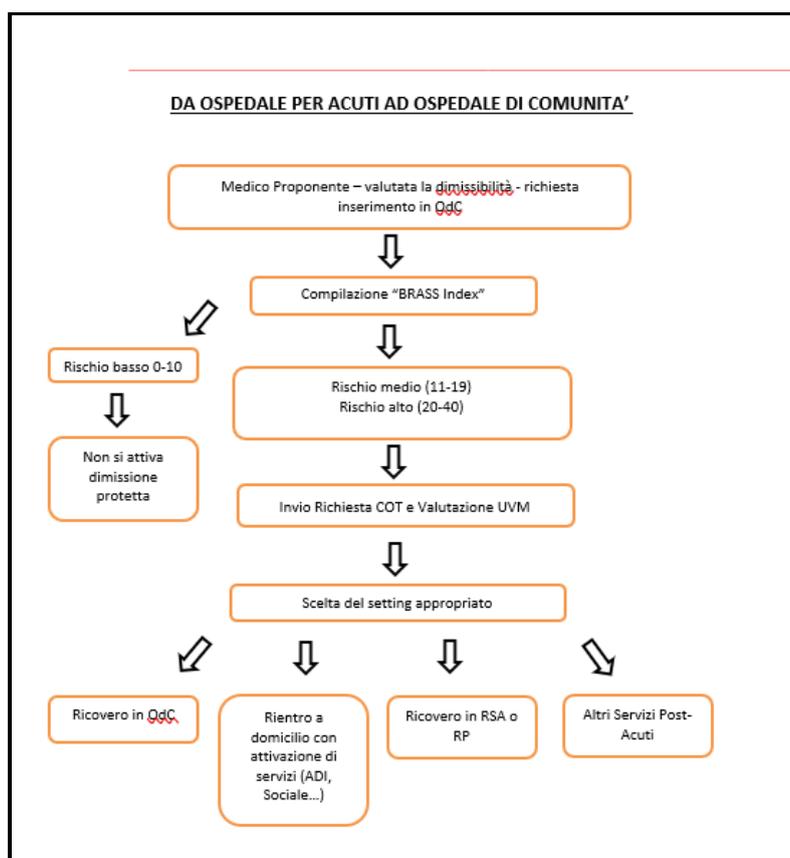
Considerata la temporaneità del ricovero, per i pazienti che hanno necessità di tipo sociale, è necessario programmare, prima della dimissione, ulteriori percorsi di presa in carico da parte degli altri servizi territoriali. Nel caso di dimissione protetta ospedaliera, l'EODP trasmette alla COT, mediante 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 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

extraospedaliera), 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 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.

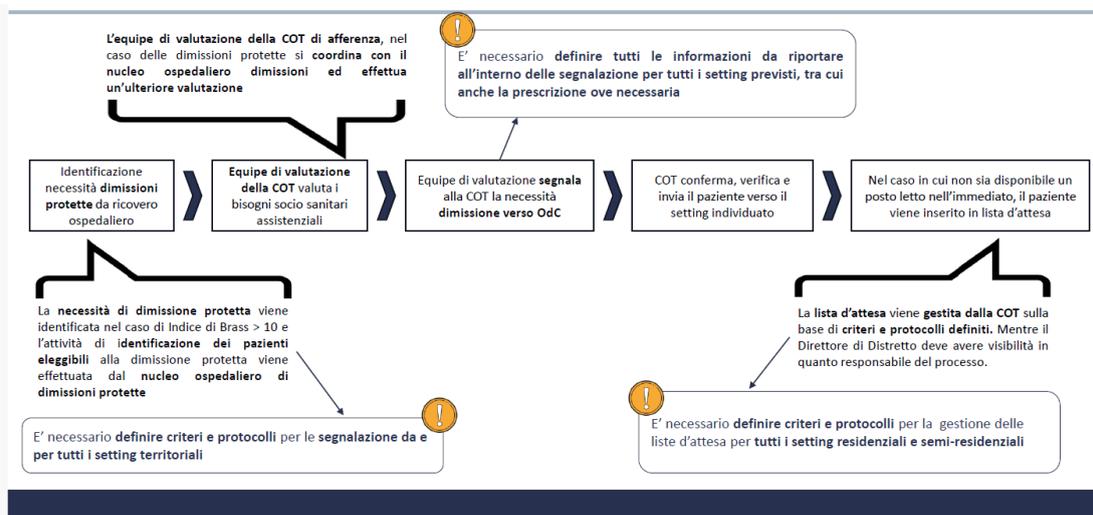
ACCESSO AI SERVIZI DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE (AMBULATORIALE O DOMICILIARE)

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

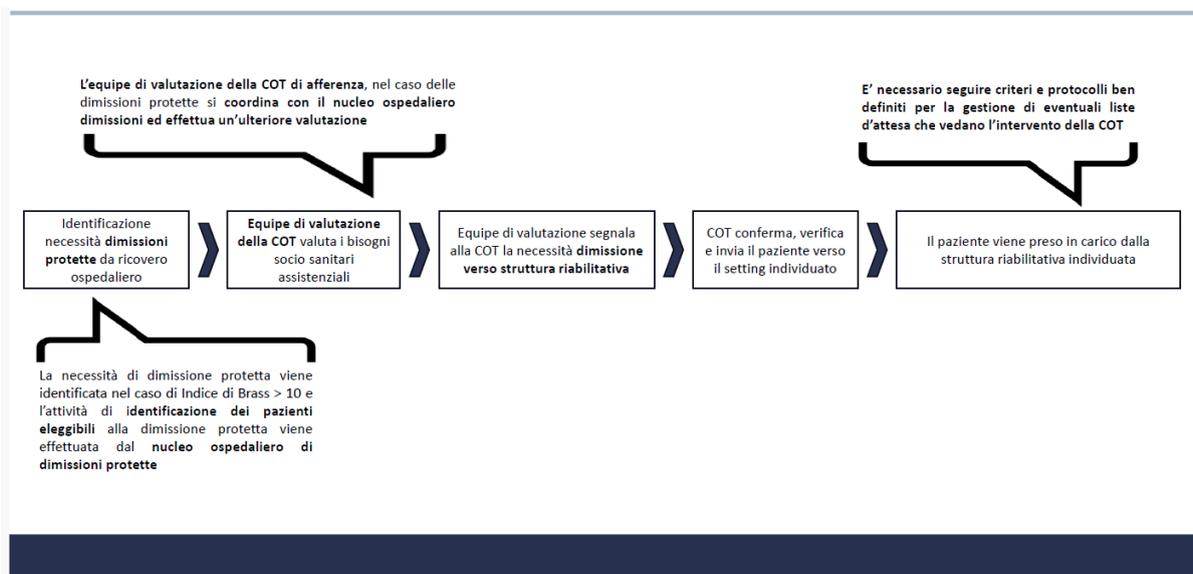
Si riporta di seguito l’elenco delle strutture ospedaliere da cui si possono attivare dimissioni (protette e non) verso il territorio.

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

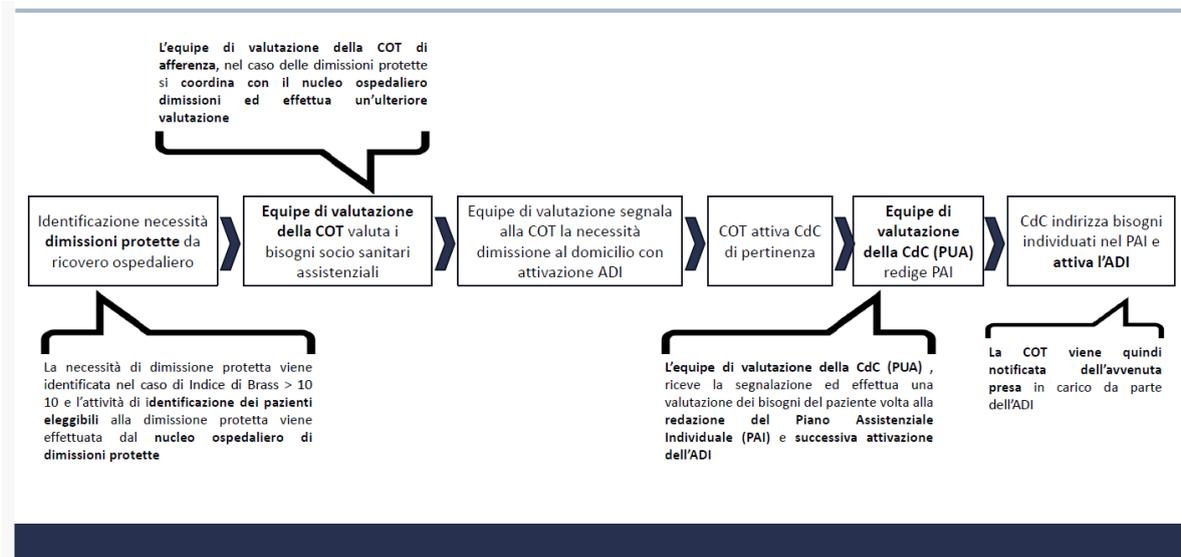


SCHEDA 1 B - Dimissione Ospedale - Struttura riabilitativa



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

SCHEDA 1 C - Dimissioni Ospedale - Domicilio con ADI



5.1 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 erogato 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

Caso d'uso T2T: Attori, Fasi e Attività

	Identificazione del bisogno (IB)	Identificazione del setting e coordinamento (IS)	Attuazione delle transizione (AT)
 Territorio-Richiedente	<ul style="list-style-type: none"> MMG/PLS o altro professionista che ha in gestione individua un bisogno clinico-assistenziale Scheda di valutazione del bisogno Notifica alla COT di prescrizione/richesta Informa il paziente/caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> Ricezione notifica dalla COT di avvenuta individuazione della struttura/servizio idonea e conferma della proposta Ricezione notifica dalla COT degli aspetti organizzativi per la transizione Mantenimento del contatto con paziente 	<ul style="list-style-type: none"> Gestione del paziente in fase di transizione Preso in carico del paziente al termine della transizione in ospedale Eventuale riprogrammazione insieme a COT
 COT	<ul style="list-style-type: none"> Accoglimento della richiesta Eventuale attivazione dell'UV per la definizione del PAI (il pz è già valutato da/dai richiedenti compresa AS) Integrazione informazione e facilitazione tra i professionisti Visione ed eventuale integrazione delle schede di valutazione, comunicando con UV 	<ul style="list-style-type: none"> Supporto all'individuazione del servizio/struttura di destinazione tramite analisi sul territorio Attivazione/prenotazione della struttura o servizio territoriale individuato Pianificazione della transizione insieme al soggetto richiedente e destinatario 	<ul style="list-style-type: none"> Verifica aspetti organizzativi e logistici: es verifica disponibilità PL in caso di accesso in struttura del territorio) Attivazione degli attori coinvolti nella presa in carico Monitoraggio del completamento della transizione Notifica a tutti gli attori rispetto all'esito della transizione e adeguato aggiornamento
 Territorio - Destinatario		<ul style="list-style-type: none"> Conferma della disponibilità alla presa in carico Pianificazione della transizione insieme alla COT 	<ul style="list-style-type: none"> Preso in carico del paziente 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

5.2 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

Soccorso dal Servizio 118. Giunto al Pronto Soccorso la COT riceve la notifica di accesso in PS attraverso il sistema Atl@nte. 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
- 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 nell'ambito dell'emergenza-urgenza attraverso il sistema Atl@nte collegato con PS nell'ambito dell'emergenza-urgenza 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

5.3 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".