

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Prime indicazioni per l'attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale" e linee di indirizzo per l'interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Dirigente del Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del dirigente della Dirigente del Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria e l'attestazione dello stesso che dalla presente deliberazione non deriva né può comunque derivare un impegno di spesa a carico del bilancio regionale;

VISTA la proposta del direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

DELIBERA

- di approvare il documento "Prime indicazioni per l'attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale" allegato n. 1 parte integrante e sostanziale del presente atto;
- che si procederà con successivi atti all'integrazione del modello delineato dal documento di cui al punto 1, armonizzandolo, innovandolo e integrandolo con quanto risulterà anche dal confronto da avviare con i principali stakeholders;
- di approvare il documento "Linee di indirizzo per l'interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali (COT)" allegato n.2 parte integrante e sostanziale del presente atto.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Francesco Maria Nocelli

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
Francesco Acquaroli

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- Regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio del 14 dicembre 2020;
- D.G.R. n. 1572 del 14.12.2020 “Piano regionale di assistenza territoriale di cui all’articolo 1, comma 8, del D.L. 34/2020 convertito dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77 – Linee progettuali per attivazione Centrali Operative Regionali – 116117”;
- Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021
- Decreto legge 06.05.2021, n. 59, coordinato con la legge di conversione 01.07.2021, n. 101 “Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti”;
- Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 15.07.2021 con cui sono state individuate per ciascuno degli investimenti del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) di competenza del Ministero della Salute;
- Decreto legge 31.05.2021, n. 77, coordinato con la legge di conversione 29.07.2021, n. 108 “Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”;
- Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 06.08.2021 “Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l’attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione”;
- Decreto del Ministero della Salute e del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 15.09.2021 di istituzione dell’Unità di Missione per l’attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza a titolarità del Ministero della Salute;
- Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sullo schema di decreto del Ministro della salute recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari, sancita in Conferenza Stato Regione nella seduta del 12.1.2022 (Rep. Atti n. 1/CSR del 12/01/2022);
- Decreto del Ministro della Salute del 20.01.2022 recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari;
- D.G.R. n. 114 del 14.02.2022 “Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Definizione del quadro programmatico dei sub-interventi 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona”, 1.2.2 “COT, interconnessione aziendale, device” e 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”. Identificazione dei siti idonei”;
- D.G.R. n. 271 del 14.03.2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

territoriale” e C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”: approvazione degli interventi per la realizzazione degli investimenti afferenti la Componente 1 – Investimenti 1.1, 1.2.2, 1.3, e la Componente 2 – Investimento 1.1”;

- Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della Salute che approva lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) e lo schema di Piano operativo. (Rep. Atti n.40/CSR del 30/03/2022);
- Decreto del Dipartimento Salute n. 8 del 8/04/2022 “PNRR Missione 6 Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” (Interventi 1.1., 1.2.2, 1.3) e Componente 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” (Interventi 1.1.1, 1.1.2 e 1.2) - Presa d’atto della nomina dei Responsabili Unici del Procedimento delle schede intervento e nomina del referente regionale;
- Decreto del Segretario Generale n. 39 del 19/04/2022 “PNRR Missione 6 Salute - costituzione cabina di regia e relativi gruppi di lavoro tematici”
- D.G.R. n. 656 del 30 maggio 2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell’elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale”;
- D.G.R. n. 702 del 6/06/2022 “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 “Salute” – D.M. 29 aprile 2022. Adozione linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare”;
- D.G.R. n. 812 del 27/06/2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 Salute: Recepimento Contratto Istituzione di Sviluppo.”
- D.G.R. n. 970 del 27/07/2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale”
- D.G.R. n. 1330 del 17/10/2022 “Modifica D.G.R. n. 970 del 27 luglio 2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute -Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale”. Sostituzione Allegati n. 2 e n.3
- Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;
- L.R. 8 agosto 2022, n. 19 “Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale;

Motivazione

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Preso atto che, in ottemperanza a quanto indicato dall'art.1 comma 2 del D.M. n. 77/2022, le Regioni e le Province Autonome entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del Decreto, debbono adottare un provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del medesimo DM; l'Agenzia Sanitaria Regionale ha quindi predisposto l'allegato n.1 *"Prime indicazioni per l'attuazione del Decreto 23 Maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale"* che rappresenta il primo atto di programmazione dell'assistenza territoriale della Regione Marche derivante da quanto disposto dal DM stesso, anche in coerenza con gli obiettivi del PNRR.

Alla sua elaborazione concorrono gli atti regionali emanati in attuazione del PNRR, la documentazione prodotta da AGENAS a riguardo e, quadro peculiare per la Regione Marche, la Legge regionale 8 agosto 2022, n. 19 "Organizzazione del servizio sanitario regionale" che ridisegna il SSR e che influenza, da un punto di vista organizzativo, anche la programmazione dell'assistenza territoriale.

Alla definizione di tutta l'organizzazione delle attività delle strutture previste dal DM 77, le modalità di governo e il monitoraggio delle azioni di riorganizzazione, si rimanda a specifica deliberazione regionale, a conclusione di un percorso ampiamente inclusivo e condiviso di coprogettazione da realizzarsi attraverso gruppi di lavoro tra tutti gli stakeholders coinvolti, dai professionisti della sanità e dai loro rappresentanti, a quelli sociali degli ATS, alle associazioni di tutela del diritto alla salute, alla comunità in tutte le sue espressioni, dal Terzo Settore agli Enti (ad es. fondazioni bancarie) che operano per le collettività di riferimento, percorso che inizierà già dai primi giorni del 2023.

Lo stesso percorso sarà adottato per il recepimento e integrazione delle forme organizzative dell'assistenza primaria ai sensi dell'art.8 dell'ACN della Medicina Generale del 28 aprile 2022 con il nuovo modello organizzativo delineato.

A completamento di queste prime indicazioni è stato inoltre predisposto un ulteriore documento *"Linee di indirizzo per l'interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali (COT)"* allegato n.2 parte integrante e sostanziale del presente atto, che si pone l'obiettivo di dare attuazione e indirizzo all'Investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub investimento 1.2.2 – Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) – Action Plan", limitatamente all'ambito dell'Interconnessione Aziendale.

Le presenti linee di indirizzo preliminari espongono, attraverso la definizione di casi d'uso, gli attuali strumenti tecnologici a disposizione e gli eventuali scenari evolutivi e mirano ad individuare il livello e la tipologia di supporto informativo necessario allo svolgimento delle attività in capo alle Centrali Operative Territoriali (COT).

In coerenza con la normativa nazionale, tali linee guida vogliono quindi favorire lo sviluppo uniforme delle COT in termini organizzativi e di dotazione tecnologica, assicurando, come espresso nel Piano Operativo Regionale (POR), l'adempimento al Target finale posto dall'Unione Europea che prevede "Centrali operative pienamente funzionanti" entro il T1 2024.

Esito dell'istruttoria

Tutto ciò premesso, atteso che sussistono le ragioni di opportunità e i presupposti normativi, si propone che la Giunta regionale deliberi quanto previsto nel dispositivo.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento
Benedetta Raffaella Ruggeri

Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Attesta, altresì, che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico del bilancio regionale.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il dirigente del Settore
Benedetta Raffaella Ruggeri

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il direttore *ad interim* dell'Agenzia Sanitaria Regionale
Paolo Aletti

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI



Prime indicazioni per l'attuazione degli standard previsti dal DM77/2022

Indice

Premessa

Analisi di contesto - pag.5

Demografia

Assistenza Territoriale

Stratificazione delle Popolazione

IL POR Marche

Distretto - pag. 32

Definizione

Funzioni

Il Direttore di Distretto

Distretto: standard previsto

Casa Di Comunità - pag. 36

Definizione

Funzioni

Il modello organizzativo

Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali

Governo dei bisogni complessi: Percorso Assistenziale integrato

Punto Unico di accesso (PUA)

Valutazione multidimensionale

Unità di valutazione multidimensionale (UVI)

Piano Assistenziale Individuale (PAI)

Unità Operativa funzionale Sociale e Sanitaria - U.O.S.e.S. (o Ufficio sociosanitario di ambito)

CdC: standard previsto

Centrale Operativa Territoriale - pag. 51

Definizione e funzioni

Linee Guida per la definizione del modello organizzativo della COT e della relativa infrastruttura tecnico-informatica

I rapporti delle con gli altri servizi

Requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici delle centrali operative

La formazione degli operatori della COT

COT: standard previsto

Centrale Operativa 116117 - pag. 70

Definizione

CO 116117: standard previsto

Centrale Operativa NEA 116117: collocazione regionale

Ospedale Di Comunità - pag. 72

Definizione

Funzioni

Responsabilità e Personale

L'ospedale di comunità come nodo della rete territoriale

Flussi informativi

Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità

OdC: standard previsto

Infermiere di Famiglia o Comunità - pag. 76

Definizione

Responsabilità e funzioni

Competenze

Percorso Formativo

IFoC: standard previsto

Unità di Continuità Assistenziale - pag. 80

Definizione

Funzioni

UCA: standard previsto

Assistenza Domiciliare - pag. 82

Definizione

Autorizzazione e Accredimento Cure Domiciliari

Assistenza domiciliare: Standard previsti

Indicatori di Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare

Rete delle cure palliative e delle cure palliative pediatriche e terapia del dolore - pag. 84

Definizione

Funzioni

Rete delle cure palliative: standard previsto

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie - pag. 86

Definizione

Funzioni

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie: standard previsto

Fabbisogni di personale per il funzionamento dei servizi - pag. 88

Sintesi delle azioni e cronoprogramma delle attività - pag. 90

Premessa

Il presente documento costituisce l'atto di recepimento del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”* e fornisce le prime indicazioni per la sua attuazione.

Alla sua elaborazione concorrono gli atti regionali emanati in attuazione del PNRR, la documentazione prodotta da AGENAS a riguardo e, quadro peculiare per la Regione Marche, la Legge regionale 8 agosto 2022, n. 19 *“Organizzazione del servizio sanitario regionale”* che ridisegna il SSR e che influenza, da un punto di vista organizzativo, anche la programmazione dell'assistenza territoriale.

Per l'individuazione dei siti da destinare a Case di Comunità e Ospedali di Comunità, tenuto conto degli standard definiti dall'AGENAS nel documento tecnico *“Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale si è proceduto nel Servizio Sanitario Nazionale”*, si è proceduto a una ricognizione degli immobili esistenti, di proprietà dell'Azienda Sanitaria Unica regionale (ASUR) o di proprietà pubblica, già destinati a Case della salute (CdS) di tipo A e B e degli Ospedali di Comunità (OdC) già attivi che potevano essere riconvertiti in CdC e in OdC. Tale ricognizione ha tenuto conto anche della programmazione territoriale pregressa delle CdS da parte di ASUR incrociando i dati sulla carenza d'offerta sul territorio.

Alla definizione di tutta l'organizzazione delle attività delle strutture previste dal DM 77, le modalità di governo e il monitoraggio delle azioni di riorganizzazione, si rimanda a specifica deliberazione regionale, a conclusione di un percorso ampiamente inclusivo e condiviso di coprogettazione da realizzarsi attraverso gruppi di lavoro tra tutti gli stakeholders coinvolti, dai professionisti della sanità e dai loro rappresentanti, a quelli sociali degli ATS, alle associazioni di tutela del diritto alla salute, alla comunità in tutte le sue espressioni, dal Terzo Settore agli Enti (ad es. fondazioni bancarie) che operano per le collettività di riferimento, percorso che inizierà già dai primi giorni del 2023.

Lo stesso percorso sarà adottato per il recepimento e integrazione delle forme organizzative dell'assistenza primaria ai sensi dell'art.8 dell'ACN della Medicina Generale del 28 aprile 2022 con il nuovo modello organizzativo delineato.

Analisi di contesto

Dati demografici

L'analisi di contesto della popolazione residente nelle Marche evidenzia come la popolazione anziana (over 65) rappresenti il 25% della popolazione totale nella Regione, percentuale superiore alla media nazionale pari al 23%. Il numero degli over 65, secondo le proiezioni ISTAT, tenderà a crescere nei prossimi anni, così come l'andamento nazionale.

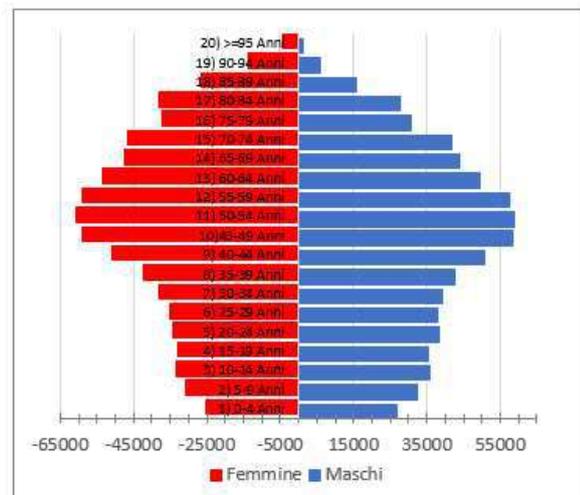
Tabella 1.1 Analisi popolazione residente e tendenza previsionale

Dati di popolazione residente	
Popolazione al 01.01.2022	1.489.789
Popolazione over 65 al 01.01.2022	382.607
Popolazione over 74 al 01.01.2022	219.530
Previsioni popolazione	1.502.704 (2026)
	1.487.189 (2031)
Previsioni popolazione over 65	406.224 (2026)
	438.542 (2031)

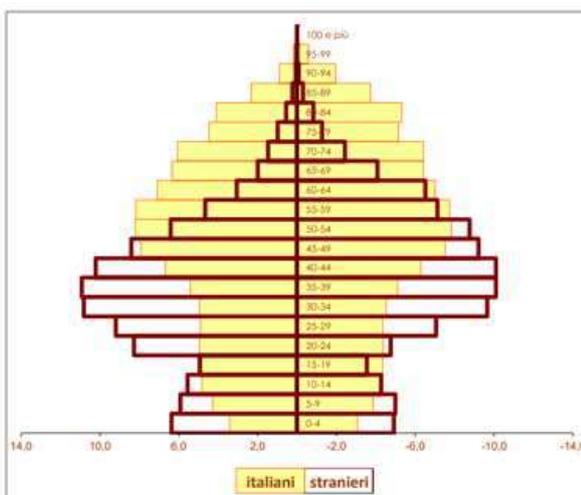
Profilo Demografico:

la popolazione residente nella Regione Marche, al primo gennaio 2021 (fonte ISTAT), è composta da n. 1.498.236 residenti (il 51,3% Femmine e il restante 48,7% Maschi), equivalente a circa il 2,5% della popolazione nazionale. L'età media della popolazione residente risulta essere di 47,1 anni (un delta in comparazione con la popolazione Italiana di +1,1 anni). La densità abitativa è di n.160 abitanti per Km² con la seguente distribuzione territoriale: la Provincia con densità maggiore risulta essere Ancona con n.237 abitanti/Km², la provincia di Fermo con n. 197 abitanti/Km², provincia di Ascoli Piceno n.166 abitanti/Km², provincia di Pesaro-Urbino n. 138 abitanti/ Km² e provincia di Macerata con n.111 abitanti/ Km². La classe di età in ambito lavorativo (40-64 anni, struttura ISTAT) è composta da n. 557.502 abitanti (il 37,2% del totale), la classe di età 15-39 anni rappresenta il 25,1% e la classe di età >=65 anni composta da 381.162 residenti rappresenta il 25,4% dei residenti.

Gráfico 1.1 Piramide dell'età Regione Marche, anno 2021



Piramide dell'età comparazione italiani vs stranieri



Fonte: Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR (ARS)

Le Famiglie nella Regione Marche: sono presenti nella regione marche complessivamente 647.448 famiglie, rappresentano sulla popolazione nazionale il 2,5%, con un andamento tendenziale negli ultimi anni di flessione generale. La struttura familiare risulta essere con una media di 2,3 componenti, il 30,9% è composta da n.1 solo componente (-2,4 sul dato nazionale: 33,3%) e la monocomponente nel 17,8% è composta da ultrasessantenni. Il 12,7% delle famiglie marchigiane presenta un solo genitore con figli a fronte di una media nazionale del 10,9%, le famiglie con figli risultano essere il 34,8% (indicatore superiore al valore medio nazionale il 33%). Nella regione Marche il 7,2% risultano essere “altre tipologie di famiglie” e il valore medio nazionale risulta essere del 4,9%.

Tabella 1.1 Modello ISTAT P/2 popolazione Regione Marche, Distribuzione Territoriale, anno 2021

Indicatori ISTAT - Popolazione	Ancona	Pesaro-Urbino	Macerata	Fermo	Ascoli Piceno	Totale
Popolazione al 1° gennaio	467451	356497	310815	171737	206172	1512672
Nati	2893	2161	2061	1078	1239	9432
Morti	5982	4982	4142	2237	2624	19967
Saldo naturale anagrafico	-3089	-2821	-2081	-1159	-1385	-10535
Iscritti da altri comuni	9954	7943	5729	3491	4364	31481
Iscritti dall'estero	2308	1602	1489	825	746	6970
Altri iscritti	343	210	209	160	55	977
Cancellati per altri comuni	9350	7279	5854	3716	4558	30757
Cancellati per l'estero	1790	1054	1284	594	504	5226
Altri cancellati	1144	725	1438	503	294	4104
Saldo migratorio anagrafico estero	518	548	205	231	242	1744
Saldo censuario totale	-264	-1101	-175	-531	-1171	-3242
Popolazione al 31 dicembre	464419	353272	307410	169710	203425	1498236
Popolazione, in famiglia al 31/12	462062	351215	305900	169281	202549	1491007
Popolazione, convivenza al 31 dicembre	2357	2057	1510	429	876	7229

L'analisi del Tasso di Fecondità per cittadinanza, rileva un Tasso di 1,08 nelle donne Italiane e un Tasso di 1,96 nelle donne straniere. L'età media delle donne al parto risulta avere una tendenza all'incremento dell'età, un'età media nel 2017 di 32,1 anni (al primo parto) a 32,5 anni nell'anno 2020 (per cittadinanza: 33,1 anni cittadine Italiane e 29,2 anni residenti straniere).

Tabella 1.2 Indicatori di struttura demografica – Regione Marche, anni di rilevazione 2018-2021

Tipo indicatore	2018	2019	2020	2021
tasso di natalità (per mille abitanti)	6,7	6,4	6,3	6,2
tasso di mortalità (per mille abitanti)	11,3	11,5	13,3	13,3
crescita naturale (per mille abitanti)	-4,6	-5,1	-7	-7,1
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	2,8	2,6	1,3	2,6
numero medio di figli per donna	1,23	1,19	1,19	1,19
età media della madre al parto	32,3	32,4	32,5	32,6
speranza di vita alla nascita - maschi	81,7	81,9	81	80,9
speranza di vita a 65 anni - maschi	20	20,1	19	19,1
speranza di vita alla nascita - femmine	86	86,1	85,2	85,1
speranza di vita a 65 anni - femmine	23,2	23,2	22,3	22,3
speranza di vita alla nascita - totale	83,8	84	83	83
speranza di vita a 65 anni - totale	21,6	21,6	20,7	20,7
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	12,8	12,6	12,4	12,3
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	62,6	62,5	62,4	62,3
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	24,6	24,9	25,2	25,4
età media della popolazione - al 1° gennaio	46,4	46,6	46,9	47,1

I residenti stranieri nella Regione Marche al 31/12/2021 risultano essere n. 130.179 e rappresentano complessivamente l'8,71% sulla popolazione regionale. L'andamento epidemiologico negli ultimi anni, con tendenza dal 2014, risulta essere in flessione nella comparazione anno su anno del numero complessivo di stranieri residenti (del 2014 una flessione complessiva di n. -15.973 residenti il -10,9% negli ultimi 7 anni monitorati). Il numero dei permessi di soggiorno rilasciati nella Regione Marche risultano essere nel 2021 complessivamente n.72.640, una flessione dal 2020 di -6.664 permessi (-8,4%). Le richieste risultano essere nella classe di età 18-54 anni tutte in flessione nella comparazione con il periodo precedente, inversamente le classi di età 55-59 anni e >=60 anni risultano essere in incremento (+1,2% permessi classe 55-59 anni e +23,2% >=60 anni).

Rete Emergenza Urgenza

Gli accessi in Pronto soccorso della Regione Marche rappresentano circa il 3% degli accessi avvenuti in Italia nel 2020. Gli accessi da 118 (27% nelle Marche) sono di 4 punti percentuali sopra la media nazionale (23%), mentre gli accessi seguiti da ricovero (14% in Sicilia) sono di un punto percentuale sotto la media nazionale (15%).

Tabella 1.1 Pronto Soccorso analisi accessi, anno 2018-2020, Regione Marche

Indicatore	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Numero Accessi	515098	517434	349970
Numero Accessi da 118	108973	112820	95725
% Accessi da 118	21%	22%	27%
Numero Accessi seguiti da ricovero	65549	64183	49917
% Accessi seguiti da Ricovero	13%	12%	14%

Tabella 1.1 Pronto Soccorso analisi accessi, anno 2018-2020, e tipologia struttura, Regione Marche

Codice Istituto	Descrizione Istituto	Ruolo Emergenza Urgenza	Standard DM 70/2025	Accessi 2018	Accessi 2019	Accessi 2020
11000101	Stabilimento di Urbino	DEA I	45000	23521	23475	15794
11000102	Stabilimento di Pergola	PS	20000	6403	6061	3864
11000201	Stabilimento di Senigallia	DEA I	45000	30601	28367	20234
11000202	Stabilimento di Jesi	DEA I	45000	29497	32964	23208
11000204	Stabilimento di Fabriano	DEA I	45000	29933	29040	21181
11000301	Stabilimento di Civitanova	DEA I	45000	26977	27488	16492
11000302	Stabilimento di Macerata	DEA I	45000	39782	40421	27565
11000303	Stabilimento di Camerino	DEA I	45000	10186	10340	5862
11000304	Stabilimento di S. Severino marche	PS	20000	9575	10378	7425
11000401	Stabilimento di Fermo	DEA I	45000	40226	37460	26997
11000402	Stabilimento di Amandola	PS	20000	3478	3927	3176
11000501	Stabilimento di S. Benedetto	DEA I	45000	39549	38714	22047
11000502	Stabilimento di Ascoli Piceno	DEA I	45000	30628	30442	23427
11090101	Stabilimento di Pesaro	DEA I	45000	45444	46591	26648
11090102	Stabilimento di Fano	DEA I	45000	41875	45004	32409
11090501	Stabilimento Umberto I - GM Lancisi	DEA II	70000	58119	58875	40959
11090503	Stabilimento G Salesi	PS	20000	31636	31720	20098
11092103	Stabilimento di Osimo	PS	20000	17668	16167	12584

Tabella 1.1 Pronto Soccorso analisi accessi, tipologia di struttura e % accessi eseguiti da ricovero, anni 2018-2020, Regione Marche

Codice Istituto	Descrizione Istituto	Accessi 2020	% Accessi da 118	% Accessi Eseguiti da ricovero
11000101	Stabilimento di Urbino	15794	30%	22%
11000102	Stabilimento di Pergola	3864	8%	6%
11000201	Stabilimento di Senigallia	20234	29%	11%
11000202	Stabilimento di Jesi	23208	32%	17%
11000204	Stabilimento di Fabriano	21181	16%	10%
11000301	Stabilimento di Civitanova	16492	35%	12%
11000302	Stabilimento di Macerata	27565	33%	18%
11000303	Stabilimento di Camerino	5862	25%	10%
11000304	Stabilimento di S. Severino marche	7425	6%	3%
11000401	Stabilimento di Fermo	26997	38%	16%
11000402	Stabilimento di Amandola	3176	1%	0%
11000501	Stabilimento di S. Benedetto	22047	28%	13%
11000502	Stabilimento di Ascoli Piceno	23427	29%	17%
11090101	Stabilimento di Pesaro	26648	34%	14%
11090102	Stabilimento di Fano	32409	21%	10%
11090501	Stabilimento Umberto I - GM Lancisi	40959	33%	20%
11090503	Stabilimento G Salesi	20098	6%	15%
11092103	Stabilimento di Osimo	12584	27%	6%
Totale Regione Marche		349970	27%	14%

Per l'anno 2020, il 6% sono codici bianchi, il 61% verdi, il 29% gialli, 3% rossi e per l'1% in triage non è stato eseguito.

Grafico 1.1 Percentuale accessi al pronto soccorso con distribuzione per Triage, anno 2020 – Regione Marche

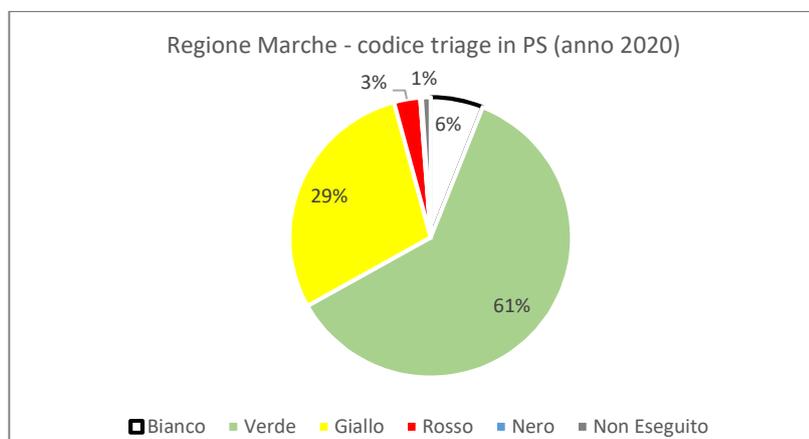


Tabella 1.2 Numero accessi con distribuzione per Triage, Stabilimenti Ospedalieri, anno 2020 – Regione Marche

Codice Istituto	Descrizione Istituto	Accessi 2020	Bianco	Verde	Giallo	Rosso	Nero	Non Eseguito
11000101	Stabilimento di Urbino	15794	96	9039	6065	594	-	-
11000102	Stabilimento di Pergola	3864	32	3355	471	5	-	1
11000201	Stabilimento di Senigallia	20234	848	12911	6109	365	1	-
11000202	Stabilimento di Jesi	23208	933	16716	4818	736	5	-
11000204	Stabilimento di Fabriano	21181	698	14780	5525	178	-	-
11000301	Stabilimento di Civitanova	16492	199	8152	7452	678	2	-
11000302	Stabilimento di Macerata	27565	467	12172	12619	2305	2	-
11000303	Stabilimento di Camerino	5862	284	3498	2007	71	2	-
11000304	Stabilimento di S. Severino marche	7425	411	5699	1265	49	1	-
11000401	Stabilimento di Fermo	26997	1450	15749	8443	965	3	390
11000402	Stabilimento di Amandola	3176	92	2662	257	3	-	162
11000501	Stabilimento di S. Benedetto	22047	427	13035	7872	712	1	-
11000502	Stabilimento di Ascoli Piceno	23427	551	13110	8968	796	2	-
11090101	Stabilimento di Pesaro	26648	2721	15930	6102	1428	3	464
11090102	Stabilimento di Fano	32409	1738	20265	6928	1707	2	1769
11090501	Stabilimento Umberto I - GM Lancisi	40959	5097	23869	10232	1761	1	-
11090503	Stabilimento G Salesi	20098	1971	13830	4255	42	-	-
11092103	Stabilimento di Osimo	12584	1802	8767	1892	123	-	-

Assistenza Territoriale

Una stima di analisi sull'assistenza sanitaria di base, con l'utilizzo di indicatori standard, ricavati dal percorso SISAC rilevazione al 01/01/2021.

Tabella 1.1 Analisi contesto di riferimento, rilevazione SISAC al 01/01/2021

Indicatori	Attivo/attuato	Fabbisogno da standard	Standard/riferimento nazionale	Fonte dati
MMG	1.043	1.310	1 ogni 1.000 ab > 14 anni (art. 33, c.9 ACN 2005)	SISAC (rilevazione al 01/01/2021)
PLS	168	122	1 ogni 600 ab. 0-6 anni (art.32, c.8 ACN 2005)	SISAC (rilevazione al 01/01/2021)
Postazioni di Continuità Assistenziale (CA)	87		20.041 (media nazionale)	Annuario statistico SSN 2019
MCA	607	298	1 ogni 5.000 ab. (art. 64, c.2 ACN 2005)	SISAC (rilevazione al 01/01/2021)
MCA/100.000 ab.	41			SISAC (rilevazione al 01/01/2021)
Ore MCA	617.117			SISAC (rilevazione al 01/01/2021)
Ore MCA/1.000 ab.	412			SISAC (rilevazione al 01/01/2021)

Documento "Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e Regionale" della Camera dei deputati del 01/03/2021.

Tabella 1.2 Analisi contesto di riferimento, rilevazione SISAC al 01/01/2021

Indicatori	Attivo/attuato	Programmato	Fabbisogno da standard	Standard/riferimento nazionale	Fonte dati
AFT	N.D.			Bacino di utenza non deve superare i 30.000 abitanti e deve essere composta da almeno 20 medici (Patto per la salute 2014-2016, art. 5, c. 3)	
UCCP	N.D.				
Case della Salute o strutture similari	21				Documento della Camera dei Deputati del 1/03/2021 ⁵
Case della Comunità	-	29	33	1 CdC ogni 40.000-50.000 ab.	PNRR
Ospedali di Comunità o strutture similari	14 *	9	15	1 OdC ogni 100.000 ab.	Documento della Camera dei Deputati del 1/03/2021 PNRR
Consultori Familiari	71		74	1 CF ogni 20.000 ab. (L. 34/1996)	Annuario statistico SSN 2019

*incluso Castelfidardo

Modello organizzativo delle cure primarie

Le cure primarie nelle Marche si articolano secondo una scelta organizzativo-funzionale che ha portato alla formazione delle **Equipes Territoriali (ET)**, come previsto dalla DGR n.751 del 2007.

L'Equipe Territoriale è un organismo operativo funzionale, opera in un'area geografica infra distrettuale (individuata dal Direttore di Distretto, di concerto con gli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD), formalizzata dal Direttore di Zona) attraverso la costituzione di 56 Unità Professionali diffuse su tutto il territorio marchigiano e rappresenta:

- uno strumento attuativo della programmazione sanitaria regionale;
- un momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale (per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza).

L'aspetto caratterizzante dell'equipe è la sua strutturazione sulla base della copertura assistenziale dei medici aderenti in uno specifico territorio sub distrettuale. In tal modo, nella sua funzione di nodo di rete, si costituisce come articolazione funzionale territoriale del Distretto, a cui devono partecipare tutti i medici convenzionati (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali interni) ed in prospettiva più ampia, i professionisti che a vario titolo contribuiscono con specifiche competenze alla tutela e promozione della salute dei cittadini.

Fanno parte dell'ET le figure professionali deputate a garantire:

- a) l'assistenza primaria;
- b) la continuità assistenziale;
- c) la pediatria di libera scelta;
- d) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- e) la medicina dei servizi;
- f) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Le ET, dotandosi di autonoma organizzazione funzionale, possono ricomprendere lo stato di Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), previsto dal vigente ACN.

Case della Salute

La Regione Marche ha inteso attivare un percorso di progettazione ed implementazione delle Case della Salute in coerenza con il perseguimento degli obiettivi prioritari del PSN. La Casa della Salute, nuova modalità di riorganizzazione dell'assistenza territoriale e nodo della rete territoriale, rappresenta un modello erogativo di massima implementazione delle forme associative della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta e della loro integrazione con la specialistica ambulatoriale (convenzionata e dipendente), il sistema della domiciliarità e della residenzialità. La Casa della Salute, quindi, diviene la sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali rivolti alla popolazione di un ambito territoriale di riferimento per le cure primarie, le cure domiciliari, le cure residenziali e semiresidenziali.

Con le DGR 452/2014 vengono previste 3 tipologie di Case della Salute:

- **Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate - Tipo A (h 12)**
- **Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate e residenzialità - Tipo B (h 12-h 24)**
- **Casa della Salute - Tipo C (derivante dalla riconversione dei piccoli ospedali) h 24.**

La **tipologia C** con le D.G.R. n. 1183/2015 e n. 139/2016 viene ridenominata **Ospedale di comunità**.

Le attività/prestazioni garantite dalle diverse tipologie di strutture sono:

A) CASE DELLA SALUTE A e B

Indicatori	Case salute Tipo A - Case della salute per l'erogazione delle cure integrate (max H12)	Case salute Tipo B - Case della salute per l'erogazione delle cure integrate e residenzialità (da H12 a H24)
Accoglienza- Accettazione- Assistente studio	T	T
Attese	T	T
CUP-Punto Prenotazione	T	T
Studio MMG Associato/Gruppo e Tirocini Professionalizzanti Form. MG	T	T
Attività Specialistiche	T	T
Assistenza domiciliare (Accessi)	T	T
Assistenza Residenziale ADR (Accessi)	T	T
Studio Pediatrico PLS	R	R
Continuità Assistenziale fino a H12	R	T
Attività ecografica		T
Vaccinazioni		T
Certificazioni		T
Ambulatorio infermieristico		R
Ambulatorio Osservazione- Terapie		R
Ambulatorio ostetrico		R
Distribuzione ausili protesici		R
Coordinamento Cure Domiciliari		R

T – (presenza Tipica) – R (presenza Raccomandata)

Il personale coinvolto è composto da:

- MMG in forma integrata nelle 12 ore diurne e- con la modalità organizzativa delle Équipes Territoriali
- MCA nelle 12 ore notturne, festivi e prefestivi.
- Specialistica extraospedaliera
- Personale infermieristico
- Personale amministrativo

B) Ospedali di Comunità

Le Case della Salute di tipo C costituite ai sensi della D.G.R. n.735/2013 sono state riconvertite in Ospedali di Comunità. Le citate strutture oltre a garantire le prestazioni previste per le Case della Salute **di tipo B garantiscono anche posti letto di cure intermedie e altre tipologie residenziali**

a) Posti letto:

TIPOLOGIA ATTIVITA' RICOVERO	POSTI LETTO COMPLESSIVI
<i>Cure intermedie</i>	379
<i>RSA</i>	64
<i>Riabilitazione intensiva extra</i>	46
<i>Riabilitazione estensiva</i>	40
<i>Lungodegenza riabilitativa</i>	30
<i>Hospice</i>	28
<i>Day Surgery</i>	12
TOTALE PL	639

b) Servizi:

- Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG/PLS
- Presenza MCA
- Presenza di mezzo di soccorso avanzato (MSA) h 24
- Presenza punto prelievo
- PUA
- Presenza di Ambulatori e Attività con possibilità di ulteriori incrementi (Cardiologia, Chirurgia generale/vascolare, endoscopia digestiva, Ecodoppler, Diabetologia, Geriatria, Ginecologia, medicina, Nefrologia, Oculistica, Oncologia, Ortopedia, Diagnostica per immagini, Flebologia, Riabilitazione Terapia fisica, Immunotrasfusionale, Psichiatria, Logopedia, Psicologia, Medicina sportiva, Dermatologia, Neurologia, Allergologia, Intaglia, Senologia, Fisiatria, Urologia, Ematologia)
- UMEE-UMEA
- Centro dialisi ad assistenza limitata (C.A.L.), decentrata (CAD)

Strumenti di Valutazione Multidimensionale in uso:

- 1) NON autosufficienza: RUG (DGR 111/2015)
- 2) Disabilità: RUG (DGR 111/2015)
- 3) Psichiatria: SISM-NPIA

Cure domiciliari

Modello organizzativo

Le cure domiciliari si stratificano in diversi profili di cura domiciliari e i relativi standard sulla base della (DGR 791/2014):

- natura del bisogno
- intensità assistenziale
- complessità della casistica sulla base del case-mix
- durata media dell'intervento domiciliare.

I profili di cura, in coerenza con il Documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", si articolano in:

- 1) cure domiciliari di tipo prestazionale caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato volte a rispondere ad un bisogno di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che non richiedono né la valutazione multidimensionale né l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare ;
- 2) cure domiciliari integrate di primo e secondo livello che prevedono un ruolo centrale del MMG che assume la responsabilità clinica dei processi di cura e comprendono prestazioni medico infermieristiche, riabilitative mediche, medico specialistiche e socio-assistenziali integrate all'interno di un progetto personalizzato, frutto di un processo di valutazione multidimensionale;
- 3) cure domiciliari integrate di terzo livello e/o palliative per malati terminali che sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da un'equipe in possesso di specifiche competenze.

La natura del bisogno viene valutato dall'Unità di valutazione multidimensionale sulla base della scala RUG III-ADI (Home Care). L'equipe multiprofessionale, a seguito della valutazione, compila la cartella clinica di Cure Domiciliari Integrate nella quale sono registrate tutte le attività assistenziali svolte a domicilio della persona. In relazione alla durata del PAI le cure domiciliari possono essere:

- a breve termine (da 15 a 30 giorni)
- a medio termine (fino a circa 90 giorni)
- a lungo termine (fino a 180 giorni ripetibili).

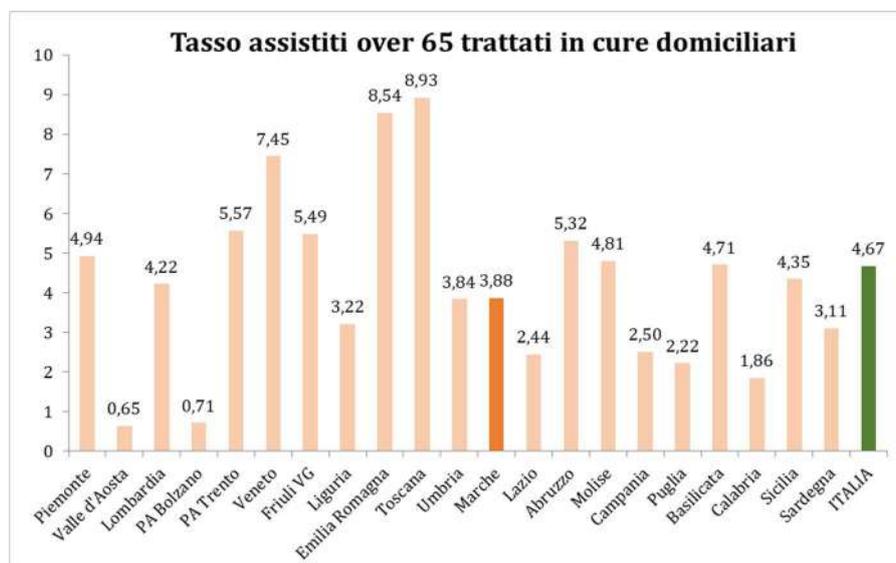
Al termine del piano assistenziale individualizzato l'UVI ha il compito di valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati nel progetto e di stabilire il successivo percorso assistenziale. La dimissione viene effettuata dall'UVI con il coordinamento del servizio sociale comunale. Le cure domiciliari sono rivolte principalmente a persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, spesso con patologie croniche o cronicodegenerative, con le seguenti priorità indicative:

- persone in condizioni di fragilità con limitazione dell'autonomia parziale o totale;
- persone affette da demenza e malattia di Alzheimer;

- persone in dimissione programmata da reparti ospedalieri o da altre strutture sanitarie e/o residenziali;
- persone con patologie oncologiche in fase avanzata e/o con patologie in fase terminale;
- persone non autosufficienti affette da SLA conclamata;
- persone con patologie HIV correlate in fase avanzata;
- persone non autosufficienti con disabilità complesse, con patologie croniche gravi e /o particolari condizioni di rilevanza sociale non suscettibili di miglioramenti riabilitativi.

La presenza di condizioni cliniche e la necessità di interventi assistenziali compatibili con la permanenza del paziente al proprio domicilio sono condizioni imprescindibili dell'ADI. Pertanto, la disponibilità di idonee condizioni abitative, di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana sono elementi essenziali per l'attivazione delle cure domiciliari. La Regione prevede la misura degli assegni di cura, finanziati dal Fondo per gli anziani non autosufficienti (istituito con LR n.32/2014), per gli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti che usufruiscono di funzioni assistenziali da parte di familiari o da parte di assistenti familiari in possesso di regolare contratto di lavoro. Gli assistenti familiari dei soggetti beneficiari dell'assegno di cura sono tenuti all'iscrizione all'Elenco regionale degli assistenti familiari gestito presso i Centri per l'Impiego.

Grafico 1.11 Tasso assistiti over 65 trattati in cure domiciliari, dati SIAD 2020, Regione Marche – anno 2019



1.1 Assistenza residenziale e semiresidenziale

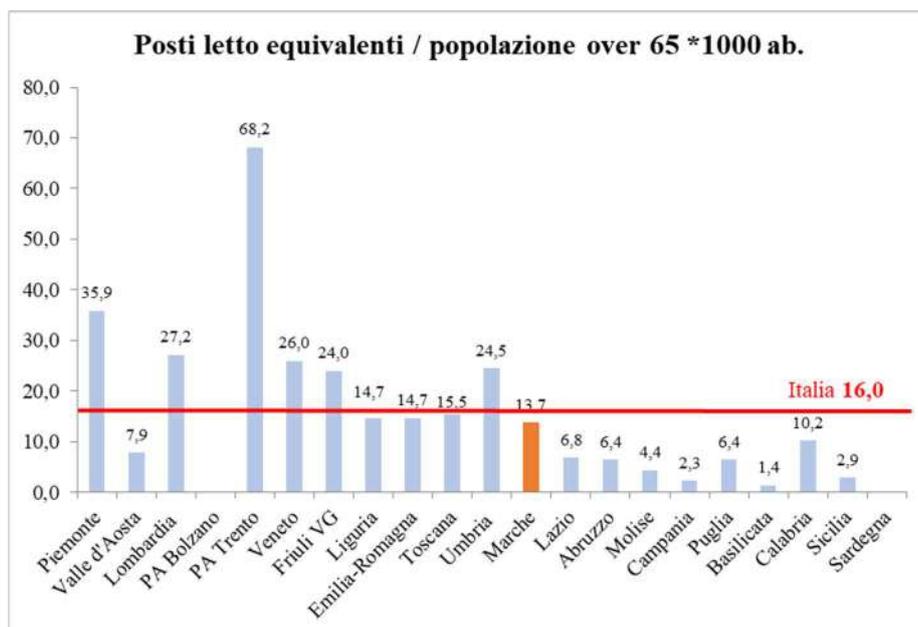
Dall'analisi dei trattamenti residenziali e semi-residenziali, con un calcolo del tasso su 1.000 abitanti, si rileva nel residenziale un tasso equivalente a 0,07 su R1 (0,32 Italia), di 3,11 su R2 (1,48 Italia), di 3,78 su R3 (3,5 Italia).

Tabella 1.1 N. Assistiti trattamento residenziale e semiresidenziale per 1.000 abitanti per intensità di cura - anno 2021 (flusso FAR).

Regioni	Trattamenti residenziali (Assistiti per 1.000 ab.)				Totale	Trattamenti semiresidenziali (assistiti per 1.000 ab.)		Totale
	R1	R2	R2D	R3		SR1	SR2	
Piemonte	0,32	2,23	0,33	8,85	11,73	0,1	0,08	0,17
Valle d'Aosta	0,01	2,27	0,3	0,01	2,59	0	0	0
Lombardia	0,09	1,93	0,61	6,43	9,05	0,96	0,38	1,34
PA Bolzano	0	0	0	0	0	0	0	0
PA Trento	0,1	0,94	0,72	15,86	17,62	1,27	0,2	1,48
Veneto	0,53	2,11	0,18	6,31	9,13	0,16	0,26	0,42
Friuli VG	0,03	1,79	1,47	5,89	9,18	0,29	0	0,29
Liguria	0,23	2,78	0,19	4,75	7,96	0,24	0,3	0,54
Emilia-Romagna	0,16	2,14	0,68	3,05	6,02	0,85	0,12	0,97
Toscana	2,78	0,86	0,19	4,03	7,85	0,34	0,15	0,49
Umbria	0	3,84	0,05	3,71	7,59	0,28	0,45	0,72
Marche	0,07	3,11	0,22	3,78	7,19	0,05	0,11	0,16
Lazio	0,05	1,47	0,06	0,5	2,08	0	0,02	0,02
Abruzzo	0,35	1,62	0,18	0,74	2,88	0	0	0
Molise	0,38	0,57	0	0,86	1,81	0	0	0
Campania	0,01	0,02	0,07	0,48	0,58	0,06	0,11	0,17
Puglia	0,06	0,74	0,19	1,09	2,08	0,07	0,27	0,35
Basilicata	0	0,08	0,21	0,61	0,9	0	0	0
Calabria	0,29	1,2	0,01	0,79	2,28	0,01	0	0,01
Sicilia	0,18	1,04	0,13	0,35	1,7	0	0,02	0,02
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0
Italia	0,32	1,48	0,29	3,5	5,6	0,31	0,16	0,47

L'andamento nel semi-residenziale un tasso equivalente a 0,05 SR1 (Italia 0,31) e 0,11 SR2 (Italia 0,16).

Grafico 2 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali (per 1000 anziani residenti) - Anno 2021.



Fonte: elaborazione Flussi Informativi Sanitari Regione Marche sul flusso FAR – anno 2021

Rete di cure palliative e terapia del dolore

Rete Cure Palliative

Tabella 1: Caratteristiche della rete locale di cure palliative. Fonte: Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative, AGENAS.

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
Marche	Si	Si	No	Si	Si

Tabella 2: Figure professionali delle cure palliative domiciliari. Fonte: Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative, AGENAS.

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OSS	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
Marche	Si	Si	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No

Tabella 3: Indicatori di attività in Hospice. Fonte: Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative, AGENAS.

Descrizione	Decessi per TM (ISTAT)	Posti letto		Letti teorici		Numero di utenti		Giornate di assistenza		Tasso utilizzo	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Ancona	788	26	26	14	14	359	364	6033	5880	63.6	62.0
Macerata	476	20	20	9	9	240	297	5436	5978	74.5	81.9
Ascoli Piceno	365	0	8	7	7	0	3	0	8	0.0	0.3
Fermo	263	10	10	5	5	151	172	2322	2260	63.6	61.9
Pesaro Urbino	518	10	10	9	9	230	220	2684	2909	73.5	79.7
Totale	2410	66	74	44	44	980	1056	16485	17035	68.4	63.1

Tabella 4: Hospice. Fonte: Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative, AGENAS. Fonte dati: Ministero della Salute STS11/STS24.

N. prog.	Codice Azienda	Denominazione Azienda	Denominazione struttura	Tipo rapporto con il S.S.N.	Indirizzo	Comune	Sigla provincia	N° posti
1	201	ASUR	DT03 HOSPICE 'GIARDINO DEL DUCA'	1	VIA KENNEDY	FOSSOMBRONE	PU	10
2	201	ASUR	DT06 HOSPICE - FABRIANO	1	VIA STELLUTI SCALA N.26	FABRIANO	AN	8
3	201	ASUR	DT07 HOSPICE c/o OSP. di LORETO	1	VIA S.FRANCESCO N.1	LORETO	AN	8
4	201	ASUR	DT07 HOSPICE c/o OSP.DI CHIARAVALLE	1	VIA F.LLI ROSSELLI N.176	CHIARAVALLE	AN	10
5	201	ASUR	DT09 Hospice Macerata	1	Via Santa Lucia 9	MACERATA	MC	8
6	201	ASUR	DT10 HOSPICE SAN SEVERINO M.	1	VIA DEL GLORIOSO N° 8	SAN SEVERINO MARCHE	MC	12
7	201	ASUR	DT11 HOSPICE MONTEGRANARO	1	Via dell'Ospedale	MONTEGRANARO	FM	10
8	201	ASUR	DT12 HOSPICE AV5 - SAN BENEDETTO	1	VIA MANARA, 7	SAN BENEDETTO DEL TRONTO	AP	8

Rete Terapia del Dolore

La Rete di terapia del dolore deve garantire l'integrazione di tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche, come esplicitato nell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 e si articola su tre livelli organizzativi, strutturali e professionali che prevedono le seguenti modalità di erogazione assistenziale:

- Un unico Centro Ospedaliero regionale di terapia del dolore in vengono accolti i casi selezionati con dolore complesso/grave (Hub) istituito presso il P.O. di Macerata dell'Area Vasta 3 (ASUR Marche);
- Centri ambulatoriali di terapia del dolore in cui il bisogno assistenziale è gestito da equipe dedicate e formate da professionisti con comprovata esperienza nell'ambito della terapia del dolore (Spoke: uno o più per ogni Area Vasta in base alla distribuzione dei presidi ospedalieri);
- Risposte assistenziali e di indirizzo ai bisogni della persona con dolore fornite dai Medici di Medicina Generale (MMG) o da forme di aggregazione previste dagli accordi collettivi con la medicina generale.

STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE – REGIONE MARCHE

Nell'ambito dell'Azione Congiunta JADECARE (GA n.951442; <https://www.jadecare.eu/>), la Regione Marche sta sperimentando l'applicazione di un algoritmo di stratificazione della popolazione basato sul **modello GMA (Gruppi di Morbidità Aggiustati)** sviluppato in Catalogna e applicato nel 90% delle regioni spagnole. L'algoritmo utilizza i codici diagnosi inclusi nel sistema di sorveglianza sanitaria catalano, che comprende registri aggiornati di tutti i cittadini residenti (cure primarie, eventi ospedalieri, farmacia, salute mentale, servizi socio-sanitari, terapie respiratorie, dialisi, riabilitazione ambulatoriale e trasporti). Lo strumento tiene conto della multimorbidità e complessità (31 gruppi in totale), produce un punteggio sintetico per la costruzione della piramide di rischio (Morbidity Burden Index score), restituisce un profilo sanitario descrittivo e ha mostrato ottimi livelli di performance. Si riportano di seguito alcuni **risultati preliminari** ottenuti da un test pilota effettuato con i dati dei flussi amministrativi sanitari della Regione Marche contenenti codici ICD9-CM riferiti al periodo 2015-2022: Anagrafe sanitaria, Esenzioni, SDO – dimissioni ospedaliere, EMUR – pronto soccorso, SIAD – assistenza domiciliare. La fase di **preparazione dei dati** ha previsto la definizione di una procedura automatizzata per uniformare i campi di ogni flusso, fare un controllo di qualità dei dati, verificare e risolvere incongruenze, ricodificare i dati sulla base dei requisiti dell'algoritmo e linkare i flussi. I risultati sono riferiti all'anno 2021 e alla popolazione residente nella regione Marche. I dati sono mostrati in forma totale, aggregata per provincia e rappresentano una prima stima di valutazione complessiva.

Tabella 1.1 Distribuzione della popolazione (Anagrafica Regionale) per l'operatività dell'algoritmo di stratificazione

Provincia	N	Età			Sesso	
		Mediana	Media	Deviazione standard	M (%)	F (%)
AN	489.943	49	47,28	23,77	48,60%	51,40%
AP	211.832	50	47,86	23,66	48,60%	51,40%
FM	177.875	49	47,43	23,76	49,00%	51,00%
MC	332.295	48	46,86	23,76	49,20%	50,80%
PU	366.275	49	46,88	23,65	48,90%	51,10%
Totale	1.578.220	49	47,19	23,73	48,80%	51,20%

La sperimentazione della piramide del rischio¹ con l'algoritmo di stratificazione sopra indicato, permette complessivamente la classificazione in n.5 strati di complessità crescente, con distribuzione tipica della scala likert costruita su uno score di valutazione.

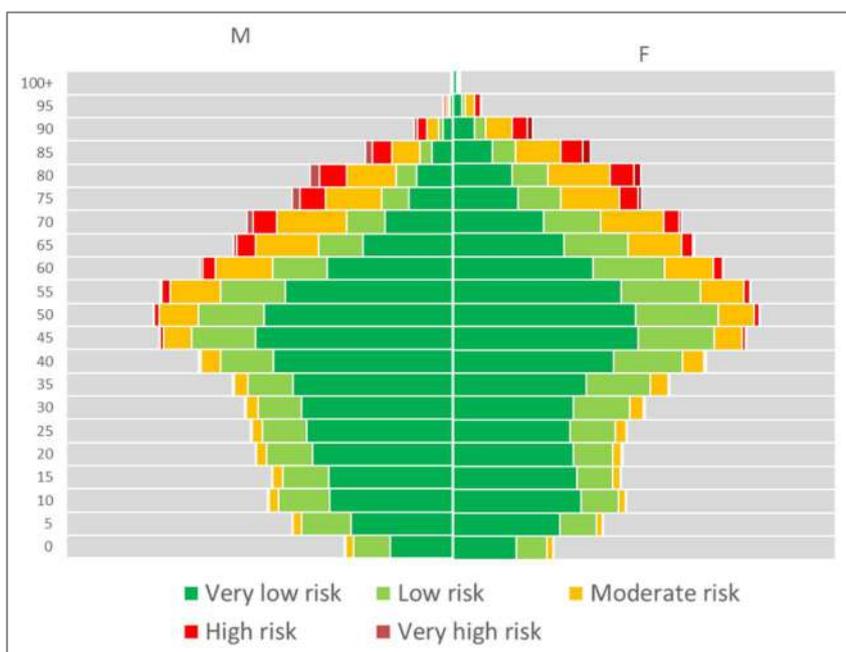
¹ Calcolata a partire dai percentili 50, 80, 95, 99 dell'Indice di peso di morbidità prodotto dall'algoritmo

Tabella 1.2 Distribuzione percentuale dei valori di rischio afferenti alle province della Regione Marche

Score di rischio	AN	AP	FM	MC	PU	Totale
Rischio molto basso	54.2%	56.8%	59.2%	58.4%	56.8%	56.6%
Rischio basso	25.2%	22.4%	21.9%	22.8%	22.9%	23.4%
Rischio moderato	15.3%	15.6%	14.0%	14.4%	15.2%	15.0%
Rischio alto	4.1%	4.3%	3.9%	3.6%	4.1%	4.0%
Rischio molto alto	1.2%	1.0%	.9%	.8%	1.0%	1.0%

Nel Grafico 1.1 è rappresentata la piramide del rischio (popolazione Regione Marche) con stratificazione su n.5 strati di rischio (costruiti su un punteggio di classificazione).

Grafico 1.1 Piramide del Rischio, popolazione Regione Marche, elaborazione su anno 2021



La distribuzione della popolazione ad alta complessità risulta essere correlata alla classe di età anziana e con relazione crescente ai soggetti di oltre 45 anni. L’algoritmo permette anche di classificare la popolazione in 7 gruppi di morbidità, anche in questo caso rappresentabili tramite piramide della popolazione.

Grafico 1.2 Piramide del Rischio (a 7 record), popolazione Regione Marche, elaborazione su anno 2020

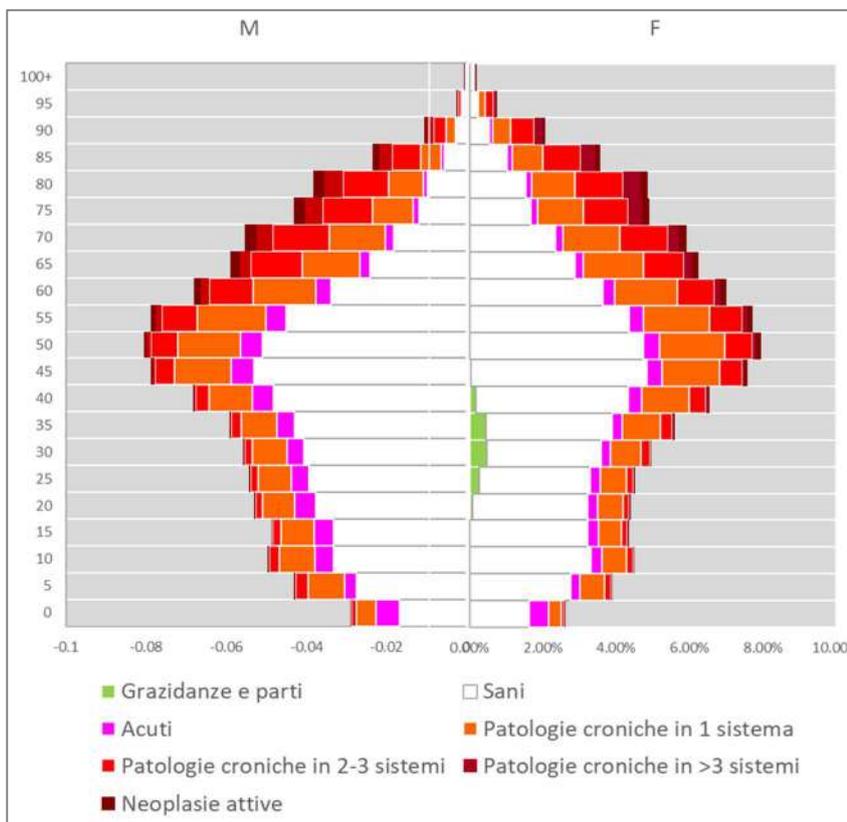


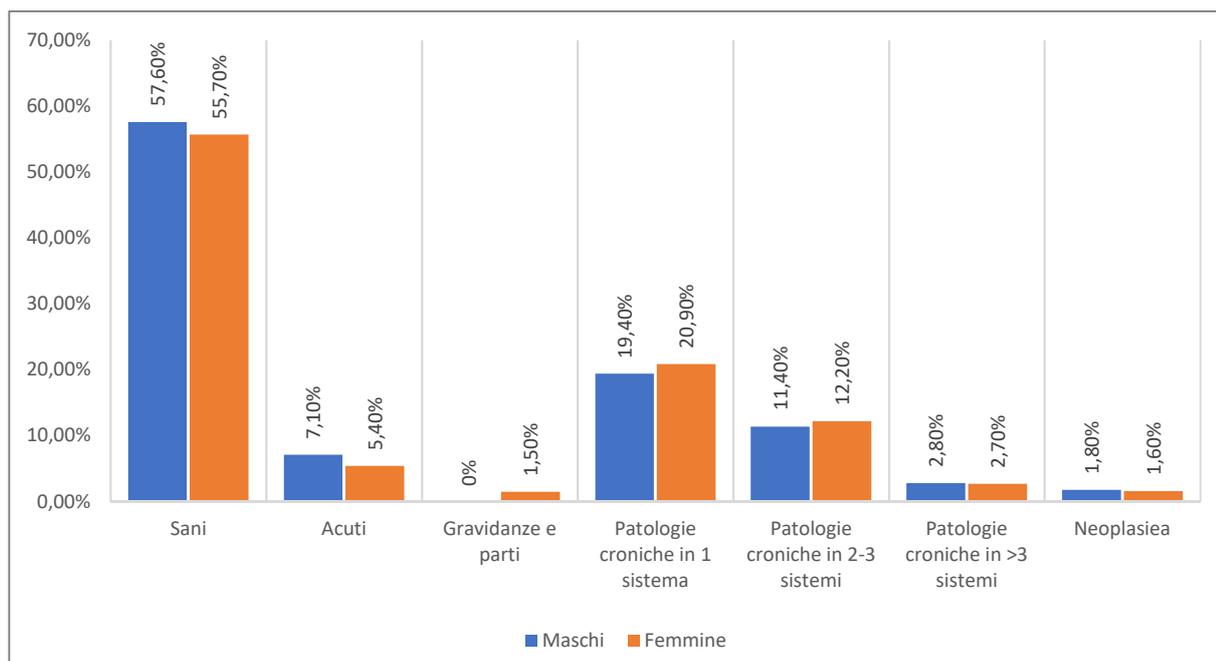
Tabella 1.3 Distribuzione Stratificazione per sesso e provincia di residenza, Regione Marche, anno 2020

Gruppi	PROVINCIA														
	AN			AP			FM			MC			PU		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Sani	54.7	53.6	54.2	57.9	55.7	56.8	60.6	58.0	59.2	59.7	57.1	58.4	57.9	55.9	56.8
Acuti	7.4	5.8	6.6	6.3	4.7	5.5	6.0	4.7	5.3	7.3	5.5	6.4	7.3	5.6	6.4
Gravidanze e parti	0.0	1.6	0.8	0.0	1.4	0.7	0.0	1.3	0.7	0.0	1.5	0.8	0.0	1.4	0.7
Patologie croniche in 1 sistema	20.5	21.3	20.9	19.4	20.9	20.2	18.4	20.7	19.6	18.3	20.5	19.4	19.2	21.0	20.1
Patologie croniche in 2-3 sistemi	12.1	12.8	12.4	11.9	12.8	12.4	10.5	11.3	11.0	10.6	11.5	11.1	11.4	12.1	11.7
Patologie croniche in >3 sistemi	3.3	3.2	3.2	2.8	2.8	2.8	2.6	2.4	2.5	2.3	2.3	2.3	2.6	2.6	2.6
Neoplasie*	1.9	1.7	1.8	1.8	1.6	1.7	1.8	1.6	1.7	1.8	1.6	1.7	1.7	1.6	1.6

* Se è presente un qualsiasi Raggruppamento di Codici Diagnostici associato a una diagnosi di neoplasia con data di diagnosi nel periodo di analisi o un anno prima.

Il 35% circa della popolazione è affetta da almeno una patologia cronica, con percentuale maggiore nelle femmine rispetto ai maschi. L'algoritmo fornisce, per ogni soggetto, la presenza o meno di 15 patologie croniche ritenute rilevanti (dati per provincia, ordine decrescente).

Gráfico 1.3 Distribuzione della Stratificazione per sesso, dati complessivi Regione Marche, anno 2020



Le patologie prevalenti sono ipertensione, diabete e patologie cardiocircolatorie. Infine, è possibile analizzare le caratteristiche dei soggetti inclusi in ogni strato della piramide del rischio, in termini di età, patologie croniche e gruppi di morbidity:

Tabella 1.4 Distribuzione della Stratificazione per provincia e per patologie ritenute rilevanti Regione Marche, anno 2020

Patologie classificate rilevanti	AN	AP	FM	MC	PU	Totale
Iperensione	10,7%	11,5%	8,4%	8,8%	9,6%	9,9%
Diabete	4,8%	4,9%	4,3%	4,4%	4,9%	4,7%
Cardiopatia ischemica cronica	2,8%	3,2%	3,4%	2,9%	3,3%	3,1%
Ictus	2,9%	2,9%	2,8%	2,5%	3,1%	2,9%
Artrosi	3,0%	2,7%	2,5%	2,5%	2,7%	2,7%
Scompenso cardiaco	2,0%	1,8%	1,7%	1,8%	2,0%	1,9%
Insufficienza renale cronica	1,6%	1,4%	1,2%	1,1%	1,4%	1,4%
BPCO	1,2%	1,1%	1,0%	1,2%	1,0%	1,1%
Artrite	1,1%	1,0%	0,7%	1,0%	0,8%	0,9%
Demenza	0,9%	0,8%	0,7%	0,6%	0,7%	0,8%
Depressione	0,8%	0,7%	0,9%	0,6%	0,7%	0,7%
Dolore cronico	0,3%	0,2%	0,2%	1,2%	0,1%	0,4%
Osteoporosi	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Cirrosi	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
HIV	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%

La distribuzione delle patologie rilevanti per soglie di rischio (con 2 indicatori di raggruppamento: gruppi di morbidity aggiustati e condizioni croniche), rappresenta una stratificazione di associazione tra rischio e patologia come indicato nella (tabella 1.5).

Tabella 1.5 Distribuzione della Stratificazione per provincia e per patologie ritenute rilevanti Regione Marche, anno 2020

Distribuzione della piramide		Strati della piramide				
		Rischio molto basso	Rischio basso	Rischio moderato	Rischio alto	Rischio molto alto
Gruppi di morbidità aggiustata	Sani	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Acuti	0.0%	23.9%	4.1%	0.1%	0.0%
	Gravidanze e parti	0.0%	2.5%	1.0%	0.1%	0.0%
	Patologie croniche in 1 sistema	0.0%	65.0%	31.7%	4.5%	0.4%
	Patologie croniche in 2-3 sistemi	0.0%	8.1%	53.0%	45.6%	14.7%
	Patologie croniche in >3 sistemi	0.0%	0.0%	5.9%	32.5%	55.4%
	Neoplasie attive	0.0%	0.4%	4.4%	17.1%	29.5%
Condizioni croniche	Diabete	0.0%	4.4%	14.2%	27.4%	43.2%
	Scompenso cardiaco	0.0%	0.0%	2.6%	24.2%	54.7%
	BPCO	0.0%	0.0%	2.5%	11.8%	26.5%
	Iperensione	0.0%	5.3%	35.4%	64.4%	78.3%
	Depressione	0.0%	0.5%	2.6%	4.2%	5.1%
	HIV	0.0%	0.0%	0.5%	0.3%	0.3%
	Cardiopatia ischemica cronica	0.0%	0.1%	9.3%	30.2%	45.1%
	Ictus	0.0%	0.1%	9.4%	25.3%	40.4%
	Insufficienza renale cronica	0.0%	0.0%	2.2%	15.3%	44.8%
	Cirrosi	0.0%	0.1%	0.5%	1.3%	2.0%
	Osteoporosi	0.0%	0.1%	0.8%	2.0%	3.2%
	Artrosi	0.0%	3.5%	9.0%	10.9%	11.5%
	Artrite	0.0%	1.3%	2.7%	4.0%	7.5%
	Demenza	0.0%	0.2%	1.6%	7.7%	16.1%
	Dolore cronico	0.0%	0.7%	1.1%	1.4%	2.1%
Età (media, DS)		41.79 (21.90)	44.66 (23.17)	62.21 (20.81)	74.32 (14.49)	78.51 (11.63)

FUNZIONAMENTO E ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

I Distretti Sanitari nella Regione Marche hanno subito nel corso degli anni diverse modifiche territoriali passando da 36 a 24, nel periodo in cui erano un'articolazione delle Zone territoriali e coincidenti con gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS). Quando sono state definite e strutturate le Aree Vaste dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), con la L.R.17/2010 *"Modifiche alla Legge Regionale 20 giugno 2003 n. 13 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale"* è stato ritenuto opportuno che la riformulazione dei bacini territoriali distrettuali fosse coincidente con quella delle ex Zone Territoriali. Di conseguenza nel 2012 con la DGR n. 1403/2012 *"Individuazione dei Distretti dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale ai sensi dell'art. 30 comma 2 della Legge Regionale 01/08/2011 n. 17"* sono stati individuati e delimitati 13 Distretti Sanitari regionali coincidenti con le ex Zone Territoriali ed è stata specificata la loro collocazione geografica nelle 5 Aree Vaste. Gli Ambiti Territoriali Sociali furono istituiti nel 2001, con la D.G.R. n. 337/2001, successivamente modificata con la D.G.R. n.592/2002. L'istituzione degli ATS fu attivata in attuazione del Piano regionale, per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali (D.G.R. n.306/00) approvato dalla Giunta regionale ai sensi della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali n. 328/2000. Nel 2012, in attuazione della D.G.R. n. 1403/12, sono stati ridisegnati i confini distrettuali facendoli corrispondere a quelli delle ex Zone e incorporando al loro interno uno o più ATS e, di conseguenza, è venuta meno la coincidenza tra Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale.

La Programmazione degli interventi previsti Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) relativi alla Missione 6- Salute Componente 1 M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Di seguito sono riportati gli interventi programmati dalla Regione, riferiti alle Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità, con il relativo finanziamento, tratti dal Piano Operativo regionale predisposto dalla Regione con D.G.R. n. 656/2022.

Tabella 1: Interventi programmati dalla Regione relativi alla M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Tipologia	Numero Interventi da Riparto	Numero Interventi Programmati	Popolazione Afferente AI	Bacino di utenza medio	Finanziamento programmato a valere sul fondo PNRR	Altri Finanziamenti
M6.C1 - 1.1 Case della Comunità	29	29	1.498.229	55.490	€ 42.494.802,81	€ 6.000.000,00
M6C1 - 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali	15	15	1.498.229	99.882	€ 2.596.125,00	-
M6.C1 - 1.3 Ospedali di Comunità	9	9	1.498.229	187.279	€ 23.178.981,00	-
Totale	53	53	1.498.229	114.217	€ 68.270.764,81	€ 6.000.000,00

M6.C1 - 1.1 Case della Comunità

Tabella 2: Case della Comunità programmate dalla Regione per Azienda, bacino di utenza medio, finanziamento

Ente	Numero CdC programmate	Popolazione Afferente AI	Bacino di utenza	Finanziamento programmato a valere su fondi PNRR	Altro Finanziamento
Regione Marche (ASUR)	29	1.498.229	55.490	€ 42.494.802,81	€ 6.000.000,00

Dall'analisi della Regione in esame è emerso che alcune aree dell'ASUR non presentano CdC nell'arco di 20 km. Questo dato è da contestualizzare sulla base della densità demografica, dei bisogni di salute della popolazione, delle caratteristiche orografiche del territorio e della programmazione regionale.

M6.C1 - 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali

Tabella 3: Centrali Operative Territoriali programmate dalla Regione per Azienda, bacino di utenza medio, finanziamento

Ente	Numero COT programmate	Popolazione Afferente AI	Bacino di utenza	Finanziamento programmato a valere su fondi PNRR	Altro Finanziamento
Regione Marche (ASUR)	15	1.498.229	99.882	€ 2.596.125,00	-

Il dimensionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) è stato valutato sulla base della previsione di una COT ogni 100.000 abitanti. In merito, si specifica che vista la peculiare funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, non assume rilevanza la dislocazione territoriale, ma è stata verificata la sola congruenza con il bacino di utenza. Le COT programmate sono coerenti con lo standard.

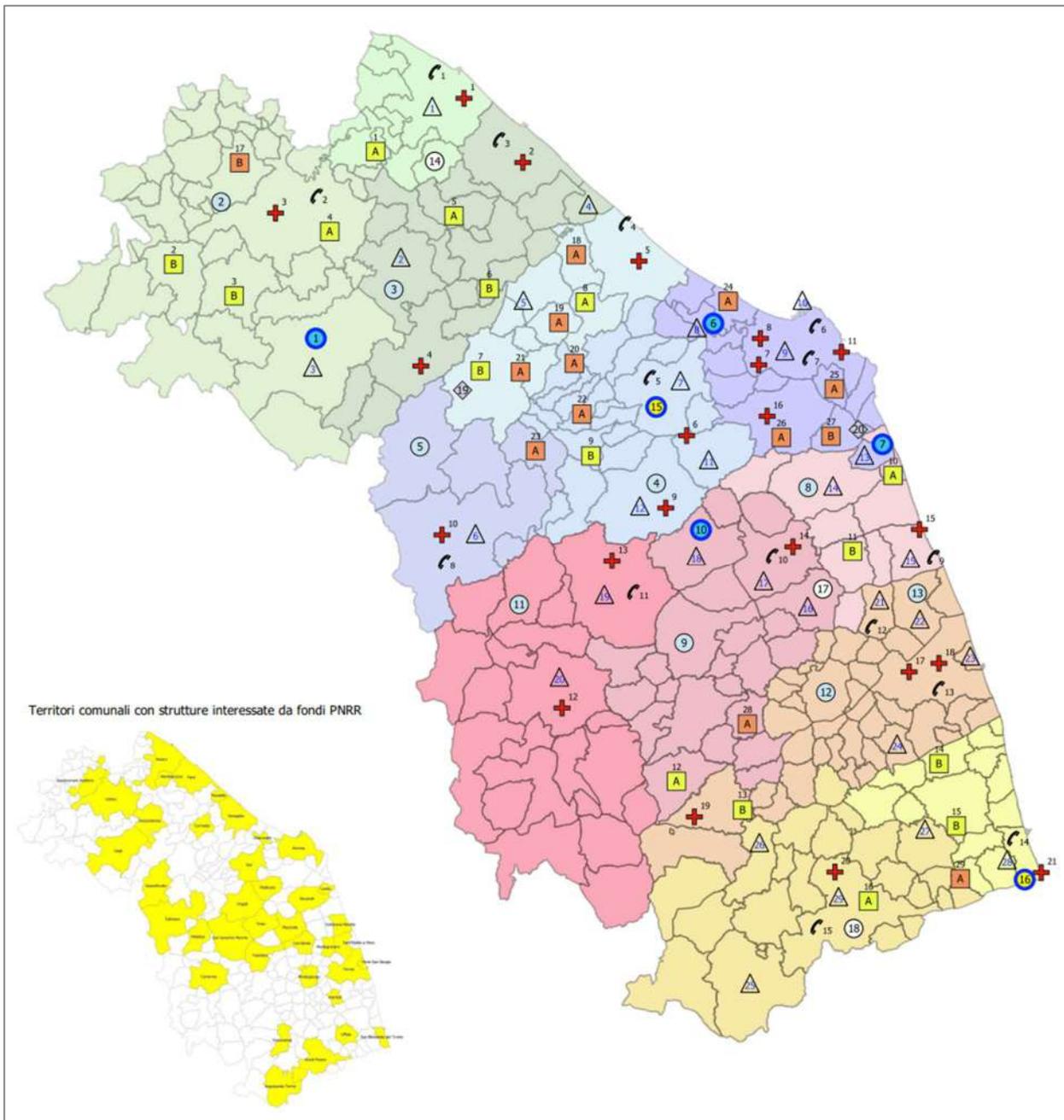
M6.C1 - 1.3 Ospedali di Comunità

Tabella 4: Ospedali di Comunità programmati dalla Regione per Azienda, bacino di utenza medio, finanziamento

	Numero OdC programmate	Popolazione Afferente	Bacino di utenza	Finanziamento programmato a valere su fondi PNRR	Altro Finanziamento
Regione Marche (ASUR)	9	1.498.229	187.279	€ 23.178.981,00	-

Dall'analisi della Regione in esame è emerso che alcune aree dell'ASUR non presentano OdC nell'arco di 30 km. Questo dato è da contestualizzare sulla base della densità demografica, dei bisogni di salute della popolazione, delle caratteristiche orografiche del territorio e della programmazione regionale.

Fig. 2 Distribuzione Ospedali di Comunità esistenti e Ospedali di Comunità con interventi PNRR, Case di Comunità, Case della Salute, Ospedali per Acuti e Centrali Operative Territoriali



 CASE DI COMUNITÀ		
1	Pesaro Galantara	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
2	Fossombrone	Attiva come Odc (di cui alla DGR 139/2016)
3	Cagli	Attiva come Odc (di cui alla DGR 139/2016)
4	Mondolfo	Attiva come Cds B
5	Corinaldo	Attiva come Cds B
6	Fabriano	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
7	Jesi	Nuova
8	Chiaravalle	Attiva come Odc (di cui alla DGR 139/2016)
9	Ancona - ex Crass	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
10	Ancona - Umberto I	Nuova
11	Filottrano	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
12	Cingoli	Attiva come Odc (di cui alla DGR 139/2016)
13	Loreto	Attiva come Odc (di cui alla DGR 139/2016)
14	Recanati	Attiva come Odc (di cui alla DGR 139/2016)
15	Civitanova Marche	Nuova
16	Corridonia	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
17	Macerata	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
18	Treia	Attiva come Odc (di cui alla DGR 139/2016)
19	San Severino Marche	Nuova
20	Camerino	Nuova
21	Montepranaro	Attiva come Cds B
22	Sant'Elpidio a Mare	Attiva come Odc (di cui alla DGR 139/2016)
23	Porto S. Giorgio	Attiva come Cds A
24	Petriloli	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
25	Acquasanta Terme	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
26	Comunanza	Attiva come Servizi territoriali da ampliare/riqualificare
27	Offida	Attiva come Cds B
28	S. Benedetto del Tronto	Nuova
29	Ascoli Piceno	Attiva come Cds A

 OSPEDALE DI COMUNITÀ (DGR 139/16)		
2	Sasocorvaro	
3	Fossombrone	
4	Cingoli	
5	Sansoferrato	
8	Recanati	
9	Tolentino	
11	Matelica	
12	Montegiorgio	
13	Sant'Elpidio a Mare	

 OSPEDALE DI COMUNITÀ (DGR 139/16 con adeguamenti - fondi PNRR)		
1	Cagli	
6	Chiaravalle	
7	Loreto	
10	Treia	

 Struttura residenziale esistente da trasformare in OSPEDALE DI COMUNITÀ (fondi PNRR)		
14	Mombaroccio	
17	Corridonia	
18	Ascoli Piceno	

 Nuovo OSPEDALE DI COMUNITÀ (fondi PNRR)		
15	Jesi	
16	San Benedetto del Tronto	

 Country Hospital		
19	Arcevia	
20	Castelfidardo	

 OSPEDALE PER ACUTI		
1	AOMN Stabilimento Pesaro	
2	AOMN Stabilimento Fano	
3	POU AV1 Stabilimento Urbino	
4	POU AV1 Stabilimento Pergola	
5	POU AV2 Senigallia	
6	POU AV2 Jesi	
7	AOUAN Stabilimento G. Salesi	
8	AOUAN Stabilimento Umberto I - G.M. Lancisi	
9	POU AV2 Cingoli	
10	POU AV2 Fabriano	
11	INRCA Stabilimento Ancona	
12	POU AV3 Stabilimento Camerino	
13	POU AV3 Stabilimento San Severino Marche	
14	POU AV3 Stabilimento Macerata	
15	POU AV3 Stabilimento Civitanova Marche	
16	INRCA Stabilimento Osimo	
17	POU AV4 Stabilimento Fermo	
18	INRCA Stabilimento Fermo	
19	POU AV4 Stabilimento Amandola	
20	POU AV5 Stabilimento Ascoli Piceno	
21	POU AV5 Stabilimento San Benedetto del Tronto	

 CASE DELLA SALUTE attive (Determina DG ASUR n. 469/18)		
1	Montecchio - Vallefoglia	
2	Sant'Angelo in Vado	
3	Urbania	
4	Urbino	
5	Colli al Metauro	
6	Mondavio	
7	Arcevia	
8	Ostra	
9	Cupramontana	
10	Porto Recanati	
11	Morrovalle	
12	Sarnano	
13	Amandola	
14	Montefiore dell'Aso	
15	Ripatransone	
16	Ascoli Piceno	

 CASE DELLA SALUTE programmate (Determina DG ASUR n. 469/18)		
17	Sasocorvaro	
18	Trecastelli	
19	Ostra Vetere	
20	Montecarotto	
21	Serra de Conti	
22	Mole di Malotoli Sportini	
23	Serra San Quirico	
24	Falconara M.ma	
25	Camerano	
26	Osimo	
27	Castelfidardo	
28	Sant'Angelo in Pontano	
29	Ambito Vallata del Tronto	

 COT (Centrali Operative Territoriali)		
1	Pesaro	
2	Urbino	
3	Fano	
4	Senigallia	
5	Jesi	
6	Ancona 1	
7	Ancona 2	
8	Fabriano	
9	Civitanova Marche	
10	Macerata	
11	San Severino Marche	
12	Montepranaro	
13	Fermo	
14	San Benedetto Del Tronto	
15	Ascoli Piceno	

	Sede distrettuale	Area Vasta
	Pesaro	1
	Urbino	1
	Fano	1
	Senigallia	2
	Jesi	2
	Fabriano	2
	Ancona	2
	Civitanova Marche	3
	Macerata	3
	Camerino	3
	Fermo	4
	San Benedetto del Tronto	5
	Ascoli Piceno	5

Tabella 5: Distribuzione Ospedali di Comunità esistenti e Ospedali di Comunità con interventi PNRR, Case di Comunità, Case della Salute, Ospedali per Acuti e Centrali Operative Territoriali

Definizione

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (AST per le Marche in base alla L.R. 19/2022) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti è disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti.

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

All'interno del distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della Comunità hub.

Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto.

Funzioni

Al Distretto, pertanto, possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale della ASL (AST per le Marche), provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;
- produzione, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

In particolare, l'organizzazione del Distretto, così come disciplinato dalla normativa vigente, deve garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della AST. Con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Distretto, inoltre, assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle Attività Territoriali. Quest'ultimo, tra l'altro, determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3 septies del predetto decreto legislativo e le quote, rispettivamente, a carico delle aziende sanitarie e dei comuni e al fine di valorizzare e integrare le risorse delle comunità di riferimento su cui insiste il Distretto, è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale (ATS) e dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale della AST.

Le Regioni e le Province autonome, in coerenza con l'articolo 1, comma 161, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, assicurano, mediante atti di programmazione, omogeneità del modello organizzativo degli ATS.

In un sistema centrato sull'approccio alla persona ed ai suoi bisogni è necessario garantire la massima integrazione delle competenze psicologiche. La Funzione aziendale ove già istituita ai sensi dell'art. 20 bis della legge 18/12/2020, n. 176 serve a coordinare il complesso delle attività trasversali degli Psicologi previste dai LEA e dalla normativa vigente ai diversi livelli, valorizzando la loro funzione sanitaria. In tal caso l'assistenza psicologica all'interno del distretto è assicurata e governata in ciascuna Azienda Sanitaria Locale dall'Area Funzionale di Psicologia nell'ambito della legislazione vigente.

Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto è il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.

Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.

Distretto: funzioni e standard organizzativi standard previsti (per circa 100.000 abitanti)

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Nella regione Marche, oltre alla pianificazione dell'attività territoriale dettata dal DM 77, entra in vigore la legge di riordino del SSR, la L.R. n.19/2022 "*Organizzazione del servizio sanitario regionale*", che prevede una nuova articolazione degli enti del Servizio Sanitario Regionale.

Indipendentemente dalla riforma, i Distretti della regione cambiano la loro afferenza in termini di appartenenza aziendale, così come descritto nella tabella seguente:

Tab. 1 I Distretti nella Regione Marche (L.R. 19/2022)

ENTE DEL SSR	Distretto
AST Pesaro-Urbino	1 - Pesaro
	2 - Urbino
	3 - Fano
AST ANCONA	4 - Senigallia
	5 - Jesi
	6 - Fabriano
	7 - Ancona
AST MACERATA	8 - Civitanova Marche
	9 - Macerata
	10 - Camerino
AST FERMO	11 -Fermo
AST ASCOLI PICENO	12 - San Benedetto del Tronto
	13 - Ascoli Piceno

Definizione

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Rappresenta la vera integrazione sociosanitaria, funzionale, organizzativa e strutturale.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito. Rappresenta il luogo in cui il SSR si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intersettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. Costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

Funzioni

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. 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 Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali e delle forme organizzate della società civile.

L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.

I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari operano anche all'interno delle CdC. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa² e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24. L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- 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.

Il modello organizzativo della CdC

I principi che orientano lo sviluppo delle CdC sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa, e il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività). La rete di assistenza territoriale delle CdC è organizzata secondo il modello *hub* e *spoke*.

Sia nell'accezione *hub* sia in quella *spoke*, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

CdC HUB

La **CdC hub** garantisce la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali:

- Équipe multiprofessionali [MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie];
- 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;

- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina -es. telerefertazione, ecc.);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari (previsti 1 per ogni 20.000 abitanti) e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
- Attività di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità *(tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione)*;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali.

Gli standard previsti dal DM 77/2022 per le CdC Hub sono riportati nella tabella 2.

Tab. 2 Standard CdC Hub

Servizi	Standard da D.M 77/2022 CdC hub
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare (di base)	OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg
Servizi diagnostici di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina	OBBLIGATORIO
Continuità Assistenziale (Standard di personale: 1 medico e 1 infermiere , può essere integrata con altre figure prof.li sanitarie nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale)	OBBLIGATORIO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO
Medicina dello sport	RACCOMANDATO
Standard di personale per 1 Casa di Comunità hub: 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).	

CdC SPOKE

La **CdC spoke** garantisce, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Alcuni servizi ambulatoriali per 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 o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

Gli standard previsti dal DM 77/2022 per le CdC Spoke sono riportati nella tabella 3.

Tab. 3 Standard CdC Spoke

Servizi	Standard da D.M 77/2022 CdC spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare (di base)	OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO
Collegamento con la Casa di Comunità Hub di riferimento	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale (Standard di personale: 1 medico e 1 infermiere , può essere integrata con altre figure prof.li sanitarie nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale)	FACOLTATIVO
Punto prelievi	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO
Medicina dello sport	RACCOMANDATO

Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali

Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro centralità è data:

- sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti;
- sul lato dell’offerta dal lavoro multiprofessionale, dall’integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario;
- sul lato della governance dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

La CdC, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

1. Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all’interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;

2. Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;

3. Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera ospedali di comunità, RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attività rivolte ai minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;

4. Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l’attività ospedaliera, anche grazie all’ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all’interno della CdC.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

In sintesi, la CdC, quale luogo di progettualità *con* e *per* la comunità di riferimento, svolge quattro funzioni principali:

- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo dove la comunità ricomponе il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

Governo dei bisogni complessi: Percorso Assistenziale integrato

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute (vedi tabella 4).

È organizzato in cooperazione tra il sistema dei servizi dell'ATS e il complesso delle dotazioni del Distretto sanitario. A questo scopo il Servizio sanitario regionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, le seguenti funzioni:

- l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate 'Case della comunità' e negli altri presidi ritenuti pertinenti e adeguati dalla programmazione locale
- Presso i PUA operano équipes integrate che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo
- Sulla base della valutazione dell'UVM, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno
- La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Tab. 4 Percorso assistenziale integrato

Macrofasi	Contenuto	Attività
A. Accesso	Orientamento e accesso al percorso assistenziale	- Orientamento al complesso dei servizi territoriali - Accesso al percorso assistenziale dedicato (primi riferimenti anagrafici)
B. Prima Valutazione	Valutazione preliminare dei bisogni della persona o del nucleo familiare	- Anagrafica completa della persona - Valutazione preliminare - Bisogno semplice: invio strutture competenti - Bisogno complesso: invio Unità di Valutazione Multidimensionale
C. Valutazione Multidimensionale	Valutazione multidimensionale dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare	- Equipe Multidisciplinare - Valutazione Multidimensionale - Attivazione Servizi e prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie - Monitoraggio dell'assorbimento delle risorse
D. Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno)	Piano assistenziale di sostegno condiviso	- Definizione degli obiettivi di salute - Definizione dei servizi e delle prestazioni idonei al raggiungimento degli obiettivi di salute - Definizione delle risorse interne al nucleo familiare - Definizione del patto assistenziale di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare - Attivazione delle prestazioni previste dal PAI
E. Monitoraggio e Valutazione PAP	- Andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI - Valutazione dei risultati delle attività previste dal PAI	- Rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato - Comparazione tra obiettivi di salute definiti e risultati raggiunti

Punto Unico di accesso (PUA)

Il Punto Unico di Accesso, collocato fisicamente e funzionalmente nella CdC hub e spoke, rappresenta il modello organizzativo centrale della CdC, l'accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità.

Funzioni

- a. Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse, ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli.
- b. Agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.
- c. Avviare la presa in carico, mediante la preavvalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
- d. Monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.

- e. Segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata.

Le attività del PUA sono articolate su due livelli:

- funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.
- funzioni di back office: prevalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione e il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali tramite il Distretto sanitario e dalle amministrazioni locali che compongono l'ATS. Per svolgere adeguatamente le sue funzioni, ciascun PUA deve prevedere una dotazione minima e stabile di personale con profili professionali diversi con il compito di garantire accoglienza, ascolto e prevalutazione del bisogno secondo un approccio bio-psico-sociale.

Presso ciascun PUA deve essere garantita la dotazione appropriata e stabile di:

- Il Servizio sociale professionale comunale, e altre eventuali professionalità sociali, tramite l'ATS.
- Il Servizio sociale professionale aziendale, e altre eventuali professionalità sanitarie, tramite il Distretto
- Il servizio infermieristico di comunità.
- Gli adeguati servizi amministrativi e tecnici
- Eventuali servizi di mediazione linguistico-culturale.

Andranno inoltre garantiti i necessari collegamenti con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e con tutti i presidi presenti nell'ambito territoriale siano essi sanitari che sociali, che verranno definiti nei vari lavori di gruppo in coprogettazione con i professionisti e le varie espressioni della comunità.

Valutazione Multidimensionale

La valutazione multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con disabilità identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale. Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria). La valutazione multidimensionale e multidisciplinare si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi (sanitari, educativi, sociali, etc.). Pertanto, è definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica, al fine di definire il setting assistenziale appropriato.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

- a) La rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni
- b) La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVM/UVMDD o equipe integrata) formalmente riunita.

Unità di valutazione multidimensionale (UVI)

Funzioni

- a. Effettuare la valutazione multidimensionale e multidisciplinare che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi
- b. Elaborare il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA
- c. Individuare l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni
- d. Monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

La composizione minima delle Unità di valutazione multidimensionale (che può variare in relazione al bisogno) comprende:

- Il medico di medicina generale, ovvero il pediatra di libera scelta
- Il medico di distretto
- L'infermiere di comunità
- L'assistente sociale dell'ATS.

La composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali.

Al fine di poter garantire un'effettiva integrazione tra il settore sociale e l'ambito sanitario, l'assistente sociale coinvolto nell'equipe integrata multidisciplinare è individuato dal distretto sociosanitario tra gli assistenti sociali dei comuni afferenti al relativo ambito territoriale. Specularmente, le figure sanitarie, individuate per l'equipe integrata multidisciplinare, sono nominate dal Direttore del distretto sanitario. Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie. La responsabilità del suddetto processo è ricondotta, all'Ufficio Sociosanitario Integrato composto dai Dirigenti di area sociale e sanitaria competenti per il territorio e aventi responsabilità di gestione delle risorse professionali ed economiche per il funzionamento dei servizi integrati.

Piano Assistenziale Individuale (PAI)

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo assistenziale. Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 su istanza dell'interessato, è predisposto dall'UVM distrettuale in cui deve essere necessariamente presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale. La progettazione individuale condivisa con l'utente declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale compartecipazione dell'utente, le verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate, la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona

Unità Operativa funzionale Sociale e Sanitaria - U.O.S.e.S. (o Ufficio sociosanitario di ambito)

Le macrofasi che individuano il percorso assistenziale integrato (vedi Tab. 4) per le persone non autosufficienti o in condizioni di grave disabilità costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la presa in carico delle persone fragili con bisogni complessi. La programmazione condivisa tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario è orientata a definire le azioni necessarie per la costruzione del percorso assistenziale individualizzato.

L'integrazione va intesa come realizzazione di una rete integrata di servizi socio-sanitari, di attività, prestazioni e processi, alla quale concorrono soggetti pubblici, del privato sociale e del volontariato, offrendo al territorio risposte adeguate al bisogno di salute, tenendo conto della centralità della persona e della famiglia e della necessità nel sistema di garantire la presa in carico, dall'accoglienza della domanda alla continuità dell'assistenza. In tale prospettiva vanno progettate e realizzate soluzioni comuni nelle differenti aree di intervento in relazione al bisogno socio-sanitario espresso o latente coinvolgendo le reti di appartenenza e gli operatori in un approccio unitario.

Le Unità Operative Sociali e Sanitarie (U.O.SeS) sono attivate in ottemperanza delle DGR n. 110/2015 «Istituzione e modalità operative dell'Unità Operativa Funzionale Sociale e Sanitaria» e della DGR n. 111/2015 «*Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e sociali*»

L'U.O.SeS è una unità operativa di tipo funzionale, cioè la struttura che, a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale, si occupa del coordinamento, della progettazione operativa, della organizzazione e della gestione dell'integrazione sociale e sanitaria a livello locale.

L'Osservatorio Regionale Politiche Sociali dell'Agenzia Regionale Sanitaria delle Marche rileva che, a partire dall'anno di approvazione delle DGR 110/15 e 111/15, gli **Accordi di programma** per la costituzione delle 13 U.O.SeS sono stati sottoscritti in tutti i territori di Ambito Sociale e Distretto Sanitario delle Marche.

I **Responsabili** dell'U.O.SeS sono il Direttore di Distretto e il Coordinatore di ATS.

La **Segreteria operativa** dipende direttamente dai responsabili UOSeS ed ha funzioni di supporto al coordinamento del Governo della Domanda e della programmazione integrata territoriale, di gestione della sfera amministrativa e dei flussi informativi, di raccordo dei Tavoli di concertazione e di settore e degli attori territoriali che operano in questo ambito.

Ha una dotazione organica che prevede figure sociali, sanitarie e amministrative riferite a strutture sia sanitarie che sociali.

I **Tavoli permanenti** previsti dalla DGR 110 del 2015 si distinguono in:

- Tavolo per l'integrazione sociosanitaria, con funzioni di concertazione tra ASUR, AV, DS e ATS;
- Tavoli tematici per aree di intervento, con funzioni di proposta e consultazione rispetto alla programmazione integrata sociosanitaria e all'organizzazione e gestione dei servizi e degli interventi territoriali.

CdC: standard previsto

Lo standard previsto dal DM77/2022 è rappresentato da:

- n.1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità.

Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (presenti nelle forme di Aggregazioni Funzionali Territoriali monoprofessionali e nelle Unità Complesse Cure Primarie multiprofessionali) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali. Standard di personale per 1 Casa di Comunità hub: - 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

Le CdC *hub* al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:

1 Coordinatore Infermieristico

2-3 IFoC per le attività ambulatoriali

1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute

4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Nelle CdC *hub* e *spoke*, inoltre, è garantita rispettivamente l'assistenza medica H24 – 7 giorni su 7 oppure l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC *hub* e *spoke*.

Con una serie di atti la Regione Marche ha:

- identificato i siti idonei per le strutture di prossimità (*D.G.R. n. 114 del 14/02/2022 “Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Definizione del quadro programmatico dei sub-interventi 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona”, 1.2.2 “COT, interconnessione aziendale, device” e 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”. Identificazione dei siti idonei”*)
- approvato gli interventi per la realizzazione degli investimenti afferenti la Componente 1 e la Componente 2 del PNRR (D.G.R. n. 271 del 14/03/2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” e C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”: approvazione degli interventi per la realizzazione degli investimenti afferenti la Componente 1 – Investimenti 1.1, 1.2.2, 1.3, e la Componente 2 – Investimento 1.1”)
- Preso atto della nomina dei Responsabili Unici del Procedimento delle schede di intervento e della nomina del referente regionale (*Decreto del Dipartimento Salute n. 8 del 8/04/2022 “PNRR Missione 6 Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” (Interventi 1.1., 1.2.2, 1.3) e Componente 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” (Interventi 1.1.1, 1.1.2 e 1.2) - Presa d’atto della nomina dei Responsabili Unici del Procedimento delle schede intervento e nomina del referente regionale)*)
- Costituito la cabina di regia e i relativi gruppi di lavoro tematici (*Decreto del Segretario Generale n. 39 del 19/04/2022 “PNRR Missione 6 Salute - costituzione cabina di regia e relativi gruppi di lavoro tematici”*).
- Aggiornato l’elenco degli interventi previsti dalla DGR 271/2022 e approvato il POR (*D.G.R. n. 656 del 30 maggio 2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell'elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale”*);
- Recepito il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) con la D.G.R. n. 812 27/06/2022 “*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 Salute: Recepimento Contratto Istituzione di Sviluppo.*”
- Approvato i provvedimenti di delega delle attività e ripartizione delle risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale con D.G.R. n. 970 del 27/07/2022 “*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale*”

Nella tabella sottostante viene descritta la localizzazione delle CdC in base all'Ente del SSR, al Distretto e al Comune di riferimento, e individuazione delle strutture Hub e di quelle Spoke:

Tab. 5 Programmazione Regionale delle Case della Comunità

ENTE DEL SSR	Distretto	Comune	Indirizzo	HUB/Spo ke
AST Pesaro- Urbino	1 - Pesaro	Pesaro (Galantara)	Strada per Novilara ,8	Hub
	2 - Urbino	Cagli	via Meucci ,n.p.	Hub
	3 - Fano	Mondolfo	Piazza Bartolini ,6	Hub
		Fossombrone	Via Fratelli Kennedy ,27	Hub
AST ANCONA	4 - Senigallia	Corinaldo	Viale degli Eroi ,snc	Hub
	5 - Jesi	Filottrano	Via Don Minzoni ,16	Spoke
		Jesi	Via Aldo Moro ,snc	Hub
		Cingoli	Via della Carità ,11	Hub
	6 - Fabriano	Fabriano	VIA MARCONI ,9	Spoke
	7 - Ancona	Ancona	VIA CRISTOFORO COLOMBO ,106	Hub
		Ancona	Largo Lorenzo Cappelli ,1	Hub
		Chiaravalle	Fratelli Rosselli ,176	Hub
Loreto		Via S. Francesco D'Assisi ,1	Hub	
AST MACERATA	8 - Civitanova Marche	Civitanova Marche	Via Abruzzo ,SNC	Hub
		Recanati	Piazzale Andrea da Recanati ,1	Hub
	9 - Macerata	Corridonia	VIALE ITALIA ,14	Hub
		Macerata	Largo Belvedere Sanzio ,snc	Hub
		Treia	Via Giacomo Leopardi ,2	Hub
	10 - Camerino	Camerino	LOCALITA' CASELLE ,S.N.C.	Spoke
San Severino Marche		Via DEL GLORIOSO ,8	Hub	
AST FERMO	11 -Fermo	Montegranaro	C.DA SANTA MARIA ,SNC	Hub
		Petritoli	VIA MARINI PACIFICO ,50	Spoke
		Porto S. Giorgio	Via Leonardo da Vinci ,7	Hub
		Sant'Elpidio a Mare	Via PORTA ROMANA ,SNC	Hub
AST ASCOLI PICENO	12 - San Benedetto del Tronto	San Benedetto del Tronto	via G. Sgattoni ,snc	Hub
	13 - Ascoli Piceno	Acquasanta Terme	f.ne Paggese ,snc	Spoke
		Ascoli Piceno	Via degli Iris ,1	Hub
		Comunanza	via Cavour ,snc	Spoke
		Offida	via Garibaldi ,3	Spoke
TOTALE REGIONE				29

Definizione e funzioni

Le Centrali operative territoriali si sono sviluppate da quasi dieci anni in alcune regioni italiane (Veneto, Toscana, Lazio, Sicilia, Lombardia, Umbria, ecc.) in assenza di un quadro normativo nazionale e quindi con caratteristiche, diffusione e funzioni molto diverse.

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. 34 che prevede l'attivazione delle centrali operative regionali, con funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina. Le Centrali operative, dovevano servire a rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del COVID-19 con l'obiettivo di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione del COVID-19, oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario.

Successivamente, nel 2021, il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nell'ambito degli investimenti previsti per il potenziamento delle cure domiciliare prevede l'attivazione di 600 Centrali COT, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

Secondo il DM 77, la COT rappresenta “un 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”, in raccordo anche con *il bed manager* dei vari setting di ricovero e con il PUA di riferimento. Svolge una funzione di **coordinamento**, di **monitoraggio** e di **tracciamento dei processi di transizione** dei pazienti tra i vari servizi e attiva le risorse formali e informali del territorio di competenza.

La COT, per le sue funzioni, deve avere visibilità della situazione dei posti liberi/occupati nelle strutture territoriali sanitarie e socio-sanitarie al fine di **agevolare i percorsi di transizione di accesso/trasferimento** nei vari setting assistenziali.

La COT deve attivare i vari servizi assistenziali territoriali prevedendo l'utilizzo di strumenti di **telemedicina**, **tele monitoraggio**, **quando previsti nel PAI**, con particolare riguardo ai pazienti in **post-dimissione** e ai pazienti con **cronicità**.

Costituisce un servizio operativo 7 giorni su 7, deve essere dotato di adeguate infrastrutture tecnologiche e informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.

L'attività della COT è rivolta a tutti gli attori del sistema socio-sanitario, personale distrettuale e ospedaliero, che possono richiederne l'intervento: medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), medici di continuità assistenziale (MCA) e unità di Continuità Assistenziale (UCA), medici specialisti ambulatoriali ospedalieri e distrettuali, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali e dei servizi sociali.

La COT rappresenta quindi un centro operativo di comando che garantisce a tutto lo staff ospedaliero e territoriale di disporre di informazioni dei bisogni clinici e assistenziali, necessarie per l'assistenza ai pazienti, dettagliate e in tempo reale; coordina le risorse per il raggiungimento dei risultati.

La COT è quindi lo strumento aziendale:

- di raccolta e classificazione del problema/bisogno contenuto nel Progetto di Salute, nel PAI e nel PRI, nel FSE e nelle varie scale di valutazione e altra documentazione condivisa con i vari setting protagonisti della continuità assistenziale; di attivazione di tutte le risorse del territorio più appropriate rispetto ai bisogni evidenziati;
- di programmazione e pianificazione degli interventi attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro, diventando l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale al fine di svolgere una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale.

Con specifico riferimento all'integrazione ospedale-territorio e al coordinamento tra i servizi socio-sanitari territoriali, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e al Decreto Ministeriale n. 77/2022, fanno riferimento a modelli organizzativi, sia a livello professionale che gestionale, atti a garantire la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed efficiente delle risorse all'interno di una vera e propria filiera dell'assistenza territoriale. Una filiera che vede l'attivazione non solo delle COT, ma anche di Strutture Intermedie e Medicine di Gruppo Integrate (MGI) territoriali come strumenti per rendere efficaci i percorsi assistenziali (dimissioni protette, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali - PDTA), eliminandone o attenuandone le discontinuità.

Di seguito vengono riportate le indicazioni per la definizione del modello organizzativo della COT e della relativa infrastruttura tecnico-informatica (basate sul quaderno di Monitor "La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione").

La COT, nel suo ruolo centrale di “regista” della continuità assistenziale tra Ospedale-Territorio; Territorio-Ospedale; Territorio-Territorio; Telemonitoraggio e/o Telecontrollo assicura il supporto informativo, organizzativo e logistico delle transizioni dei pazienti da un setting di assistenza all’altro. La COT si fa carico delle necessità espresse dal professionista del setting di provenienza dell’assistito, responsabile del caso, contattando e attivando il servizio/i necessario/i alla definizione del setting di destinazione, dando supporto ai processi necessari (tra cui anche il processo di valutazione del setting più appropriato al bisogno emergente individuato dall’UVI), tracciando, monitorando e registrando la transizione e il suo esito e informando tutti gli attori coinvolti nel processo di transizione degli esiti del percorso in atto, gestendo e superando tutte le eventuali criticità evidenziate.

Per poter individuare elementi utili all’implementazione organizzativa del modello COT, si declinano alcuni casi d’uso, precisando per ciascuno di essi: bisogni, azioni, attori, relazioni, strumenti.

Tali casi d’uso hanno lo scopo di offrire una base di partenza allineata di massima agli standard di riferimento e sono da intendersi esemplificativi e non esaustivi dei processi che verranno adottati e contestualizzati.

1. Dimensione Organizzativa
2. Dimensione Informatica
3. Dimensione Giuridico/Amministrativa

1. Dimensione organizzativa:

La COT, come detto in precedenza, è “un 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”. Per svolgere tale funzione la COT deve operare in rete con gli altri servizi territoriali, tra cui anche il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA) e il Punto Unico di Accesso (PUA). Tali collegamenti, in particolare, dovranno essere codificati e strutturati nel documento di programmazione delle COT da elaborarsi secondo le indicazioni riportate in premessa al presente documento, in modo tale da consentire la presa in carico globale dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali delle persone con cronicità complesse e/o fragili insistenti sul territorio di afferenza del distretto della COT.

La COT, così come previsto nel documento di riforma, “assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi/professionisti attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere,

ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);

- 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 (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, 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”.

La COT funzionerà da facilitatore per il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, favorendo la tempestività e l’appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino. Nel supportare i processi, provvede a tracciarli, verificando al contempo, la corretta e completa alimentazione dei flussi informativi necessari. Per svolgere le sue funzioni basilari la COT dovrà godere di un patrimonio informativo pertinente e non eccedente rispetto alle finalità attribuite alla stessa dalla norma. Va infine sottolineato che la COT, avendo un ruolo attivo nell’alimentazione e nell’utilizzo del patrimonio informativo aziendale/regionale, contribuisce a far emergere i bisogni sociosanitari latenti nella popolazione di riferimento, rappresentando un utile strumento a supporto della programmazione.

Il ruolo della COT nella transizione 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 COT collabora a raccogliere il bisogno e ad identificare la struttura/servizio corrispondente al setting di cura più appropriato verso il quale indirizzare il paziente.

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

I Fase – identificazione del bisogno e avvio del processo

Attori e Azioni:

La Struttura Ospedaliera:

- Notifica alla COT l’avvenuto ricovero;
- Rileva il bisogno di continuità della presa in carico alla dimissione;

- Stratifica il bisogno utilizzando la scheda valutativa a valenza predittiva dotata di score (Indice di Brass), quando il paziente è proveniente da una U.O., e la scheda denominata Codice Argento quando proveniente dal Pronto Soccorso/OBI
- Comunica entro 48 ore dalla ammissione del paziente alla COT la necessità di supporto post dimissione (in base allo score dell'Indice di Brass/Codice Argento codificato nel percorso al quale si rimanda a specifica deliberazione regionale), prefigurando una "dimissione protetta".

La COT:

- Comunica a tutti i soggetti interessati l'avvenuto ricovero (es. MMG/PLS, altri servizi che hanno già in carico il paziente-eventuale Centrale Operativa ADI, ecc.) in modo da informare e consentire il rilascio temporaneo delle eventuali risorse allocate;
- Raccoglie il bisogno espresso dalla struttura richiedente;
- Visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole, laddove necessario, all'UVI
- Monitora tutte le fasi del processo.

Supporti tecnici e informativi, devono essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase I. Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta) si ritiene necessario disporre di:

- sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni;
- possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente;
- mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);

Il Fase – identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione

Attori e Azioni:

La COT:

- supporta l'individuazione della struttura/servizio di destinazione specifica;
- attiva la struttura/servizio territoriale individuato e i relativi professionisti/servizi coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);
- coordina tutte le risorse necessarie al trasferimento;
- registra le informazioni relative al trasferimento.

La Struttura Ospedaliera:

- mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia accompagnandolo alla dimissione. Si occupa, tracciandola nella documentazione clinica, della prima formazione al caregiver nelle situazioni più complesse.

Supporti tecnici e informativi devono essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase II. Si ritiene necessario disporre, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta), di:

- cruscotto dei pazienti in dimissione (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, programmazione primo accesso al domicilio, ecc.) comprensiva di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti al domicilio, ecc.);
- mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);

III Fase – attuazione della transizione

Attori e Azioni:

La COT:

- verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
- attiva gli attori necessari per la corretta presa in carico del paziente;
- verifica l'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio o servizio territoriale preposto;
- supporta l'organizzazione del primo accesso da parte dei professionisti della salute;
- monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche;
- notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

Supporti tecnici e informativi devono essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase III. Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta) si ritiene necessario disporre di:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;
- sistema informatico dove registrare i dati necessari per gestire la programmazione delle transizioni "intermedie" previste in modo da consentire alla COT di disporre di un monitoraggio anche della programmazione delle attività oltre che delle transizioni "in itinere".

Il ruolo della COT nella transizione 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 o una prestazione specialistica non effettuabile a domicilio.

I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo

Il MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS, in quanto responsabile clinico dell'assistito qualora la richiesta non provenga dallo stesso, concorda la necessità di un accesso ospedaliero programmabile o di una prestazione specialistica non effettuabile a domicilio (i casi di emergenza seguono altri percorsi).

A fronte della necessità viene emessa una prescrizione/richiesta 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, prendendola in carico.

Attori e azioni:

MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso:

1. ravvisa il bisogno di un intervento che prevede un accesso ospedaliero programmabile o di una prestazione specialistica non effettuabile a domicilio e predispone la prescrizione/richiesta;
2. invia alla COT la prescrizione/richiesta.

La COT:

1. prende in carico la prestazione/richiesta.
2. integra informazioni sul caso

Supporti tecnici e informativi devono essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase I. Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione si ritiene necessario disporre di:

- Sistema di ricezione delle notifiche;
- Possibilità di recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico assistenziali specifiche (es. trasportabilità, utilizzo di particolari presidi, presenza di un accompagnatore);
- Possibilità di recuperare informazioni sulla prestazione richiesta (es. sostituzione di catetere venoso centrale, PEG, programmazione di visite specialistiche o esami diagnostici);

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

- La COT, accedendo alle liste di attesa e alle agende di prenotazione, propone al richiedente la struttura ospedaliera/servizio più idonei con le relative disponibilità di appuntamento.

- Il servizio territoriale richiedente conferma la proposta sulla base della situazione clinica e organizzativa del paziente, lo informa e insieme alla COT organizza il trasporto.
- La COT fissa l'appuntamento concordato all'interno dell'agenda ospedaliera prescelta.

Attori e azioni

La COT:

- Accede in forma anonima alle liste di attesa, alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere idonee al caso per la prestazione richiesta per verificare la disponibilità e in forma nominativa relativamente ai soli pazienti di cui gestisce la transizione;
- propone al richiedente la struttura disponibile individuata;
- fissa l'appuntamento, supportando la valutazione e gestione delle priorità di risposta da dare
- facilita, salvo diverse organizzazioni territoriali, la transizione (es. organizzazione dell'appuntamento e accesso) del paziente dal territorio alla struttura ospedaliera individuata.

La Struttura/servizio territoriale richiedente:

- conferma alla COT la proposta di appuntamento;
- mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia.

Supporti tecnici e informativi devono essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase II. Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione si ritiene necessario disporre di:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;
- possibilità di accedere alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere con l'indicazione delle disponibilità per la fase di prenotazione e con la possibilità di riservare la risorsa individuata;
- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

III Fase - Attuazione della transazione

La COT traccia e registra il buon esito della transizione del paziente verso la Struttura Ospedaliera/servizio individuati. Il documento emesso dall'ospedale/servizio al termine della prestazione (es. foglio di ricovero, lettera di dimissione, referto, ecc.) genera una notifica alla COT la quale a sua volta informerà del buon esito della prestazione tutti i professionisti coinvolti. Nel caso in cui la prestazione non sia stata erogata, l'ospedale/servizio informa la COT che in accordo con la Struttura/servizio territoriale richiedente, che ha in gestione il caso, riprogramma un nuovo appuntamento.

Attori e azioni

La COT:

- monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche;
- notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento, riprogrammando un nuovo appuntamento nel caso in cui la prestazione non venga erogata.

Struttura Ospedaliera/servizio:

- effettua la prestazione;
- a seguito della prestazione emette la documentazione clinica dandone notifica alla COT;
- eventualmente notifica la non avvenuta prestazione alla COT nel caso di impedimenti.

La Struttura/servizio territoriale richiedente:

- gestisce il paziente nella fase di transizione (es. informazione, coinvolgimento accompagnatori, ecc.);
- riprende in carico il paziente al termine della transizione in ospedale;
- in accordo con la COT riprogramma un nuovo appuntamento, nel caso in cui la prestazione non venga erogata.

Supporti tecnici e informativi devono essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase III. Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione si ritiene necessario disporre di:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;
- sistema integrato con i principali applicativi di gestione ospedaliera per acquisire l'accettazione del paziente (prestazioni ospedaliere); - sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

Il ruolo della COT nella transizione 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.) o al proprio domicilio. 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).

I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo

Il MMG/PLS o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso (es. referente di struttura, ecc.), individua un bisogno di natura clinico assistenziale pianificabile non a carattere emergenziale, ed invia una segnalazione alla COT. La segnalazione deve contenere la descrizione del bisogno, l'ipotesi di intervento necessario, le principali informazioni sul caso (es. diagnosi, descrizione della disabilità, grado di autonomia, ecc.). La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema

di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni), prendendola in carico.

Attori e azioni:

MMG/PLS o chi ha in gestione il caso (es. referente di struttura, ecc.), previo raccordo con MMG/PLS:

- individua un bisogno di natura clinico-assistenziale pianificabile che prevede una nuova/ulteriore presa in carico sanitaria;
- produce una scheda di valutazione del bisogno del paziente con le principali informazioni;
- notifica la prescrizione/richiesta alla COT nel cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;
- informa il paziente/caregiver della avvenuta richiesta.

La COT:

- prende in carico la richiesta;
- si attiva, se necessario, in accordo con il Distretto, per far effettuare l'UVI e per la conseguente definizione del PAI;
- integra le informazioni e funge da facilitatore tra tutti i professionisti coinvolti;
- visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso

Supporti tecnici e informativi devono essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase I. Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione si ritiene necessario disporre di:

- sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni;
- possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente;
- mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);

Il Fase - Identificazione del setting e Coordinamento della transizione

La COT, sulla base degli esiti della valutazione/rivalutazione/richiesta, verifica la disponibilità da parte dei servizi o delle strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato, appropriate in termini di prossimità e di bisogni clinico-assistenziali ravveduti, attraverso la mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, posti letto, referenti, liste di attesa, ecc.).

Una volta individuata la struttura o il servizio più idoneo, la COT provvede a contattarla e a pianificare la presa in carico, e quindi la transizione. Successivamente, notifica l'avvenuta pianificazione della transizione al soggetto richiedente e a tutti gli altri attori coinvolti nel processo (MMG/PLS ecc.).

Attori e Azioni:

La COT:

- raccoglie e trasmette le informazioni utili a gestire la transizione (es. bisogni specifici, personalizzazione della presa in carico, ecc.);
- supporta l'individuazione del servizio/struttura di destinazione;
- effettua un'analisi sul territorio per verificare la disponibilità dei servizi o strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato;
- attiva/prenota la struttura o il servizio territoriale individuato e i relativi professionisti coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);
- si interfaccia con il soggetto richiedente per gli aspetti organizzativi e logistici della transizione;
- pianifica la transizione.

La Struttura/servizio Territoriale richiedente:

- riceve notifica, da parte della COT, di avvenuta individuazione della struttura/servizio sanitaria/sociosanitaria idonea;
- conferma/approva la proposta ricevuta;
- riceve la notifica di tutti gli aspetti organizzativi e logistici della transizione, da parte della COT; 18
- mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia, accompagnandolo nella transizione.

La Struttura/servizio Territoriale di destinazione:

- conferma la disponibilità alla presa in carico;
- pianifica la transizione, unitamente alla COT

Supporti tecnici e informativi devono essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase II.

Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione si ritiene necessario disporre di:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con lo stato di avanzamento (es. esito UVI, ecc.) comprensivo di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
- sistema per la "prenotazione/impegno" della risorsa/servizio individuati.
- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).
- database delle strutture/servizi territoriali con l'indicazione delle eventuali disponibilità (mappatura).

III Fase - Attuazione della transizione

La COT organizza e monitora la transizione e verifica che il primo accesso alla struttura di destinazione o al domicilio sia avvenuto secondo quanto programmato, dandone notifica a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico.

Attori e azioni:

La COT:

- verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
- attiva gli attori per la corretta presa in carico del paziente;
- monitora lo stato della transizione e del primo accesso nella sede di destinazione;
- in caso di scostamenti dal programmato, si attiva proattivamente con il referente del servizio/struttura di destinazione;
- notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

La Struttura/servizio territoriale di destinazione:

- prende in carico il paziente;
- mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia.

Supporti tecnici e informativi devono essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase III. Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione si ritiene necessario disporre di:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche comprensiva della notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi)
- sistema di notifica esito transizione al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. pasti a domicilio, ecc.).

<i>Il ruolo della COT nel coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio Telemonitoraggio e/o Telecontrollo</i>
--

Di seguito si riporta 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.

I Fase – Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvisa la necessità di monitorare da remoto, 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 la Centrale operativa ADI ove presente o il servizio preposto all'erogazione del telemonitoraggio secondo l'organizzazione locale.

Nel caso in cui venga ravvisata la necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, la COT attiverà l'UVI al fine di valutare la richiesta di attivazione del telemonitoraggio e/o telecontrollo.

Attori e azioni:**MMG/PLS o il medico specialista:**

- ravvisa il bisogno di monitorare da remoto i parametri vitali di un paziente;
- invia alla COT la prescrizione/richiesta;
- informa il paziente/caregiver dell'avvenuta richiesta.

La COT:

- prende in carico la richiesta;
- informa la Centrale Operativa ADI (ove presente) o il servizio preposto secondo l'organizzazione locale;
- attiva, qualora necessario, l'UVM per la valutazione della richiesta;
- visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole all'UVM.

Supporti tecnici ed informazioni devono essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase I.

Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata la richiesta di attivazione, si ritiene necessario disporre di:

- sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia e dati sulla complessità del caso e del bisogno;
- possibilità di verificare i servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente.

Il Fase – Attivazione ed erogazione

L'attivatore del telemonitoraggio/telecontrollo è la COT.

La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale sanitario che segue il paziente (eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi) ed è organizzata dalla Centrale Operativa ADI, ove presente o dal servizio preposto secondo l'organizzazione locale. La COT monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo.

Il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., è erogato dal Centro servizi per la telemedicina (così come individuato dalla singola Regione), il cui supporto viene richiesto dalla COT e/o dagli operatori che erogano l'assistenza. Il Centro servizi si occuperà di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti).

Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/caregiver che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale.

La gestione degli allarmi del telemonitoraggio/telecontrollo generati dalla piattaforma prevede la stesura di uno specifico protocollo.

Attori e azioni:**Personale sanitario che ha in carico il paziente per il telemonitoraggio/telecontrollo:**

- provvede alla consegna dei dispositivi prescritti, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi;
- provvede alla formazione del paziente e/o caregiver;
- rappresenta il riferimento per il paziente e/o caregiver per la gestione del telemonitoraggio/telecontrollo.

La COT:

- attiva il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo;
- monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo;

Paziente/Caregiver (telecontrollo):

- Fornisce dati relativi al proprio stato di salute (PGHD);

Supporti tecnici ed informazioni devono essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase II:

- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere;
- cruscotto su dati di salute anonimi derivanti da strumenti di telemedicina ai fini di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

2. Dimensione Informatica

Il sistema informatico sarà necessariamente unificato in tutta la regione per quanto concerne la **interfaccia utente** e la **logica applicativa**, ma segmentato a livello aziendale per la gestione e l'archiviazione delle informazioni, favorendo economie di scala e l'**interoperabilità delle COT** a livello aziendale, salvaguardando al tempo stesso gli investimenti già effettuati.

A tale proposito si rimanda al documento allegato e parte integrante del presente atto "**LINEE DI INDIRIZZO PER L'INTERCONNESSIONE AZIENDALE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)**".

3. Dimensione Giuridico/Amministrativa

La COT è un 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 dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

Le COT coordinano, tracciano e monitorano le prese in carico e le transizioni fra luoghi di cura dei pazienti. Qualora sia funzionale alla presa in carico e al coordinamento, tracciamento, monitoraggio delle transizioni, le COT si interfacciano con tutti i professionisti e i servizi del Sistema, ivi compreso il Numero unico 116117.

Non rispondono direttamente ai cittadini e non hanno nemmeno in generale relazioni dirette con loro. La COT utilizza quindi una serie di dati personali, intesi come dati relativi a una persona identificata o identificabile. Ciò vale anche per i dati pseudonimizzati, nella misura in cui è possibile ricondurli alla persona attraverso algoritmi di reversibilità. In questo contesto, i principi di trattamento dei dati devono fare riferimento al GDPR / General Data Protection Regulation (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati), ovvero il Regolamento Europeo 2016/679, ed al D.Lgs. 196/2003 i quali chiariscono come i dati personali debbano essere trattati, incluse le modalità di raccolta, utilizzo, protezione e condivisione.

I rapporti delle COT con gli altri servizi

Le COT per l'esercizio delle loro funzioni hanno la necessità di rapportarsi con una moltitudine di soggetti e servizi che vanno dall'ospedale ai servizi territoriali.

1. I rapporti della COT con la Centrale Operativa NEA 116117

Le Centrali operative territoriali si rapportano con la Centrale Operativa NEA 116117.

Il numero 116117 (NEA), unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti (per esempio continuità assistenziale) e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma.

La Centrale Operativa NEA 116117 (CO 116117) offre un servizio diretto, per un bacino di utenza non inferiore a 1-2 milioni di abitanti, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi accordi di prossimità e la istituzione di centrali interregionali. Il servizio è aperto, gratuito e attivo h24 7/7 giorni, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria (Decreto M.S. 77/2022).

2. Il rapporto della COT con la CdC

La Casa della Comunità (CdC), proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva dei MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
- Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza

soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

3. I rapporti con il servizio dell'ADI

Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico. L'integrazione tra professionisti e servizi assicura la necessaria continuità dell'assistenza e deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali.

4. I rapporti della COT con le cure palliative

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di cure palliative (CP) che coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'ADI e l'Assistenza Primaria.

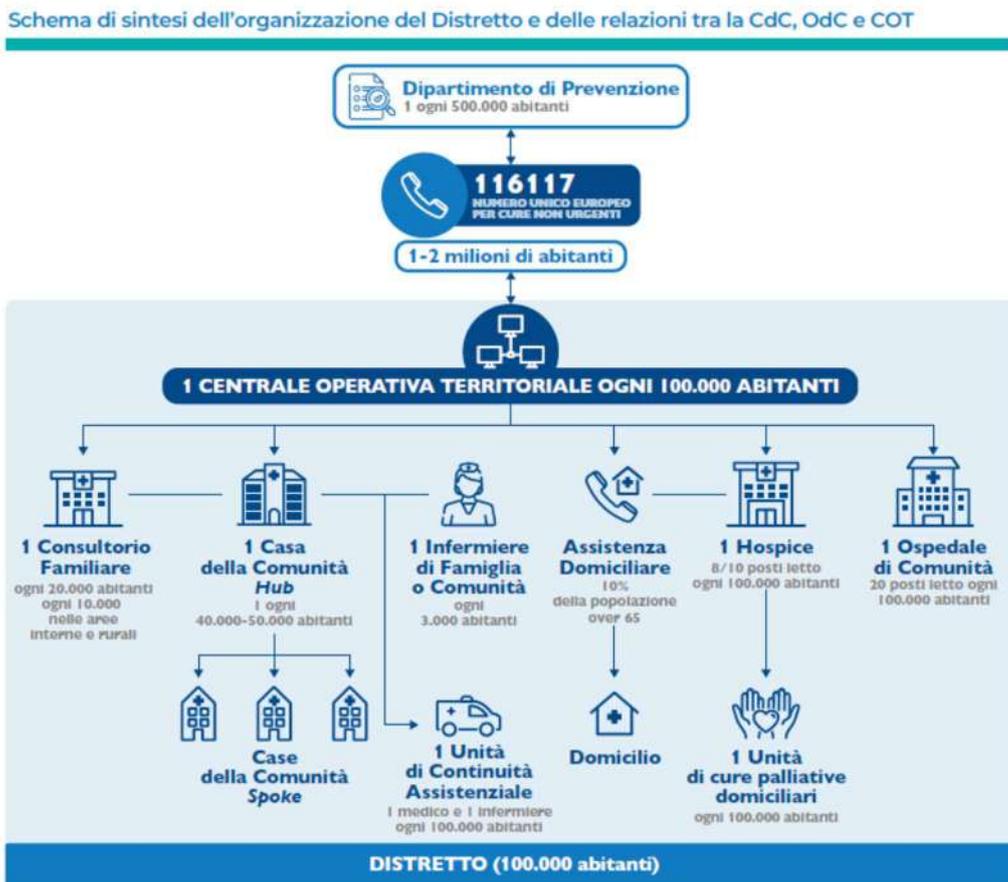


Fig. 1 – Le relazioni funzionali delle Centrali operative territoriali (Fonte: Agenas)

Requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici delle centrali operative

Per tali requisiti si fa riferimento al Quaderno di Monitor già citato.

La formazione degli operatori della COT

Le indicazioni di Agenas per la formazione degli operatori della COT non sono specifiche ma riportano i contenuti formativi relativi agli operatori di ogni tipologia di centrale operativa (118, CO NEA 116117).

La formazione specifica dipenderà dal modello organizzativo, dalle attività previste e dal contesto locale.

I contenuti formativi dovranno fare riferimento a diverse aree di conoscenze/competenze:

- organizzazione socio-sanitaria;
- gestione di protocolli decisionali elaborati dalla Centrale Operativa per la gestione delle chiamate;
- coordinamento con gli altri servizi pubblici (es. 118, Distretti, Casa della Comunità, ecc);
- gestione degli strumenti informatici, di fonìa, applicativi ed orografici;
- tecniche di comunicazione efficace con l'utenza;
- time management;
- gestione del team;
- gestione degli aspetti comunicativi-relazionali

Inoltre, particolare rilevanza assumerà la formazione legata agli aspetti del time management, alla gestione dei team e dei flussi comunicativi. L'organizzazione di percorsi formativi dovrà altresì prevedere momenti interdisciplinari, in particolare tra operatori della CO NEA 116117, delle COT, MMG, PLS, medici della CA e dei distretti, 118 oltre che con il sistema del NUE 112. La pianificazione della formazione è rimandata a specifico atto regionale.

COT: standard previsto

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto.

La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore aziendale infermieristico

Con la DGR n. 656/2022 la Regione Marche ha individuato le sedi delle COT (vedi tabella seguente):

Tab. 6 POR Marche: localizzazione regionale delle Centrali Operative Territoriali (COT)

ENTE DEL SSR	Distretto	Comune	Indirizzo
AST Pesaro-Urbino	1 - Pesaro	Pesaro	Via Vatielli ,5
	2 - Urbino	Urbino	Viale Comandino ,21
	3 - Fano	Fano	via IV Novembre ,63
AST ANCONA	4 - Senigallia	Senigallia	Via Campo Boario ,4
	5 - Jesi	Jesi	Via dei Colli ,52
	6 - Fabriano	Fabriano	MARCONI ,9
	7 - Ancona	Ancona	Viale CRISTOFORO COLOMBO ,106
		Ancona	Viale CRISTOFORO COLOMBO ,107
AST MACERATA	8 - Civitanova Marche	Civitanova Marche	Via Abruzzo ,SNC
	9 - Macerata	Macerata	Largo Belvedere Sanzio ,snc
	10 - Camerino	San Severino Marche	Via DEL GLORIOSO ,8
AST FERMO	11 -Fermo	Montegranaro	C. DA SANTA MARIA ,SNC
		Fermo	Via ZEPPILLI ,18
AST ASCOLI PICENO	12 - San Benedetto del Tronto	San Benedetto del Tronto	via Silvio Pellico ,32
	13 - Ascoli Piceno	Ascoli Piceno	Via delle Zeppelle ,84
TOTALE REGIONE		15	

Definizione

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 è stato individuato dalla Decisione della Commissione Europea numero 116 del 15 febbraio 2007, che ha riservato l'arco di numerazione nazionale con inizio «116» ai numeri destinati a servizi armonizzati a valenza sociale, e dalla Decisione n. 884 del 30 novembre 2009, che ha riservato tale numero per il servizio di Continuità Assistenziale per le cure non urgenti. A livello nazionale con l'Accordo Stato-Regioni del 7/02/2013 e successivamente con l'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 sono state individuate le "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117".

Il numero 116117 si raccorderà con eventuali strumenti nazionali e/o territoriali finalizzati alla presa in carico di persone con fragilità. Il numero 116117 (NEA), unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma.

La Centrale Operativa NEA 116117 offre un servizio diretto, per un bacino di utenza non inferiore a 1-2 milioni di abitanti, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi accordi di prossimità e la istituzione di centrali interregionali.

Il servizio è aperto, gratuito e attivo h24 7/7 giorni, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

La NEA 116117 eroga servizi:

- che garantiscono una risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio erogabile obbligatorio) per:
 - prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale,
 - individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112.
- che garantiscono la risposta di tipo informativo (servizio erogabile obbligatorio). Può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio consigliato) per:

- modalità di accesso a MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento, o consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118,
- modalità di accesso alla Guardia medica turistica.

Centrale Operativa NEA 116117: standard previsto

- 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni/PA.

Centrale Operativa NEA 116117: collocazione regionale

Trattandosi di un servizio che svolge la sua attività in stretta correlazione con le COT ma che opera continuativamente 365 gg l'anno, 24h/24h e che si avvale, così come già indicato dalla Regione Marche (DGR 1572/2021), delle tecnologie già in uso presso la Centrale Unica di Risposta (NUE 112), è opportuno ed economicamente vantaggioso che la Centrale Operativa NEA 116117 sia collocata all'interno dell'Agenzia Sanitaria Regionale alla stregua della Centrale Unica di Risposta.

Definizione

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero 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 sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Già nel PSN 2006-2008 l'OdC veniva inquadrato come uno strumento di raccordo tra il sistema delle cure primarie e quello delle cure ospedaliere e definito come una struttura dedicata

- all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto
- al consolidamento delle condizioni fisiche
- alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero.

Successivamente nel Patto per la Salute 2014-2016 si parla esplicitamente di Ospedali di Comunità da attivare al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale. In tali presidi l'assistenza medica è assicurata dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità al domicilio (strutturale e familiare);
- di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

Con il D.M. Salute 70/2015, nel contesto della continuità ospedale-territorio, l'OdC viene definito come *“una struttura con un numero limitato di PL (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata da MMG o da PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.”*

L'OdC *“prende in carico pazienti che necessitano:*

di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)

di sorveglianza infermieristica continuativa

La degenza media prevedibile è di 15/20 gg.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del MMG titolare della scelta, dei reparti ospedalieri o direttamente da PS.

L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai MMG, dai PLS e dai Medici di continuità assistenziale (CA).

La sede fisica dell'ospedale dell'OdC potrà essere opportunamente allocata presso PO riconvertiti o presso strutture residenziali."

Nel 2016, il Piano Nazionale Cronicità inserisce l'OdC tra i vari setting assistenziali per la cronicità (prestazioni clinico-assistenziali a media/bassa intensità e breve durata per patologie croniche momentaneamente scompensate e riacutizzate).

Finalmente nel 2020 vengono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi dell'OdC (Conferenza Stato Regioni 20 febbraio 2020) e che spiega chiaramente che l'OdC non è una duplicazione o una alternativa alle forme di residenzialità già esistenti e che non è ricompreso nelle strutture residenziali facenti parti dei LEA approvati dal DPCM 12/01/2017).

Funzioni

L'OdC si fa carico di 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 (15-20 gg) provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal PS o dimessi da PO per acuti.

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

Tra gli obiettivi primari del ricovero c'è l'aumento di consapevolezza (awareness) dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile nelle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con PL dedicati ai pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture temporanee possono ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (PN demenze – 30/10/2014 della Conferenza Unificata)

Responsabilità e Personale

La gestione e l'attività dell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multi professionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

La **responsabilità igienico sanitaria** e clinica dell'OdC è in capo al **medico** e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI. La **responsabilità organizzativa** è affidata ad un **responsabile infermieristico** (cfr. DM n. 70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

All'interno dell'equipe di cura è presente l'Infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: tale infermiere si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza, e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. **L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.** L'organizzazione dell'OdC deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo paziente, compresi i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili ed eventualmente con i servizi sociali dei comuni. I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE. In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'OdC sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure d'urgenza del presidio ospedaliero. All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina. Al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria in ogni OdC deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

L'ospedale di comunità come nodo della rete territoriale

L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT. Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico.

Flussi informativi

Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute sarà implementato, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente il flusso informativo che consentirà di rilevare le prestazioni erogate dagli OdC. L'OdC dovrà dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale.

Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni
- Degenza media in OdC
- Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier)
- N. pazienti provenienti dal domicilio
- N. pazienti provenienti da ospedali

OdC: standard previsto

- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

- 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico),
- 4-6 Operatori Sociosanitari,
- 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative
- un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

Con la DGR n. 656/2022 la Regione Marche ha individuato le sedi degli OdC (vedi tabella seguente):

Tab. 7 POR Marche: localizzazione regionale degli Ospedali di Comunità finanziati con il PNRR

ENTE DEL SSR	Distretto	Comune	Indirizzo
AST Pesaro-Urbino	1 - Pesaro	Mombaroccio	Via Villagrande ,snc
	2 - Urbino	Cagli	Via Meucci ,n.p.
AST ANCONA	5 - Jesi	Jesi	Via Aldo Moro ,snc
	7 - Ancona	Chiaravalle	Fratelli Rosselli ,176
		Loreto	Via S. Francesco ,1
AST MACERATA	9 - Macerata	Corridonia	VIALE ITALIA ,14
		Treia	Via Giacomo Leopardi ,2
AST ASCOLI PICENO	12 - San Benedetto del Tronto	San Benedetto del Tronto	Via Sgattoni ,snc
	13 - Ascoli Piceno	Ascoli Piceno	Via delle Zeppelle ,84
TOTALE REGIONE			9

Definizione

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità ha come obiettivo la salute ed opera nell'individuare e rispondere ai bisogni di salute della popolazione adulta e pediatrica di uno specifico ambito territoriale e comunitario favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi.

Agisce in autonomia professionale, afferendo ai servizi infermieristici del Distretto di riferimento, in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario regionale.

L'intervento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si realizza a vari livelli:

- *Livello individuale e familiare*: attraverso interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e i soggetti di riferimento.
- *Livello comunitario*: attraverso azioni rivolte alle comunità (Scuole, luoghi di lavoro, Parrocchie, etc...)

L'IFoC persegue i diversi obiettivi definiti dal modello della sanità di iniziativa ed intercetta precocemente i bisogni anche latenti della popolazione di riferimento prendendo in carico l'intero percorso assistenziale garantendo la continuità delle cure.

Inoltre:

- *Monitora lo stato di salute della popolazione di riferimento mediante visite a domicilio, interviste telefoniche anche con il supporto di strumenti di Telemedicina.*
- *Conosce tutta la rete dei Servizi e quindi facilita l'orientamento appropriato e tempestivo dei soggetti fragili e non, garantendo il supporto nei vari passaggi di setting assistenziali.*
- *Garantisce il processo di empowerment del cittadino ed ottimizza l'utilizzo delle risorse presenti nella famiglia e nella Comunità.*

- *Svolge un'azione proattiva ai determinanti della salute operando anche in una logica multi professionale in rapporto con il MMG/PLS e con tutti gli altri professionisti (medici specialisti, assistenti sociali, fisioterapisti, ostetriche, etc...) con i quali lavora in equipe.*
- *Supporta la realizzazione delle azioni del Piano Regionale della Cronicità e della Prevenzione.*
- *Svolge un'azione proattiva in ambito di Comunità (Scuole, luoghi di lavoro, Parrocchie, etc...)*

Si supera quindi il modello prestazionale attraverso una revisione e rimodulazione delle attività infermieristiche territoriali per evitare il duplicarsi di servizi ed il difficile riconoscimento dell'IFoC da parte della popolazione di riferimento.

L'infermiere di Famiglia o Comunità opera in modelli assistenziali di cure primarie molto diversi per cui le zone urbane ad elevata intensità, periferie cittadine, paesi isolati, zone montane richiederanno soluzioni organizzative e di intervento specifiche.

Responsabilità e funzioni

Responsabilità

- Gestisce i processi infermieristici in ambito familiare e nella comunità di riferimento;
- Collabora con il MMG, il PLS, e l'equipe multiprofessionale per supportare la persona e la famiglia a trovare soluzioni ai loro bisogni di salute ed a gestire le malattie croniche e le disabilità con modalità proattiva.
- Interagisce con tutte le risorse presenti nella rete del welfare di Comunità.

Funzioni

- valuta lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita (infanzia, adolescenza, adulta) e del suo contesto familiare;
- monitorizza lo stato di salute della popolazione di riferimento;
- promuove e partecipa ad iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività;
- promuovere interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e ai gruppi, atti a promuovere stili di vita corretti;
- presidia e facilita i percorsi all'interno dei diversi servizi utilizzando le competenze presenti nella rete;
- pianifica ed eroga interventi assistenziali personalizzati alla persona e alla famiglia, anche avvalendosi di consulenze specifiche.

Competenze

L'IFeC possiede le competenze core per gestire i processi infermieristici in ambito familiare e comunitario. Tali competenze "core" vengono acquisite dell'IFoC anche attraverso la formazione Universitaria post-base.

Esse sono:

- Identificare e valutare i fattori di rischio prioritari e bisogni di salute dell'individuo nelle diverse fasi della vita,
- Identificare e valutare i fattori di rischio prioritari della famiglia e della comunità attraverso approcci sistemici approvati;
- Promuovere la salute e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria facendo riferimento ai modelli concettuali disponibili;
- Conoscere i fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, considerando i
- determinanti della salute.
- consultare sistemi informativi e documenti per conoscere, monitorare i problemi di salute e fattori di rischio prevalenti nel territorio di competenza;
- identificare e gestire le priorità assistenziali in pazienti con diversi livelli di complessità;
- partecipare alla pianificazione, alla realizzazione del piano assistenziale individuale nell'ambito dell'equipe multi professionale e contribuire al suo monitoraggio;
- collaborare alla redazione, conoscere ed utilizzare i PDTA pertinenti presenti nel Piano Regionale e Nazionale della Cronicità;
- conoscere il panorama dell'offerta dei servizi territoriali e le modalità di accesso;
- conoscere ed utilizzare gli strumenti atti a garantire la continuità assistenziale;
- conoscere ed utilizzare gli strumenti atti a garantire la Telemedicina e Teleassistenza;
- elaborare e realizzare progetti educativi rivolti a singoli e/o gruppi e orientare le persone verso i programmi di autocura (cronicità);
- sviluppare l'educazione sanitaria in ambito scolastico anche nell'ottica di un ambiente sicuro
- partecipare alla gestione di interventi di educazione alla salute che si fondano sullo sviluppo di abilità di vita (fragilità);
- valutare e personalizzare i problemi sociosanitari che influenzano la salute, in sinergia con il distretto, i MMG, i PLS e tutti gli altri professionisti che operano sul territorio;
- creare e valutare standard qualitativi per l'assistenza infermieristica territoriale.

Percorso Formativo

Da definire (Master Universitario e/o percorso formativo a livello regionale). È in fase di stesura da parte di AGENAS un documento relativo all'IFoC che verrà preso come riferimento.

IFoC: standard previsto

- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti.

Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

Definizione

L'Unità di Continuità Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è **un'équipe mobile distrettuale** per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe che **afferisce al Distretto** ed è composta da 1 medico ed 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

Funzioni

L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

- dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
- supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
- presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc.

L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati; deve essere dotata inoltre di strumentazione avanzata di primo livello e di una

gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità hub alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

UCA: standard previsto

- 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti.

Definizione

Le Cure domiciliari è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Vanno tenute distinte le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (**ADI**) dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. Tuttavia, tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'équipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente. Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (**PAI**) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (**PRI**). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

Al fine di individuare standard assistenziali comuni e monitorare lo sviluppo quali-quantitativo delle Cure Domiciliari, nonché caratterizzare e misurare attraverso specifici indici le condizioni di fragilità dell'assistito, è necessario definire un criterio omogeneo a livello nazionale.

La classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo nazionale sull'assistenza domiciliare (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - **SIAD**) attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (**CIA**), un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di

assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico. La complessità assistenziale è misurata attraverso l'insieme delle prestazioni erogate e dei professionisti coinvolti nel PAI. L'intensità e la complessità assistenziale consentono di misurare e caratterizzare i percorsi assistenziali erogati.

I soggetti che erogano Cure Domiciliari devono possedere i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti per l'autorizzazione e per l'accreditamento sulla base della normativa vigente. Tali soggetti devono disporre di una sede organizzativa ed operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'équipe assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri inappropriati. Tale integrazione deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali. Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico. La dotazione di personale da definire nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI/PRI. Il servizio di cure domiciliari garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

Tali interventi si integrano con quelli previsti dall'articolo 1 comma 162, lettera a), della legge 20 dicembre 2021, n. 234 di competenza di ATS. In tali termini ai fini dell'operatività di tale previsione, si rimanda a quanto sarà definito dall'intesa da sottoscrivere ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e a quanto sarà definito dall'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, nell'ambito delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza del SSN e dei comuni disponibili a legislazione vigente.

Autorizzazione e Accreditamento Cure Domiciliari: è stato richiesto dal Dipartimento Salute, Dirigente del Settore Autorizzazioni e Accreditementi il parere alla Commissione assembleare competente sullo schema di deliberazione *“Approvazione del Manuale di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e del manuale di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari e recepimento dell'Intesa Stato-Regioni 151/CSR del 4 agosto 2021”*.

Assistenza domiciliare: Standard previsti

- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

Indicatori di Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare

- % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni “presi in carico” per tutte le classi di CIA)

Definizione

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

La legge n. 38/2010 e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito il modello di sviluppo delle reti di cure palliative in termini di accreditamento delle strutture e delle reti, di attuazione, gestione e coordinamento dei percorsi assistenziali integrati e riconoscimento delle competenze professionali.

Funzione

Le cure palliative sono state caratterizzate con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale e, in ambito domiciliare, differenziandole dall'ADI attraverso specifiche e specialistiche Unità di offerta. Nell'ambito della cornice normativa ed in considerazione delle transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali appare sempre più necessario implementare e rafforzare l'approccio alle cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive sia in ambito ospedaliero che territoriale.

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi setting (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) assistenziali in un territorio, alla quale corrispondono le seguenti funzioni:

- coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'ADI e l'Assistenza Primaria;
- definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
- raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
- attiva percorsi formativi aziendali specifici;
- partecipa a iniziative di Ricerca.

La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

La rete nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

- nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso équipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
- nell'ambito ambulatoriale dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP;
- a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale équipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'équipe dell'assistenza domiciliare integrata;
- nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Questi servizi devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021.

Rete delle cure palliative: standard previsto dalla normativa nazionale

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Definizione

Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento

Funzione

Il Consultorio Familiare (CF) e l'attività rivolta ai minori nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto – ove presenti -, garantiscono le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il CF nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate.

L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico ("Planetary Health"), nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la loro capacità di realizzare programmi di promozione della salute e assistenza volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità.

Il principio ispiratore del lavoro del CF è quello dell'integrazione, che avviene a tutti i livelli e si configura come un presupposto fondamentale per il raggiungimento dei suoi obiettivi. Tale principio è evidente sia all'interno del CF che nel modo in cui questo si rapporta al contesto in cui opera. Il CF svolge, infatti, la propria attività in integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute nei "primi 1000 giorni", della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale e della salute mentale (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione).

Inoltre, l'attività del CF richiede un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Le figure professionali che possono operare nel CF sono: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'ostetrica, l'infermiere, l'assistente sanitario e altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con funzioni sociosanitarie, il personale amministrativo, ed altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (tnpee), il tecnico della riabilitazione psichiatrica (terp), l'avvocato.

Le attività del CF devono essere definite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile.

Tutte le sedi dei CF dovranno essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie: standard previsto dalla normativa nazionale

- 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali.

L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

La dotazione di personale per l'implementazione, a livello regionale, della riorganizzazione prevista dal DM77/2022 rappresenta una delle principali criticità che le regioni dovranno affrontare.

Tali criticità derivano sia dalla crescente difficoltà che le Aziende Sanitarie incontrano a reperire sia personale medico (sia dipendente che convenzionato) che infermieristico da destinare alle attività territoriali, sia dalla necessità di rispettare i tetti di spesa per il personale.

D'altra parte, il salto di qualità che si è effettuato con il passaggio da una prospettiva dell'assistenza da ospedale-centrica a visione sistemica e fortemente riferita ai servizi territoriali (assistenza di prossimità) richiede ingenti investimenti in risorse umane.

IL DM77/2022 prevede, per ogni servizio individuato, la dotazione di personale minima necessaria a garantire il funzionamento dello stesso. L'applicazione di tali standard alla programmazione dei servizi territoriali prevista dal Decreto comporta, per la Regione Marche, complessivamente un fabbisogno di circa 2.300 professionisti, articolati come nella tabella 8.

Tab. 8 Fabbisogni di personale per il funzionamento dei servizi

PREVISIONE PERSONALE Cdc, OdC e COT Regione Marche da STANDARD DM 77										
						PERSONALE DI SUPPORTO		CONTINUITA' ASSISTENZIALE		
	COORDINATORE INFERMIERISTICO	INFERMIERI	ASSISTENTE SOCIALE	MEDICO	PERSONALE SANITARIO CON FUNZIONI RIABILITATIVE (da 1 a 2)	SOCIOSANITARIO	AMMINISTRATIVO	INFERMIERE	MEDICO	TOTALE
Unità CdC HUB	22	220	22			132	44	22	22	484
Unità CdC SPOKE	7	42	7			28	7	7	7	105
Tot. Unità CdC	29	262	29			160	51	29	29	589
Tot. Unità COT	15	75					30			120
Tot. Unità OdC	9	72		9	18	54				162
Unità TOT. CdC-COT-OdC	53	409	29	9	18	214	81	29	29	871
Tot. Unità UCA		15							15	30
Tot. Unità IFoC		500								500
TOTALE COMPLESSIVO	53	924	29	9	18	214	81	29	29	2272
STANDARD DM 77										
			PERSONALE DI SUPPORTO		CONTINUITA' ASSISTENZIALE					
	INFERMIERI	ASSISTENTE SOCIALE	SOCIOSANITARIO	AMMINISTRATIVO	INFERMIERE	MEDICO				
Unità CdC HUB	11	1	6	2	1	1				
Unità CdC SPOKE	7	1	4	1	1	1				
	COORDINATORE INFERMIERISTICO	INFERMIERI	PERSONALE DI SUPPORTO							
Unità COT	1	da 3 a 5	da 1 a 2							
	INFERMIERI	OPERATORI SOCIOSANITARI	PERSONALE SANITARIO CON FUNZIONI RIABILITATIVE	MEDICO						
Unità OdC	da 7 a 9 (di cui 1 coordinatori)	da 4 a 6	da 1 a 2	1						
IFoC	1: 3000 abitanti									
Assistenza domiciliare*	0,9 : 1000 abitanti		*da studio AGENAS							

Sintesi delle azioni e cronoprogramma delle attività

Di seguito l'ipotesi di cronoprogramma, tratto dalla D.G.R. 30 maggio 2022, n. 656 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute - Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell'elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale "per la realizzazione degli interventi finanziati con il PNRR.

Case della Comunità

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)	T1 2023	
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità	T3 2023	
Target	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4																
1	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità																				
2	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità																				
3	Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale																				
4	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)																				
5	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità																				
6	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche																				



COT

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/EU
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2022	
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale	T2 2022	
Target	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022	
Target	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022	
Target	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale	T4 2022	
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2023	
Target	Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale	T2 2023	
Target	Centrali operative pienamente funzionanti	T1 2024	
Target	Completamento interventi per interconnessione aziendale	T1 2024	

GANTT

Linee di attività		2022				2023				2024				2025				2026			
		T1	T2	T3	T4																
1	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali																				
2	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale																				
3	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali																				
4	Definire, con apposito atto normativo, la programmazione della rete assistenziale territoriale in coerenza con standard e modelli organizzativi definiti nella Riforma dell'Assistenza Territoriale																				
5	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali																				
6	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale																				
7	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali																				
8	Stipula dei contratti per interconnessione aziendale																				
9	Centrali operative pienamente funzionanti																				
10	Completamento del numero target di interventi per l'interconnessione aziendale																				



Ospedali di Comunità

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/EU
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	
Target	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T3 2023	
Target	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

GANTT



Tab. 9 Sintesi delle azioni e cronoprogramma delle attività

	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti	Approvazione dei progetti idonei per l'indizione della gara	Assegnazione codici CIG	Stipula dei contratti per la realizzazione	Ultimazione dei lavori
CdC	30/06/2022	31/03/2023	31/03/2023	30/09/2023	31/03/2026
COT	30/06/2022	31/12/2022	31/12/2022	30/06/2023	31/03/2024
OdC	30/06/2022	31/03/2023	31/03/2023	30/09/2023	31/03/2026

Glossario acronimi

ADI – Assistenza Domiciliare integrata
AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale
ANA – Anagrafe Nazionale Assistiti
ASUR – Azienda Sanitaria Unica Regionale
ASL – Azienda Sanitaria Locale
AST – Azienda Sanitaria Territoriale
ATS – Ambiti Territoriali Sociali
CdC – Casa della Comunità
CIA – Coefficiente di Intensità Assistenziale
CO 1 1 6 1 1 7 – Centrale operativa Numero Europeo Armonizzato
COT – Centrale Operativa Territoriale
CF – Consultorio Familiare
CP – Cure palliative
DP – Dipartimento di Prevenzione
DPCM – Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
EMUR - Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza
FAR – Sistema informativo assistenza residenziale e semi-residenziale
FSE – Fascicolo sanitario elettronico
GEA – Gornate effettive di assistenza
GDC – Giornate di cura
IFoC – Infermiere di Famiglia o Comunità
LEA – Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS – Livelli essenziali delle prestazioni sociali
MMG – Medico di Medicina Generale
NEA – Numero Europeo Armonizzato
NSIS – Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OdC – Ospedale di Comunità
PAI – Progetto di assistenza individuale integrata

PDTA – percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS – Pediatra di Libera Scelta
PNC – Piano Nazionale Cronicità
PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PNP 2020-2025 – Piano Nazionale Prevenzione 2020/2025
PRI – Piano Riabilitativo Individuale
PUA – Punto Unico di Accesso
RLCP – Rete Locale di Cure Palliative
SAI - Specialisti Ambulatoriali Interni
SDO – Scheda di Dimissione Ospedalera
SIAD – Sistema Informativo Assistenza Domiciliare
SINP – Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro
SNPS – Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima
SSN – Servizio Sanitario Nazionale
TERP – Tecnico della riabilitazione psichiatrica
TNPEE – Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
TS – sistema Tessera Sanitaria
UCA – Unità di Continuità Assistenziale
UCAD - Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali
UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie
UCP – Unità di Cure Palliative
UCP – DOM – Unità di Cure Palliative Domiciliari
UVM – Unità di Valutazione Multidimensionale

***LINEE DI INDIRIZZO PER
L'INTERCONNESSIONE AZIENDALE DELLE
CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)***

INDICE

1	SCOPO DEL DOCUMENTO	3
2	CONTESTO NORMATIVO	3
	2.1.1 <i>Contesto normativo</i>	3
	2.1.2 <i>Le Centrali Operative Territoriali (COT)</i>	4
3	CONTESTO OPERATIVO E TECNOLOGICO – IL SISTEMA INFORMATIVO SIRTE	5
4	I CASI D’USO	8
4.1	OSPEDALE-TERRITORIO	8
	4.1.1 <i>AS-IS applicativo e di processo</i>	8
	4.1.2 <i>Il ruolo della COT nella transizione Ospedale-Territorio</i>	11
4.2	TERRITORIO-OSPEDALE	12
	4.2.1 <i>AS-IS applicativo e di processo</i>	12
	4.2.2 <i>Il ruolo della COT nella transizione Territorio-Ospedale</i>	13
	4.2.3 <i>Requisiti funzionali</i>	13
4.3	TERRITORIO-TERRITORIO	14
	4.3.1 <i>AS-IS applicativo e di processo</i>	14
	4.3.2 <i>Il ruolo della COT nella transizione Territorio-Territorio</i>	16
	4.3.3 <i>Requisiti funzionali</i>	16
4.4	TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO	17
	4.4.1 <i>Il ruolo della COT a supporto dei servizi di Telemonitoraggio e/o Telecontrollo</i>	17
5	IL NUOVO SISTEMA DI GESTIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI – SGCOT	17
	5.1.1 <i>Integrazioni terze necessarie</i>	18
	5.1.2 <i>Infrastruttura tecnologica per il funzionamento della Centrale Operativa Territoriale</i>	18
5.2	REQUISITI FUNZIONALI	19
5.3	REQUISITI NON FUNZIONALI	19
	5.3.1 <i>Appropriatezza</i>	19
	5.3.2 <i>Accuratezza</i>	19
	5.3.3 <i>Configurabilità</i>	19
	5.3.4 <i>Aderenza agli standard</i>	19
	5.3.5 <i>Architettura a micro-servizi</i>	20
	5.3.6 <i>Comprensibilità</i>	20
	5.3.7 <i>Operabilità</i>	20
	5.3.8 <i>Interoperabilità</i>	20
	5.3.9 <i>Privacy, sicurezza e tracciabilità</i>	20
	5.3.10 <i>Efficienza ed efficacia</i>	20
	5.3.11 <i>Disponibilità</i>	20

1 SCOPO DEL DOCUMENTO

Nell'ambito del riordino territoriale della Regione Marche, in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 N. 77, il presente documento si pone l'obiettivo di dare attuazione e indirizzo all'Investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub investimento 1.2.2 – Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) – Action Plan", limitatamente all'ambito di Interconnessione Aziendale.

Le presenti linee di indirizzo preliminari espongono, attraverso la definizione di casi d'uso, gli attuali strumenti tecnologici a disposizione e gli eventuali scenari evolutivi e mirano ad individuare il livello e la tipologia di supporto informativo necessario allo svolgimento delle attività in capo alle Centrali Operative Territoriali.

In coerenza con la normativa nazionale, il presente documento vuole quindi favorire lo sviluppo uniforme delle COT in termini organizzativi e di dotazione tecnologica, assicurando, come espresso nel Piano Operativo Regionale (POR), l'adempimento al Target finale posto dall'Unione Europea che prevede "Centrali operative pienamente funzionanti" entro il T1 2024.

2 CONTESTO NORMATIVO

2.1.1 Contesto normativo

Allo scopo di rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, implementare un sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione del Covid-19 e assicurare una presa in carico precoce e coerente dei pazienti, nel corso della crisi pandemica è stato emanato il **Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34**. Tale Decreto, all'art. 1 comma 8 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 tale atto normativo sono riconosciute ufficialmente a livello nazionale le Centrali Operative Territoriali (COT). Le Regioni italiane, quindi, hanno gradualmente attivato un proprio modello di COT dedicato prevalentemente alla gestione dell'assistenza dei casi Covid-19.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede l'ampliamento delle funzionalità e la standardizzazione delle caratteristiche della COT a livello nazionale. La coordinazione dei servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari non risulterà, infatti, unicamente relativa alla gestione della pandemia da Covid-19. In particolare, nell'ambito della **Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub investimento 1.2.2 – Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) – Action Plan** è prevista, per il potenziamento delle cure domiciliari, l'attivazione di **600 Centrali COT (602 Target massimo)**, una in ogni distretto.

Ogni Regione, entro il 28 febbraio 2022, come previsto dal **Decreto ministeriale 5 aprile 2022**, ha redatto di conseguenza uno specifico Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) con allegato il Piano Operativo Regionale e schede intervento aziendali la cui compilazione è stata effettuata dai relativi Responsabili Unici di Progetto (RUP).

Le caratteristiche specifiche e gli standard organizzativi per lo sviluppo delle COT sono invece dettagliati dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 N. 77 relativo ai "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", che definisce nuovi servizi sanitari e organizzativi e ne stabilisce i requisiti. Il citato D.M. individua la COT come "un 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".

Ai sensi del comma 4 dell'art. 15 del Decreto Legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla Legge 29 luglio 2021 n. 108, le risorse attribuite dal PNRR divengono immediatamente accertabili dalle amministrazioni attuatrici. La spesa prevista si attesta a **280 milioni** a livello nazionale ed è vincolata prevalentemente allo sviluppo dell'**interconnessione tecnologica**. Le COT, infatti, saranno dotate dei mezzi tecnologici atti a 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.

Per quanto riguarda la **Regione Marche** l'importo assegnato dal PNRR per le COT è di **5.112.939,71 €**, suddivisi tra:

- **2.596.125,00 € risorse COT;**
- **1.066.071,88 € risorse Interconnessione Aziendale;**
- **1.450.742,83 risorse Device.**

Il target della Regione Marche è di **15 COT**, dettagliato nella tabella 1 per Ente del SSR, sede delle COT e numero delle COT da realizzare:

Azienda/Ente del SSR	Area Vasta	Distretto	COT	N. COT
ASUR Marche	AV1	Pesaro	Pesaro	1
ASUR Marche		Urbino	Urbino	1
ASUR Marche		Fano	Fano	1
ASUR Marche	AV2	Senigallia	Senigallia	1
ASUR Marche		Jesi	Jesi	1
ASUR Marche		Fabriano	Fabriano	1
ASUR Marche		Ancona	Ancona	1
ASUR Marche		Ancona	Ancona	1
ASUR Marche	AV3	Civitanova M.	Civitanova Marche	1
ASUR Marche		Macerata	Macerata	1
ASUR Marche		Camerino	San Severino	1
ASUR Marche	AV4	Fermo	Fermo	1
ASUR Marche		Fermo	Montegranaro	1
ASUR Marche	AV5	S. Benedetto del T.	San Benedetto del Tronto	1
ASUR Marche		Ascoli Piceno	Ascoli Piceno	1
Totale COT - 15				

Tabella 1 - COT Regione Marche

2.1.2 Le Centrali Operative Territoriali (COT)

L'organizzazione della rete territoriale delle COT ha come obiettivo assicurare **continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria**. Per garantire il raggiungimento di tale fine e l'organizzazione di un servizio capillare, la Centrale Operativa Territoriale si struttura come segue:

- **1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti** o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore; il Quaderno AGENAS: "Agenas - i Quaderni_Monitor - Le centrali operative" espone nel dettaglio i requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici;
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: **1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto.**

Per il personale sono previsti programmi di **formazione**, definiti in base a specifiche variabili che dipendono dal modello organizzativo, dalle attività previste e in modo particolare dal fatto che si tratti di operatori laici o professionisti sanitari. Tali programmi dovranno essere riferiti, in particolare, alle seguenti aree di conoscenze e competenze:

- Organizzazione socio-sanitaria;
- Gestione di protocolli decisionali elaborati dalla centrale operativa per la gestione delle chiamate;
- Coordinamento con gli altri servizi pubblici (es. 118, distretti, casa della comunità);
- Gestione degli strumenti informatici, di fonia, applicativi ed orografici;
- Tecniche di comunicazione efficace con l'utenza.

I responsabili individuati, nella cornice del modello organizzativo descritto, adempieranno alle seguenti funzioni:

- **Coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari** coinvolti nei diversi setting assistenziali. In particolare, sarà fondamentale assumere un ruolo proattivo nella presa in carico dei casi di dimissione protetta (DP) ospedaliera in raccordo con il *bed manager* ospedaliero e con l'UVI di riferimento;
- **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** per tutti gli assistiti del territorio con bisogni clinico-assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e cronici ad alta complessità. Le transizioni si possono distinguere in:
 - **Transiti occasionali:** tra questi si evidenziano quelli di dimissione dalle strutture di ricovero (tipicamente flusso *step down*) nelle situazioni di «dimissione difficile» sia per via delle condizioni socio-sanitarie del paziente che per questioni relative all'accesso al setting di destinazione;
 - **Transiti tra setting di intensità diversa:** questi sono attivati dagli operatori del territorio (in primis dai MMG/PLS) per la gestione dell'accesso alle cure intermedie, anche per la popolazione affetta da malattie croniche in situazioni di fragilità o di complessità clinico-assistenziale.

A tale scopo il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 N. 77 prevede lo sviluppo di una piattaforma che consenta il reclutamento del paziente e la gestione del suo PAI anche attraverso:

- **Sistema di prenotazione e recall** per l'accesso alle prestazioni pianificate;
- **Supporto informativo e logistico** ai professionisti della rete assistenziale facilitando il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, migliorando la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- **Raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute** e conseguente analisi dei bisogni espressi, previsione delle necessità assistenziali specifiche del caso in carico con pianificazione tempestiva e programmazione delle soluzioni.

La COT, dunque, rappresenta uno degli strumenti che consente di “tradurre” la funzione di committenza, svolta dalle Aziende Sanitarie Territoriali e dai Distretti, in modalità operative finalizzate alla continuità dell'assistenza nei setting più appropriati, ed alla integrazione orizzontale dei servizi. Questa si configura come “**servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio sanitari**”, mentre il Punto Unico di Accesso (PUA) resta “la porta unitaria di accesso alle cure territoriali e alle prestazioni sociali” svolgendo quindi prioritariamente una funzione di accoglienza diretta dei bisogni dei cittadini e di presa in carico e risoluzione immediata del bisogno semplice. La COT dovrà **operare in rete con gli altri servizi territoriali**; la funzione di coordinamento è garantita attraverso la comunicazione attiva tra tutti i professionisti e i servizi del Sistema, ivi compreso il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA) e il PUA. Al contrario i **responsabili individuati non rispondono direttamente ai cittadini** e non hanno con essi relazioni dirette.

3 CONTESTO OPERATIVO E TECNOLOGICO – IL SISTEMA INFORMATIVO SIRTE

Nell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) il Sistema Informativo di riferimento per la medicina territoriale risulta essere il SIRTE – “Sistema Informativo per la Rete del Territorio”, la cui architettura applicativa è ospitata sull'infrastruttura del Data Center Master sito in via Raffaello Sanzio.

La soluzione applicativa per la realizzazione del sistema SIRTE è articolata in un insieme di Moduli e funzioni che rispondono a diversi processi di business ed esigenze di informatizzazione, questi sono descritti brevemente e riassunti nella tabella 2:

- **Dimissioni protette in cure domiciliari o in strutture residenziali:** facilita la comunicazione tra ospedale e territorio, sia per l'individuazione del percorso più idoneo alle esigenze del paziente ricoverato sia per la predisposizione delle attività da effettuare al momento della sua dimissione; in particolare, assicura lo svolgimento delle seguenti fasi: segnalazione di dimissione protetta, gestione segnalazione di dimissione protetta, valutazione, individuazione percorso adeguato e attivazione percorso;
- **Portale MMG/PLS:** rappresenta il punto di accesso e di contatto tra territorio e i MMG/PLS, mettendo a disposizione dei medici le funzionalità necessarie all'utilizzo e alla gestione dei servizi territoriali e fungendo da interfaccia per gestire le molteplici interazioni tra ARS/ASUR ed i MMG/PLS;

- **Segreteria Organizzativa (SO):** gestisce le attività di valutazione delle richieste di presa in carico per cure prestazionali, domiciliari o per ricoveri in strutture residenziali, supportando le attività di ricezione delle richieste, valutazione delle stesse, definizione del percorso e del setting assistenziale appropriato e monitoraggio delle attività di erogazione dello stesso;
- **Cure domiciliari e cure prestazionali:** permette alle singole figure professionali coinvolte nell'attività di Cure Domiciliari e Prestazionali di prendere in carico il paziente, pianificare adeguatamente il proprio piano assistenziale e di rendicontare gli accessi e le relative prestazioni erogati presso i pazienti;
- **Cartella Clinica Strutture residenziali:** supporta le attività degli operatori che lavorano nelle strutture residenziali per la gestione dell'assistito ricoverato rendendo disponibili funzionalità utili sia alla gestione clinica dell'assistito che a quella economico-amministrativa delle strutture residenziali;
- **Sistema informativo consultoriale:** gestisce le attività consultoriali e si costituisce di una scheda descrittiva della situazione socio-sanitaria dell'assistito, alla quale possono essere associate le prestazioni ambulatoriali erogate. Il sistema informativo consultoriale gestisce le seguenti tipologie di percorso: Nascita-infanzia, Coppia Famiglia Sessualità, Tutela Minori, Adolescenti;
- **Sistema di Gestione Trasporti programmati:** è deputato a risolvere tramite sistema informatico le tematiche legate ai trasporti sanitari gestendo interamente tutti i processi e i flussi informativi, coinvolgendo tutti gli attori e guidandoli nell'iter previsto;
- **Gestione Presidi Sanitari - Assistenza integrativa:** gestisce la distribuzione di materiale per incontinenza e per stomie;
- **Gestione Presidi Sanitari – Protesica Maggiore:** si occupa della distribuzione di protesi e ausili;
- **Cartella clinica Hospice:** supporta le attività degli operatori che lavorano negli Hospice nella gestione dell'assistito ricoverato rendendo disponibili funzionalità utili sia alla gestione clinica dell'assistito che alla gestione economico-amministrativa delle strutture residenziali;
- **Salute Mentale:** supporta gli operatori coinvolti nelle attività connesse alla gestione dei percorsi di Salute Mentale, sia ambulatoriali che residenziali, quali ad esempio l'accettazione, la valutazione e l'eventuale presa in carico del paziente, il ricovero presso le strutture residenziali e semiresidenziali, gli appuntamenti ambulatoriali e le somministrazioni programmate;
- **Continuità Assistenziale:** gestisce le attività connesse ai presidi di continuità assistenziale quali l'accoglienza, la valutazione del caso, gli eventuali interventi erogati (somministrazioni e prestazioni), sia in modalità diretta, in esterna o telefonica, e la produzione della documentazione ad essi associata quali l'allegato M per i pazienti e le consuntivazioni per il distretto;
- **PAT:** gestisce le attività connesse ai Presidi di Assistenza Territoriale quali l'accoglienza, la valutazione del caso, gli eventuali interventi erogati quali somministrazioni e prestazioni, anche tramite infermieristica ambulatoriale;
- **Sistema di cartella specialistica ambulatoriale:** gestisce la cartella di specialistica ambulatoriale unica e trasversale per l'intera ASUR. Ad oggi sono state verticalizzate le cartelle di specialistica ambulatoriale per le seguenti specialità: Cardiologia, Neurologia e Alzheimer, Breast Unit, Gastroenterologia, Terapia del dolore, Dermatologia e Ortopedia;
- **Gestore Posti Strutture:** la procedura mette a disposizione degli utenti, profilati su base territoriale, i dati relativi all'occupazione delle strutture residenziali e semiresidenziali (i primi LEA ad essere abilitati sono Anziani, Salute Mentale e Disabilità). Essa permette inoltre di visualizzare la lista dei pazienti ricoverati, i riferimenti delle strutture (indirizzi, contatti, referenti, etc.) mostrando anche la situazione in merito ai posti autorizzati, convenzionati ed occupati;
- **Report Manager – Reportistica e Cruscotti:** la piattaforma Report Manager mette a disposizione degli utenti, opportunamente profilati, una suite di reportistica suddivisa principalmente in due macroaree: la sezione Pivot Manager espone delle tabelle con funzionalità di creazione di pivot mentre la sezione Widget Manager permette la creazione e la visualizzazione di veri e propri cruscotti, composti da *widget* personalizzabili (grafici a torta, istogrammi, tabelle, informazioni geolocalizzate, indicatori);
- **Profilazione utenti:** è la funzionalità che permette di profilare gli utenti a seconda della figura professionale, delle aree territoriali di appartenenza e dei privilegi a cui possono accedere;
- **Flow Manager:** è la piattaforma per la generazione dei flussi ministeriali da inviare, opportunamente strutturati secondo le specifiche di tracciato;
- **Cartella Riabilitativa:** supporta l'attività dei professionisti della Riabilitazione (Fisiatri, Fisioterapisti, Logopedisti, etc.) integrando in un'unica piattaforma la possibilità di gestire i percorsi nelle molteplici sedi

di erogazione, quali ad esempio strutture residenziali LEA Anziani, strutture riabilitative, ambulatorio, domiciliare o consulenze ospedaliere;

- **STP:** gestisce le attività connesse agli ambulatori per Stranieri Temporaneamente Presenti quali l'accoglienza, la valutazione del caso e gli eventuali interventi erogati quali somministrazioni e prestazioni;
- **UMEE:** supporta l'attività delle varie figure professionali impegnate nei percorsi, sia ambulatoriali che residenziali gestiti dall'Unità Multidisciplinare Età Evolutiva, percorsi dedicati ai pazienti ancora in età scolastica. Il sistema permette di gestire le fasi di accoglienza, valutazione, presa in carico, erogazione e chiusura/follow-up;
- **UMEA:** supporta l'attività delle varie figure professionali impegnate nei percorsi, sia ambulatoriali che residenziali gestiti dall'Unità Multidisciplinare Età Adulta, percorsi dedicati ai pazienti in età adulta. Il sistema permette di gestire le fasi di accoglienza, valutazione, presa in carico, erogazione e chiusura/follow-up;
- **Sistema Gestione richieste del PUA:** quando un operatore del PUA riceve una segnalazione di bisogno presso una delle strutture territoriali del Distretto, accede alle funzioni del Modulo PUA per gestire la scheda di segnalazione, procedere alla valutazione del bisogno e della domanda espressa, registrare l'esito dell'accesso e inviare la segnalazione alla SO.

Nome Modulo Software	Modulo Attivo
Dimissioni Protette in cure domiciliari o in strutture residenziali	SI
Portale MMG/PLS	SI
Segreteria Organizzativa	SI
Cure domiciliari e cure prestazionali	SI
Cartella clinica Strutture residenziali	SI
Sistema informativo consultoriale	SI
Sistema di Gestione Trasporti programmati	SI
Gestione Presidi Sanitari - Assistenza integrativa	SI
Gestione Presidi Sanitari - Protesica Maggiore	SI
Cartella clinica Hospice	SI
Salute Mentale	SI
Continuità Assistenziale	SI
PAT	SI
Sistema di cartella specialistica ambulatoriale (Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia e Alzheimer, Breast Unit, Terapia del dolore, Dermatologia, Ortopedia)	SI
Gestore Posti Strutture	SI
Report Manager – Reportistica e Cruscotti	SI
Profilazioni utenti	SI
Flow Manager	SI
Cartella Riabilitativa	In implementazione
STP	In implementazione
UMEE	In implementazione
UMEA	In implementazione
Sistema Gestione richieste del PUA	NO

Tabella 2 - Moduli SIRTE

La piattaforma SIRTE



Figura 1 - Moduli SIRTE

4 I CASI D'USO

Per l'individuazione del modello organizzativo COT e il tracciamento del complesso di meccanismi di coordinamento finalizzati alla riduzione del rischio di frammentazione nel percorso di assistenza, sono stati declinati specifici casi d'uso delle Centrali Operative. In particolare, l'analisi delle transizioni "Ospedale-Territorio", "Territorio-Ospedale", "Territorio-Territorio" e "Telemedicina e/o Telemonitoraggio" ha l'obiettivo di mappare i processi clinico-assistenziali al fine di assicurare, attraverso le COT, la continuità assistenziale nella rete socio-sanitaria locale.

4.1 OSPEDALE-TERRITORIO

La transizione "Ospedale-Territorio" coinvolge l'assistito che, a seguito di una specifica valutazione clinica, è soggetto a dimissione ospedaliera protetta per continuare il suo percorso di assistenza presso il domicilio o struttura territoriale. Si riportano di seguito i Moduli applicativi che per ogni fase della transizione da ospedale a setting territoriale richiedente, vengono messi a disposizione dal sistema SIRTE e relative funzionalità.

4.1.1 AS-IS applicativo e di processo

Il primo dato necessario consiste nella notifica al Sistema Informativo Territoriale SIRTE dell'avvenuto ricovero del paziente in carico al territorio presso una struttura ospedaliera. A tale scopo, ad oggi risulta in fase di test l'integrazione con il SIO per la ricezione della notifica del ricovero (ADT). Tale funzionalità di notifica permette agli operatori di essere tempestivamente informati sui ricoveri dei pazienti, così da procedere efficacemente alla riorganizzazione delle attività ad essi connesse.

I Moduli "Gestione Presidi Sanitari - Assistenza Integrativa" e "Gestione Presidi Sanitari - Protesica Maggiore" non prevedono attualmente l'integrazione con il SIO, dunque, non si è in grado di procedere con la restituzione di presidi sanitari forniti in quanto non viene notificato l'accesso dell'assistito in regime di ricovero ospedaliero.

Successivamente, se il paziente ricoverato necessita, al momento della dimissione dal reparto, "continuità" di cure lato territorio e la predisposizione di specifiche attività da effettuare a seguito della sua dimissione, è necessario compilare la **Scheda di Dimissione Protetta tramite l'omonima procedura**. Il medico di reparto, coadiuvato dall'Infermiere e laddove necessario anche da altre figure professionali, valuta dal punto di vista clinico ed infermieristico le condizioni dell'assistito che sta per essere dimesso dall'ospedale.

La funzionalità di compilazione ed invio della richiesta non è completamente integrata nel SIO, bensì risulta accessibile tramite chiamata di contesto. Al contrario, risulta attiva l'integrazione bidirezionale "Specialistica Ambulatoriale-CUP", funzionale alla gestione dei casi in cui l'ospedale dimette il paziente e lo indirizza all'effettuazione di visite specialistiche ambulatoriali prenotate (*follow-up*). Una volta compilata la richiesta in tutti i campi obbligatori essa viene inviata al distretto di competenza. In entrambi i casi gli operatori addetti della SO acquisiranno automaticamente i dati della dimissione protetta tramite una scheda di segnalazione del territorio. La segnalazione ricevuta dalla SO viene gestita con la creazione di una Presa in Carico all'interno del **Modulo Segreteria Organizzativa**.

Ad oggi le richieste di dimissione protetta possono riguardare i setting assistenziali di ADI, Cure prestazionali, Residenzialità LEA Anziani (RSA, RP, CI etc.) e Riabilitativa (LEA Adulti).

Una volta ricevuta la richiesta gli operatori di Segreteria Organizzativa avviano la fase di **Presa in Carico** lato territorio attraverso il Modulo "SINS-SO". La presa in carico prevede una valutazione multidisciplinare (VMD) del caso che coinvolge, oltre alla SO, il Medico di Distretto, il MMG/PLS, il Caregiver del paziente e tutte le figure professionali ritenute necessarie, che vanno a comporre l'Unità Valutativa Integrata (UVI). Le attività di valutazione prevedono l'inserimento di tutte le informazioni necessarie per contestualizzare il caso ed alimentare i flussi ministeriali, la compilazione di opportune scale di valutazione e attività specifiche in relazione al setting assistenziale individuato. Al termine della fase di valutazione, la Presa in Carico è "congelata", permettendo così l'erogazione delle cure prestazionali/domiciliari o l'accoglienza presso la struttura territoriale.

Sulla base dell'evoluzione normativa sulle attività di presa in carico sono in fase di implementazione nuove scale di valutazione (previa verifica *copyright*). In particolare, con DGR 1237/2021 è introdotto il sistema di valutazione Tri-Co, creato nel 2007, che si compone della scala MEWS (Modified Early Warning Score), per valutare il grado di instabilità clinica, e della scala IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale).

La Segreteria Organizzativa può fare sempre riferimento sia alle informazioni già inserite in sede di dimissione protetta quali ad esempio le patologie e le scale di valutazione già compilate. I setting assistenziali attualmente previsti sono:

- **Cure Prestazionali:** nel caso di bisogni semplici sanitari, il Coordinatore SO coadiuvato dall'MMG/PLS concorda l'attivazione di uno specifico piano assistenziale per le cure prestazionali domiciliari;
- **Cure Domiciliari Integrate:** nel caso di bisogni complessi, i componenti dell'UVI definiscono il Piano Assistenziale Integrato (PAI) appropriato, e lo comunicano al responsabile ospedaliero e alle figure professionali del territorio coinvolte;
- **Inserimento in Struttura Residenziale o Semiresidenziale:** nel caso in cui sia necessario un ricovero in struttura (sia per il LEA Anziani che per quello Adulti/Riabilitativa) l'UVI avrà a disposizione, sul Modulo di attivazione residenzialità, una serie di funzionalità specifiche per gestire l'ingresso in struttura.

Le attività sopra descritte possono essere tracciate sia dall'ospedale che dal territorio, compresi gli operatori di struttura, tramite la funzionalità di gestione eventi che mette a disposizione degli operatori stessi una *timeline* delle attività principali di presa in carico e attivazione territoriale, mostrando la sequenza temporale degli eventi di creazione ed invio della scheda di dimissione protetta, di apertura e congelamento della presa in carico, di attivazione delle cure domiciliari o di ricovero in struttura e di chiusura della presa in carico.

Nel caso di setting assistenziale residenziale, la richiesta, in mancanza di posti immediatamente disponibili, viene inserita in graduatoria: il Modulo permette la gestione di una lista unica di attesa, strutturata sulla base di standard e criteri omogenei, che funge da graduatoria per l'ingresso temporaneo/definitivo nei Centri di Servizio Residenziale pubblici e privati accreditati o convenzionati. Inoltre, la scelta della struttura di destinazione è effettuata sulla base dei dati forniti dal Modulo Gestore Posti Strutture che garantisce una vista *real time* della distribuzione dei posti letto sia per quanto attiene alle strutture pubbliche che private convenzionate. La piattaforma, in linea generale, permette di visualizzare la lista dei pazienti ricoverati, i riferimenti delle strutture (indirizzi, contatti, referenti, etc.) e mostrare la disponibilità di posti autorizzati, convenzionati ed occupati.

L'ospedale ed il territorio concorderanno quindi l'attività di dimissione (salvo complicazioni) avvisando l'MMG e inviando la relativa lettera di dimissione. Qualora fosse necessario un trasporto programmato dall'ospedale verso il territorio gli operatori ospedalieri dovranno programmare il trasporto all'interno del Modulo "Sistema di Gestione Trasporti programmati". Tale modulo consente di gestire il processo di gestione dei trasporti nella sua interezza (dall'inserimento della richiesta di trasporto fino alla compilazione e autorizzazione del foglio di

viaggio) e conformemente ai criteri autorizzativi stabiliti; questo è gestito dalla Centrale di Coordinamento dei Trasporti (CCT), la quale:

- Registra le informazioni relative al trasferimento;
- Verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
- Attiva gli attori necessari per la corretta presa in carico del paziente;
- Verifica l'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/struttura territoriale preposto;
- Supporta l'organizzazione del primo accesso da parte dei professionisti della salute.

La notifica a tutti gli attori coinvolti dell'esito della transizione viene, ad oggi, gestita nei seguenti sistemi:

- **Sistema di cartella specialistica ambulatoriale** (Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia e Alzheimer, Breast Unit, Terapia del dolore, Dermatologia, Ortopedia): a seguito dell'erogazione della prestazione e della firma del referto da parte del medico specialista, lo stesso è pubblicato sul Repository ed è restituito al sistema di cartella specialistica il *Document Id*, elemento funzionale alla notifica al DSEO dell'avvenuta immissione del referto;
- **Dimissioni Protette**: la struttura ospedaliera viene informata dell'avvenuto avvio dell'attività di presa in carico e dei successivi cambiamenti di stato.

Le figure sottostanti schematizzano i processi di attivazione di setting domiciliari o residenziali a partire da una richiesta di dimissioni protette:

Caso d'uso – da Dimissioni Protette a Residenzialità

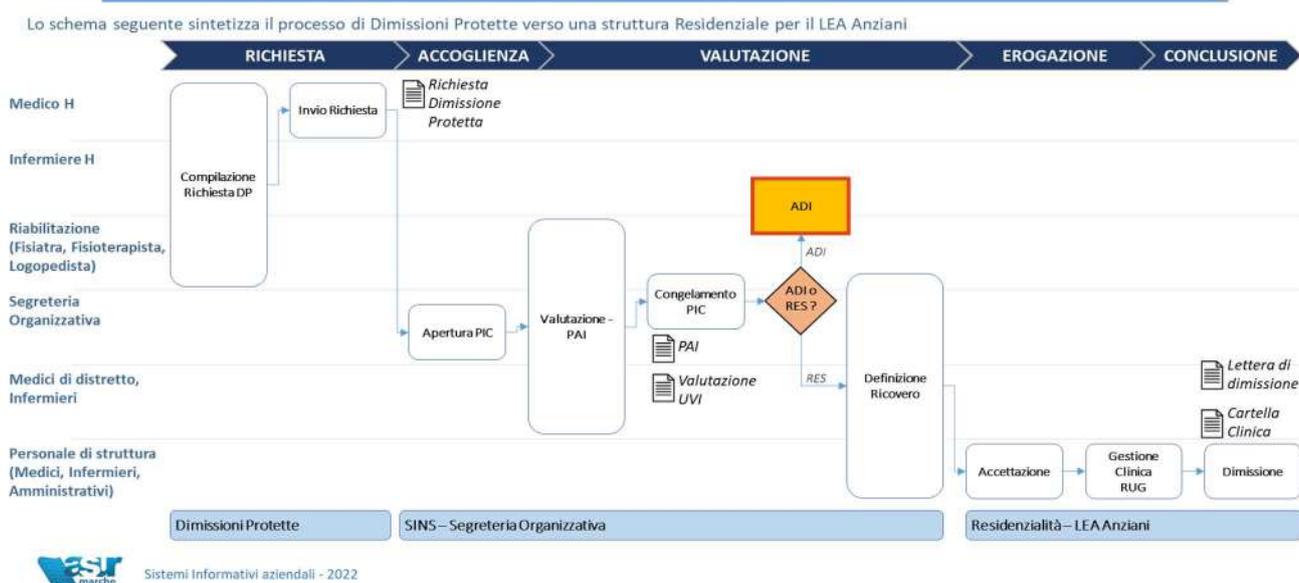


Figura 2 - da Dimissioni Protette a Residenzialità

Caso d'uso – da Dimissioni Protette all'ADI

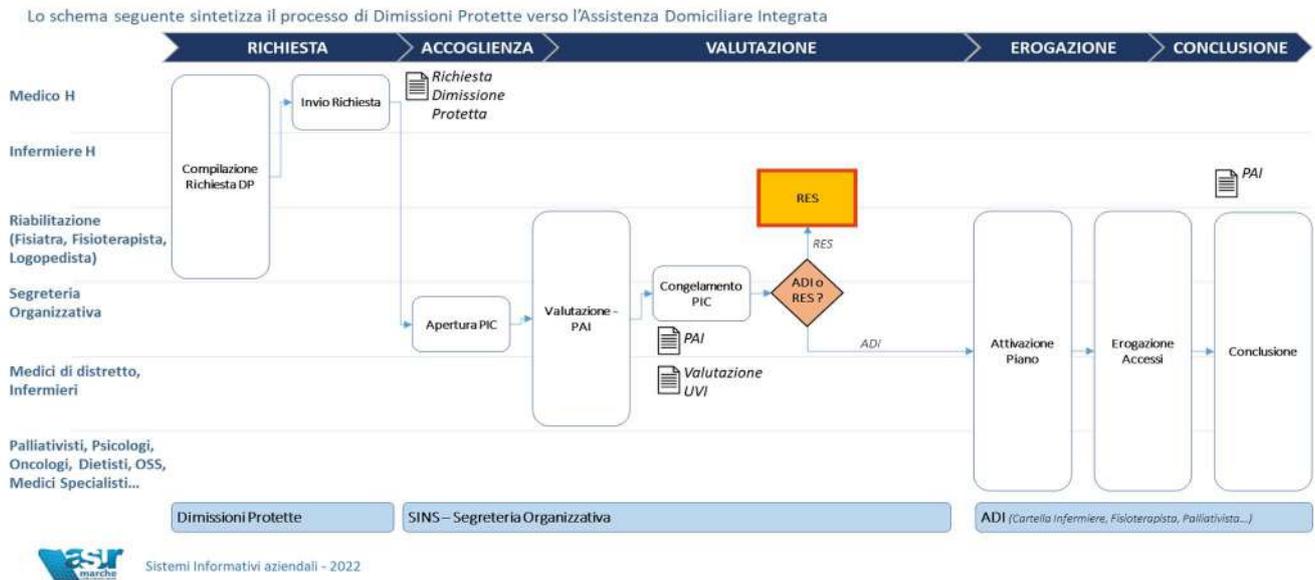


Figura 3 - da Dimissioni Protette all'ADI

4.1.2 Il ruolo della COT nella transizione Ospedale-Territorio

Da un punto di vista operativo, a seguito dell'avvenuto **ricovero**, e della conseguente notifica alla COT, la Struttura Ospedaliera rileva il bisogno di continuità della presa in carico alla dimissione.

L'UVI effettua, se necessario, una **valutazione clinica**, e propone un setting di destinazione. La COT si occupa anch'essa dell'**identificazione del setting di destinazione** e/o coadiuva l'UVM e della prenotazione grazie alla visualizzazione delle liste d'attesa.

Per l'effettiva attuazione della transizione la COT verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati, attiva gli attori necessari per la corretta presa in carico del paziente e verifica l'**avvenuta dimissione** e presa in carico da parte del servizio o della struttura territoriale preposti.

In ogni passaggio COT coordina tutte le risorse necessarie al trasferimento e registra le informazioni relative al trasferimento.

Requisiti funzionali	
RF1	Deve consentire la visualizzazione delle richieste di ricovero effettuate dallo specialista ambulatoriale che attualmente vengono eseguite sulla cartella specialistica del SIRTE;
RF2	Deve consentire la visualizzazione delle richieste di ricovero effettuate che attualmente vengono eseguite sul Portale MMG di SIRTE;
RF3	Deve ricevere notifica dell'avvenuto ricovero attraverso l'integrazione con il SIO per la ricezione della notifica dall'ADT.
RF4	Deve consentire la visualizzazione complessiva dei percorsi clinico-assistenziali e socio-sanitari cui l'assistito è coinvolto ed avere indicazione sui presidi sanitari eventualmente assegnati all'assistito con possibilità di integrazione e modifica delle informazioni in caso di cambio di setting assistenziale;
RF5	Deve consentire la visualizzazione delle informazioni (anagrafiche, sociali e clinico-assistenziali) disponibili allo specialista ambulatoriale e/o MMG/PLS;

RF6	Deve consentire la visualizzazione della richiesta di Dimissione Protetta SINS che ad oggi è notificato alla Segreteria Organizzativa;
RF7	Deve consentire la visualizzazione e integrazione delle valutazioni disponibili su SIRTE-PHT effettuate dal Coordinatore della SO, medico di distretto, infermiere del distretto;
RF8	Visualizzazione delle liste d'attesa e contestuale svolgimento di analisi predittive sui relativi tempi;
RF9	Deve consentire la visualizzazione in <i>real time</i> dei posti letto territoriali regionali con possibilità di raggruppamento delle informazioni in <i>cluster</i> (Hospice, RSA, RP ecc.) a partire dalle informazioni contenute all'interno del Gestore Posti Strutture;
RF10	Deve consentire l'accesso alle graduatorie di prenotazione con possibilità di intervento in modifica sulle stesse;
RF11	Visualizzazione complessiva dei percorsi clinico-assistenziali e socio-sanitari cui l'assistito è coinvolto ed avere indicazione sui presidi sanitari eventualmente assegnati all'assistito con possibilità di integrazione e modifica delle informazioni in caso di cambio di setting assistenziale;
RF12	Deve consentire la visualizzazione dello stato di avanzamento della richiesta di trasporto per favorire e sostenere aspetti di logistica e organizzazione della transizione;
RF13	Deve consentire la ricezione della notifica di avvenuto ricovero presso struttura territoriale e conseguente comunicazione a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico della persona (es. MMG/PLS, Équipe di Cure Domiciliari, servizio sociale comunale, ecc.) dei cambi di setting assistenziali.

Tabella 3 - Requisiti funzionali COT Ospedale-Territorio

4.2 TERRITORIO-OSPEDALE

La transizione "Territorio-Ospedale" prevede per l'assistito il passaggio da uno dei setting territoriali al ricovero ospedaliero, non urgente, bensì programmabile. Si riportano di seguito i Moduli di applicativi che per ogni fase della transizione da setting territoriale richiedente ad ospedale vengono messi a disposizione dal sistema SIRTE e relative funzionalità.

4.2.1 AS-IS applicativo e di processo

Attualmente il **MMG può richiedere una prestazione specialistica in regime ambulatoriale ma non può effettuare una richiesta di ricovero programmato**. Il flusso di attività è descritto come segue.

La fase di identificazione del bisogno risulta essere stratificata su più livelli in cui le figure professionali cliniche coinvolte sono le seguenti:

- MMG/PLS;
- Specialista Ambulatoriale;
- Medico di Struttura residenziale.

Il MMG tramite prescrizione indirizza l'assistito verso un percorso di assistenza specialistica ambulatoriale. Di conseguenza l'assistito si rivolge al CUP per la prenotazione presso un ambulatorio territoriale o ospedaliero di una visita/analisi.

Ai fini della standardizzazione dei processi, risulta da definire univocamente la modalità di accesso a prestazioni di specialistica ambulatoriale/ospedaliera per i pazienti ricoverati in struttura e gestiti dal MMG o Medico di struttura.

Lo specialista ambulatoriale operante sul territorio, in sede di gestione clinica, ravvisa la necessità di:

- **Effettuare analisi di alta complessità presso struttura ospedaliera:** in questo caso, attraverso il Modulo di cartella specialistica del SIRTE è possibile effettuare una o più prescrizioni (specialistiche e/o farmacologiche) tramite apposito Modulo SIRE3. Se previsto dalla tipologia di prescrizione, il servizio effettua l'attribuzione dei codici impegnativa (NRE) e l'invio al SAR regionale con gestione dei relativi risultati;
- **Ricovero:** nel caso di ospedali ASUR, lo specialista, qualora ravvisi il bisogno di un ricovero ospedaliero, ha la possibilità di inserire l'assistito in lista d'attesa per un ricovero programmato tramite chiamata di contesto da Sistema Informativo Territoriale al Modulo delle liste d'attesa del SIO; tale funzionalità risulta in fase di testing. Nel caso degli altri Enti SSR tale funzionalità non risulta implementata.

Lo specialista di ambulatorio ospedaliero, invece, ravvisa la necessità di:

- **Ricovero:** nel caso di ospedali ASUR, lo specialista, qualora ravvisi il bisogno di un ricovero ospedaliero, ha la possibilità di inserire l'assistito in lista d'attesa per un ricovero programmato, in maniera diretta se la gestione è effettuata sul SIO.

Il coordinamento della transizione nella sua fase di pianificazione è gestito sul sistema delle liste d'attesa, per quanto concerne le fasi di: prenotazione dell'appuntamento, pre-ospedalizzazione e successiva ammissione ad un percorso ospedaliero. Attualmente il MMG o il medico di struttura territoriale non sono in possesso di tali informazioni.

Qualora l'assistito necessiti di un trasporto programmato verso la struttura ospedaliera, la componente logistica è gestita dal Modulo di Gestione dei Trasporti. La richiesta può avvenire attualmente o all'interno del Modulo stesso o dal portale MMG.

I Moduli "Gestione Presidi Sanitari – Assistenza Integrativa" e "Gestione Presidi Sanitari – Protesica Maggiore" non prevedono l'integrazione con il SIO. Nel caso d'uso in analisi, dunque, non si è in grado di procedere con la restituzione di presidi sanitari forniti nell'ambito in quanto non viene notificato l'accesso dell'assistito in regime di ricovero ospedaliero.

Al termine del percorso ospedaliero del paziente la notifica di dimissione, qualora non si ravvisi una dimissione protetta (Ospedale-Territorio), ad oggi, non viene automaticamente notificata a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico della persona (es. MMG/PLS, Équipe di Cure Domiciliari, servizio sociale comunale, ecc.); l'integrazione delle funzionalità di ADT con le procedure del territorio è in fase di implementazione.

4.2.2 Il ruolo della COT nella transizione Territorio-Ospedale

Al momento della notifica del bisogno da parte del medico specialista, la COT prende in carico la richiesta di **ricovero** e, a seguito della visualizzazione delle liste d'attesa, individua la struttura ospedaliera adatta e disponibile. La COT, infatti, dispone di una visualizzazione delle strutture complessiva, non si limita unicamente al distretto.

I referenti del Territorio vagliano tale proposta e la COT fissa l'appuntamento. Nella fase seguente la Centrale Operativa si occuperà di **monitorare** l'effettivo svolgimento delle attività programmate, di verificare la compilazione della richiesta di trasporto e di **organizzare** e coordinare le successive eventuali visite e appuntamenti.

Al contempo, la visualizzazione completa del percorso clinico-assistenziale e sociale dell'assistito permette alla COT di gestire, e comunicare l'interruzione e/o la successiva necessità di avvio di ulteriori eventuali percorsi attivi nell'ambito dell'assistenza territoriale.

Al termine del percorso ospedaliero del paziente, la struttura emette la documentazione clinica e ne dà notifica alla COT.

4.2.3 Requisiti funzionali

Nella tabella sottostante si descrivono le caratteristiche della soluzione applicativa ed i requisiti minimi che la soluzione dovrà soddisfare, in relazione al caso d'uso in argomento:

Requisiti funzionali	
RF1	Deve consentire la visualizzazione le prescrizioni e richieste di ricovero effettuate dallo specialista ambulatoriale che attualmente vengono eseguite sulla cartella specialistica del SIRTE, nonché relative informazioni sulla prestazione richiesta (es. sostituzione di catetere venoso centrale, PEG, programmazione di visite specialistiche o esami diagnostici);
RF2	Deve consentire la visualizzazione le prescrizioni e richieste di ricovero effettuate dallo specialista ambulatoriale che attualmente vengono eseguite sul Portale MMG di SIRTE, nonché relative informazioni sulla prestazione richiesta (es. sostituzione di catetere venoso centrale, PEG, programmazione di visite specialistiche o esami diagnostici);
RF3	Deve consentire la visualizzazione complessiva dei percorsi assistenziali cui l'assistito è coinvolto ed avere indicazione sui presidi sanitari eventualmente assegnati all'assistito con possibilità di integrazione e modifica delle informazioni in caso di cambio di setting assistenziale;
RF4	Deve consentire la visualizzazione delle informazioni (anagrafiche, sociali e clinico-assistenziali) disponibili allo specialista ambulatoriale e/o MMG/PLS;
RF5	Deve consentire la visualizzazione della richiesta di Dimissione Protetta;
RF6	Deve consentire la visualizzazione delle prenotazioni di visite specialistiche;
RF7	Visualizzazione delle liste d'attesa e contestuale svolgimento di analisi predittive sui relativi tempi;
RF8	Visualizzazione posti letto ospedalieri regionali disponibili e possibilità di raggruppamento in <i>cluster</i> (reparto ospitante, regime di ricovero, intensità di cura ecc.);
RF9	Visualizzazione delle liste d'attesa ospedaliere e contestuale svolgimento di analisi predittive sui relativi tempi;
RF10	Deve consentire la visualizzazione in <i>real time</i> dei posti letto territoriali regionali con possibilità di raggruppamento delle informazioni in <i>cluster</i> (Hospice, RSA, RP ecc.) a partire dalle informazioni contenute all'interno del Gestore Posti Strutture;
RF11	Deve consentire la ricezione della notifica di avvenuto ricovero e conseguente comunicazione a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico della persona (es. MMG/PLS, Equipe di Cure Domiciliari, servizio sociale comunale, ecc.) dei cambi di setting assistenziali;
RF12	Deve consentire la visualizzazione dello stato di avanzamento della richiesta di trasporto per favorire e sostenere aspetti di logistica e organizzazione della transizione.

Tabella 4 - Requisiti funzionali COT Territorio-Ospedale

4.3 TERRITORIO-TERRITORIO

La transizione "Territorio-Territorio" prevede, a seguito della richiesta del Servizio sociale/sociosanitario/MMG che ha in carico l'assistito, la modifica/integrazione del setting assistenziale nell'ambito dei servizi territoriali. Si riportano di seguito i Moduli applicativi che, per ogni fase della transizione, da setting territoriale richiedente a setting territoriale destinatario, vengono messi a disposizione dal sistema SIRTE e relative funzionalità.

4.3.1 AS-IS applicativo e di processo

Il processo di transizione di setting di assistenza territoriale e/o integrazione di servizi ha inizio al momento della predisposizione di una richiesta da parte del soggetto che ha in carico l'assistito.

Il Modulo di pertinenza della richiesta di presa in carico del soggetto varia in relazione al setting territoriale di partenza cui l'assistito risulta essere collegato. In particolare, si delineano i seguenti casi:

- **Richiesta da Modulo Portale MMG:** vi è la possibilità di inserimento della richiesta da parte del MMG/PLS all'interno del Modulo "portale MMG" e contestuale instradamento verso i Moduli Residenzialità, Cure Domiciliari, Protesica/Assistenza Integrativa e Trasporti, in relazione al setting di destinazione ipotizzato. Dal portale è, altresì, possibile monitorare lo stato della richiesta;
- **Richiesta diretta dal modulo Segreteria Organizzativa:** nel caso in cui si ricevano ancora richieste cartacee gli operatori di segreteria organizzativa possono procedere con l'inserimento manuale delle richieste;
- **Richiesta da modulo protesica/assistenza integrativa:** nel caso di richieste inerenti alla protesica/assistenza integrativa gli operatori abilitati inseriscono le richieste direttamente sulla procedura;
- **Richiesta di trasporti programmati da modulo Trasporti:** gli operatori abilitati alla richiesta di Trasporti Programmati (CCT, Medici Ospedalieri, etc.) possono inserire la richiesta direttamente sulla procedura.

Le richieste di presa in carico territoriale (domiciliare o residenziale) di cui sopra, qualora non direttamente compilate all'interno del Modulo Segreteria Organizzativa, sono notificate in quest'ultimo in un secondo momento, rendendo visibile la richiesta all'interno del Modulo stesso tramite opportuna notifica.

Una volta ricevuta la richiesta gli operatori di Segreteria Organizzativa avviano la fase di Presa in Carico. La presa in carico prevede una valutazione multidisciplinare del caso (VMD) e coinvolge, oltre alla SO, il Medico di Distretto, il MMG/PLS, il Caregiver del paziente, e tutte le figure professionali ritenute necessarie, che vanno a comporre l'Unità Valutativa Integrata (UVI). Le attività di valutazione prevedono l'inserimento di tutte le informazioni necessarie per contestualizzare il caso ed alimentare i flussi ministeriali, la compilazione di opportune scale di valutazione, più una serie di attività specifiche in relazione al setting assistenziale scelto. Alla fine dell'attività di valutazione la Presa in Carico viene congelata, permettendo così l'avvio dell'erogazione delle cure prestazionali/domiciliari o l'accoglienza presso la struttura.

I setting assistenziali attualmente previsti sono:

- **Cure Prestazionali:** nel caso di bisogni semplici sanitari, il Coordinatore SO coadiuvato dall'MMG/PLS concorda l'attivazione di uno specifico piano assistenziale per le cure prestazionali domiciliari;
- **Cure Domiciliari Integrate:** nel caso di bisogni complessi, i componenti dell'UVI definiscono il Piano Assistenziale Integrato (PAI) appropriato, e lo comunicano al responsabile ospedaliero ed alle figure professionali del territorio coinvolte;
- **Inserimento in Struttura Residenziale o Semiresidenziale:** nel caso in cui sia necessario un ricovero in struttura (sia per il LEA Anziani che per quello Adulti/Riabilitativa) l'UVI avrà a disposizione, sul Modulo di attivazione residenzialità, una serie di funzionalità specifiche per gestire l'ingresso in struttura.

Le attività sopra descritte possono essere tracciate sia dal MMG che dal territorio, compresi gli operatori di struttura, tramite la funzionalità di gestione eventi che mette a disposizione degli operatori stessi una *timeline* delle attività principali di Presa in carico e attivazione territoriale, mostrando la sequenza temporale degli eventi di creazione ed invio della richiesta, di apertura e congelamento della presa in carico, di attivazione delle cure domiciliari o di ricovero in struttura e di chiusura della presa in carico.

Qualora fosse necessario un trasporto programmato verso altro setting territoriale gli operatori dovranno programmare il trasporto all'interno del Modulo "Sistema di Gestione Trasporti programmati". Tale Modulo consente di gestire il processo di gestione dei trasporti nella sua interezza (dall'inserimento della richiesta di trasporto fino alla compilazione e autorizzazione del foglio di viaggio) e conformemente ai criteri autorizzativi stabiliti e viene gestito dalla Centrale di Coordinamento dei Trasporti (CCT). Per organizzare l'effettivo trasporto del paziente, la CCT:

- Registra le informazioni relative al trasferimento;
- Verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
- Attiva gli attori necessari per la corretta presa in carico del paziente;
- Verifica l'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/struttura territoriale preposto;
- Supporta l'organizzazione del primo accesso da parte dei professionisti della salute;

Nel caso di setting assistenziale residenziale la richiesta, in mancanza di posti immediatamente disponibili, viene inserita in graduatoria: il Modulo permette la gestione di una lista unica di attesa, strutturata sulla base di standard e criteri omogenei, che funge da graduatoria per l'ingresso temporaneo/definitivo nei Centri di Servizio Residenziale pubblici e privati accreditati o convenzionati. Inoltre, la scelta della struttura di destinazione è effettuata sulla base dei dati forniti dal Modulo Gestore Posti Strutture che garantisce una vista *real time* della distribuzione dei posti letto sia per quanto attiene alle strutture pubbliche che private convenzionate. La piattaforma, in linea generale, permette di visualizzare la lista dei pazienti ricoverati, i riferimenti delle strutture (indirizzi, contatti, referenti, etc.) e mostrare la disponibilità in merito ai posti autorizzati, convenzionati ed occupati.

Per quanto riguarda la necessità di procedere con la richiesta di servizi di assistenza integrativa e protesica maggiore, la gestione degli stessi nella fase di prenotazione, validazione, erogazione e restituzione è gestita all'interno dei Moduli "Gestione Presidi Sanitari – Protesica e Assistenza Integrativa".

4.3.2 Il ruolo della COT nella transizione Territorio-Territorio

Individuato il bisogno clinico, il MMG/PLS e/o il medico trasmette la **richiesta** di modifica/integrazione alla COT. Quest'ultima prende in carico la richiesta e si occupa della **transizione** sia dal punto di vista **informativo** che da quello operativo. Inoltre, **individua, di concerto con l'UVI, la nuova struttura o il nuovo servizio territoriale** più utile per l'assistito e si interfaccia sia con il setting richiedente che con quello di destinazione.

In seguito, la COT verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati, attiva gli attori per la corretta presa in carico del paziente e monitora lo stato della **transizione** e del primo accesso nella sede di destinazione. La COT gestisce altresì gli scostamenti da quanto programmato.

4.3.3 Requisiti funzionali

Nella tabella sottostante si descrivono le caratteristiche della soluzione applicativa ed i requisiti minimi che la soluzione dovrà soddisfare, in relazione al caso d'uso in argomento:

Requisiti funzionali	
RF1	Deve consentire la visualizzazione, ed eventualmente, l'integrazione di tutte le richieste di cambio setting assistenziale effettuate da Portale MMG, Moduli di Residenzialità, SINS ADI e Cartella Riabilitativa, nonché le richieste attualmente gestite all'interno della Segreteria Organizzativa.
RF2	Deve consentire la visualizzazione delle schede di valutazione utilizzate per il cambio di setting assistenziale, con la possibilità di procedere alla compilazione strutturata delle stesse
RF3	Deve consentire l'accesso alle graduatorie di prenotazione con possibilità di intervento in modifica sulle stesse;
RF4	Deve consentire la gestione delle liste dei pazienti ricoverati, nonché avere accesso ai cataloghi e riferimenti delle strutture i riferimenti delle strutture.
RF5	Deve consentire la visualizzazione in <i>real time</i> dei posti letto territoriali regionali con possibilità di raggruppamento delle informazioni in <i>cluster</i> (Hospice, RSA, RP ecc.) a partire dalle informazioni contenute all'interno del Gestore Posti Strutture
RF6	Deve consentire la ricezione della notifica di avvenuta presa in carico e conseguente comunicazione a tutti i soggetti coinvolti nella gestione della persona (es. MMG/PLS, Equipe di Cure Domiciliari, servizio sociale comunale, ecc.) dei cambi di setting assistenziali;
RF7	Visualizzazione dello stato di avanzamento della transizione, con la possibilità di differenziazione in base allo stato, incrementando le informazioni ad oggi presenti sul Modulo Gestione Eventi

RF8	Visualizzazione complessiva dei percorsi clinico-assistenziali e socio-sanitari cui l'assistito è coinvolto ed avere indicazione sui presidi sanitari eventualmente assegnati all'assistito con possibilità di integrazione e modifica delle informazioni in caso di cambio di setting assistenziale
RF9	Dovrà garantire il monitoraggio delle transazioni, producendo specifici <i>alert</i> all'approssimarsi delle relative scadenze oppure in caso di cambi rispetto alle tempistiche programmate

4.4 TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO

La Commissione Europea già dal 4 novembre 2008, con la **Comunicazione europea (COM-2008-689) "Telemedicina a beneficio dei pazienti, sistemi sanitari e società"** ha dettagliato le indicazioni utili a favorire una maggiore integrazione dei servizi di Telemedicina. Per la concreta attuazione di suddetto indirizzo a livello europeo, e l'impiego sistematico della Telemedicina nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, l'Italia predispone le Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina. Il primo documento ufficiale è stato approvato dall'Assemblea generale del Consiglio Superiore di Sanità in data 10 luglio 2012.

Ad oggi, il Gruppo di lavoro sulla Telemedicina italiano, integrato anche da esperti e da rappresentanti delle federazioni nazionali delle professioni sanitarie (FNOMCeO e FNOPI), ha predisposto e reso disponibili i seguenti documenti di indirizzo:

- **"Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina"**, approvato dalla Cabina di regia del NSIS nella seduta del 28 ottobre 2020 e adottato con Accordo in Conferenza Stato Regioni in data 17 dicembre 2020;
- **"Indicazioni per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie"** approvato dalla Cabina di Regia e adottato in Conferenza Stato Regioni in data 18 novembre 2021.

Inoltre, il **PNRR**, con la **Missione 6 Salute**, mira a potenziare ulteriormente i servizi di Telemedicina attraverso la **"Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e Telemedicina per l'assistenza territoriale"**. In particolare, uno degli obiettivi chiave e primari del Ministero della Salute italiano risulta essere la creazione di una piattaforma nazionale dove domanda ed offerta di servizi di Telemedicina forniti da soggetti accreditati possano incontrarsi e con cui le piattaforme di Telemedicina regionali dovranno interoperare.

Nell'ambito delle COT, è il **D.M. del 29 aprile 2022** che disciplina il coordinamento dei servizi di Telemedicina, tra i quali anche il telemonitoraggio e il telecontrollo della salute.

4.4.1 Il ruolo della COT a supporto dei servizi di Telemonitoraggio e/o Telecontrollo

Il Telemonitoraggio e/o Telecontrollo è richiesto dal MMG/PLS e/o dal medico che ha preso in carico l'assistito e ha inviato la **prescrizione o richiesta** di controllo da remoto dei parametri clinici vitali di un paziente. È la COT responsabile di prendere in carico tale **richiesta**, integrando, se necessario, **informazioni** sul caso ed informando gli **attori** coinvolti (Centrale Operativa ADI, il servizio preposto secondo l'organizzazione locale ed attiva, e l'UVM).

In seguito, l'ADI organizza la consegna dei dispositivi; la COT **monitora** la consegna da parte del personale sanitario, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio. In seguito, l'effettivo servizio di Telemonitoraggio/Telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., sarà in capo al Centro servizi per la Telemedicina, la COT offrirà unicamente un servizio di supporto.

5 IL NUOVO SISTEMA DI GESTIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI – SGCOT

La nuova soluzione tecnologica mira, attraverso la reingegnerizzazione parziale dell'attuale Sistema Informativo della Rete Territoriale, la messa a disposizione di un nuovo Modulo di front-end che consenta la gestione delle attività in capo alla Centrale Operativa Territoriale, in particolare per quanto concerne le funzioni di:

- Pianificazione;
- Coordinamento;
- Monitoraggio delle transizioni;
- Ottimizzazione e facilitazione dei percorsi.

La soluzione dovrà essere integrata con le principali applicazioni per la gestione clinico-assistenziale sia in ambito territoriale che ospedaliero ed in ultimo essere interconnessa con CO NEA 116117 regionali.

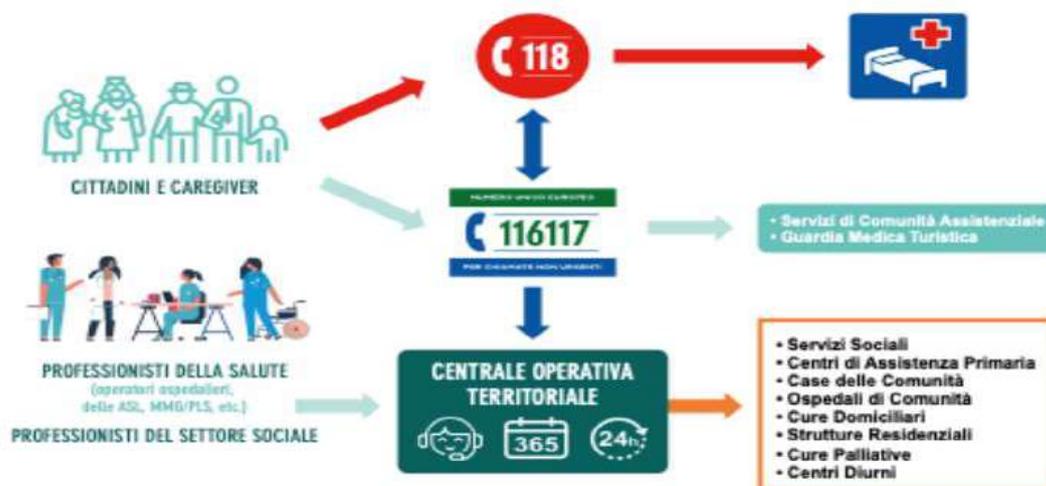


Figura 4 - La COT - 116117 - 118

5.1.1 Integrazioni terze necessarie

- ASR EMPI: anagrafica assistiti;
- SIO – Moduli LDA e ADT;
- CUP – Modulo agenda e prenotazioni;
- Integrazioni con piattaforme di interoperabilità;
- Integrazioni con i Sistemi Informativi dei Servizi Sociali.

Risulta opportuno individuare specifiche metodologie che assicurino e traccino, attraverso sistemi di *alert e/o* di notifica, la corretta integrazione e scambio delle informazioni tra suddetti SI e COT. A tale scopo un elemento di supporto risulta essere lo sviluppo di sistemi di comunicazione e messaggistica standardizzati.

5.1.2 Infrastruttura tecnologica per il funzionamento della Centrale Operativa Territoriale

Per lo svolgimento del complesso di attività di competenza della Centrale Operativa Territoriale risultano necessari adeguamenti infrastrutturali. La COT deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche che garantiscano l'operatività degli operatori presso le 15 sedi previste, nonché l'interconnessione tecnologica aziendale.

In particolare, risultano necessari:

- Adeguamenti della banda Internet per il raggiungimento di un livello di connettività sufficiente;
- Switch di rete;
- Wifi (AccessPoint);
- Firewall Interno in HA;
- Postazioni di Lavoro (Computer e Monitor);
- Fotocopiatrici;
- Telefoni Voice over IP;
- Centralino Voice over IP;
- Mezzi e procedure di *disaster recovery* funzionali a garantire la *business continuity*.

AV	Sede	Connettività	Switch	AccessPoint	PDL	Fotocopiatrici	Telefoni VoIP
1	Pesaro	Insufficiente	1	2	5	1	5
1	Urbino	Sufficiente	1	2	5	1	5
1	Fano	Insufficiente	1	2	5	1	5
2	Senigallia	Sufficiente	1	2	5	1	5
2	Jesi	Sufficiente	1	2	5	1	5

AV	Sede	Connettività	Switch	AccessPoint	PDL	Fotocopiatrici	Telefoni VoIP
2	Fabriano	Sufficiente	1	2	5	1	5
2	Ancona	Sufficiente	1	2	5	1	5
2	Ancona	Sufficiente	1	2	5	1	5
3	Civitanova Marche	Sufficiente	1	2	5	1	5
3	Macerata	Sufficiente	1	2	5	1	5
3	San Severino Marche	Insufficiente	1	2	5	1	5
4	Montegranaro	Insufficiente	1	2	5	1	5
4	Fermo	Insufficiente	1	2	5	1	5
5	San Benedetto del Tronto	Sufficiente	1	2	5	1	5
5	Ascoli Piceno	Sufficiente	1	2	5	1	5

Tabella 5 - Requisiti infrastrutturali COT

A tale scopo, come previsto dalle schede intervento aziendali Agenas, gli importi assegnati dal PNRR per l'interconnessione aziendale (1.066.071,88 € complessivo) sono suddivisi per la Regione Marche come espresso dalla tabella seguente:

DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - QUADRO ECONOMICO DEL PROGETTO	
A. Importo Software	600.000,00 €
B. Importo Hardware	178.338,00 €
C. Importo migrazione e interconnessione dati	137.734,00 €
D. Importo formazione del personale	150.000,00 €

Tabella 6 - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - QUADRO ECONOMICO DEL PROGETTO - Scheda Agenas Interconnessione COT

L'assegnazione e la distribuzione delle risorse stanziare e il conseguente acquisto delle suddette componenti infrastrutturali può variare in relazione alle attuali dotazioni di cui dispongono le strutture (Distrettuale, Ospedaliera etc.) presso cui ogni COT ha sede. Tuttavia, gli adeguamenti della banda Internet, l'acquisto degli apparati attivi di rete (Switch) e l'infrastruttura hardware o l'eventuale acquisizione di servizi di installazione in cloud (sia del sito primario che del sito di disaster recovery) non sono inclusi all'interno del Sub investimento 1.2.2 – Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) – Action Plan - COT interconnessione Aziendale.

5.2 REQUISITI FUNZIONALI

Per i requisiti funzionali si rimanda alle specifiche tabelle di dettaglio riportate all'interno di ogni paragrafo relativo ai casi d'uso.

5.3 REQUISITI NON FUNZIONALI

5.3.1 Appropriatelyzza

Il sistema deve fornire un appropriato insieme di funzioni per gli specificati compiti ed obiettivi prefissati all'utente.

5.3.2 Accuratezza

Il sistema dovrà fornire i risultati e gli effetti corretti e attesi (a partire dal livello di dettaglio descritto nelle specifiche funzionali descritte), aderendo agli SLA ove definiti.

5.3.3 Configurabilità

Le funzionalità devono garantire un elevato livello di configurabilità, in modo da incontrare le esigenze degli user di riferimento. Si dovrà prevedere la possibilità di integrare le informazioni presenti su ogni interfaccia applicativa. Le caratteristiche, nei limiti delle modifiche integrazioni che non contemplino ulteriori sviluppi, devono essere altamente flessibili e customizzati alle necessità dell'utenza di riferimento.

5.3.4 Aderenza agli standard

Nella fase di sviluppo si dovrà prevedere l'utilizzo e l'aderenza a standard internazionali consolidati in ambito sanitario quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: HL7, PDF, XML, FHIR.

5.3.5 Architettura a micro-servizi

L'evolutive prevista dovrà essere realizzata tenendo conto dei principi di programmazione modulare ed a micro-servizi, al fine di garantire elevati livelli di disaccoppiamento logico delle singole componenti e garantendo adeguati livelli di scalabilità.

5.3.6 Comprensibilità

Le interfacce applicative del sistema dovranno essere progettate in modo chiaro ed intuitivo, così come le modalità di utilizzo del sistema dovranno garantire un elevato livello di intuitività. Deve essere previsto il rilascio di apposita documentazione applicativa in relazione alle funzionalità del sistema. Inoltre, le informazioni rilevanti dovranno essere messe in risalto ed immediatamente captabili a livello visivo dall'utente. Bisognerà prevedere la presenza di apposite *worklist* che consentano un approccio guidato alle funzionalità dei moduli applicativi.

5.3.7 Operabilità

Lo sforzo necessario agli utenti per eseguire e controllare le varie operazioni deve essere ridotto al minimo. Le informazioni, di qualsiasi natura, vanno inserite una sola volta senza necessità di duplicazione.

5.3.8 Interoperabilità

L'insieme di nuove funzionalità dovrà potersi integrare perfettamente con gli altri moduli presenti all'interno del SIRTE, nonché essere sviluppato secondo una logica *Service Oriented Architecture* che preveda che la soluzione sia in grado, già a monte, di stabilire interazioni logiche di cooperazione applicativa con le altre componenti del sistema informativo regionale. Inoltre, in uno scenario evolutivo e con la messa a punto del formato di scambio, si dovranno valutare le possibilità offerte dai modelli informativi basati su risorse come Health Level Seven FastHealthcare Interoperability Resources (FHIR).

5.3.9 Privacy, sicurezza e tracciabilità

Le applicazioni devono seguire il paradigma PRIVACY BY DESIGN E BY DEFAULT, secondo i principi sanciti nel GDPR. La piattaforma dovrà consentire il riconoscimento degli utilizzatori tramite sistemi di autenticazione, con profili per gestire livelli differenziati di accesso alle informazioni, e la tracciabilità delle attività e delle modifiche tramite la presenza di log di tracciamento, in linea con quanto disposto dalla vigente normativa. È necessario che tutte le operazioni (inserimento, cancellazione, modifica) effettuate sul sistema vengano tracciate in modo puntuale ed in tempo reale al fine di abilitare attività di auditing.

5.3.10 Efficienza ed efficacia

La piattaforma dovrà garantire un livello minimo di prestazioni in riferimento ai tempi di risposta delle diverse funzionalità, anche a fronte di richieste multiple e chiamate da più utenze contemporaneamente.

Non dovrà essere consentita l'apertura delle medesime interfacce applicative per la medesima coppia utenza/sessione.

Dovrà essere garantito un apposito sistema di *alert* su più livelli, ad esempio notifica, blocco, avviso in modo da aumentare la consapevolezza dell'utenza.

5.3.11 Disponibilità

La disponibilità dei dati dovrà essere garantita sempre e dovunque, indipendentemente dal modulo di inserimento ed eventualmente anche in presenza di malfunzionamenti di sistema.



PARERE N. 118/2022

Deliberazione della Giunta regionale n. 1781 del 27 dicembre 2022 “Richiesta di parere alla Commissione assembleare competente sullo schema di deliberazione concernente: Prime indicazioni per l'attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente ‘Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale’ e linee di indirizzo per l'interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali”

Estratto del processo verbale della seduta n. 90 del 25 gennaio 2023

Presiede il Presidente Baiocchi

Assiste il Segretario della IV Commissione assembleare permanente, Latini.

E' presente il dirigente del Servizio Affari legislativi e coordinamento Commissioni assembleari, Moroni.

Alle ore 10,15 il Presidente, verificata la presenza del numero legale ai sensi del comma 2 dell'articolo 28 del Regolamento interno, dichiara aperta la seduta della IV Commissione assembleare permanente convocata presso la sala “E. Grifantini (3.33)”, al terzo piano del Palazzo delle Marche, in Piazza Cavour n. 23 ad Ancona.

omissis

Il Presidente passa alla trattazione del punto iscritto all'ordine del giorno che reca:

- **Parere n. 118/2022 sulla deliberazione della Giunta regionale n. 1660 del 12 dicembre 2022 “Richiesta di parere alla Commissione assembleare competente sullo schema di deliberazione concernente: Prime indicazioni per l'attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente ‘Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale’ e linee di indirizzo per l'interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali” - Relatori Ciccioli, Carancini - Audizione del dirigente del Settore Territorio e integrazione socio sanitaria dell'Agenzia regionale sanitaria - Esame ed eventuale approvazione**

Il Presidente dichiara aperta la discussione generale.

omissis

Conclusa la discussione il Presidente, previa verifica del numero legale ai sensi del comma 3 dell'articolo 28 del Regolamento interno, pone in votazione la seguente proposta di parere:

LA IV COMMISSIONE ASSEMBLEARE PERMANENTE



VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 1781 del 27 dicembre 2022 “Richiesta di parere alla Commissione assembleare competente sullo schema di deliberazione concernente: Prime indicazioni per l'attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente ‘Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale’ e linee di indirizzo per l'interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali”;

UDITI il relatore espressione della maggioranza, Consigliere Ciccio, e il relatore espressione delle minoranze, Consigliere Carancini, nella seduta n. 90 del 25 gennaio 2023;

PRESO ATTO delle risultanze della discussione generale;

VISTO l'articolo 95 del Regolamento interno di organizzazione e funzionamento dell'Assemblea legislativa regionale delle Marche;

DELIBERA

di esprimere parere favorevole.

Avvenuta la votazione, il Presidente ne proclama l'esito: “La IV Commissione assembleare permanente approva”.

La Segretaria
(Giulia Latini)



GIULIA LATINI
26.01.2023
15:34:17
GMT+01:00

Il Presidente
(Nicola Baiocchi)



NICOLA
BAIOCCHI
26.01.2023
15:10:18
GMT+01:00