

8° CONVEGNO

Appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale

Condivisione di strategie tra Ospedale e Territorio
P.N.R.R.- Missione Salute

16 | MARZO | 2023
EUROSTARS HOTEL EXCELSIOR
Via Partenope 48, NAPOLI

CON IL PATROCINIO DI:



Seconda Sessione

Appropriatezza Organizzativa: integrazione ospedale e territorio DM77/2022 DM 70/2005

La COT La Casa di Comunità L'Ospedale di Comunità

Luigi Rossi



Direttore Sanitario ASL Bari

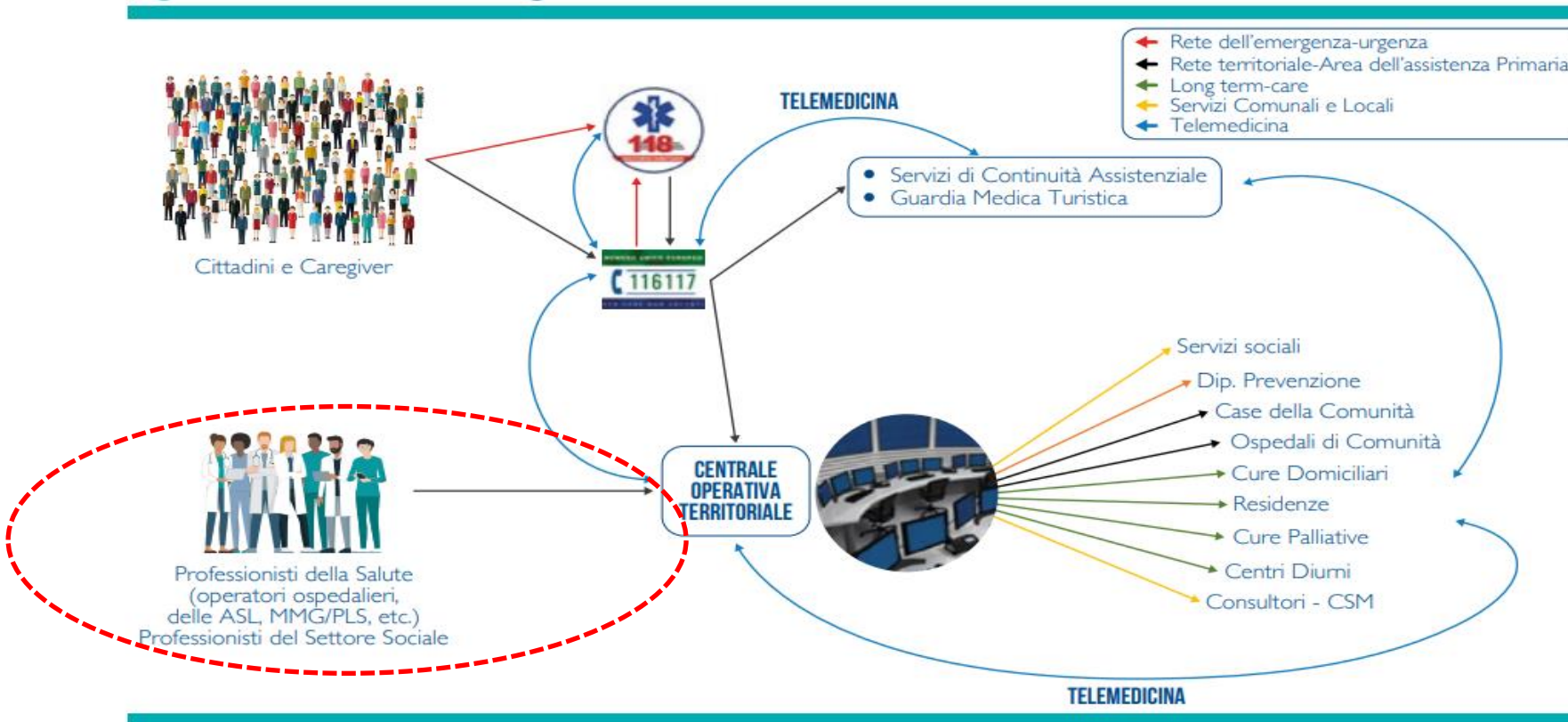


Presidente CARD Toscana

LE COT (nel DM 77/2022)

Un modello di riorganizzazione delle Rete Territoriale

La **Centrale Operativa Territoriale** è un modello organizzativo innovativo 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.



Fonte: Agenas - <https://www.agenas.gov.it/>, quaderno Monitor di Agenas «Le Centrali Operative»; S. Dei modificata

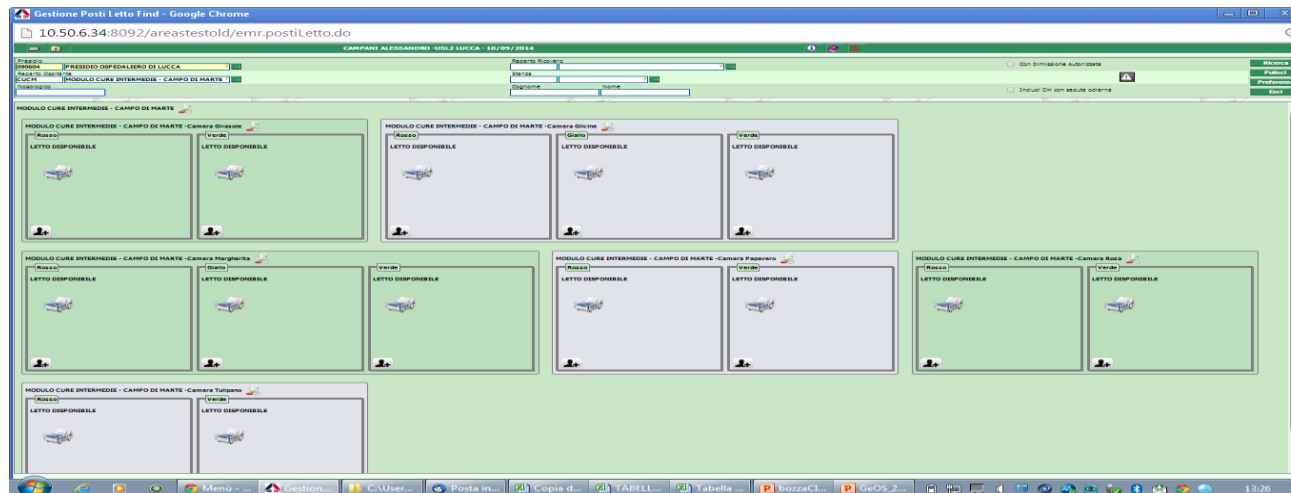
La COT non è una CENTRALE TELEFONICA

La COT è uno strumento di governo del Distretto

E' interfaccia con le CdC, gli ospedali, la rete di emergenza-urgenza e la rete dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari (domicilio, cure intermedie, hospice e rete delle cure palliative, RSA, salute mentale....).

Collega la rete dei professionisti dell'assistenza territoriale (MMG, IFeC, servizi sociali ...), dalla quale dovrebbero poter ricevere le segnalazioni in tempo reale, corredate da tutte le informazioni necessarie alla presa in carico e alla quale trasmettere eventuali richieste.

Condivide le disponibilità delle strutture dell'assistenza territoriale (Cure Intermedie, RSA, Hospice ecc.), in modo tale da garantire l'ottimizzazione del flusso di dimissione e massimizzare il turnover sui posti letto. La piattaforma deve poter rendere visibili le proprie disponibilità, effettuare l'accettazione del paziente, e facilitare il processo di dimissione al domicilio.



La COT

Ottimizza gli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale e coordina la presa in carico della persona nella transizione tra i diversi setting (ad es. ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).

Traccia e monitora le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.

Fornisce supporto informativo e logistico continuo ai professionisti della rete intra-CdC (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), inter-CdC, territoriale e territoriale-integrata riguardo le attività e servizi distrettuali.

Sviluppa in maniera strutturata la presa in carico dei pazienti cronici a domicilio tramite il telemonitoraggio e la televisita, adottando strumenti di e-health.

Implementa gli interventi di medicina di iniziativa e personalizzazione delle cure, nonché dispone di una base informativa utile a implementare la medicina predittiva e la misurazione degli outcome di salute raggiunti.



REPUBBLICA DI SAN MARINO
ISS
ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE

U.O.C. Cure Primarie
e Salute Territoriale

**Centrale
operativa
territoriale**

“E' nato il nuovo servizio
per contattare
i Centri per la Salute”
Il n° telefonico è:
0549 981 981

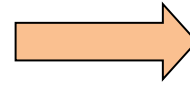
Funzioni della COT

➤ Promuove ed utilizza strumenti di handover standardizzati nella fase di dimissione da struttura



Medication reconciliation, delirium, rischio nutrizionale, rischio cadute

➤ Presidia e valuta l'appropriatezza della segnalazione



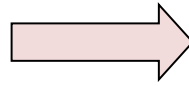
Definisce il percorso di continuità assistenziale differenziando tra bisogno semplice e bisogno complesso

➤ Coordina il processo di presa in carico, attivando il team multidisciplinare e monitorizza gli interventi anche con strumenti di telemedicina



Potenzialità della rete territoriale

➤ Coordina l'interdisciplinarietà degli interventi



MMG -IFeC- operatori socio-sanitari- medici e servizi specialisti-riabilitazione

➤ Attiva la fornitura degli ausili e dei farmaci



FAVORIRE E FACILITARE LE CURE DOMICILIARI

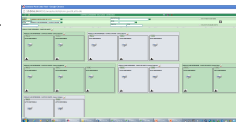
➤ Coinvolge il paziente e la famiglia nel percorso



➤ Monitora i casi complessi a domicilio attraverso sistemi di *e-health*



➤ Monitora e governa le disponibilità dei vari setting assistenziali



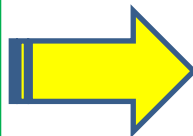
➤ Monitora e governa le risorse disponibili



Le COT: dal DM77 alla normativa Regione Toscana

La COT nel DM77/2022

- **Standard personale:** 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di supporto
- 1 COT ogni 100.000 abitanti / a valenza distrettuale
- Apertura prevista 7 giorni su 7



La COT in Toscana

Delibera n° 1508 del 19/12/2022 della RT

- **Standard personale:** infermieri, medico di comunità, assistente sociale, ed eventualmente fisioterapista, oltre al personale di supporto
- Declinazione delle COT in **COT Aziendali e COT Zonali**
- Apertura prevista: h24 7 gg per COT Aziendale, 12h 6 gg per COT Zonali



Già attive dal 2016 28 (A)COT, 1 per Distretto



COT in Veneto dal 2013



COT in Umbria dal 2019 (Perugia)

Regione Umbria



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

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 di Bolzano concernente il nuovo **Patto per la salute** per gli anni **2014-2016**

ART.5

Assistenza territoriale

Presidi territoriali/Ospedali di comunità

17. 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, si fa riferimento a quanto rappresentato al punto 10.1 Ospedali di comunità di cui allo schema di regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art.1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135", e si conviene di stipulare, entro il 31 ottobre 2014, un'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e 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 del domicilio (strutturale e familiare),
- di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio,

L'intesa definisce altresì gli appropriati percorsi clinico-assistenziali, autorizzativi e tariffari di tali strutture, nonché gli standard dei posti letto territoriali.

Gli ospedali gestiti dagli infermieri. Ultimo capitolo del regolamento quella sugli ospedali di comunità nell'ambito del processo di integrazione ospedale territorio per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza. L'ospedale di comunità, al quale è affidato il compito di "interfacciarsi" con l'ospedale ordinario per la presa in carico di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano del ricovero per impedimenti di varia natura (logistici o familiari) ad essere erogate a casa del paziente. Questi ospedali saranno gestiti dagli infermieri, avranno dai 15 ai 20 posti letto e l'assistenza medica sarà assicurata da medici di medicina generale o pediatri o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN secondo modalità scelte localmente. A livello gestionale questi ospedali faranno capo ai distretti sanitari.

14 febbraio 2015

Submisura 1.3: Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (l'Ospedale di Comunità)

Standard previsti da Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020:

- **Strutture sanitarie** della rete territoriale a **ricovero breve** e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a **bassa intensità clinica**.
- Strutture intermedie tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto).
- Struttura a **gestione prevalentemente infermieristica**.

OSPEDALE DI
COMUNITÀ



Allegato 10

Per **struttura Intermedia**, omnicomprensiva della qualsivoglia tipologia o “provenienza” del paziente, si intende una **struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza** idonea ad ospitare **1) pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali** e **2) pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto**

Allegato 10.1

E' una struttura con un **numero limitato di posti letto (15-20) gestita da personale infermieristico**, in cui l'assistenza medica è assicurata dai **medici di medicina generale** o dai pediatri di libera scelta 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**.

Prende in carico pazienti che necessitano:

- 1) di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)**
- 2) di sorveglianza infermieristica continuativa.**

In particolare dalle indicazioni del **DM 77** emerge che i pazienti degli OdC rientrano essenzialmente in quattro tipologie:

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

Vista la tipologia di pazienti, si tratta quindi di un'elevata complessità assistenziale a fronte di una bassa intensità di cure.

Il **MMG** è il **responsabile clinico** del caso

L'**infermiere** ha autonomia e responsabilità per funzioni specifiche alla **gestione assistenziale** del paziente individuate sulla base di percorsi condivisi, con l'aiuto dell'**OSS**, per quanto di competenza, nell'**assistenza alla persona**.

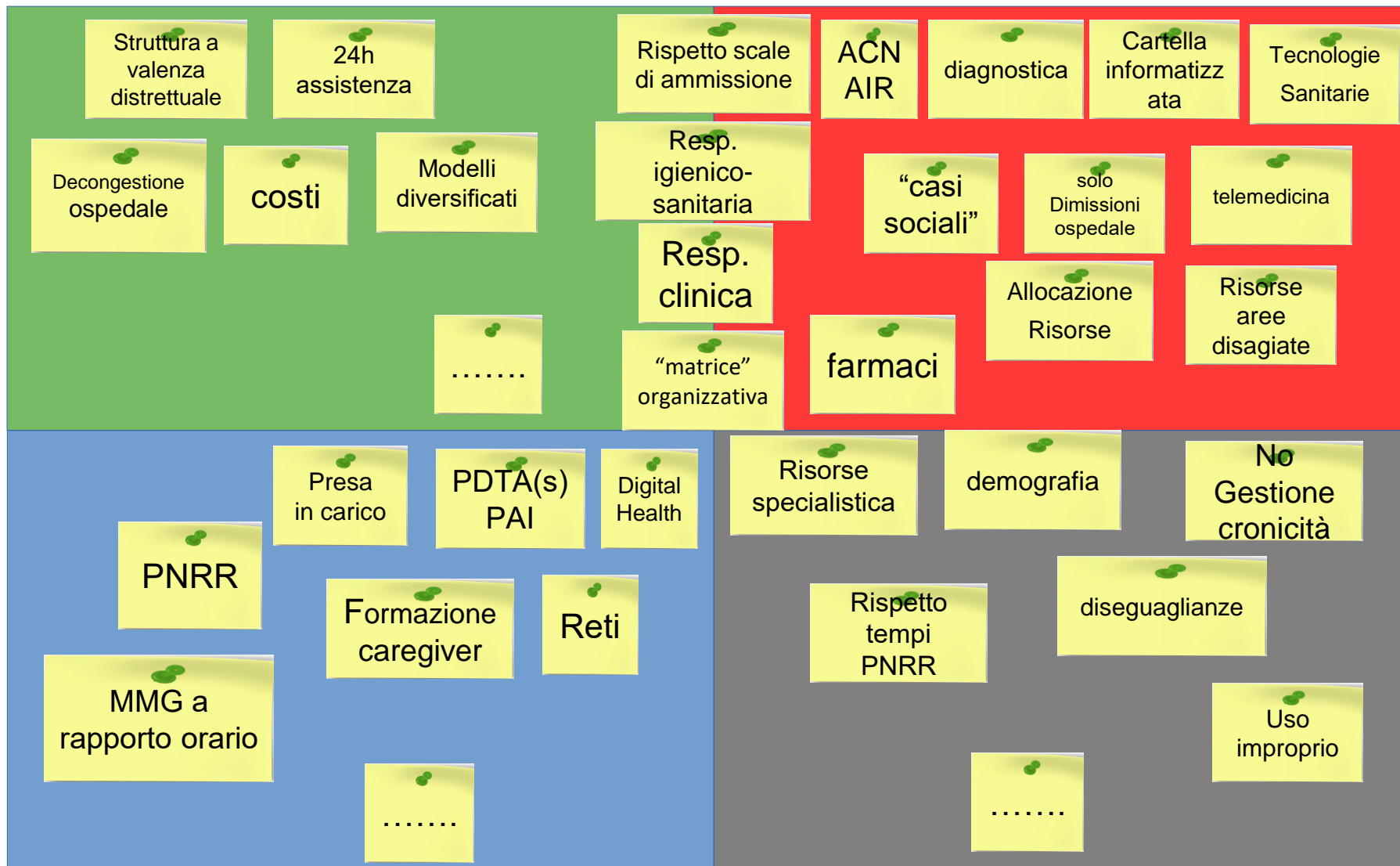
Il **Distretto** garantisce il **governo dei servizi** per la presa in carico e la verifica dell'andamento delle attività del progetto di modulo e coordina entrata/uscita dall'OsCo.



Fondamentale: stabilire le «LE REGOLE D'INGAGGIO»

S punti di forza

W punti di debolezza



O opportunità

T minacce



LA CASA DELLA COMUNITA'

Percorso:

- *Premessa e assunti di base*
- *La Casa della Comunità*
- *La carta d'identità della Casa della comunità*
- *Linee progettuali:*
 - *Fattibilità*
 - *Dimensione informativa*
 - *Dimensione organizzativa*
 - *Dimensione formativa*
 - *Dimensione valutativa*
- *Allegato A
Ipotesi organizzativo- gestionale*
- *Allegato B
Ipotesi logistico-strutturale*
- *Allegato C
Ipotesi percorso valutazione*

Questo progetto è stato elaborato a cura della Associazione "Prima la Comunità" con la preziosa collaborazione di:

- *CERGAS-SDA Università Bocconi di Milano*
- *Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa*
- *Ricercatori della Università di Torino*
- *Prospettive ricerca socioeconomica SAS*

"Più che un insieme di prestazioni individualizzate – che rientrano, cioè, nella logica del modello di consumo – il welfare va dunque concepito di nuovo in rapporto a un progetto di società, a un modo di stare in relazione, di vivere la propria individualità all'interno di una comunità di appartenenza. Dalla qualità di questo rapporto reciproco e sostenibile, dipende una buona parte del nostro futuro"

Mauro Magatti, Cambio di Paradigma, Feltrinelli 2017 pag.122

A cura dell'Associazione "PRIMA LA COMUNITA'" - info@primalacomunita.it

La Casa della Comunità come esempio di integrazione socio-sanitaria

La Casa della Comunità è la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno **stesso spazio fisico**, i servizi territoriali che erogano **prestazioni sanitarie** (Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti, Infermieri, ecc.), **socio-sanitarie** e **socio-assistenziali** per una porzione di popolazione; in essa si vuole realizzare la **presa in carico** delle persone e si attuano **azioni di diagnosi e cura, di prevenzione** per tutto l'arco della vita ed **di promozione della salute**.

La CdC diventa l'unità di base della **produzione/integrazione socio-sanitaria nel territorio di riferimento**.



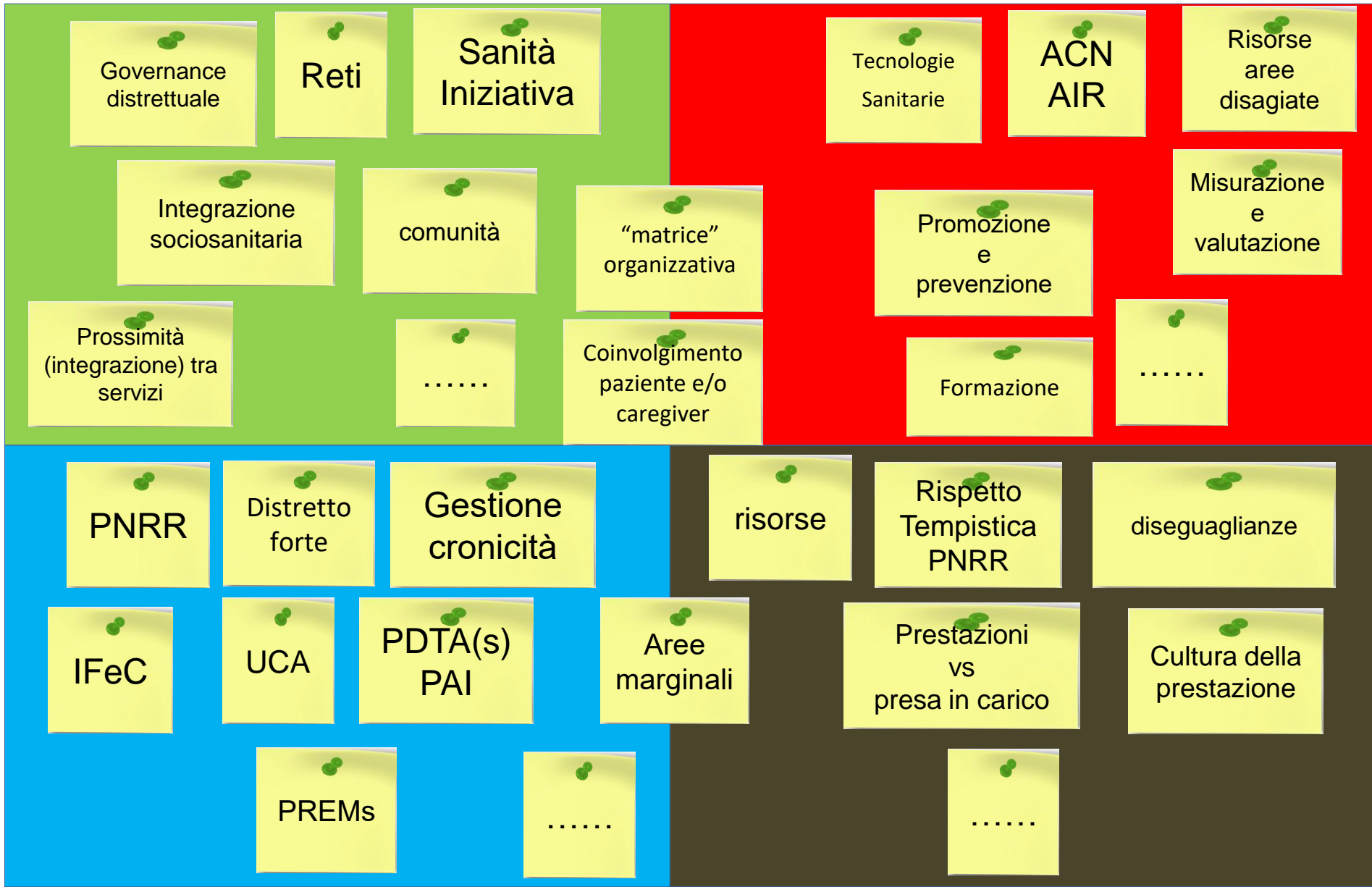
<i>Assistenza (presa in carico e follow up)</i>	Servizi rivolti alla popolazione sana	Percorsi di presa in carico della cronicità e complessità	Percorsi di integrazione socio-sanitaria
<i>Identificazione e valutazione del bisogno</i>			
<i>Prevenzione e promozione della salute</i>	Prevenzione e promozione della salute della comunità		
Aree di intervento Target	<i>Sani</i>	<i>Cronici</i>	<i>Fragili</i>



Costituisce la **porta d'ingresso dei cittadini ai servizi sanitari e sociosanitari** ed è la sede dove gli operatori, insieme ai cittadini e alla comunità, organizzano la conoscenza e la risposta ai problemi di salute e di cura delle persone singole e della collettività.

S punti di forza

W punti di debolezza



O opportunità

T minacce



"Iniziare un nuovo cammino
spaventa.

Ma dopo ogni passo che
percorriamo ci rendiamo
conto di come era pericoloso
rimanere fermi."

ROBERTO BENIGNI