

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 17 luglio 2025, n. 621

Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care.

OGGETTO: Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Presidente

VISTI

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6, concernente la disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e le disposizioni relative alla dirigenza e al personale;
- il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 «Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale» e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 24 aprile 2018 n. 203 concernente: “Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni” che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;
- la Deliberazione della Giunta regionale 25 maggio 2023 n.234, con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al dott. Andrea Urbani;
- l’Atto di Organizzazione 13 ottobre 2023 n.G13499, con il quale è stato conferito l’incarico di Dirigente dell’Area “Rete Integrata del Territorio” della Direzione Regionale “Salute e Integrazione sociosanitaria” al dottor Marco Nuti;
- l’Atto di Organizzazione 23 febbraio 2024, n. G01930 avente ad oggetto “Riorganizzazione delle strutture della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Recepimento delle Direttive del Direttore Generale”, modificato dagli Atti di Organizzazione n. G09536 del 17 luglio 2024 e n. G15849 del 27 novembre 2024;

VISTI, per quanto riguarda la disciplina in materia di contabilità e di bilancio:

- la Deliberazione della Giunta regionale del 6 marzo 2007, n. 149, con cui è stato recepito l’Accordo, siglato in data 28 febbraio 2007, tra il Ministero della salute, il Ministro dell’Economia e Finanze, la Regione Lazio, per l’approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico ai sensi dell’art.1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- il Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42 del 05/05/2009, e successive modifiche”;
- la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “Legge di contabilità regionale”;
- il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: “Regolamento Regionale di Contabilità” che, ai sensi dell’art. 56, comma 2, L.R. n. 11/2020, fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’art. 55 della L.R. n. 11/2020, continua ad applicarsi, per quanto compatibile, con le disposizioni di cui alla medesima L.R. n. 11/2020;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024, n. 22 recante: “Legge di stabilità regionale 2025”;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024, n. 23 recante: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1172, concernente: "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese";

- la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1173, concernente: " Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa";
- la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1176 avente ad oggetto: Ricognizione nell'ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. - Perimetro Sanitario Esercizio Finanziario 2024;
- la Deliberazione della Giunta regionale 23 gennaio 2025, n. 28 "Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2025-2027 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11.";
- la Deliberazione della Giunta regionale 3 aprile 2025, n. 203, concernente: "Riaccertamento dei residui attivi e passivi al 31 dicembre 2024 ai sensi dell'articolo 3, comma 4, del decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118 e successive modificazioni";
- la Deliberazione della Giunta regionale 3 aprile 2025, n. 204, concernente: "Variazioni del bilancio regionale 2025-2027, conseguenti alla deliberazione della Giunta regionale concernente il riaccertamento dei residui attivi e passivi al 31 dicembre 2024, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, del decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118 e successive modifiche, e in applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 42, commi da 9 a 11, del medesimo d.lgs. n. 118/2011";

VISTI per quanto riguarda la normativa sanitaria:

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale";
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421";
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante "Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- il Decreto del Presidente della Repubblica, 7 aprile 2006 recante "Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006-2008";
- il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati);
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 29 settembre 2020 n. 661 concernente: "Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 e recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020";
- il Decreto-Legge 6 maggio 2021, n. 59 concernente: "Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti" convertito con modificazioni dalla Legge 1° luglio 2021, n. 101;
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, notificata all'Italia dal Segretario generale del Consiglio con nota LT161/21 del 14 luglio 2021, e in particolare la Missione 6 Salute, Component 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;

- il Decreto Legge 31 maggio 2021, n.77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n.108, recante “Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 9 novembre 2021, n. 755, recante “Governance operativa regionale per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano Nazionale Complementare al PNRR (PNC)”;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 21 dicembre 2021 n. 970, avente ad oggetto “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2021 n. 1005 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6-Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 - Definizione del Piano – Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato”;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 30 dicembre 2021, n. 1006 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Definizione del Piano del PNRR e del piano regionale integrato”;
- la Determinazione del 31 dicembre 2021 n. G16850 “Approvazione del documento "Documento di Programmazione ad interim degli interventi di riordino territoriale per l’implementazione del community care model: Principi, modelli e strumenti per favorire l’innovazione organizzativa nell’assistenza territoriale, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”, con cui si è provveduto a dare avvio alla programmazione degli interventi di riordino territoriale;
- il Decreto del Presidente della Regione Lazio n.T00057 del 21 aprile 2022 avente ad oggetto “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute – Componente M6C1 Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 - Componente M6C2.1 Investimenti 1.1 - Componente M6C2 Investimenti 1.2 - Componente M6C2.1 Investimento 1.1.1. e Piano Nazionale Complementare al PNRR (PNC). Nomina Soggetti Attuatori delegati”, con il quale si è proceduto a nominare i Direttori Generali/Commissari straordinari pro tempore delle Aziende del SSR quali Soggetti Attuatori delegati all’esercizio delle competenze relative all’avvio, alla realizzazione operativa e al funzionamento degli interventi attuativi degli obiettivi del PNRR e del Piano complementare riferiti alla Regione Lazio di cui alle deliberazioni della Giunta regionale del 30 dicembre 2021 nn. 1005, 1006 e 1007 e del 25 febbraio 2022 n. 75, ognuno per gli interventi di propria competenza;
- il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, recante “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 24 maggio 2022 n. 332, recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute – Componente M6C1 e M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)”;
- il Decreto Ministero della Salute del 29 aprile 2022 recante: “Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all’Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l’approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell’Italia;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 19 luglio 2022 n. 581, recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) e Piano Nazionale Complementare (PNC) – Missione 6 Salute – Componente M6C1 e M6C2 – DGR 332 del 24 maggio 2022 – Assegnazione delle risorse finalizzate all’attuazione degli interventi previsti nel Piano Operativo della Regione Lazio di cui alla DGR 332/2022”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 26 luglio 2022 n. 643, recante “Approvazione del documento ‘Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della

Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77”;

- la Determinazione del 20 dicembre 2022 n. G18206 avente ad oggetto: “Approvazione dei documenti integrativi alla Deliberazione di Giunta Regionale 26 luglio 2022, n. 643 “Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell’Art.1 comma 2 del citato provvedimento”;
- la Determinazione del 28 febbraio 2023 n. G02706 avente ad oggetto: “Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di Lavoro regionale di cui alla Determinazione n. G14215 del 19 ottobre 2022”;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 15 maggio 2023, n. 182 “Piano Operativo Regionale. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Missione 6 Salute. Componente 1.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina. Approvazione del documento tecnico”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 25 maggio 2023 n. 236 recante: “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute - Componente M6C1 e M6C2 - DGR 332 del 24/05/2022 - Rimodulazione del Piano Operativo Regionale”;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 28 giugno 2023, n. 338 recante: “Piano Operativo Regionale. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Missione 6 Salute. Componente 1. (M6C1) Reti di Prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale. Sub investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici. Approvazione Modello organizzativo dei Servizi di Telemedicina territoriali ed ospedalieri della Regione Lazio”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 07 dicembre 2023 n. 869 recante: “Approvazione del Documento Tecnico: 'Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015'”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 22 dicembre 2023 n. 922 recante: “Approvazione del Programma per il cofinanziamento di alcuni interventi del PNRR/PNC, di cui alla DGR 236/2023, a valere sulle risorse ex art. 20, Legge 11 marzo 1988, n. 67”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 22 dicembre 2023 n. 930, recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) e Piano Nazionale Complementare (PNC) – Missione 6 Salute, Componente 1 e 2 – Rimodulazione del Piano Operativo Regionale di cui alla DGR 236 del 25/05/2023”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 28 dicembre 2023, n.976, recante “Adozione del Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024 – 2026”;
- la Determinazione del 5 marzo 2024 n. G02473 recante “Definizione del modello regionale per il Numero Europeo Armonizzato NEA 116117. Istituzione del Gruppo di lavoro e nomina dei componenti”, con il compito di elaborare, in coerenza con gli indirizzi di riferimento nazionali e regionali, un documento tecnico relativo al modello regionale per il Numero Europeo Armonizzato NEA 116117;
- la Deliberazione di Giunta Regionale del 2 maggio 2024 n.297 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) e Piano Nazionale Complementare (PNC) – Missione 6 Salute, Componente 1 e 2 – Rimodulazione del Piano Operativo Regionale di cui alla DGR 930 del 22/12/2023”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 2 maggio 2024, n. 310 “Approvazione dell’Atto di Indirizzo per l’adozione dell’Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio”;

- la Deliberazione di Giunta Regionale del 8 agosto 2024 n. 1118 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute, Componenti 1 e 2 – Rimodulazione del Piano Operativo Regionale di cui alla DGR n. 667 dell’08/08/2024”;
- la Determinazione del 22 novembre 2024, n. G15625 “Numerazione Europea Armonizzata - NEA 116117: modello organizzativo e operativo. Approvazione del documento tecnico di attivazione del Numero Europeo Armonizzato - NEA 116117, ad integrazione e rettifica della Determinazione G08814 del 24 luglio 2020”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale del 2 maggio 2024, n. 310 recante: “Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio”;

VISTI, in particolare, per quanto riguarda gli atti in materia di Centrali Operative Territoriali (COT)

- la Determinazione del 24 novembre 2022 n. G16240 avente ad oggetto: “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento 1.2.2 - Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) - 1.2.2.3 COT Device. Approvazione linee guida regionali per l'acquisto dei Device – COT”, che individua i requisiti tecnici minimi di interoperabilità tra i device e le piattaforme digitali di telemedicina nazionali e regionali, da utilizzare in fase di approvvigionamento dei device per le COT da parte delle Aziende destinatarie del finanziamento di cui alla DGR n. 332/2022;
- la Determinazione del 23 dicembre 2022 n. G18566, recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento 1.2.2 - Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) - 1.2.2.2 COT Interconnessione aziendale: approvazione dello studio di fattibilità per l'attuazione degli interventi di interconnessione aziendale - Ecosistema digitale delle cure territoriali della Regione Lazio”, con la quale si approvava lo Studio di Fattibilità per l’attuazione degli interventi di interconnessione aziendale che definisce, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022, i requisiti funzionali specifici e strategici oltre ai requisiti comuni, le azioni e i risultati attesi per la progettualità COT Interconnessione di cui alla DGR n. 332/2022;
- l’Atto di Organizzazione del 7 agosto 2023 n. G10923, recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute – Componente 1 – Investimento 1.2.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina – Sub investimento 1.2.2.2 – Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) – Interconnessione – Istituzione del Gruppo di Lavoro per la fase attuativa”, con il quale si è proceduto ad istituire un Gruppo di Lavoro con composizione multidisciplinare, al fine di favorire l’implementazione di una strategia unitaria regionale nella fase attuativa, a garanzia della realizzazione dell’intervento PNRR COT Interconnessione aziendale, e con professionalità individuate tra le Aree della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, tra gli Enti del SSR e tra le competenti divisioni della società in house LazioCrea S.p.A.;
- la succitata Deliberazione di Giunta Regionale 28 dicembre 2023 n. 976 recante “Adozione del Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024 – 2026” che prevede tra gli obiettivi prioritari l’attivazione del NEA 116117, il potenziamento dei Punti Unici di Accesso (PUA) quale elemento unico di front office e accesso per la popolazione, le comunità, i singoli cittadini, e l’attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) quale riferimento per i portatori di interesse istituzionali, i professionisti della rete di presa in carico ospedaliera e territoriale, gli operatori delle diverse istituzioni;
- l’Atto di Organizzazione dell’8 marzo 2024 n. G02631 avente ad oggetto: “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute - Componente 1 - Investimento 1.2.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento 1.2.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT) Interconnessione aziendale - Istituzione del Gruppo di Lavoro per l'omogeneizzazione dei processi operativi COT/TOH” con il quale è stato istituito un apposito Gruppo di lavoro con composizione

- multidisciplinare al fine di favorire l'omogeneizzazione dei processi operativi tra le COT/TOH della Regione Lazio e la cui durata è stata fissata al 21/03/2024;
- la Determinazione del 27 novembre 2024 n. G15843 recante: "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali - Verification mechanism attestante il conseguimento del Target M6C1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti" per le n. 59 COT PNRR di competenza degli Enti del SSR - Atto ricognitivo";
 - la Determinazione del 9 dicembre 2024 n. G16703 recante "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali – Presa d'atto della documentazione prodotta dai Soggetti Attuatori delegati e dagli Ingegnere Indipendenti di cui al meccanismo di verifica, finalizzata alla rendicontazione europea del Target M6C1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti";
 - la Determinazione dell'8 gennaio 2025, n. G00128 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali - Approvazione dei documenti descrittivi dei flussi operativi e relativi flow chart dei processi regionali del Piattaforma informatica - Transitional Care";

ATTESO che il Piano nazionale di ripresa e resilienza (di seguito PNRR), approvato con decisione del Consiglio dell'Unione europea il 13 luglio 2021, in particolare la Missione 6 Salute, Componente 1: "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" prevede investimenti e riforme finalizzati a rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario, garantire equità di accesso alle cure, migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, promuovere la ricerca e l'innovazione e lo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale sanitario. In particolare, il sub investimento: M6C1 1.2.2 – Centrali operative territoriali (di seguito COT) prevede la realizzazione delle COT, ossia strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

RICHIAMATI

- il Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, del 23 maggio 2022 n.77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", che 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 e in particolare il punto 8 che stabilisce che le Regioni istituiscano Centrali Operative Territoriali (COT), quali modelli organizzativi che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere) e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza;
- la Deliberazione di Giunta Regionale del 28 dicembre 2023 n. 976 recante "Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024 – 2026" che prevede:
 - l'implementazione delle linee di indirizzo regionali per l'attivazione delle COT, a valenza Distrettuale e/o Aziendale, già in parte delineate nella Determinazione n. G02706/2023 e nella DGR n. 338/2023 che definisce aspetti organizzativi, compresi i necessari nodi di rete e le relazioni funzionali tra le diverse articolazioni del sistema di assistenza territoriale (CdC, COT, OdC, IFeC ecc...), nonché il ruolo e il coinvolgimento dei diversi professionisti che opereranno nel nuovo modello organizzativo. In tale contesto la DGR n. 643/2022 e la Determinazione n. G02706 del 28/2/2023 hanno definito con ruolo e funzione della CR-COT, incardinata in ARES 118;
 - che le liste di attesa di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali territoriali (RSA, strutture riabilitative, hospice, strutture residenziali area salute mentale e dipendenze

patologiche) dovranno essere rese disponibili e consultabili dalle COT aziendali, per una loro gestione unica e centralizzata;

- le “Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali”», versione 1 del 26/1/2024, emanate dal Ministero della Salute che identificano il set documentale richiesto per comprovare il raggiungimento del target europeo M6C1-7 relativo all’entrata in funzione delle COT;

PRECISATO che le Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio, previste dalla Deliberazione di Giunta Regionale 28 dicembre 2023 n.976, devono essere corredate da una serie definita di Allegati, come di seguito elencati, che illustrano i singoli contesti di intervento delle Centrali Operative per l’attivazione dei differenti setting assistenziali:

- Post-acuzie (Allegato 1);
- Cure palliative Specialistiche e di Base (Allegato 2);
- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) (Allegato 3);
- Cure Domiciliari (Allegato 4);
- Riabilitazione Territoriale (Intensiva, Estensiva e Socioriabilitativa Residenziale) (Allegato 5);
- Ospedale di Comunità (OdC) (Allegato 6);
- Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP) (Allegato 7);
- Strutture Residenziali per i Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione (DNA) (Allegato 8).
- Modalità di interazione tra UVMO e UVMD (Allegato 9);

CONSIDERATO che, in coerenza con quanto disposto dalla normativa sopracitata, dagli standard del DM n. 77/2022 e dalla Deliberazione di Giunta regionale n. 976/2023, è prevista l’attivazione di n. 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, con personale dedicato;

VISTA la funzione delle Centrali Operative Territoriali di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connessione tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi processi assistenziali afferenti ad un determinato territorio (Case della Comunità, Unità di Continuità Assistenziale, Assistenza domiciliare, Cure palliative, Servizi della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche) con l’obiettivo di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell’assistenza;

CONSIDERATA la necessità di provvedere alla definizione delle “Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care”;

CONSIDERATO che l’obiettivo del Transitional Care, di cui alla succitata Determinazione del 22 febbraio 2024 n. G01885 e alla Determinazione 8 gennaio 2025, n.G00128, è di garantire che i pazienti ricevano cure appropriate e coordinate durante le transizioni tra setting sanitari e sociosanitari differenti, riducendo così il rischio di complicazioni e ri-ospedalizzazioni;

VISTO l’Atto di Organizzazione del 27 maggio 2025 n. G06583 recante “Istituzione Gruppo di Lavoro per l’elaborazione delle Linee di Indirizzo Organizzative e Gestionali per le Centrali Operative della Regione Lazio - Definizione di un modello standard per l’implementazione dei processi di Transitional Care”;

CONSIDERATO che il Gruppo di lavoro regionale di cui al succitato Atto di Organizzazione n.G06583/2025 ha elaborato il documento tecnico, relativo alle “Linee di Indirizzo finalizzate al

miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care” (Allegato A) e gli allegati di seguito indicati:

- Post-acuzie (Allegato 1);
- Cure palliative Specialistiche e di Base (Allegato 2);
- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) (Allegato 3);
- Cure Domiciliari (Allegato 4);
- Riabilitazione Territoriale (Intensiva, Estensiva e Socioriabilitativa Residenziale) (Allegato 5);
- Ospedale di Comunità (Allegato 6);
- Modalità operative di interazione tra UVMO e UVMD (Allegato 9);

RITENUTO di rinviare ad una successiva deliberazione l’approvazione degli allegati alle Linee Guida di seguito indicati:

- Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP) (Allegato 7);
- Strutture Residenziali per i Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione (DNA) (Allegato 8).

CONSIDERATO che nelle riunioni del Gruppo di Lavoro del 27 giugno 2025 e del 2 luglio 2025 (i cui verbali sono agli atti della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria), è stata condivisa la versione definitiva del documento “Linee di Indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care” con i relativi allegati sopra citati;

RITENUTO, pertanto, di approvare:

- le “Linee di Indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care”, (Allegato A), unitamente agli allegati di seguito indicati, parti integranti e sostanziali del presente atto:

- Post-acuzie (Allegato 1);
- Cure palliative Specialistiche e di Base (Allegato 2);
- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) (Allegato 3);
- Cure Domiciliari (Allegato 4);
- Riabilitazione Territoriale (Intensiva, Estensiva e Socioriabilitativa Residenziale) (Allegato 5);
- Ospedale di Comunità (OdC) (Allegato 6);
- Modalità operative di interazione tra UVMO e UVMD (Allegato 9);

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

DELIBERA

per le motivazioni riportate nelle premesse e che si richiamano integralmente

- di approvare le “Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care” (Allegato A), unitamente agli allegati di seguito indicati, parti integranti e sostanziali del presente atto:

- Post-acuzie (Allegato 1);
- Cure palliative Specialistiche e di Base (Allegato 2);
- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) (Allegato 3);
- Cure Domiciliari (Allegato 4);
- Riabilitazione Territoriale (Intensiva, Estensiva e Socioriabilitativa Residenziale) (Allegato 5);

- Ospedale di Comunità (OdC) (Allegato 6);
- Modalità operative di interazione tra UVMO e UVMD (Allegato 9);

- di rinviare ad una successiva deliberazione l'approvazione degli allegati alle Linee Guida di seguito indicati:

- Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP) (Allegato 7)
- Strutture Residenziali per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) (Allegato 8).

La Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria provvederà a tutti gli adempimenti necessari a dare attuazione alla presente deliberazione.

Il presente atto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito internet www.regione.lazio.it

Linee di Indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio

IMPLEMENTAZIONE DEI PROCESSI DI TRANSITIONAL CARE

Allegato A



Il presente documento è stato redatto dal gruppo di lavoro istituito con **Atto di Organizzazione n. G06583 del 27/05/2025**

Nome	Ente
Marco Nuti	Dirigente Area Rete Integrata del Territorio della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, con funzione di coordinatore
Paolo Parente	Dirigente dell'Ufficio Assistenza Distrettuale e Strutture intermedie dell'Area Rete Integrata del Territorio della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria
Lucrezia Le Rose	Dirigente dell'Area Patrimonio e Tecnologie della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria
Sergio Ribaldi	Per l'Area Rete Ospedaliera della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria
Antonella Rossetti	Dirigente dell'Area Economico Finanziaria e Rapporti con gli Operatori economici della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria
Nadia Nappi	Dirigente dell'Area Autorizzazione, Accreditamento e Controlli della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria
Annalisa Bononati	Dirigente dell'Area Innovazione e ICT della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria
Giuseppe Ducci	Direttore del Dipartimento di salute mentale dell'ASL Roma 1
Massimo Cozza	Direttore del Dipartimento di salute mentale dell'ASL Roma 2
Carola Celozzi	Direttore del Dipartimento di salute mentale dell'ASL Roma 4
Giuseppe Nicolò	Direttore del Dipartimento di salute mentale dell'ASL Roma 5
Cristiana Morera	Direttore del Dipartimento di salute mentale dell'ASL di Viterbo
Rita Lucchetti	Referente aziendale della COT-A/Processi di TC dell'ASL Roma 1
Angelica Carrà	Referente aziendale della COT-A/Processi di TC dell'ASL Roma 2
Linda Di Francesco	Referente aziendale della COT-A/Processi di TC dell'ASL Roma 3
Roberta Marchini	Referente aziendale della COT-A/Processi di TC dell'ASL Roma 4
Maria Teresa Calandro	Referente aziendale della COT-A/Processi di TC dell'ASL Roma 5
Claudia Aspri	Referente aziendale della COT-A/Processi di TC dell'ASL Roma 6
Silvia Storri	Referente aziendale della COT-A/Processi di TC dell'ASL Viterbo
Antonio Boncompagni	Referente aziendale della COT-A/Processi di TC dell'ASL Rieti
Di Lenola Teresa Lorena	Referente aziendale della COT-A/Processi di TC dell'ASL Latina
Gennaro Scialo	Referente aziendale della COT-A/Processi di TC dell'ASL Frosinone
Roberta Ledda	Referente aziendale delle COT /TOH dell'AO San Giovanni Addolorata
Laura De Vito	Referente aziendale delle COT /TOH dell'AOU Policlinico Umberto I
Ornella Di Bella	Referente aziendale delle COT /TOH dell'IRCCS IFO
Alessandra Marani	Referente aziendale delle COT /TOH dell'IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani
Roberta Coluccia	Referente aziendale delle COT PNRR dell'AOU Sant'Andrea
Ada Martini	Referente aziendale delle COT /TOH dell'AOU Fondazione Policlinico Tor Vergata
Carlo Maria Previte	Referente Aziendale per le COT /TOH dell'A.O. San Camillo Forlanini
Mariaiolanda Spitaleri	Referente COT dell'Azienda Regionale di Emergenza Sanitaria - ARES 118

Inoltre, hanno collaborato a vario titolo alla stesura del presente documento e dei relativi allegati:

Nome	Ente
Rita De Giuli	Esperta
Giuseppe Di Lorenzo	Medico Specializzando in Igiene e Medicina preventiva - Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive - La Sapienza Università di Roma
Andrea Chiodo	Consulente tecnico – Ernst&Young
Maurilio Impagiatelli	Consulente tecnico – Ernst&Young
Livia Adrower	Consulente tecnico – Ernst&Young
Giovanni Corallo	Consulente tecnico – Ernst&Young
Claudia Augello	Consulente tecnico – Ernst&Young

Sommario

1. Introduzione	1
1.1 Cronicità e Multicronicità	1
1.2 Premessa al nuovo modello di <i>Transitional Care</i> e Scopo del Documento.....	2
2. Attori coinvolti nel processo di presa in carico	5
2.1 Il Team Operativo Ospedaliero (TOH).....	5
2.2 Centrale Operativa Territoriale (COT)	8
2.3 Coordinamento regionale delle COT (CR-COT)	12
2.4 Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT-A)	13
2.5 Centrale Operativa Territoriale Distrettuale (COT-D).....	16
2.5.1 Nucleo Clinico Operativo.....	19
2.5.2 Nucleo Intelligenza Epidemiologica.....	21
2.6 Casa di Comunità (CdC)	23
2.7 Punto Unico di Accesso (PUA).....	24
2.8 Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)	25
2.9 Unità di Continuità Assistenziale (UCA)	27
2.10 Dipartimento integrato di Salute Mentale, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle dipendenze patologiche (DSM-DP)	29
2.11 Centro di Salute Mentale (CSM)	30
2.12 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure (SPDC)	30
2.13 Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.....	31
2.14 Servizio per le Dipendenze - Droga, Alcol, Fumo e Gioco d'Azzardo (SERD).....	31
2.15 Centrale Operativa Numero Europeo Armonizzato 116117 (C.O. NEA 116117)	33
2.16 Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria	33
3. Il modello di <i>Transitional Care</i> nei <i>Setting</i> territoriali di presa in carico	35
4. Il contesto normativo	38

Acronimi

ACN (Accordo Nazionale Collettivo)	OdC (Ospedale di Comunità)
ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)	PAI (Piano Assistenziale Individuale)
AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali)	PDTA (Percorsi Diagnostici-Terapeutici-Assistenziali)
AO (Azienda Ospedaliera)	PIC (Percorsi Integrati di Cronicità)
API (Assistenza Proattiva Infermieristica)	PIS (Pronto Intervento Sociale)
ASL (Azienda Sanitaria Locale)	PLS (Pediatri di Libera Scelta)
CAD (Centro Assistenza Domiciliare)	PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)
CdC (Casa di Comunità)	PP.OO. Presidi Ospedalieri di ASL
CO (Centrale Operativa)	PRI (Progetto Riabilitativo Individuale)
COT (Centrale Operativa Territoriale)	PUA (Punto Unico di Accesso)
COT-A (Centrale Operativa Territoriale Aziendale)	RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale)
COT-D (Centrale Operativa Territoriale Distrettuale)	SERD (Servizio per le Dipendenze)
CR-COT (Coordinamento regionale delle COT)	SIAT (Sistema Informativo Assistenza Territoriale)
CUP (Centro Unico di Prenotazione)	SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura)
DGA (Disturbo da Gioco d'Azzardo)	SRTR (Strutture Residenziali Terapeutico Riabilitative)
DGR (Deliberazione della Giunta Regionale)	SSR (Sistema Sanitario Regionale)
DM (Decreto Ministeriale)	SRP (Strutture Residenziali Psichiatriche)
DNA (Disturbi della Nutrizione e Alimentazione)	STP-ENI (Stranieri Temporaneamente Presenti – Europei Non Iscritti)
DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri)	TOH (Team Operativo Ospedaliero)
DSM (Dipartimento di Salute Mentale)	TSMREE (Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva)
DUA (Disturbo da Uso di Alcol)	UCA (Unità di Continuità Assistenziale)
DUO (Disturbo da Uso di Oppioidi)	UdS (Unità di Strada)
DUS (Disturbo da Uso di Sostanze)	UMTF (Unità Mobile di Terapia Farmacologia)
FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico)	UOC (Unità Operativa Complessa)
GU (Gazzetta Ufficiale)	UU.OO. (Unità operative)
HIV (Human Immunodeficiency Virus)	UVMO (Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera)
IFeC (Infermiere di Famiglia e Comunità)	UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale)
LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)	VMD (Valutazione multidimensionale)
NEA 116117 (Numero Europeo Armonizzato 116117)	
NPS (Nuove Sostanze Psicoattive)	

1. Introduzione

Il Modello di *Transitional Care* si riferisce ad un approccio assistenziale che faciliti la continuità delle cure tra diversi *setting* assistenziali, come ad esempio il passaggio da un ospedale al domicilio del paziente o a una struttura di lungodegenza. L'obiettivo è garantire che i pazienti ricevano cure appropriate e coordinate durante le transizioni, riducendo così il rischio di complicazioni e ri-ospedalizzazioni, migliorandone l'esperienza di transito tra *setting* sanitari e socio-sanitari differenti e i risultati di salute.

A tal proposito, il PNRR Missione 6 Componente 1 include prioritariamente tra gli ambiti di intervento tesi a migliorare il sistema sanitario il rafforzamento dell'assistenza distrettuale e delle cure intermedie, ovvero l'implementazione di processi di presa in carico e di integrazione socio-sanitaria che riducano la complessità clinica e organizzativa, migliorino le prestazioni erogate sul territorio anche grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali.

La Componente 1 prevede, a tal fine, la riforma dell'assistenza territoriale con la definizione di standard organizzativi e tecnologici omogenei. Tale riforma si è concretizzata con il DM n. 77 del 23.05.2022, pubblicato sulla GU n.144 del 22.6.2022.

In applicazione delle attività previste dal PNRR e dal DM n.77/2022, la Regione Lazio ha approvato, con la DGR n. 643 del 22.07.2022, specifiche linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio.

Il presente documento si inserisce nel quadro di azioni e indirizzi che la Regione Lazio sta sviluppando per realizzare gli interventi previsti nella DGR n. 643/2022 relativamente ai contenuti pertinenti alle attività di promozione della salute e prevenzione.

1.1 Cronicità e Multicronicità

Negli ultimi dieci anni, la percentuale di residenti in regione Lazio con età maggiore o uguale di 65 anni è passata dal 20,4% (gennaio 2013) al 23,1% (gennaio 2023)¹.

L'invecchiamento della popolazione ha portato ad un incremento della prevalenza di patologie croniche, molto spesso coesistenti tra loro.

Il tema della multicronicità, in coerenza col Piano Nazionale Cronicità e alla luce delle indicazioni del DM 77/2022, riveste un ruolo determinante nell'attuale organizzazione dei servizi socio-sanitari e sottolinea la necessità di implementare percorsi assistenziali multiprofessionali e multidisciplinari, capaci di garantire alla persona interventi terapeutici diversificati e coordinati. Analizzando i costi sostenuti dal Servizio sanitario regionale, emerge il notevole impatto della cronicità e della multicronicità sui costi assistenziali integrati.

¹ ISTAT, "Dati statistici per il territorio, Regione Lazio" (anno 2023)

Considerando le voci di costo riconducibili a ricoveri, accessi in Pronto soccorso, specialistica ambulatoriale e assistenza farmaceutica, l'andamento tra il numero di patologie croniche e il costo medio pro-capite annuo presenta un andamento quasi lineare.

Sulla base del numero di condizioni croniche da cui è affetto il paziente, è possibile identificare alcune fasce di popolazione che rivestono un ruolo strategico nella pianificazione dei percorsi assistenziali:

1. la popolazione "sana" - senza patologie croniche, su cui agire con interventi di prevenzione e promozione della salute;
2. la popolazione con una singola patologia cronica, su cui estendere la disponibilità e l'implementazione dei Percorsi Diagnostici-Terapeutici-Assistenziali (PDTA);
3. i soggetti multicronici, su cui valutare i differenti bisogni e il diverso grado di complessità.

1.2 Premessa al nuovo modello di *Transitional Care* e Scopo del Documento

Il Piano Nazionale di Ripresa Resilienza (PNRR), nell'ambito della missione 6, componente M6C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", sostiene investimenti volti a rafforzare la capacità di erogazione di servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità.

Il Decreto Ministeriale n.77 del 23.05.2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", nell'ambito degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ha definito a livello nazionale gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico; in attuazione del suddetto, con DGR n. 643/2022 è stato approvato il documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77" che analizza gli strumenti programmatici, i modelli organizzativi, le strutture, le funzioni e le figure professionali coinvolte nel percorso di riorganizzazione della assistenza territoriale, con riferimento alle Case della Comunità (CdC) ed agli Ospedali di Comunità (OdC), alla figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), alle Unità di Continuità Assistenziali (UCA), al Numero Unico Europeo 116117 (NEA 116117), alle Centrali Operative Territoriali (COT), alla Transizione digitale e alla presa in carico attraverso il sistema integrato di offerta.

Il PNRR e il DM 77/2022 rappresentano, quindi, elementi fondamentali per la piena realizzazione del «modello Lazio» di assistenza territoriale, così come definito nella Deliberazione Giunta Regionale n. 976 del 28/12/2023 - Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024 – 2026", con l'obiettivo di garantire in parallelo le migliori condizioni possibili di equità nell'accesso alle cure, tempestività e qualità

degli interventi, nel contempo valorizzando il patrimonio di esperienze organizzative e manageriali avviate in ogni azienda del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

In continuità con quanto definito dalla normativa nazionale e regionale le presenti Linee di Indirizzo finalizzate al miglioramento della *Governance* per gli aspetti organizzativi e gestionali per l'attività delle Centrali Operative si propongono di rendere compiutamente maturo lo sviluppo della filiera delle centrali operative, (Ospedaliere, Territoriali ma anche NEA116117), tendendo alla omogenizzazione del loro funzionamento nel contesto regionale a partire dai processi cosiddetti *Top-down* ovvero riguardanti attività di transizione tra *setting* assistenziali che vanno dai livelli di complessità assistenziale maggiore a quelli progressivamente minori.

Le Centrali Operative Territoriali svolgono, in particolare, funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connesione tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi processi assistenziali afferenti ad un determinato territorio (Case della Comunità, Unità di Continuità Assistenziale, Assistenza Domiciliare, Cure Palliative, Servizi della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche) con l'obiettivo di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza. Le centrali operative, in quanto strumenti funzionalmente tesi alla riduzione della complessità, compiono pienamente la loro funzione alla piena realizzazione delle attività e dei servizi cui sono interconnesse.

Le COT intervengono principalmente, ad oggi, nella gestione dei processi di transizione, per tutti gli assistiti di un determinato territorio (anche con bisogni clinico-assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e affetti da patologie croniche ad alta complessità) sia attraverso *setting* di offerta diversi, sia nel passaggio da un livello assistenziale all'altro all'interno dello stesso *setting*. Si completerà, quindi, con successive e specifiche linee di indirizzo, la caratterizzazione dei processi di coordinamento interterritoriale a carico delle stesse (ruolo delle COT ai fini dell'attivazione dei PDTA, progressiva integrazione con *back office* PUA ecc.).

In collaborazione con l'Area Rete Ospedaliera e Specialistica Ambulatoriale le presenti linee di indirizzo regionali per l'attivazione delle COT, a valenza Distrettuale e/o Aziendale, in linea con la Determinazione G02706/2023 e la DGR n. 338/2023, delineano e descrivono i nodi di rete, specificando le relazioni funzionali tra le diverse articolazioni del sistema di assistenza territoriale (CdC, COT, OdC, IFeC ecc...), nonché il ruolo e il coinvolgimento dei diversi professionisti che opereranno nel nuovo modello organizzativo.

Il presente documento descrive le linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della *Governance* per gli aspetti organizzativi e gestionali dei processi di *Transitional Care* attraverso la caratterizzazione del funzionamento delle singole centrali e delle interazioni tra le stesse.

Saranno quindi forniti:

- elementi descrittivi del modello regionale di centrali operative in coerenza con la normativa succitata e schede riassuntive la funzione delle stesse;

- *flowchart* descrittive delle interazioni funzionali e i processi di integrazione tra le articolazioni distrettuali e le centrali operative;
- schede descrittive di tali processi, con particolare riferimento alla gestione delle liste di attesa.

I processi descritti e disegnati attraverso *flowchart* sono stati infatti sviluppati rispetto al ruolo e alle attività che le singole centrali operative hanno nell'ambito del funzionamento dello specifico *setting* assistenziale.

I *setting* descritti nell'allegato 1 sono i seguenti:

- processi di *Transitional Care*, per il *setting* Post-Acuzie;
- processi di *Transitional Care* gestiti dalle Centrali Operative, per il *setting* RSA ovvero per pazienti con fragilità socio-assistenziale;
- processi di *Transitional Care* gestiti dalle Centrali Operative, per il *setting* Riabilitativo Territoriale ovvero per pazienti con disabilità;
- processi di *Transitional Care* gestiti dalle Centrali Operative, per il *setting* di Cure Palliative ovvero per pazienti con necessità di Cure palliative in regime domiciliare/residenziale;
- processi di *Transitional Care* gestiti dalle Centrali Operative, per il *setting* Cure Domiciliari;
- processi di *Transitional Care* territoriali gestiti dalle Centrali Operative, per l'attivazione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA).

I *setting* descritti nell'allegato 2 (oggetto di successiva definizione) sono i seguenti:

- processi di *Transitional Care Top-down* gestiti dalle Centrali Operative, per il *setting* Dipendenze;
- processi di *Transitional Care Top-down* gestiti dalle Centrali Operative, per il *setting* Disturbi del Comportamento Alimentare;
- processi di *Transitional Care Top-down* gestiti dalle Centrali Operative, per il *setting* Strutture per la gestione della salute mentale.

2. Attori coinvolti nel processo di presa in carico

Il DM 77/2022, oltre a definire i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, ha definito le strutture coinvolte nel processo di presa in carico dei pazienti e dei rispettivi compiti al fine di garantire la continuità dell'assistenza per le persone residenti e/o domiciliate nel territorio delle Aziende Sanitarie. Nello specifico, gli attori coinvolti nei processi di presa in carico e di *Transitional Care* nella Regione Lazio sono i seguenti:

- Team Operativo Ospedaliero (TOH);
- Coordinamento regionale delle COT (CR-COT);
- Centrale Operativa Territoriale (COT);
- Casa di Comunità (CdC);
- Punto Unico di Accesso (PUA);
- Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC);
- Unità di Continuità Assistenziale (UCA);
- Dipartimento di Salute Mentale (DSM);
- Numero Europeo Armonizzato 116117 (NEA 116117);
- Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria;
- Pediatra di Libera Scelta (PLS).

2.1 Il Team Operativo Ospedaliero (TOH)

Definizione

Il 18.11.2022 la Regione Lazio, con la Determinazione n. G15959 avente come oggetto la Revisione del “Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso” (DCA U00453/2019)², richiama le funzioni dei TOH come facilitatori dei processi di ricovero e dimissione, in quanto strutture funzionali multiprofessionali della Direzione Sanitaria che opera in continuità con le altre professioni sanitarie e con le Unità Operative di ricovero. Nello specifico tale delibera identifica quale snodo effettivo e agente di *discharge management* e gestione della transizione verso *setting* a minore intensità di cura il cosiddetto Team Operativo Ospedaliero, ovvero Team Operativo Ospedaliero o Centrale Operativa Territoriale

² Decreto del Commissario ad Acta n. U00453 del 30/10/2019 - *Approvazione del documento denominato "Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR).*

– Ospedaliera come definito a livello funzionale in alcuni contesti aziendali, attraverso denominazioni differenti di una univoca funzione.

Il Team Operativo Ospedaliero (TOH) è stato istituito con Determinazione n. G15959 del 18.11.2022³ e, alla luce dell'esperienza sin qui condotta, è emersa la necessità di un aggiornamento del modello organizzativo finalizzato ad uniformare gli standard operativi sul territorio regionale, in un'ottica di coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022. Il Piano della programmazione territoriale di regione Lazio prevede l'istituzione del Team Operativo Ospedaliero, a livello aziendale od ospedaliero a seconda della complessità, con lo scopo di riunire in una struttura organica diverse funzioni organizzative, assistenziali, logistiche, sociali, e di costituire l'interfaccia dell'Ospedale con le Centrali Operative Territoriali (COT-A/D) e le Strutture di ricovero presenti sul territorio, al fine di facilitare, secondo la complessità clinica, l'accesso o il rientro da altri *setting* assistenziali.

COT-A, TOH e COT-D operano in stretta sinergia nell'ottica di un *network* efficiente.

Ruolo e Funzioni

Il TOH è una struttura funzionale multiprofessionale della Direzione Sanitaria con un coordinatore nominato dalla Direzione Aziendale, che opera in continuità con le Direzioni delle Professioni Sanitarie, dei Servizi Sociali e delle UU.OO. di ricovero secondo processi strutturati. Il TOH può essere supportato da figure cliniche e professionali indicate dalla Direzione Aziendale quali figure di riferimento per l'appropriatezza del percorso assistenziale e la facilitazione delle relazioni professionali nel cambio di *setting*. Il TOH sviluppa la sua azione nella gestione del flusso di ricovero, delle condizioni di fragilità e dei servizi di trasporto; l'elenco completo delle sue funzioni e competenze deve essere indicato nel Piano Aziendale, così come i ruoli di responsabilità e la metodologia di connessione trasversale con i diversi attori interni ed esterni. Il TOH è incaricato della gestione del Flusso di Ricovero e Dimissione, attività che ha il compito di facilitare i tempi e l'appropriatezza del percorso favorendo il collegamento tra le UU.OO. e gli altri *setting* e prevede le seguenti funzioni:

- attività di coordinamento con i responsabili dei flussi delle UU.OO. di Pronto Soccorso, di ricovero e dei servizi con riunioni periodiche di *audit* e *feedback* sul percorso di ricovero;
- monitoraggio e interventi sui ritardi nell'esecuzione di procedure, interventi o dimissioni con tempi superiori alla degenza media;
- previsione e programmazione delle dimissioni e delle opportunità di ricovero;
- gestione del cruscotto ordinario e straordinario e dei ricoveri sui posti letto aggiuntivi o postazioni tecniche previsti nel Piano;
- coordinamento delle aree aziendali di " *Holding Area* " e di " *Discharge Room* ";
- presa in carico delle dimissioni verso un altro *setting* assistenziale;

³ Determinazione 18 novembre 2022, n. G15959 - Revisione del "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso" (DCA U00453/2019)

- gestione dei trasferimenti interni tra UU.OO. ed esterni per i cambi di *setting*;
- organizzazione delle attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera;
- coordinamento organizzativo dei trasferimenti verso le altre Strutture assistenziali sanitarie e socio-sanitarie;
- connessioni strutturate ed operative con le Centrali Operative Territoriali, le Strutture di ricovero, e i *case manager* delle Reti per i percorsi e le procedure di dimissione, trasferimento o di ricovero.

Le ASL devono prevedere connessioni strutturate con le Aziende Ospedaliere/Universitarie e le Strutture Accreditate al fine di coordinare funzioni e attività assistenziali per i propri residenti, in un'ottica di interoperabilità con i sistemi regionali. L'utilizzo di tali sistemi deve consentire a Regione Lazio e alle Aziende, tramite la disponibilità di un cruscotto dotato di appositi meccanismi di *alert*, di monitorare in tempo reale:

- attività del Pronto Soccorso e flusso delle persone "in destinazione" in attesa di ricovero e trasferimento;
- visione in tempo reale dei posti letto organizzativamente disponibili e la loro occupazione;
- cruscotto del percorso di ricovero con *alert* su: tempi di esecuzione delle consulenze specialistiche (>24h), risposta della diagnostica di II livello (>48h dalla richiesta), tempi preoperatori di elezione (> 1 giorno);
- programmazione e monitoraggio del percorso per le condizioni di fragilità e le dimissioni difficili;
- ricezione delle richieste delle UU.OO. di *alert* per possibili dimissioni difficili individuate sia in Pronto Soccorso che al momento del ricovero;
- coordinamento delle figure professionali nelle unità di valutazione multidimensionale;
- partecipazione alla valutazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e individuazione del *setting* appropriato secondo criteri di eleggibilità;
- identificazione di *case manager* per la dimissione;
- collegamento strutturale con le Centrali Operative Territoriali e gli Enti istituzionali non sanitari per la programmazione e l'attivazione dei percorsi sociali per la persona.

Le principali attività con coinvolgimento del TOH prevedono:

- cabina di regia per gestire casi di pazienti che abbiano difficoltà clinico-assistenziali all'atto del processo di dimissione/ricovero o di passaggio a *setting* più appropriato;
- valutazione dei bisogni sociali e/o socio-sanitari all'ingresso nel reparto di ricovero, per identificare l'indice di rischio di dimissione difficile, al fine di garantire una fattiva collaborazione tra personale sanitario e sociale, agevolare la logistica del flusso paziente ed identificare precocemente le problematiche una notifica-sanitarie che possano rallentare il processo di dimissione del paziente;

- condivisione delle informazioni necessarie alla prosecuzione del trattamento medico e riabilitativo ed invio alle COT di competenza della comunicazione circa i tempi previsti di degenza affinché possano predisporre gli interventi conseguenti;
- supporto alla stesura e revisione delle procedure di trasferimento da e verso le strutture intermedie e nel territorio, gestite dalla COT-A.

Composizione e interconnessione

Il TOH è composto da infermieri e assistenti sociali, e può essere supportato da figure cliniche e professionali identificate dalla Direzione Aziendale.

Le Direzioni Sanitarie svolgono funzione di coordinamento dei TOH.

2.2 Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Regione Lazio ha costituito un apposito Gruppo di Lavoro con composizione multidisciplinare al fine di favorire l'omogeneizzazione dei processi operativi tra le COT/TOH della Regione e di definire criteri puntuali per l'accesso alle strutture intermedie e modalità di governo delle liste di attesa e dei processi sottesi⁴.

Definizione

La COT rappresenta il nodo operativo per l'accesso alle cure intermedie, agli Ospedali di Comunità (OdC), alla riabilitazione territoriale e alla residenzialità (inclusa quella psichiatrica), soprattutto in presenza di una particolare complessità clinico-assistenziale e sociale del paziente. In tali casi, si coordina con le UVM Distrettuali e Ospedaliere (già attive con modalità semplificate) e con i PUA. Le COT, attive 7 giorni su 7, svolgono, inoltre, le seguenti funzioni:

- coordinare e integrare i servizi sanitari e socio-sanitari presenti sul territorio, facilitando la collaborazione tra i vari attori coinvolti;
- assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria;
- fornire supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, PLS, MCA, IFeC, ecc.) riguardo alle attività e ai servizi distrettuali;
- garantire la disponibilità di informazioni aggiornate e pertinenti per la gestione dei pazienti;

⁴ Atto di organizzazione n. G02631 del 8 marzo 2024 - Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR)-Missione 6 Salute - Componente 1 - Investimento 1.2.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento 1.2.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT) Interconnessione aziendale - Istituzione del Gruppo di Lavoro per l'omogeneizzazione dei processi operativi COT/TOH

- raccogliere, gestire e monitorare i dati di salute dei pazienti, anche attraverso strumenti di telemedicina;
- monitorare i percorsi integrati di cronicità (PIC) e i pazienti in assistenza domiciliare;
- gestire la piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi del Distretto;
- utilizzare strumenti di telemedicina, teleassistenza e *e-health* per raccogliere, decodificare e classificare i bisogni dei pazienti;
- dotarsi di infrastrutture tecnologiche e informatiche, come piattaforme comuni integrate con i principali applicativi di gestione aziendale, *software* con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali *database* aziendali, e *software* di registrazione delle chiamate;
- facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali per i cittadini, migliorando la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni;
- gestire e coordinare il personale infermieristico e di supporto, con la responsabilità affidata a un coordinatore aziendale infermieristico.

La COT è, inoltre, coinvolta nella ricomposizione dell'offerta di servizi, attraverso il coordinamento e il raccordo con la Centrale Operativa del Numero Europeo Armonizzato 116117 (C.O. NEA116117), che funge da punto di accesso per il cittadino alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi territoriali. La COT svolge la propria funzione prevalentemente di *back-office*, facilitando il collegamento tra professionisti che operano in *setting* e servizi differenti, migliorando la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, mediante l'attivazione di tutte le risorse sanitarie e sociali presenti sul territorio di riferimento, anche con l'utilizzo dei sistemi di telemedicina.

Ruolo e Funzioni

La COT svolge funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connessione tra servizi e professionisti coinvolti nel processo assistenziale, quali:

- gli operatori e i professionisti della salute che operano all'interno delle Case della Comunità (CdC);
- i professionisti della salute che operano all'interno delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA);
- gli operatori e i professionisti della salute dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (Medico Assistenza Primaria/MCA) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- gli operatori e i professionisti che operano nelle diverse tipologie di residenze/centri diurni e nelle strutture ospedaliere;
- gli operatori e i professionisti che operano nei servizi sociali e socio-sanitari.

L'obiettivo delle COT è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza. La COT rappresenta uno degli strumenti che consente di "tradurre" la funzione di committenza, svolta dalle Aziende Territoriali e dai Distretti, in modalità operative finalizzate alla continuità dell'assistenza nei *setting* assistenziali più appropriati, ed alla integrazione orizzontale dei servizi.

La COT rappresenta il fulcro nella gestione dei processi di transizione per tutti gli assistiti del suo territorio di competenza con bisogni clinico-assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e cronici ad alta complessità, sia tra servizi in *setting* di offerta diversi sia nel passaggio da un livello clinico-assistenziale all'altro anche all'interno dello stesso *setting*. In ragione di tale scopo, una delle sue funzioni nevralgiche consiste nella gestione e governo di tutte quelle situazioni in cui fisiologicamente la "navigazione" all'interno della rete dei servizi si svolge con difficoltà e/o in tempi non adeguati, per via della complessità del bisogno socio-sanitario e della scarsa accessibilità al *setting* di destinazione (tra cui anche il domicilio).

Per tale motivo, la COT interviene su:

- a) i transiti occasionali, quali quelli in dimissione dalle strutture di ricovero (tipicamente flusso *Top-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;
- b) i transiti tra *setting* di intensità diversa attivati dagli operatori del territorio (in *primis* dai Medici del ruolo unico di assistenza primaria) 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 (tipicamente flusso *Bottom-up*). Nei casi di maggiore frammentazione della filiera dei servizi, la COT può supportare il Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria nella gestione dei percorsi dei pazienti cronici stabili;
- c) la transizione all'interno della rete dei servizi per i casi a maggiore complessità assistenziale (per questioni spesso legate a fabbisogni socio-assistenziali) e collabora direttamente con la CdC e l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) nella gestione dei pazienti cronici e multi-cronici in condizione di stabilità.

Composizione e Interconnessioni

Il modello di riferimento regionale, così come riportato nella DGR 643/2022, "*Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale in applicazione del PNRR*", prevede un'organizzazione su due livelli che concorrono all'erogazione delle funzioni unitariamente attribuite alla COT:

- **la COT A** rappresenta l'interfaccia di collegamento nella gestione dei transiti tra strutture di offerta di aziende sanitarie diverse (ad esempio, tra Aziende Ospedaliere di ASL) e di quelli in dimissione dai Presidi della rete ospedaliera regionale, pubblici e privati, che afferiscono al territorio delle diverse ASL e che devono essere prioritariamente gestiti nel distretto socio-sanitario di residenza del paziente. Il focus principale di intervento, pertanto, è il flusso *Top-down* dall'ospedale verso i servizi territoriali;

La COT A svolge un *ruolo di governo* dei transiti tra *setting* gestendo direttamente l'accesso presso le strutture di offerta afferenti al territorio di competenza aziendale (ad esempio RSA e OdC) e una *funzione di monitoraggio* delle richieste destinate alla COT D quando è previsto l'accesso presso i servizi di scala distrettuale o inter-distrettuale (ad esempio, l'ADI e le UCA). In alcuni casi, la COT A può assumere specifiche funzioni nella dimensione sovra-distrettuale, assolvendo alla funzione di esercizio della committenza su funzioni di elevata specificità.

- **la COT D** è incardinata nei distretti socio-sanitari e può operare all'interno delle CdC ed in ogni caso è con esse integrata. Essa si focalizza:
 - a) sugli interventi all'interno della rete dei servizi distrettuali portando a compimento le funzioni segnalate e concordate con la COT-A nella gestione delle dimissioni difficili, attivando servizi ed *équipes* presenti nel territorio di riferimento. In questa direzione la COT-D porta a compimento il flusso *Top-down* organizzando i servizi presenti nella filiera distrettuale;
 - b) sulla gestione della rete di prossimità, soprattutto per la casistica cronica, organizzando gli accessi alle cure ambulatoriali, intermedie e domiciliari attraverso piattaforme informatiche; in questa direzione la COT-D sviluppa i flussi *Bottom-up* sia in situazioni di occasionalità del bisogno che di frequenza di accesso come nel caso del paziente cronico.

La COT, dunque, quale strumento aziendale, è una funzione interna alla rete dei servizi aziendali e interaziendali, non direttamente contattabile dai pazienti. La relazione con il paziente è prioritariamente gestita dai cosiddetti *gatekeeper*, ovvero professionisti quali Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, specialisti, infermieri, ecc. o strutture dedicate quali ad esempio il PUA, NEA 116117. Gli operatori della COT (indicati nel DM 77/2022) possono contattare il paziente e la sua famiglia solo in casi specifici, quali ad esempio l'approfondimento del quadro informativo sul contesto familiare e sociale, se indispensabili per la gestione della transizione, o laddove il responsabile della centrale lo ritenga opportuno. Per l'appropriato utilizzo delle COT, le strutture ospedaliere dimettenti utilizzano strumenti omogenei e competenze specifiche rispetto alla valutazione dei pazienti da segnalare per la gestione delle dimissioni, valutazione effettuata sulla base di criteri definiti. Ciò comporta lo sviluppo di modelli di *discharge management* presso le strutture ospedaliere dimettenti che dovranno consentire:

- a) la segnalazione precoce della dimissione complessa;
- b) la valutazione del bisogno socio-sanitario tramite eventuale attivazione della Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO), introdotta dalla DGR 643/2022 con il nome di UVMD semplificata Ospedaliera;
- c) l'identificazione del percorso di dimissione appropriato e del relativo setting assistenziale territoriale;
- d) l'avvio di tutte le attività propedeutiche alla dimissione;

- e) l'attuazione del *Transitional Care*.

2.3 Coordinamento regionale delle COT (CR-COT)

Definizione

Il CR-COT assolve alla funzione di coordinamento, verifica e governo strategico dei processi di transizione, (DGR 643/2022). Infatti, il CR-COT ha la responsabilità di programmare e gestire percorsi organizzativi e assistenziali a livello sovra-aziendale, in collaborazione con le Centrali Operative Aziendali e i Team Operativi Ospedalieri per assicurare continuità e tempestività nell'assistenza, utilizzando le risorse dell'intero sistema sanitario regionale.

Ruolo e Funzioni

Il CR-COT svolge le seguenti principali funzioni:

- sviluppare e uniformare modelli e strumenti, anche di valutazione, nei percorsi della rete dei servizi;
- monitorare e analizzare i processi;
- definire programmi di miglioramento;
- stabilire relazioni con Enti Istituzionali;
- gestire tempestivamente le emergenze definite dalla Regione.

Nello specifico, le principali linee di attività si riferiscono a:

1. coordinamento delle COT-A per:
 - a. sviluppare e uniformare modelli e strumenti per i percorsi nella rete dei servizi;
 - b. identificare le *best practice* delle ASL e supportarne l'implementazione;
 - c. monitorare i percorsi assistenziali e redigere report semestrali da condividere con tutti gli attori della rete;
 - d. elaborare un programma annuale di miglioramento, basato sui risultati del monitoraggio.
2. formazione e *Benchlearning* (processo formativo continuo e interdisciplinare). In tale ambito il CR-COT si occupa di:
 - a. rilevare i bisogni formativi della rete;
 - b. progettare e organizzare la formazione per gli operatori e i professionisti della filiera assistenziale;
 - c. promuovere il *benchlearning*, per favorire lo scambio di esperienze e il confronto tra i professionisti coinvolti nelle cure di transizione, al fine di identificare prassi e strategie che migliorino le *performance* e risolvano problemi, misurando l'efficacia e l'efficienza dei processi con indicatori condivisi;

- d. identificare priorità programmatiche e proposte di reingegnerizzazione dei processi, uniformando strumenti operativi e gestionali per il *patient journey*.
3. monitoraggio delle Liste di Attesa nei *setting* di post-acuzie, per ridurre i tempi di degenza nei reparti per acuti e migliorare l'accessibilità al livello assistenziale appropriato. Il CR-COT, per il tramite della Piattaforma relativa al modello di *Transitional Care* e, ove necessario, in collaborazione con le COT-A ed i TOH, è in grado di:
 - a. monitorare i tempi di presa in carico delle strutture;
 - b. identificare nodi critici e proporre soluzioni migliorative;
 - c. definire indicatori specifici per valutare l'efficacia delle soluzioni adottate.
4. supporto alla individuazione e gestione di casistiche complesse, non efficacemente gestibili a livello aziendale, raccogliendo le criticità segnalate da TOH e COT-A e stabilendo relazioni formali con Enti Istituzionali per risolvere, di concerto, problematiche connesse a criticità socio-assistenziali;
5. gestione di emergenze sanitarie regionali con azioni coordinate per affrontare e contenere l'evento attraverso decisioni organizzative e funzionali all'interno di una rete di sistema in grado di fornire risposte rapide, flessibili, efficaci ed appropriate ai bisogni della popolazione interessata dall'evento nonché percorsi operativi certi per tutti gli attori coinvolti.

Composizione e Interconnessioni

Il CR-COT è formato da un team multiprofessionale (medici, infermieri, assistenti sociali) con competenze organizzative, assistenziali e sociali.

Il CR-COT, semestralmente, monitora e valuta i processi di transizione di ogni ASL attraverso modelli specifici che analizzano le interazioni tra COT-A e TOH.

Il CR-COT organizza incontri strutturati con COT-A e TOH, coinvolge periodicamente i referenti della Sanità partecipata e si avvale dell'apporto di esperti su temi rilevanti o complessi.

In caso di emergenze regionali, al fine di assicurare il potenziamento delle capacità di risposta territoriale, coordina i servizi coinvolti attraverso una o più COT-A designate.

2.4 Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT-A)

Definizione

La COT-A è istituita in ogni ASL quale struttura operativa funzionale. Costituisce un punto unico di raccordo strutturato, in grado di collegare le strutture di ricovero, le COT D e i servizi territoriali nel caso di dimissioni per casi complessi e connettere i diversi *setting* assistenziali coinvolti nel percorso di cura e assistenza. In questa direzione il mandato principale delle COT è quello di ricomporre la filiera dei servizi, traducendo le scelte clinico-assistenziali elaborate dai professionisti e dalle strutture che esercitano la presa in carico del paziente in accesso concreto e tempestivo ai servizi.

Ruolo e Funzioni

Alla COT-A è affidata la funzione di Centrale Operativa Territoriale di livello Aziendale (COT-A) come raccordo tra le Centrali Operative Territoriali-Distrettuali previste dal DM 77/2022 e i Team Operativi Ospedalieri, sia a gestione diretta che afferenti ad altre ASL, AO, Policlinici Universitari statali e non statali, Presidi di ricovero e cura accreditati, regionali ed extraregionali.

Tale Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT-A) non si sostituisce alle attività degli specifici servizi di presa in carico, ma si relaziona con le strutture di ricovero/servizi territoriali, interni ed esterni all'Azienda, in accordo con le Centrali Operative Distrettuali ed i Team Operativi Ospedalieri, nell'ottica del *problem solving* e della costruzione/consolidamento della rete assistenziale.

La Centrale Operativa Territoriale svolge molteplici funzioni, suddivise in azioni Sovradistrettuali e azioni di Integrazione con la Rete delle Strutture Intermedie.

Azioni Sovradistrettuali:

- gestisce e monitora la lista di attesa unica aziendale per l'accesso alle RSA, OdC, nei *setting* di cure palliative, nei *setting* post-acuzie a gestione ospedaliera aziendale e in altre strutture di cure intermedie ubicate sul territorio della ASL, relativamente a utenti residenti e non residenti (anche provenienti da altra Regione), eleggibili all'accesso ai diversi livelli di trattamento previsti dalla normativa vigente;
- attiva la UVCPA (Unità di Valutazione Cure Palliative Aziendali), con la quale può andare ad integrarsi, per la valutazione di accesso alle cure palliative specialistiche;
- gestisce la dimissione nei casi a maggior complessità e/o fragilità clinico-assistenziale, dai Presidi della propria ASL di pertinenza e da tutti i Presidi fuori ASL in cui sia degente un paziente residente, a garanzia della continuità assistenziale;
- promuove Piani Formativi e *Audit* adeguati al contesto aziendale e basati sul confronto continuo, rivolti a tutti gli operatori aziendali o operanti nel contesto aziendale (Strutture Accreditate) coinvolti nei processi di *Transitional care* (Referenti delle Strutture dimettenti, TOH, COT-D, ADI, IFeC, PUA, UCA, ecc.);
- rileva tramite sistemi di monitoraggio dedicati e la collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, anche tramite i Nuclei di Intelligenza Epidemiologica distrettuali, i *frequent user* e i residenti con necessità di presa in carico proattiva nell'ambito della stratificazione del rischio da parte delle COT-D;
- effettua il monitoraggio dei processi di *Transitional Care*, in collaborazione con le Centrali Operative Territoriali Distrettuali e i TOH;
- coordina la stesura e revisione delle procedure di trasferimento da e verso l'Ospedale, le strutture intermedie e nel territorio;

- garantisce l'equità di accesso ai servizi extra aziendali, sia a livello sovra-aziendale per attività cliniche specializzate, sia a livello aziendale tramite liste uniche di attesa. Inoltre, monitora i tempi di fruizione e la qualità dei servizi erogati da soggetti extra aziendali;
- si coordina con i soggetti e le strutture dedicati al *discharge management* nelle strutture ospedaliere dimettenti;
- condivide approcci e indicazioni provenienti dal CR-COT.

Azioni di Integrazione con la Rete delle Strutture Intermedie:

- si integra dal punto di vista funzionale con la Rete Locale delle Cure Palliative, la cui *Governance* è demandata a livello aziendale nell'ambito della Struttura dedicata alle Cure Palliative (Semplice, Complessa o Dipartimentale);
- implementa strumenti e processi a supporto dell'integrazione operativa tra servizi e strutture presenti sul territorio aziendale, anche nella gestione delle dimissioni difficili;
- coopera con la rete delle COT e le Strutture invianti (TOH, Strutture private accreditate), condividendo conoscenze relative al proprio territorio, esperienze e approcci operativi, tramite *audit* formativi e teleconsulti.

Composizione e Interconnessioni

In quanto struttura funzionale all'interno del sistema organizzativo aziendale, la COT-A funge da raccordo strutturato tra:

- a) i TOH dei Presidi Ospedalieri della ASL e delle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate insistenti sul territorio aziendale, regionale ed extraregionale, che coordinano il processo di ricovero e di dimissione, e le Centrali Operative Territoriali Distrettuali deputate alla presa in carico dei residenti/domiciliati;
- b) i TOH di Aziende Ospedaliere e Universitarie/IRCCS e di Policlinici Universitari in caso di pazienti in dimissione da tali strutture e le Centrali Operative Territoriali Distrettuali deputate alla presa in carico dei residenti/domiciliati;
- c) le Centrali Operative Aziendali delle ASL regionali in caso di residenti in carico a strutture insistenti sui loro territori e le Centrali Operative Territoriali Distrettuali deputate alla presa in carico dei residenti/domiciliati.

La COT-A è composta da personale sanitario e personale di supporto (sociale, amministrativo e tecnico) in linea con quanto previsto da DM77/22 e adotta una modalità di lavoro basata sull'approccio multiprofessionale e multidisciplinare. Il personale della COT-A è integrato, a seconda delle specifiche esigenze, da professionisti con diverse competenze, afferenti ai Dipartimenti, ai Distretti e/o all'Area Ospedaliera aziendale, nell'ottica di un processo di "contaminazione" di saperi e di competenze differenti.

Principali processi di integrazione avvengono verticalmente con il CR COT e TOH, orizzontalmente con:

- COT A di altre ASL, anche attraverso lo sviluppo di raccordi funzionali tra le aziende in ragione di esigenze specifiche quali quelle proprie dell'area Urbana metropolitana di Roma o nelle province;
- NEA 116117;
- PUA Socio-Sanitari Distrettuali;
- PP.OO. Dipartimenti Territoriali e Dipartimento delle Professioni Sanitarie;
- COT D aziendali;
- Rete Strutture Intermedie.

2.5 Centrale Operativa Territoriale Distrettuale (COT-D)

Il Distretto opera sia come committente che come gestore, con risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Inoltre, assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, coordinando le proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri.

Definizione

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è individuata nel modello aziendale a livello Distrettuale come COT-D, in linea con le indicazioni del DM 77/2022. La COT-D svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona, di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali.

L'assistenza sanitaria e socio-sanitaria viene erogata a tutti coloro che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di promozione della salute anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Infatti, la COT-D facilita la collaborazione tra i vari attori coinvolti, supportando la gestione integrata dei percorsi di cura per i pazienti cronici e fragili.

Inoltre, essa svolge funzioni di supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale, raccoglie e gestisce i dati di salute dei pazienti, e utilizza strumenti di telemedicina, teleassistenza e *e-health* per migliorare la qualità e l'efficacia delle cure erogate. La COT-D è anche responsabile della gestione degli applicativi tecnologici di supporto per la presa in carico della persona e facilita l'accesso ai servizi sanitari e sociali per i cittadini.

Ruolo e Funzioni

Alla COT-D è affidata la funzione di Centrale Operativa Territoriale di livello Distrettuale come raccordo intermedio tra i Servizi Distrettuali, i soggetti coinvolti nella presa in carico territoriale e i Team Operativi Ospedalieri dei PO a gestione diretta, in connessione o in coordinamento con la COT-A. La COT-D ha il

compito di raccogliere le segnalazioni e le richieste di presa in carico di pazienti provenienti dagli ospedali o dal territorio, al fine di garantire l'attivazione dei servizi di valutazione per la definizione dei *setting* più appropriati.

Nel caso di pazienti con bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, le COT-D lavorano in stretta sinergia con il PUA, integrandone e completandone le attività di *back-office* già avviate.

In particolare, alla COT-D arrivano tutte le segnalazioni per la presa in carico dei pazienti fragili e cronico-complessi residenti e/o domiciliati nel Distretto:

- tramite la COT-A, dagli ospedali e dalle strutture extra-aziendali;
- direttamente dai Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria e Pediatri di Libera Scelta e dagli altri servizi territoriali (Ambulatori specialistici, CdC, PUA).

La COT-D, rapportandosi con la COT-A, assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti, tra cui:

- coordinamento/ottimizzazione degli interventi di presa in carico, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale territoriale;
- gestione della transizione dei propri residenti e domiciliati tra *setting*, soprattutto nell'ambito delle aree della disabilità, della non autosufficienza, anche in età avanzata, e della cronicità, della dipendenza e delle patologie psichiatriche;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro. La COT-D, quindi, alimenta il flusso dati dei pazienti attraverso gli applicativi gestionali aziendali per facilitare il passaggio di *setting* e la verifica degli obiettivi assistenziali;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e i servizi distrettuali;
- monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, strumenti di *e-health*, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

La COT-D individua, indirizza ed avvia, quindi, i percorsi più appropriati per la presa in carico della persona, avvalendosi anche di *case manager* e infermieri di comunità per la migliore gestione di pazienti cronici e multicronici.

Svolge funzione di prevalutazione al fine di individuare le soluzioni assistenziali più appropriate ai bisogni di salute dell'utenza afferente al distretto di competenza. La COT-D, su attivazione della COT-A laddove previsto, e in collaborazione con i TOH, avvia il processo di Valutazione Multidimensionale Distrettuale

permettendo l'interconnessione, anche tramite servizi di telemedicina, con le Unità di Valutazione Ospedaliera in un'ottica di deospedalizzazione precoce e appropriatezza assistenziale.

Composizione e Interconnessioni

Sono coinvolti come operatori sanitari di base gli infermieri e gli assistenti sanitari e sociali. A questi si affiancano le competenze di altre figure professionali che, di volta in volta, dovessero risultare necessarie.

La dotazione di personale infermieristico per ogni COT-D è definita dallo standard di riferimento in 3-5 unità per 100.000 abitanti. La responsabilità del funzionamento della COT-D, e della gestione del personale afferente, è affidata ad un infermiere con funzioni di coordinamento che fa riferimento alla Funzione Organizzativa Infermieristica del Distretto; la sua attività si integra con gli altri componenti della Centrale Operativa Territoriale Distrettuale.

La COT-D è istituita in ogni Distretto della ASL, può essere fisicamente inserita nella CdC con la quale è chiamata a integrarsi almeno funzionalmente e collabora direttamente con gli IFeC e con tutti i servizi di presa in carico del territorio. Le COT-D svolgono la funzione di governo delle attività di valutazione multidisciplinare e multidimensionale della persona, con rivalutazione nel caso di soggetti provenienti dalle strutture ospedaliere di ricovero che abbiano già effettuato una prima valutazione multidisciplinare per essere collocati in altri *setting* assistenziali, individuazione dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale nel caso di cure di transizione attivate dal territorio sia in presenza di pazienti cronici, inseriti in un percorso di cure, che nel caso di pazienti necessitanti di un'assistenza temporanea. Inoltre, la COT D può attivare le UCA in ciascun distretto per garantire continuità delle cure in casi di maggiore complessità. Principali processi di integrazione avvengono:

- in collaborazione con COT-A nella gestione operativa dei processi *Top-down* e *Bottom-up* nel caso di accesso a servizi non distrettuali o per i quali è prevista la lista unica di accesso;
- con servizi a supporto della presa in carico territoriale (servizi trasporto ospedalieri, servizio CAD, farmacia, assistenza protesica, ecc) e con le CdC e gli IFeC del distretto di riferimento;
- con il Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria per la gestione dei pazienti cronici stabili nei contesti di elevata frammentazione della filiera dei servizi e nella gestione delle segnalazioni provenienti dal territorio;
- con i professionisti delle UCA presenti in ciascun distretto;
- con le Unità Operative Ospedaliere dei PP.OO. aziendali per la gestione di competenze specifiche nel caso fossero necessarie per la gestione a domicilio del paziente. I processi di segnalazione alla COT D avvengono attraverso il Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, tutti gli operatori del distretto (ad esempio, CAD, medici specialisti, IFeC, assistenti sociali) e la COT A e possono pervenire da domicilio (per domicilio si intende anche Casa Alloggio) oppure «*on the road*» da parte dei Servizi sociali, Servizi socio-sanitari per la Popolazione straniera, PUA, PIS, Prefettura. Le ASL possono dotarsi di funzioni specifiche all'interno o in raccordo funzionale con le COT in base alle specificità

organizzative e alle caratteristiche del proprio territorio (es. potenziamento funzione di committenza, di *discharge management*, ecc).

A supporto del modello di COT-D rappresentato nel DM77 si potranno creare, a valenza aziendale o distrettuale, le seguenti unità funzionali integrate all'interno delle Centrali Operative Distrettuali:

- Nucleo Clinico Operativo;
- Nucleo Intelligenza Epidemiologica.

2.5.1 Nucleo Clinico Operativo

Il Nucleo Clinico Operativo si configura:

- a livello distrettuale, quale possibile articolazione funzionale della Centrale Operativa Territoriale Distrettuale;
- a livello inter-distrettuale, quale elemento di supporto clinico, volto ad un approccio tecnico multidisciplinare.

Esso si propone:

- quale team funzionale multiprofessionale a livello **distrettuale**, di coordinare i percorsi di presa in carico nell'ambito della Centrale Operativa Territoriale Distrettuale, a seguito della raccolta e individuazione dei bisogni effettuata dalla Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT-A) e Centrale Operativa Territoriale-Distrettuale (COT-D), portando avanti in collaborazione con le stesse, azioni di:
 - decodifica e classificazione del bisogno assistenziale e socio-assistenziale della popolazione distrettuale in cooperazione con il Nucleo di Intelligenza Epidemiologica;
 - definizione del percorso di continuità assistenziale, previa valutazione dell'appropriatezza della segnalazione, attivando e partecipando, in presenza di un bisogno assistenziale complesso, alle UVMD di Distretto secondo le modalità previste;
 - facilitazione, laddove necessario, su segnalazione della COT-A, della valutazione clinico-assistenziale e socio-sanitaria in fase di ricovero e dimissione, intervenendo nel *setting* ospedaliero, direttamente o previa delega.
- quale linea funzionale a valenza **inter-distrettuale** di:
 - definire un modello standard di presa in carico globale e a lungo termine, assicurando la continuità delle cure, l'individuazione e il monitoraggio relativo all'aderenza dei percorsi differenziati mediante una forte integrazione tra le azioni sanitarie e quelle sociali e la realizzazione/revisione di procedure operative e linee guida aziendali;
 - supportare l'azione distrettuale quale riferimento operativo di secondo livello in caso di necessità.

Il Nucleo Clinico Operativo opera integrandosi con le altre componenti della Centrale Operativa Territoriale Distrettuale e può rappresentare una modalità organizzativa e di coordinamento delle UCA, funzionalmente in connessione alle COT.

L'obiettivo è quello di sviluppare una rete territoriale per la gestione dei pazienti fragili e cronico-complessi e fornire il supporto tecnico e specialistico necessario alla fase di avvio delle COT-D e delle successive estensioni, e contestualmente affrontare i cambiamenti epidemiologici ed organizzativi.

Le funzioni principali possono essere:

- coordinamento delle Dimissioni difficili: interventi finalizzati a favorire la deospedalizzazione verso i *setting* residenziali (comprese le residenzialità estensive), semiresidenziali e in via prioritaria domiciliari, in stretta collaborazione con la COT-A e con i TOH. Supporto al processo mediante un intervento diretto o da remoto, affiancando i diversi professionisti coinvolti, collaborando alla valutazione di appropriatezza della scelta del *setting* assistenziale e del percorso di presa in carico (es. definizione dei PAI);
- supporto alla individuazione di una popolazione target di pazienti fragili multipatologici che non rientrano in percorsi già strutturati di presa in carico, integrando l'attività di Intelligenza Epidemiologica e degli altri Servizi;
- analisi di tutti i percorsi assistenziali in integrazione con i servizi aziendali ed ospedalieri, nella prospettiva di un'omogeneizzazione delle attività e di un miglioramento quali-quantitativo dell'offerta;
- supporto nelle seguenti attività:
 - monitoraggio dei percorsi e come raccordo tra ospedale-territorio e territorio-territorio;
 - aggiornamento periodico di procedure e protocolli;
 - confronto con le *équipes* valutative distrettuali per la definizione dei PAI dei pazienti in alta complessità assistenziale, in ottemperanza alle normative regionali vigenti.

Le figure professionali presenti all'interno del Nucleo Clinico Operativo possono essere: medico con competenza clinica, IFeC e/o infermiere ADI, assistente sociale, professionisti delle COT-D e altri professionisti (es. fisioterapista, neuropsichiatra infantile, psichiatra, psicologo ecc) laddove ritenuti opportuni dalla progettazione aziendale del servizio.

2.5.2 Nucleo Intelligenza Epidemiologica

La capacità di eseguire valutazioni a partire da flussi informativi sanitari correnti regionali e di integrare le competenze epidemiologiche con quelle di *urban health*. In particolare, per quanto riguarda le esposizioni ambientali e i fattori socio-demografici ed economici, ovvero la stratificazione della popolazione per profili di rischio attraverso algoritmi predittivi, permette la differenziazione delle strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.

Tale funzione si configura a livello distrettuale, quale possibile articolazione funzionale della Centrale Operativa Territoriale Distrettuale e a livello inter-distrettuale, quale approccio tecnico multidisciplinare che vede coinvolti il Dipartimento della Funzione Territoriale, referenti dei Distretti e dei Servizi Centrali, il Dipartimento di Prevenzione e il Dipartimento di Epidemiologia, le funzioni aziendali di coordinamento dei presidi ospedalieri e della rete delle strutture accreditate, il Dipartimento di Salute Mentale al bisogno.

L'obiettivo è quello di fornire un supporto strategico per il governo del Distretto e per la programmazione degli interventi di prossimità che faccia leva sulla stima dei bisogni assistenziali e socio-assistenziali (analisi della domanda e del contesto), sia espressi sia inespressi, per permettere l'ottimizzazione delle strategie di intervento mediante:

- l'analisi dei flussi informativi aziendali, lo studio delle statistiche socio-demografiche correnti e l'integrazione tra questi e la conoscenza dei servizi aziendali ed extra-aziendali presenti sul territorio;
- la definizione di livelli di valutazione e analisi dei bisogni sociali della popolazione per l'individuazione di priorità di intervento, con particolare rilievo ai determinanti sociali di salute;
- la stretta connessione con le funzioni COT-D e Nucleo Clinico Operativo nella definizione e classificazione del bisogno assistenziale e socio-assistenziale e nel tracciamento e monitoraggio dei percorsi e delle transizioni tra diversi *setting* assistenziali.

Le funzioni principali sono:

- **data management:** un governo più tempestivo dei dati è funzionale all'ottimizzazione e all'integrazione degli interventi da parte dei Distretti, secondo quanto previsto dal nuovo modello di assistenza territoriale. Oltre all'elaborazione di analisi volte alla selezione di coorti di popolazione sulla base di specifiche condizioni di vulnerabilità socio-sanitaria, anche identificate su base geografica, e all'analisi dei relativi consumi di prestazioni sanitarie, il nucleo si occuperà anche di dare risposta alle richieste che perverranno da parte dei vari servizi distrettuali con l'obiettivo di supportarne l'attività di programmazione e di erogazione tramite l'estrazione di dati analitici e tabelle secondo criteri condivisi;

- **analisi dello stato di salute e dei bisogni delle comunità:** attraverso un cruscotto di indicatori socio-sanitari, validati a livello regionale o nazionale, specifici e funzionali alle necessità distrettuali, il Nucleo si occupa di monitorare periodicamente i bisogni socio-sanitari della popolazione di riferimento, eventualmente condividendo i risultati di tale monitoraggio attraverso la produzione di report per i servizi aziendali, per il Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria/PLS e per ulteriori stakeholder di comunità (istituzionali e non);
- **mappatura delle risorse distrettuali:** da realizzare tramite appositi *software* GIS (QGIS, Mymaps, Batchgeo, ecc.) e strumenti istituzionali (Sezioni di Censimento ISTAT, Zone Urbanistiche, Municipi) di rappresentazione e lettura cartografica. Alle risorse più propriamente sanitarie e socio-sanitarie sono associate quelle sociali, quali ad esempio le associazioni di volontariato, le parrocchie, le scuole pubbliche e private, ecc. e le aree di maggiore criticità socio-economica, quali gli insediamenti abitativi informali, i nuclei di Edilizia Residenziale Pubblica e le aree di Piani di Zona;
- **azione di supporto alla Programmazione dei servizi e alla Committenza e Monitoraggio dell'erogazione:** integrazione ed elaborazione dei dati raccolti sul territorio sottoforma di analisi specifiche volte a fornire le risposte più adeguate ai bisogni di salute della comunità;
- **diffusione della cultura del dato** a livello territoriale, così da permettere ai servizi, e ai professionisti che li erogano, di acquisire una sempre maggiore consapevolezza delle informazioni presenti nei flussi aziendali e socio-demografici e di valorizzare a pieno il potenziale degli strumenti a disposizione.

Le figure professionali presenti all'interno del Nucleo di Intelligenza Epidemiologica sono operatori sanitari di base appositamente formati con competenze anche nell'utilizzo di strumenti informativi e informatici di supporto: medico con competenze statistico-epidemiologiche, infermiere, assistente sociale e sanitario, personale amministrativo operanti presso le Centrali Operative Territoriali – Distrettuali e Aziendali, personale tecnico (es. statistico e informatico) e altri professionisti al bisogno.

2.6 Casa di Comunità (CdC)

La Casa della Comunità (CdC) rappresenta un sistema di offerta sia fisico che virtuale, progettato per garantire servizi di prossimità alla popolazione di riferimento. È il punto di accesso fisico che consente ai cittadini di entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Le CdC rappresentano, inoltre, un sistema di organizzazione dei servizi sanitari e sociali organizzato secondo il modello *Hub&Spoke*:

- *Hub*, funge da nodo centrale per la fornitura di servizi specialistici e di alta complessità;
- *Spoke*, sono i centri periferici che forniscono servizi di base e di primo livello.

Il target di riferimento delle CdC comprende:

1. pazienti sani o con bisogni occasionali e pazienti cronici, anche con comorbidità, che si trovano in condizioni stabili e necessitano di servizi ambulatoriali o domiciliari;
2. la comunità, sia attraverso iniziative di salute pubblica e di comunità, sia attraverso progetti di costruzione della comunità e coproduzione.

Le CdC promuovono un modello di intervento integrato e multiprofessionale, fungendo da sedi privilegiate per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e sociali strettamente integrati. L'organizzazione delle attività nelle CdC prevede un'azione *d'équipe* e un'integrazione funzionale tra Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti ambulatoriali interni, Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC), e altri professionisti della salute come Logopedisti, Fisioterapisti, Dietisti, Tecnici della riabilitazione e Assistenti sociali, facilitando anche il coordinamento con i Servizi sociali del Comune di riferimento.

Le CdC devono garantire in modo coordinato le seguenti funzioni:

- erogazione multiprofessionale dei servizi: sia con accesso fisico alle strutture sia attraverso la telemedicina, permettendo il coordinamento tra professionisti in sedi diverse (Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, PLS, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali interni, professionisti dipendenti e altre figure sanitarie e socio-sanitarie). È possibile coinvolgere nelle attività delle CdC gli specialisti ospedalieri di riferimento, specialmente per i pazienti cronici ad alta complessità;
- iniziative di orientamento e accesso alla rete dei servizi: inclusi i Punti Unici di Accesso (PUA) e il sistema integrato di prenotazione collegato al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, offrendo la prenotazione contemporanea delle prestazioni prescritte;
- attività di prevenzione e promozione della salute: programmi di screening, iniziative di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, attività di profilassi vaccinale coordinate dal Dipartimento di Prevenzione aziendale e attività di erogazione di servizi e interventi di prevenzione a livello comunitario, inclusi i Consultori Familiari e le iniziative rivolte ai minori in collaborazione con il mondo educativo e scolastico;

- servizi diagnostici e ambulatoriali: punto prelievi e servizi diagnostici per il monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, OCT, spirometro, ecc.), anche attraverso strumenti di telemedicina come la telerefertazione. Servizi ambulatoriali per patologie ad alta prevalenza e per patologie croniche ad alta complessità, servizi di medicina d’iniziativa e assistenza proattiva infermieristica (API) svolta dall’IFeC, ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per rispondere ai bisogni occasionali;
- Assistenza domiciliare integrata (ADI);
- IFeC;
- Operatori dell’Unità di Continuità Assistenziale (UCA);
- partecipazione della comunità e coproduzione: coinvolgimento di associazioni di cittadini e volontariato per favorire processi di programmazione e valutazione condivisa, e integrazione con i servizi sociali, anche attraverso la presenza degli assistenti sociali presso la sede della CdC, quando possibile;
- gestione dell’assistenza protesica e della farmacia territoriale.

2.7 Punto Unico di Accesso (PUA)

Il Punto Unico di Accesso (PUA) è un sistema organizzativo che fornisce un accesso centralizzato e universale ai servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, con un’attenzione particolare a coloro che hanno bisogni complessi, i quali richiedono sia prestazioni sanitarie sia interventi di protezione sociale. Come indicato nel DGR n.149/2018, il PUA è utile come primo contatto per i cittadini, garantendo pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi per chi ne ha necessità e diritto.

L’integrazione socio-sanitaria dei PUA mira a semplificare l’accesso ai servizi sanitari e sociali attraverso un sistema unificato. I PUA hanno come obiettivo di rendere il sistema sanitario più accessibile e centrato sul paziente, rendendo l’esperienza personalizzabile e riducendo la complessità e migliorando l’esperienza complessiva dell’utente.

Le principali funzioni del PUA includono accoglienza, ascolto, raccolta segnalazioni, orientamento, gestione delle richieste, valutazione preliminare dei casi, risoluzione diretta dei casi semplici e avvio della presa in carico attraverso valutazioni multidimensionali e integrazione con i servizi territoriali. Tali funzioni sono articolate secondo un modello "*Hub & Spoke*", con una sede principale che svolge funzioni di *back office* e sedi decentrate che svolgono funzioni di *front office*. Le funzioni di *front-office* si riferiscono all’accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento del paziente. Le funzioni di *back-office* si riferiscono ad attività di prevalutazione, identificazione dei percorsi assistenziali e avvio del processo di presa in carico tramite invio delle segnalazioni alle Centrali Operative Territoriali di competenza con cui si integrano funzionalmente.

Il modello organizzativo del PUA è progettato per rispondere in modo integrato alle diverse esigenze degli utenti attraverso una rete che accoglie richieste di natura sociale, sanitaria e socio-sanitaria. La Regione Lazio ha regolamentato l'attivazione dei PUA con la DGR n. 315 del 2011 e la Legge regionale n. 11/2016, che richiede l'istituzione di almeno un PUA in ogni ambito territoriale ottimale. Successivamente, la Legge n. 234 del 30 Dicembre 2021 e il DM 77/2022 hanno definito il modello organizzativo dei PUA, che prevede la loro locazione all'interno delle Case di Comunità. Quando la Centrale Operativa Territoriale è operativa all'interno delle Case della Comunità (CdC), è essenziale stabilire un collegamento diretto con il Punto Unico di Accesso. Si suggerisce, nell'ottica della creazione di un *network* efficiente tra le strutture territoriali, di prevedere elementi di contiguità funzionale tra i PUA e le COT-D insistenti nel distretto di competenza, al fine di promuovere un'integrazione delle attività di *front-office* e di *back-office* tra questi due attori.

Alle attività del PUA, a seconda della valutazione del bisogno, sono coinvolti i seguenti profili professionali: assistenti sociali, infermieri, medici di distretto e personale amministrativo, con formazione specifica per le funzioni del PUA. Tali profili devono essere adeguatamente formati al fine di disporre di linguaggi e strumenti comuni e sviluppare percorsi strutturati di condivisione delle esperienze da parte degli attori coinvolti a vario livello nei percorsi di continuità assistenziale.

Infine, il PUA utilizza una scheda di prevalutazione per una prima analisi dei bisogni e per guidare le azioni di orientamento, che è integrata nel Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT) per la gestione informatizzata delle pratiche. Il modello PUA è progettato per essere strutturato ma agile, con l'obiettivo di migliorare l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari e potenziare l'efficacia della rete di assistenza.

2.8 Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) combina le funzioni di erogazione delle cure con quelle di interfaccia e gestione dei casi a complessità assistenziale e/o sociale. Operando in vari modelli di cure primarie, l'IFeC agisce come co-responsabile, insieme al Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria o Pediatra di Libera Scelta e agli specialisti, del "progetto di salute" dell'assistito, particolarmente quando la complessità clinica e sociale richiede un'ampia integrazione professionale.

Le principali attività e funzioni dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, che sono dettagliate nelle linee guida di indirizzo regionali⁵, sono:

- Presa in Carico e Pianificazione degli Interventi:
 - l'IFeC effettua un *assessment* a domicilio per contribuire a redigere il Progetto di Salute, identificando i bisogni dell'assistito, pianificando interventi necessari e connettendo l'*équipe* multiprofessionale per redigere un Piano di Assistenza Individuale (PAI). Il progetto di salute

⁵ DGR n. 416/2024, "Linee di indirizzo regionali per l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)"

è uno strumento fondamentale per la programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socio-assistenziale.

- **Gestione della Complessità Assistenziale:**
 - l'IFeC può attivare per il tramite delle COT le Unità di Continuità Assistenziale (UCA) per garantire continuità delle cure in casi complessi quando non sono possibili altre soluzioni organizzative;
 - nei casi di maggiore complessità, avvia per il tramite della Centrale Operativa Territoriale (COT) il processo di attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), necessaria per formulare il PAI e, se richiesto, un Progetto di Riabilitazione Individuale (PRI).
- **Interventi Autonomi e Proattivi:**
 - svolge azioni autonome e proattive secondo la stratificazione del rischio, supportando individui il cui utilizzo dei servizi è ancora sporadico e di bassa/media frequenza;
 - l'assistenza domiciliare è attivata dal Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria/PLS, spesso in relazione con l'IFeC, dopo una valutazione del bisogno con un approccio sistemico e multidimensionale integrato.
- **Promozione della Salute e Prevenzione:**
 - interviene sulla promozione della salute, prevenzione e promozione di stili di vita corretti, attraverso programmi rivolti anche alle scuole. La promozione della salute comprende il supporto alle attività di prevenzione secondaria e tutela della salute residua.
- **Intercettazione Precoce delle Modifiche di Salute:**
 - l'IFeC intercetta precocemente le modifiche dello stato di salute per ridurre i ricoveri impropri e gestire tempestivamente la complessità e le complicanze.
- **Facilitazione della Presa in Carico:**
 - facilita la presa in carico proattiva delle persone fragili e affette da patologie croniche attraverso modelli di sanità e welfare di iniziativa gestiti dalla Casa della Comunità (CdC);
 - supporta l'aderenza ai percorsi di cura, coinvolgendo *caregiver*, orientando l'utilizzo appropriato dei servizi sanitari e promuovendo l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi.
- **Collaborazione con Altri Servizi:**
 - si interfaccia con il Centro Assistenza Domiciliare (CAD) e le strutture intermedie come le RSA per la gestione degli assistiti durante il periodo di ospitalità;
 - collabora con le reti di volontariato per promuovere modelli di *community building*.

Tra le attività svolte dagli IFeC vi sono anche quelle erogative:

1. nelle Case della Comunità (CdC):
 - eroga assistenza a utenti che possono deambulare e necessitano di assistenza infermieristica a media-bassa complessità, offrendo prestazioni come prelievi, medicazioni, iniezioni, infusioni e monitoraggio dei parametri vitali;

2. a Domicilio:

- fornisce assistenza a utenti con gravi patologie o difficoltà di deambulazione che non possono recarsi in ambulatorio, offrendo cure infermieristiche di medio-bassa complessità con continuità.

2.9 Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

Definizione

Il decreto ministeriale del 23 maggio 2022, n.77 individua l'UCA come un'*équipe* mobile per la gestione e il supporto della presa in carico di individui o per interventi sulle comunità che manifestano condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità in un contesto di comprovata difficoltà operativa. Le UCA garantiscono un'ulteriore offerta sanitaria a supporto della rete delle cure primarie e territoriali, in linea con l'indirizzo operativo di rendere "la Casa come primo luogo di cura", ovvero uno degli obiettivi fissati dal PNRR. Essa interviene a domicilio del paziente quando non è possibile attivare prontamente interventi di assistenza domiciliare e opera in coordinamento con la Continuità Assistenziale, intervenendo per superare i gap tra le fasi della presa in carico e garantendo continuità. L'UCA fornisce supporto al Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria e al Distretto.

Ruolo e Funzioni

Le UCA sono essenziali per garantire continuità e qualità nelle cure sanitarie e socio-sanitarie. Il loro scopo è fornire assistenza a tutti i cittadini, promuovendo il domicilio come luogo preferenziale per le cure e migliorando l'integrazione tra ospedale e territorio. Le UCA mirano a ridurre gli accessi al Pronto Soccorso, offrendo risposte di alta qualità anche a domicilio per bisogni complessi. Inoltre, supportano i pazienti nelle fasi di transizione delle cure, specialmente dopo le dimissioni ospedaliere, occupandosi di casi clinico-sociali più complessi e garantendo un'assistenza adeguata e tempestiva.

Gli obiettivi di riferimento per le UCA sono quindi i seguenti:

- gestire pazienti adulti con malattie croniche in fase di peggioramento o altre emergenze come infezioni stagionali e rischi di disidratazione;
- prendere in carico temporaneamente i pazienti dimessi per garantire la continuità delle cure, e supportare gli specialisti nella gestione delle cronicità per prevenire complicanze al fine di evitare il ricovero ospedaliero;
- prendere in carico e monitorare i pazienti durante focolai epidemici garantendo una risposta rapida e flessibile, anche effettuando accertamenti per diagnosi differenziale ed eventuali interventi terapeutici;

- supportare la gestione di emergenze sanitarie in raccordo con le indicazioni del Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale;
- attuare programmi di prevenzione e sorveglianza con interventi di comunità e/o interventi mirati nelle scuole, nelle comunità chiuse e rivolti a popolazioni così dette *hard to reach*;
- supportare le Unità di Valutazione Multidimensionale, a domicilio e in *setting* ospedaliero, laddove richiesto dall'UVMD o a supporto delle UVM in ambito ospedaliero.

L'UCA interviene sia per favorire i passaggi di *setting* da ospedale per acuti a domicilio sia per gestire a domicilio problematiche puntuali di particolare complessità che necessitano di interventi clinici o diagnostici non differibili (ecografie, trasfusioni, terapie infusionali, ecc.) nelle more della effettiva operatività della presa in carico da parte dei servizi domiciliari.

Composizione e Interconnessioni

L'UCA è composta da un medico ed un infermiere ed è prevista un'*équipe* ogni 100.000 abitanti o per area distrettuale di riferimento. La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità HUB alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo. Il servizio è attivo 7 giorni su 7 con orario h12 con un sistema flessibile ed integrato in rete tra le diverse Unità Distrettuali a copertura complessiva e continuativa dell'orario previsto, in particolare nei giorni festivi. L'UCA viene attivata attraverso la COT-A o COT-D a seconda del modello aziendale. Il supporto di tale servizio distrettuale può essere richiesto dalla COT-A/D o, per loro tramite, su segnalazione dei seguenti attori:

- a) TOH;
- b) Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria;
- c) Medico specialista ambulatoriale;
- d) Medico ospedaliero;
- e) Servizi di igiene e sanità pubblica;
- f) Centrale NEA116117;
- g) Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale.

2.10 Dipartimento integrato di Salute Mentale, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle dipendenze patologiche (DSM-DP)

Il Dipartimento integrato di salute mentale, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle dipendenze patologiche (DSM -DP) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale e delle dipendenze patologiche nell'ambito del territorio definito dall'Azienda Sanitaria Locale.

Secondo il DPCM del 12 gennaio 2017, contenente l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo e alle persone con disturbi mentali la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un PAI differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate in diversi ambiti di attività.

Nello scenario attuale, caratterizzato dalla pandemia e dalle nuove indicazioni dettate dal PNRR e dal decreto 23 maggio 2022, n. 77, appare prioritario migliorare la rete integrata, fra tutti i servizi sanitari e socio-sanitari, finalizzata sia ad intercettare precocemente il bisogno, che a diversificare in modo appropriato le tipologie di risposta, in base ai livelli di intensità e complessità assistenziale.

Tali livelli si distinguono come segue (Rep. Atti n. 137/CU del 13 novembre 2014):

- 1) livello assistenza primaria e consultazione, rivolto alla popolazione generale e ai cittadini che sono portatori di un bisogno assistenziale a bassa complessità, anche limitato nel tempo, assicurato in stretto coordinamento con i servizi delle Case della Comunità, incluso il PUA, i Medici del ruolo unico di assistenza primaria ed i Pediatri di Libera Scelta e gli altri servizi territoriali distrettuali;
- 2) livello di presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati, destinati a pazienti portatori di un bisogno clinico assistenziale complesso che può necessitare di una valutazione multidimensionale distrettuale; tali interventi sono erogati dai Centri di Salute Mentale (CSM), dai Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e dal Servizio per le Dipendenze (SERD) in piena integrazione con i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e sociali;
- 3) livello di assistenza specialistica in ambito ospedaliero o residenziale, garantito dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) dai reparti di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, dalle strutture residenziali extra ospedaliere (Area Salute Mentale Adulti/Minori e/Dipendenze Patologiche), in stretto raccordo e integrazione con i servizi territoriali di riferimento (CSM, NPI e SERD).

2.11 Centro di Salute Mentale (CSM)

Il CSM è la struttura territoriale ad accesso diretto che accoglie, valuta e risponde ai bisogni di salute mentale dei cittadini con disagio psichico; assicura in stretto raccordo con gli altri servizi sanitari, socio-sanitari e sociali le attività volte alla promozione, prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo mentale. In questo opera un' *équipe* multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere.

Il CSM assicura i seguenti interventi (Art. 26 DPCM 12 gennaio 2017):

- funzioni di prevenzione, individuazione precoce e proattiva del disturbo, accoglienza, valutazione, definizione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati;
- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni, *Day hospital*, strutture residenziali, ricoveri;
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica;
- attività di raccordo con i Medici del Ruolo Unico di assistenza primaria, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative;
- consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- attività di monitoraggio sulle Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP) pubbliche e a gestione privata-accreditata al fine di garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate nell'ambito dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati;
- valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate;
- supporto all'abitare e inclusione sociale in integrazione con gli enti locali e i distretti socio-sanitari;
- interventi sulla rete familiare e sociale formale e informale;
- collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole e ETS.

2.12 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure (SPDC)

Il SPDC costituisce il polo ospedaliero specializzato per il trattamento delle emergenze e delle crisi acute. Più nello specifico si tratta di un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero. Inoltre, offre attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri.

È ubicato all'interno delle strutture ospedaliere, ossia in Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie e Policlinici universitari.

Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. La capacità massima di ciascun SPDC è di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

2.13 Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza è una struttura pubblica territoriale aperta ad accesso diretto che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-17 anni) residenti nel territorio di riferimento, che presentano disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psicologico, psichiatrico e dello sviluppo, disabilità, situazioni di disagio psicosociale e relazionale, anche quando si tratti di minori provenienti dal circuito penale.

In tale ambito vengono assicurati al soggetto in età evolutiva in situazione di disabilità e di disagio ma anche alla sua famiglia, interventi di identificazione precoce del disturbo, valutazione diagnostica multidisciplinare e presa in carico globale integrata da parte di *équipe* multidisciplinari, la definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato e viene, altresì, assicurata l'integrazione con i servizi sociali, educativi e scolastici, il raccordo con l'autorità giudiziaria, nonché, il coordinamento con i centri e le strutture di riabilitazione territoriale.

Il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza garantisce la continuità del percorso di cura e di assistenza degli utenti presi in carico in raccordo con i PLS e i Medici del Ruolo Unico di assistenza primaria, i Consultori familiari, le UO di Neuropsichiatria infantile della rete ospedaliera, i reparti ospedalieri di Pediatria, i CSM, i SERD, le strutture residenziali e semiresidenziali territoriali, incluse quelle afferenti all'area sociale, educativa e giudiziaria.

2.14 Servizio per le Dipendenze - Droga, Alcol, Fumo e Gioco d'Azzardo (SERD)

Gli interventi e le prestazioni per le dipendenze sono offerti a livello ambulatoriale, accompagnati da attività di prevenzione svolte anche nelle scuole e in altre realtà territoriali. Questi servizi comprendono una vasta gamma di interventi mirati sia alla prevenzione che al trattamento delle dipendenze. Di seguito una descrizione approfondita e accorpata dei servizi offerti:

- Servizi di Informazione, Prevenzione e Primo Sostegno:
 - a. interventi di informazione e prevenzione delle dipendenze, inclusi programmi rivolti alle scuole e altre realtà territoriali;
 - b. offerta di primo sostegno e orientamento per le persone con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), Disturbo da Uso di Alcol (DUA), Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) e altre forme di dipendenza, coinvolgendo anche le loro famiglie.
- Accoglienza e Diagnosi:
 - a. accoglienza dei pazienti e valutazione bio-psico-sociale per la formulazione di un programma terapeutico personalizzato;
 - b. visite mediche, colloqui psicologici/psichiatrici e sociali, e psicodiagnostica per valutare lo stato di salute psicofisica;

- c. Screening per HIV, epatiti e altre patologie correlate al DUS con consulenza pre e post test.
- Trattamento delle Dipendenze:
 - a. definizione di programmi terapeutici individuali che includono protocolli farmacologici, interventi socio-riabilitativi, supporto psicologico, psicoterapia per pazienti e familiari, e inserimento in gruppi di auto aiuto;
 - b. accoglienza specialistica e trattamenti con farmaci agonisti per persone Straniere Temporaneamente Presenti (STP – ENI) con Disturbo da Uso di Oppioidi (DUO), in collaborazione con Unità di Strada (UdS) e Unità Mobile di Terapia Farmacologica (UMTF);
 - c. gestione dei casi complessi con Disturbo Duale (dipendenza e disturbo mentale) in collaborazione con i Servizi di Salute Mentale del DSM, includendo programmi individualizzati in regime ambulatoriale, di ricovero, e in strutture terapeutico-riabilitative residenziali e semiresidenziali.
- Assistenza per Specifici Gruppi di Pazienti:
 - a. diagnosi e cura di adolescenti e giovani adulti consumatori di stimolanti e nuove sostanze psicoattive (NPS) da parte di *équipes* specialistiche, in collaborazione con altri Servizi Psichiatrici del territorio;
 - b. trattamento ultra-specialistico del DGA in un centro di eccellenza, offrendo consulenze, presa in carico e trattamenti integrati individuali e di gruppo, inclusi programmi di prevenzione delle ricadute e gruppi dedicati alle donne con DGA.
- Supporto Psico-Sociale e Riabilitazione:
 - a. gruppi psicoterapeutici per pazienti e i loro familiari, inclusi gruppi di psicoanalisi multifamiliare;
 - b. Collaborazione con centri specialistici per la gestione di patologie correlate alla dipendenza, facilitando l'accesso alle cure;
 - c. programmi di sostegno e reinserimento per donne con dipendenza, con particolare attenzione alla tutela della maternità;
 - d. informazione e sensibilizzazione per persone sottoposte a provvedimenti amministrativi inviati dalla Prefettura, e valutazione delle richieste di affidamento alternativo alla detenzione, con formulazione di programmi terapeutici psico-socio-riabilitativi e monitoraggio dell'utente.

2.15 Centrale Operativa Numero Europeo Armonizzato 116117 (C.O. NEA 116117)

La Centrale Operativa 116117 (C.O. NEA 116117) sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) a valenza sociale 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 socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale.

La CO NEA 116117 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, attraverso la centralizzazione delle chiamate di Continuità Assistenziale e mediante il raccordo con le COT e con altri servizi previsti sul territorio. Inoltre, tale centrale dialoga con la CO 118 dell'emergenza-urgenza, trasferendo, qualora ritenuto necessario e mediante appositi protocolli, le richieste di soccorso sanitario urgente.

Questo servizio è rivolto a tutti i cittadini ed è finalizzato a garantire l'accesso alle cure mediche non urgenti e agli altri servizi sanitari del territorio a bassa intensità e a bassa priorità di cura (Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria/PLS, farmacie) con il vantaggio di avere a disposizione un numero unico regionale per avere risposta ai diversi bisogni di salute nelle situazioni di non emergenza.

Il cittadino che chiama il numero unico viene messo in contatto con un medico o con un infermiere, che possono, in funzione delle necessità rappresentate:

- fornire informazioni sui servizi sanitari;
- offrire consulenza sanitaria;
- attivare il servizio di continuità assistenziale;
- attivare i servizi territorialmente competenti, indirizzando il soggetto al PUA del Distretto della ASL di riferimento dell'assistito o interagendo direttamente con la COT competente per territorio.

2.16 Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria

Definizione

Secondo l'articolo 31 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici del ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, i medici già titolari di incarico di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale assumono la denominazione di Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria. Inoltre, l'articolo 43 dell'ACN specifica che il Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria svolge attività di prevenzione e promozione della salute nei confronti della popolazione di riferimento, aderendo agli indirizzi nazionali e regionali. I Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria operano all'interno del nuovo assetto definito dell'articolo 2, comma 3 dell'ACN e aderiscono, secondo quanto previsto dal precedente articolo 6, al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.

Ruolo e Funzioni

Il Medico di Assistenza Primaria ha il compito di tutelare la salute degli assistiti, rispettando i livelli essenziali di assistenza e garantendo un'appropriate gestione clinica e organizzativa. Le sue funzioni principali sono:

- svolgere attività di prevenzione e promozione della salute nei confronti della popolazione di riferimento, in particolare aderendo agli indirizzi nazionali e regionali;
- gestire le patologie acute e croniche secondo la miglior pratica, con interventi appropriati e garantire l'assistenza proattiva nei confronti dei malati cronici e dei pazienti fragili;
- assicurare agli assistiti la presa in carico globale, anche attraverso la consultazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), le prestazioni e visite ambulatoriali e domiciliari;
- perseguire gli obiettivi di salute con un uso efficiente delle risorse, in linea con la programmazione regionale e i piani nazionali per la cronicità e la prevenzione vaccinale;
- operare nelle AFT e in altre forme organizzative, garantendo continuità assistenziale.

Tale operato si inserisce nel contesto del coordinamento funzionale e organizzativo del Distretto, con l'obiettivo di garantire la continuità dell'assistenza durante l'intera giornata e di offrire ulteriori servizi a beneficio dei cittadini.

Composizione e interconnessioni

I Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria garantiscono, tramite le AFT, un raccordo con la programmazione regionale, assicurando una risposta coordinata e adeguata alle necessità della popolazione assistita. La AFT garantisce un'assistenza continuativa, attiva 24 ore su 24, sette giorni su sette, per una popolazione fino a 30.000 abitanti, considerando anche le necessità delle aree ad alta densità abitativa.

In questo contesto, i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria operano in maniera integrata all'interno delle Case della Comunità o di altre strutture individuate dalle Aziende sanitarie, con una sede centrale (*hub*) e, se necessario, sedi secondarie (*spoke*), comprese quelle delle AFT. Tali sedi, possono differire per livello di complessità organizzativa, assicurando una presenza capillare sul territorio al fine di rispondere ai bisogni di salute più complessi.

3. Il modello di *Transitional Care* nei *Setting* territoriali di presa in carico

Il presente capitolo si propone di esplorare e sistematizzare le pratiche operative dalle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere nella gestione dei percorsi di accesso all'assistenza territoriale, in un'ottica di omogeneizzazione dei processi a livello regionale. Questa indagine metodologica, si inserisce in un contesto normativo ben definito, che comprende sia la legislazione nazionale sia quella regionale, e si avvale delle consultazioni avvenute con le ASL e AO, con riferimento ai percorsi di accesso dei pazienti ai diversi *setting* assistenziali.

Tale indagine ha consentito di strutturare un'analisi comparativa delle procedure e delle direttive adottate dalle ASL e AO interessate, con un'attenzione particolare agli standard operativi, ai protocolli di valutazione, alle modalità di inserimento nelle liste di attesa e alle procedure di trasferimento tra i vari *setting*.

L'obiettivo è quello di ottenere una panoramica chiara delle pratiche correnti, valutare l'uniformità dei percorsi di accesso, allineare i processi di valutazione multidimensionale (VMD) alle nuove funzioni definite dal DM 77/22 e individuare aree di miglioramento per ottimizzare la gestione dei pazienti, in relazione al *setting* di riferimento.

Al fine di raggiungere tali scopi, sono stati condotti dei tavoli di lavoro partecipati con referenti nominati dalle singole Aziende Sanitarie, che hanno consentito di tracciare un profilo delle pratiche adottate dalle ASL/AO, evidenziando eventuali differenze e punti di forza tra le stesse. Le risultanze sono destinate a supportare gli attori coinvolti in tale processo per consentire il raggiungimento della loro missione nel migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi di assistenza sanitaria a livello regionale.

Pertanto, nel presente documento sono esaminati i diversi *setting* assistenziali che includono le post-acuzie mediche (Codice 60), le unità spinali (Codice 28), il recupero e la riabilitazione funzionale (Codice 56), la neuroriabilitazione (Codice 75), le cure palliative, le RSA, la riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e i trattamenti socio-riabilitativi in regime residenziale (già ex. Art. 26, L. 833/78), l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e i dipartimenti di salute mentale (DSM). Ognuno di questi *setting* gioca un ruolo fondamentale nel percorso di cura e assistenza del paziente, e la loro corretta integrazione è essenziale per il successo del processo di *Transitional Care*. Pertanto, per tali *setting* sono stati definiti i processi e i percorsi di presa in carico territoriale, opportunamente descritti nei rispettivi allegati.

Al fine di valutare l'efficacia e l'attuazione di quanto delineato dai contenuti del presente elaborato, è prevista una fase di monitoraggio post-implementazione a livello regionale. Questa fase permetterà di osservare e analizzare l'effettiva adozione delle pratiche operative e delle procedure descritte, nonché i loro impatti sulla gestione dei percorsi definiti.

Il monitoraggio sarà strutturato attraverso la raccolta e l'analisi di dati quantitativi e qualitativi, con l'obiettivo di misurare i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi prefissati. Saranno considerati indicatori di *performance*

specifici come il tempo di attesa per l'accesso alle RSA, il livello di soddisfazione degli utenti, la coerenza dei percorsi di valutazione con gli standard condivisi e l'efficienza dei processi di trasferimento.

Inoltre, sarà data particolare attenzione all'integrazione e alla collaborazione tra i vari attori coinvolti nel processo di *Transitional Care*, valutando l'efficacia della comunicazione e del coordinamento tra le diverse strutture e servizi. Il processo di monitoraggio prevederà anche la possibilità di *feedback* periodici da parte delle ASL e AO, al fine di identificare eventuali ostacoli o aree di miglioramento. Ricevere questo contributo sarà fondamentale per apportare aggiustamenti e ottimizzare il processo delineato, assicurando che essi siano dinamici e adattabili alle mutevoli esigenze del contesto sanitario regionale.

I processi di attivazione ed erogazione per le tre Aree relative ai *setting* assistenziali territoriali di presa in carico del paziente, sono illustrati nel dettaglio all'interno degli Allegati di seguito riportati:

Area Post-acuzie (vedi Allegato 1):

- Post-acuzie medica (Codice 60);
- Post-acuzie riabilitativa: Unità Spinale (Codice 28);
- Post-acuzie riabilitativa: Recupero e Riabilitazione Funzionale (Codice 56);
- Post-acuzie riabilitativa: Neuroriabilitazione (Codice 75);

Area Cure intermedie:

- Cure palliative Specialistiche e di Base⁶ (vedi Allegato 2);
- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) (vedi Allegato 3);
- Cure Domiciliari (vedi Allegato 4);
- Riabilitazione intensiva, estensiva e socio-riabilitativa residenziale (vedi Allegato 5);
- Ospedale di Comunità (OdC) (vedi Allegato 6);

Area Salute Mentale:

- Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP) (vedi Allegato 7);
- Strutture Residenziali per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) (vedi Allegato 8).

Per ulteriore dettaglio delle interazioni tra UVMO e COT, si rimanda alla procedura Allegato 9 "Modalità operative di interazione tra Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO) e Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)".

⁶ Nelle more della piena implementazione del modello organizzativo delle Cure Palliative di Base

Di seguito si riporta la Tabella nella quale è indicata la COT di competenza per ciascun *setting* di cui sopra.

Tabella 1

Setting	Attivazione processo UVM		Monitoraggio lista di attesa	
	COT competente	COT territoriale di riferimento*	COT competente	COT territoriale di riferimento*
Cure palliative Specialistiche Domiciliari	COT-A	Domicilio del paziente	COT-A	Domicilio del paziente
Cure palliative Specialistiche Residenziali	COT-A	Residenza del paziente	COT-A	Residenza del paziente
Cure palliative di Base	COT-A	Domicilio del paziente	COT-A	Domicilio del paziente
Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	COT-D	Residenza del paziente	COT-A	Residenza del paziente
Cure Domiciliari	COT-D	Domicilio del paziente	COT-D	Domicilio del paziente
Riabilitazione Territoriale Neuromotoria	COT-D	Residenza del paziente	COT-A	Residenza del paziente
Riabilitazione Territoriale Neuropsichica	COT-D	Residenza del paziente	COT-A	Residenza del paziente
Ospedale di Comunità (OdC)	COT-D	Residenza del paziente	COT-A	Residenza del paziente

*per COT territoriale di riferimento si intende la COT funzionalmente competente per l'avvio dei processi (di residenza o di domicilio del paziente)

4. Il contesto normativo

Ai fini di una migliore comprensione del contesto, si riportano di seguito le principali normative che fanno riferimento ai temi di assistenza territoriale:

- [DCA n. U00103 del 2010](#) “Residenze sanitarie assistenziali (RSA). Riorganizzazione e riqualificazione dell’offerta assistenziale ai sensi dei decreti commissariali n. U0017/2008 e n. U0048/2010. Definizione degli elementi di riferimento per l’articolazione dell’offerta nei diversi livelli prestazionali finalizzato alla predisposizione del nuovo sistema di tariffazione”;
- [DCA n. 39 del 20 marzo 2012](#) “Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell’offerta assistenziale residenziale semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale”;
- [DCA n. U00431 del 24 dicembre 2012](#) “La valutazione multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell’Unità di Valutazione Multidimensionale e Distrettuale nella Regione Lazio”;
- [DPCM del 12 gennaio 2017](#) “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- [DCA n.187 del 31 maggio 2017](#) recante “Disciplina del percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, in attuazione del DCA U00098/2016”;
- [DCA n. U00226 del 5 giugno 2018](#) “Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale. Testo Unico.”;
- [DCA n. U00018 del 20 gennaio 2020](#), concernente: “Adozione in via definitiva del piano di rientro “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA 469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019;
- [DCA n. U00081 del 25 giugno 2020](#) “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti;
- [DCA U00101 del 22 luglio 2020](#) Approvazione del documento tecnico “Criteri di eleggibilità ai percorsi di riabilitazione territoriale”;
- [Determinazione n. G07512 del 18 giugno 2021](#) adozione Documento Tecnico: “Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”;
- [DGR n. 970 del 21 dicembre 2021](#) di approvazione del Piano regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025;
- [Decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59](#), convertito con modificazioni dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, recante: “Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti”;
- [Deliberazione della Giunta regionale del 9 novembre 2021, n. 755](#), recante “Governance operativa regionale per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano Nazionale Complementare al PNRR (PNC)”;
- [Determinazione regionale GR3900-000013 del 06 settembre 2021](#) avente ad oggetto “Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione Salute. Istituzione del Gruppo di lavoro regionale e di Gruppi di lavoro tematici” e smi G01802 del 22/02/2022 e n. G03633 del 28/03/2022;
- [DGR n. 1005 del 30 dicembre 2021](#) “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6-Salute componente M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria

- territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 – Definizione del Piano – Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato”;
- [DGR 332 del 24 maggio 2022](#) “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS);
 - [Determinazione G16240 del 24 novembre 2022](#) “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente 1 – Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina – Sub investimento 1.2.2 – Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) – 1.2.2.3 COT Device. Approvazione linee guida regionali per l'acquisto dei Device – COT”;
 - [Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n. 77](#) recante “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” pubblicato sulla G.U. n. 144 del 22.06.2022;
 - [DGR n. 643 del 26 luglio 2022](#) recante “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale in applicazione del PNRR”;
 - [Determinazione G18206 del 20 dicembre 2022](#) “Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 “Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell’Art.1 comma 2 del citato provvedimento”;
 - [Determinazione G14221 del 19 ottobre 2022](#) “Istituzione di un tavolo di coordinamento per la revisione delle linee guida regionali per l'integrazione sociosanitaria. Approvazione delle modalità attuative dei percorsi di integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio per l'offerta dei servizi e degli interventi in favore delle persone che presentano bisogni complessi”;
 - [Determinazione G15959 del 18 novembre 2022](#) “Revisione del “Piano regionale per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in Pronto Soccorso” (DCA U00453/2019) e nomina dell'Unità di Crisi Aziendale sui Flussi (U.C.A.F.)”;
 - [DGR n. 26 del 23 gennaio 2023](#) recante “Assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria. Strutture residenziali e semiresidenziali per la non autosufficienza. Definizione fabbisogno regionale e quadro programmatico”;
 - [DGR n.153 del 5 maggio 2023](#) recante “Attuazione Progetto sperimentale temporaneo gestione sovraffollamento dei Pronto Soccorso”;
 - [DGR n.182 del 15 maggio 2023](#) “Piano Operativo Regionale. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Missione 6 Salute. Componente 1.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina. Approvazione del documento tecnico”;
 - [DGR n.338 del 28 giugno 2023](#) “Piano Operativo Regionale. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Missione 6 Salute. Componente 1. (M6C1) Reti di Prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale. Sub investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici. Approvazione Modello organizzativo dei Servizi di Telemedicina territoriali ed ospedalieri della Regione Lazio”;
 - [Determinazione G02706 del 28 febbraio 2023](#) “Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14221 del 19 ottobre 2022.”;
 - [Determinazione G08955 del 27 giugno 2023](#) “Programmazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi specifici di potenziamento dell'offerta di assistenza domiciliare integrata, previsti nel Piano Operativo Regionale di cui alla DGR 182/2023 in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e

Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute. Componente 1.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina.”;

- [Determinazione G09925 del 19 luglio 2023](#) “Piano Operativo Regionale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute. Componente 1. (M6C1) Reti di Prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale. Sub investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici”;
- [Accordo Collettivo Nazionale](#) per la disciplina dei rapporti con i Medici del ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell’art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- [Unità di Missione PNRR Missione 6](#), gennaio 2024 - Linee guida per comprovare il raggiungimento del Target PNRR M6C1-7 “Centrali Operative Pienamente funzionanti”, sub-investimento 1.2.2 – Centrali Operative Territoriali;
- [Atto di Organizzazione N. G02631 del 8 marzo 2024](#) “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute - Componente 1 - Investimento 1.2.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento 1.2.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT) Interconnessione aziendale - Istituzione del Gruppo di Lavoro per l'omogeneizzazione dei processi operativi COT/TOH”;
- [DGR 416 del 20 giugno 2024](#) “Linee di indirizzo regionali per l’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFEC)”;
- [Determinazione n. G15843 del 27 novembre 2024](#) Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali - Verification mechanism attestante il conseguimento del Target M6C1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti" per le n. 59 COT PNRR di competenza degli Enti del SSR - Atto ricognitivo;
- [Determinazione n. G16703 del 09 dicembre 2024](#) Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali - Presa d'atto della documentazione prodotta dai Soggetti Attuatori delegati e dagli Ingegnere Indipendenti di cui al meccanismo di verifica, finalizzata alla rendicontazione europea del Target M6C1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti”;
- [DGR n. 22 del 23 gennaio 2025](#) Approvazione delle nuove modalità attuative dell’articolo 2, commi 87-91 della legge regionale del 14 luglio 2014, n. 7 e smi. Gestione associata a livello distrettuale del processo di compartecipazione alla spesa sociale per le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento, in regime residenziale e semiresidenziale, ai sensi dell’art. 43 della legge regionale n. 11/2016;
- [DGR n. 282 del 29 aprile 2025](#) Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute, Componenti 1 e 2 – Rimodulazione del Piano Operativo Regionale di cui alla DGR 1118 del 19/12/2024;

Post-Acuzie

Allegato 1



Il modello di *Transitional Care* per le Strutture Post-Acuzie prevede tre fasi, in particolare:

1. **Accesso;**
2. **Definizione del *setting*;**
3. **Trasferimento.**

I seguenti paragrafi hanno l'obiettivo di ripercorrere nel dettaglio il modello di *Transitional Care* per le strutture Post-Acuzie, descrivendo la connessione e i ruoli dei diversi attori coinvolti nello stesso.

Modello di *Transitional Care* per strutture Post-Acuzie: Fase di Accesso

Nel caso di un nuovo paziente in *setting* ospedaliero (flusso *Top-down*) il reparto, nell'insieme delle attività clinico-assistenziali e nell'ottica della continuità terapeutica, individua il miglior *setting* assistenziale di destinazione per il paziente. Il medico ospedaliero della U.O. dimettente, accreditato in piattaforma, definisce la richiesta secondo criteri di eleggibilità, raccoglie la documentazione clinica e diagnostica del paziente e trasmette la modulistica di trasferimento al TOH tramite piattaforma. Il TOH, una volta ricevuta la richiesta e la documentazione dalla U.O. dimettente, ne verifica la completezza e, in caso di documentazione mancante, inoltra eventuale richiesta di integrazione. Tale documentazione viene tracciata all'interno della piattaforma, consentendo al medico ospedaliero di reparto di integrare la documentazione mancante per trasmetterla nuovamente al TOH.

Successivamente il TOH, valutata la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting*, individua le strutture di Post-Acuzie più idonee (territorialmente competenti o più prossime al domicilio del paziente) e trasmette, tramite piattaforma, la richiesta alla/e struttura/e selezionata/e, specificando la data di dimissibilità.

La struttura Post-Acuzie riceve dal TOH la richiesta di trasferimento del paziente con indicazione della data di dimissibilità e verifica la completezza della documentazione ricevuta entro 48 ore. In caso di documentazione incompleta, sempre entro le 48 ore, la struttura provvede alla richiesta di integrazione documentale, tramite piattaforma, al TOH. Quest'ultima provvede ad integrare la documentazione mancante e trasmetterla nuovamente alla struttura di riferimento. Diversamente può confermare la documentazione ricevuta e, entro le 48 ore, provvede all'accettazione o esclusione del paziente. Tali tempi risultano scanditi da un sistema di *alerts* di sistema, che permettono di identificare chiaramente, le scadenze nella trasmissione dell'accettazione della richiesta di *setting* formulata o nel rifiuto sulla base di criteri di esclusione specifici.

Modello di *Transitional Care* per le Strutture Post-Acuzie: Definizione del *setting*

La struttura Post-Acuzie, entro le 48 ore dalla ricezione della documentazione:

- nel caso di esclusione del paziente, procede alla comunicazione al TOH della condizione di esclusione¹ attraverso un menù a tendina in piattaforma;
- nel caso di non congruità del paziente, procede alla comunicazione al TOH.

In entrambi i casi, il TOH provvede alla rivalutazione della coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting* e successivamente procede all'individuazione del *setting* appropriato, da proporre e concordare con la U.O. richiedente. In caso di non coerenza con il *setting* proposto, il paziente viene indirizzato ad altro *setting*.

La struttura Post-Acuzie, a seguito della richiesta da parte del TOH, indica in piattaforma la prima disponibilità che può coincidere con la data di dimissione prevista o, in alternativa, consiste nella prima data disponibile successiva alla data di dimissione prevista. Successivamente, il TOH conferma o meno la disponibilità indicata in piattaforma. In caso di conferma da parte del TOH della prima dichiarata disponibilità, la struttura Post-Acuzie procede con la presa in carico del paziente.

In caso di non conferma della prima dichiarata disponibilità o di data distante dalla data di dimissione prevista, il TOH può ampliare la richiesta, al fine di consentire ad altre strutture di inserire una disponibilità più prossima alla data di dimissione prevista.

Modello di *Transitional Care* per le Strutture Post-Acuzie: Fase di Trasferimento

Il TOH, successivamente all'accettazione della disponibilità dichiarata da parte della Struttura Post-Acuzie, si fa carico dell'organizzazione delle dimissioni interfacciandosi con la U.O. dimettente per la predisposizione del pacchetto di dimissioni, farmacologico, nutrizionale almeno per i primi 7 gg dalla dimissione e della documentazione clinica dettagliata.

Qualora si verifichi un cambiamento nello status clinico del paziente, prima del trasferimento in struttura Post-Acuzie, il TOH rivaluta il paziente:

- a) in caso di necessità di un diverso *setting* assistenziale, annulla la precedente richiesta e propone alla U.O. richiedente di formularne una più appropriata;
- b) in caso di variazione della data di dimissione prevista, il TOH può modificare tale data in piattaforma, al fine di consentire ad altre strutture di inserire una disponibilità più prossima alla data di dimissione prevista.

Qualora si verifichi un cambiamento nella data di disponibilità da parte della struttura ricevente, quest'ultima lo comunica al TOH che può ampliare la richiesta al fine di consentire ad altre strutture di inserire una disponibilità più prossima alla nuova data di dimissione, oppure può concordare il cambio di data con la medesima struttura senza coinvolgere altre strutture nel processo. Ai fini del trasferimento del paziente, il TOH registra il trasferimento in piattaforma così che la Struttura Post-acuzie possa registrarne il ricovero.

¹ I criteri di esclusione sono riconducibili a 3 aree suscettibili di aggiornamenti in piattaforma:

- Lungodegenza medica-riabilitativa (monitoraggio continuo per instabilità cardio-circolatoria; presenza di instabilità clinica da necessitare terapie intensive; presenza di gravi traumatismi da trattare chirurgicamente);
- Unità per le Mielolesioni (Presenza di insufficienza acuta d'organo; Respiro spontaneo da <72 ore o in ventilazione meccanica invasiva o non invasiva; Grave instabilità clinica; Insufficienza respiratoria; Quadri associati di grave cerebrolesione, in cui il problema cerebrale e cognitivo-comportamentale è prevalente rispetto alla lesione midollare; Gravi patologie neurodegenerative nelle quali il quadro clinico non consente l'attuazione di un progetto riabilitativo specifico di struttura);
- Unità gravi patologie respiratorie (Presenza di insufficienza acuta d'organo o multiorgano; Ipertermia continua o infezioni multiresistenti).

Funzioni attori coinvolti

U.O. di reparto

- individua il *setting* assistenziale post-acuzie
- trasmette la modulistica al TOH attraverso piattaforma da parte del medico accreditato e, in caso di non completezza, integra la documentazione
- riformula proposta più appropriata
- riceve la comunicazione della data di trasferimento in struttura del paziente dal TOH, organizza il trasferimento predisponendo il pacchetto di dimissioni, che include l'elaborazione di tutti i piani terapeutici, lettera di dimissione, farmaci/nutrizioni per almeno 7 gg necessari

TOH

- verifica la completezza documentale trasmessa dalla U.O. richiedente
 - se la documentazione è incompleta, richiede integrazione alla U.O. richiedente
 - se la documentazione è completa valutata la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting* proposto
 - Se la documentazione è completa individua le strutture di post-acuzie idonee (territorialmente competenti o più prossime al domicilio del paziente)
- trasmette la richiesta alla struttura di post-acuzie selezionata, identificando la data di dimissibilità
- in caso di non coerenza con il *setting* proposto, il paziente viene indirizzato ad altro *setting*
- in caso di non congruità della richiesta o di indicazione alla condizione di esclusione da parte della Struttura Post-Acuzie, rivaluta la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting* e nel caso in cui non si confermi il *setting* assistenziale Post-Acuzie, procede all'individuazione di un *setting* appropriato, da proporre e concordare con la U.O. richiedente
- nel caso in cui la conferma di accettazione del paziente abbia esito positivo, comunica le diverse disponibilità pervenute in piattaforma alla U.O. richiedente, per la conferma della presa in carico da parte della struttura scelta, nel sistema
- si fa carico dell'organizzazione delle dimissioni interfacciandosi con la U.O. dimettente per la predisposizione del pacchetto di dimissioni, comprensivo del fabbisogno terapeutico, farmacologico, nutrizionale per almeno i primi 7 gg dalla dimissione e della documentazione clinica dettagliata
- qualora si verifichi un cambiamento nello status clinico del paziente, prima del trasferimento in struttura Post-Acuzie, il TOH rivaluta il paziente:
 - in caso di necessità di un diverso *setting* assistenziale, annulla la precedente richiesta e propone alla U.O. richiedente di formularne una più appropriata
 - in caso di variazione della data di dimissione prevista, il TOH può modificare tale data in piattaforma, al fine di consentire ad altre strutture di inserire una disponibilità più prossima alla data di dimissione prevista
- quando il paziente viene trasferito, il TOH registra il trasferimento in piattaforma

Struttura Post-Acuzie

- verifica la completezza della documentazione trasmessa dal TOH:
 - in caso di non completezza inserisce in piattaforma la richiesta di integrazione documentale al TOH entro 48h
 - in caso di completezza documentale, riceve *alert* da piattaforma per escludere o accettare il paziente entro 48h
- in caso di non accettazione del paziente, la struttura comunica l'incongruità o il motivo di esclusione del paziente al TOH indicando in piattaforma dal menu a tendina la motivazione di esclusione
- nel caso in cui la conferma di accettazione del paziente abbia esito positivo, procede con la comunicazione di accettazione del paziente e con la conferma in piattaforma della data di ingresso proposta dal TOH

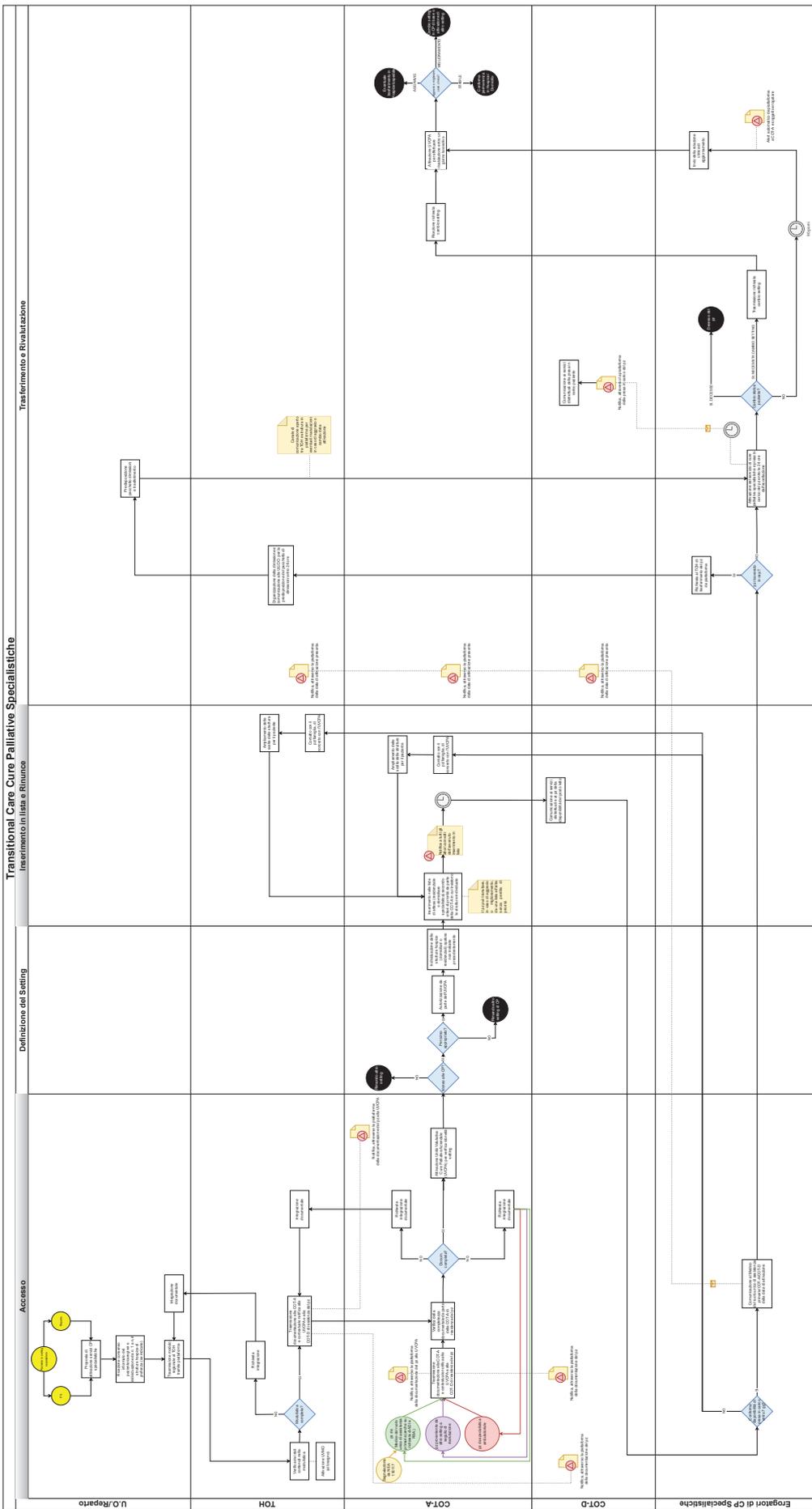
- qualora si verifichi un cambiamento nella data di disponibilità da parte della struttura ricevente, quest'ultima lo comunica al TOH che può ampliare la richiesta al fine di consentire ad altre strutture di inserire una disponibilità più prossima alla nuova data di dimissione, oppure può concordare il cambio di data con la medesima struttura senza coinvolgere altre strutture nel processo
- quando il paziente viene trasferito e il TOH registra la dimissione in piattaforma, la Struttura Post-acuzie registra il ricovero
- in caso di non accettazione del paziente, la struttura comunica l'incongruità del paziente al TOH indicando in piattaforma dal menu a tendina la motivazione di esclusione

	U.O. di reparto	TOH	Strutture post-accuie
<p>Accesso</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Individua il setting assistenziale post-accuie ✓ Trasmette la modulistica al TOH attraverso piattaforma da parte del medico accreditato ✓ In caso di non completezza documentale integra la documentazione 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica la completezza della modulistica ricevuta dalla U.O. richiedente e valida il setting proposto ✓ Se la documentazione è completa individua le strutture di post-accuie idonee ✓ Trasmette la richiesta alla struttura di post-accuie selezionata con l'indicazione della data di dimissibilità del paziente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica la completezza della documentazione trasmessa dal TOH: <ul style="list-style-type: none"> ○ In caso di non completezza inserisce in piattaforma la richiesta di integrazione documentale al TOH entro 24h ○ In caso di completezza documentale, riceve alert da piattaforma per escludere o accettare il paziente entro 24h
<p>Definizione del setting</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ In caso di esclusione o incongruità del paziente, rivaluta l'appropriatezza del setting post-accuie assistenziale: <ul style="list-style-type: none"> ○ se confermato tale setting individua le strutture idonee ○ se non confermato tale setting individua setting differente ✓ Nel caso in cui la conferma di accettazione del paziente abbia esito positivo, comunica la data di dimissibilità per essere inserita in piattaforma al TOH, attendente per la conferma della presa in carico da parte della struttura scelta, nel sistema 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ In caso di accettazione del paziente, la struttura lo comunica a TOH dichiarando la data presunta di ingresso in struttura ✓ In caso di non accettazione del paziente, la struttura comunica l'incongruità del paziente al TOH indicando in piattaforma dal menù a tendina la motivazione di esclusione
<p>Trasferimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Riceve la comunicazione della data di trasferimento in struttura del paziente dal TOH ✓ Riformula proposta più appropriata ✓ Organizza il trasferimento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si fa carico dell'organizzazione delle dimissioni interfacciandosi con la U.O. richiedente per la predisposizione del pacchetto di dimissioni, comprensivo del follow-up sanitario, farmacologico, nutrizionale per almeno i primi 7gg dalla dimissione e della documentazione clinica dettagliata ✓ Qualora si verifici un cambiamento nello status clinico del paziente, prima del trasferimento in struttura Post-Accuie, il TOH rivaluta il paziente: <ul style="list-style-type: none"> ○ in caso di necessità di un diverso setting assistenziale, annulla la precedente richiesta e propone alla U.O. richiedente di formulare una più appropriata ○ in caso di variazione della data di dimissione prevista, il TOH può modificare tale data in piattaforma, al fine di consentire ad altre strutture di inserire una disponibilità più prossima alla data di dimissione prevista ✓ Quando il paziente viene trasferito, il TOH registra il trasferimento in piattaforma 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Qualora si verifichi un cambiamento nella data di disponibilità da parte della struttura ricevente, quest'ultima lo comunica al TOH che può ampliare la richiesta al fine di consentire ad altre strutture di inserire una disponibilità più prossima alla nuova data di dimissione, oppure può concordare il cambio di data con la medesima struttura senza coinvolgere altre strutture nel processo ✓ Quando il paziente viene trasferito e il TOH registra la dimissione in piattaforma, la Struttura Post-accuie registra il ricovero ✓ In caso di non accettazione del paziente, la struttura comunica l'incongruità del paziente al TOH indicando in piattaforma dal menù a tendina la motivazione di esclusione

Cure Palliative Specialistiche e di Base

Allegato 2





Legend for the flowchart symbols:

- Yellow circle: Milestone
- Black circle: End point
- Yellow triangle: Attention
- Yellow document icon: Information
- Yellow diamond: Decision
- Black diamond: Decision
- White rectangle: Task
- Black rectangle: Task
- Yellow circle with arrow: Start
- Black circle with arrow: End

Il modello di *Transitional Care* per il *setting* di Cure Palliative Specialistiche è strutturato in quattro fasi principali:

1. **Accesso;**
2. **Definizione del *setting* assistenziale;**
3. **Inserimento in lista e rinunce;**
4. **Trasferimento e rivalutazione del paziente.**

I seguenti paragrafi hanno l'obiettivo di ripercorrere nel dettaglio il modello di *Transitional Care* per le Cure Palliative Specialistiche Residenziali o Domiciliari dell'adulto, partendo dalla prima fase di accesso, fino ad arrivare all'ultima fase relativa al trasferimento e alla rivalutazione del paziente, descrivendo la connessione e i ruoli dei diversi attori coinvolti nello stesso.

Modello di *Transitional Care* per le Cure Palliative Specialistiche: Fase di Accesso

Flusso *Top-down*

Nel caso di un nuovo paziente in *setting* ospedaliero (**flusso *Top-down***), il reparto o il PS formula la proposta di attivazione dei servizi di Cure Palliative Specialistiche Residenziali o Domiciliari, anche avvalendosi di apposita consulenza (*equipe* di Cure Palliative Ospedaliera). Pertanto, il reparto o il PS si fa carico di acquisire dal paziente e/o dal *caregiver* il consenso informato per individuare da un minimo di n. 1 a un massimo di n. 4 strutture di preferenza, ricevendo dal paziente o dal *caregiver* comunicazione formale delle strutture selezionate.

Successivamente, il reparto o il PS raccoglie la documentazione clinica e diagnostica del paziente e completa la modulistica necessaria. Tale modulistica, firmata digitalmente, viene notificata al TOH tramite piattaforma dedicata.

Il TOH, una volta ricevuta la documentazione dal reparto o dal PS, verifica la completezza dei dati e, al bisogno, provvede ad attivare la Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (U.V.M.O.), eventualmente anche su indicazione da parte del reparto o del PS. In caso di modulistica incompleta, richiede integrazione al reparto o al PS. Al contrario, qualora la documentazione risulti completa, il TOH la inserisce in piattaforma per la COT-A e, contestualmente, notifica attraverso piattaforma la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente e all'Unità Valutativa di Cure Palliative Aziendale (U.V.C.P.A.).

A questo punto della fase di accesso, il percorso del paziente proveniente dal flusso *Top-down* si sovrappone a quello previsto per i pazienti provenienti dal territorio (**flusso *Bottom-up***), che viene di seguito descritto.

Flusso *Bottom-up*

La COT-A può ricevere la richiesta di attivazione del servizio di Cure Palliative Specialistiche di un paziente proveniente dal territorio, qualora la richiesta sia formulata tramite segnalazione NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (Medico del Ruolo Unico), dal suo Medico del Ruolo Unico (anche su richiesta di ADI e RSA), da specialistica ambulatoriale o da un altro *setting* a seguito di rivalutazione. Contestualmente la COT-D del distretto di residenza del paziente e l'Unità Valutativa di Cure Palliative Aziendale (U.V.C.P.A.) ricevono notifica.

La COT-A verifica la completezza della documentazione e in caso di integrazione, richiede ulteriori chiarimenti:

- in caso di flusso *Top-down*, la richiesta viene inoltrata al TOH che provvede all'integrazione della documentazione;
- in caso di flusso *Bottom-up*, la richiesta viene inoltrata al Medico del Ruolo Unico, specialistica ambulatoriale del distretto di appartenenza del paziente, al soggetto inviante che ha effettuato la rivalutazione, i quali provvedono all'integrazione della documentazione.

Diversamente, se non vi è necessità di integrazione della documentazione si attiva l'U.V.C.P.A. per la verifica dell'idoneità.

La fase di Accesso si conclude con la conferma della disponibilità alla presa in carico del paziente da parte dall'Erogatore di Cure Palliative Specialistiche Residenziali o Domiciliari. La COT-A e il TOH effettuano il monitoraggio sui tempi di presa in carico.

Nel momento di accettazione alla presa in carico del paziente, l'Erogatore di Cure Palliative Specialistiche Residenziali o Domiciliari indica in piattaforma ai servizi richiedenti (COT-D, COT-A, TOH, Medico del Ruolo Unico, Ambulatorio specialistico e soggetto inviante da altro *setting*) l'avvenuta accettazione e la presunta data di attivazione del servizio.

La COT-A ricevuta la presunta data di presa in carico del paziente ne dà comunicazione al TOH se paziente proveniente da *setting* ospedaliero, alla COT-D se paziente a domicilio.

Modello di *Transitional Care* per le Cure Palliative Specialistiche: Fase di definizione del *Setting* Assistenziale

Al fine di garantire un'appropriata presa in carico assistenziale, la COT-A attiva l'U.V.C.P.A., la quale valuta l'idoneità della proposta di *setting* sulla base della complessità socio-sanitaria del paziente. Nel caso in cui il paziente non risulti idoneo al *setting* di Cure Palliative, la COT-A trasmette l'esito della valutazione alla COT-D del distretto di pertinenza (U.V.M.D. e/o Nucleo Clinico Operativo) o al TOH (in caso di paziente proveniente da *setting* ospedaliero) per l'elaborazione di una proposta di altro percorso assistenziale sulla base di quanto emerso dalla valutazione da parte della U.V.C.P.A.. Nel caso in cui il paziente risulti idoneo al *setting* di Cure Palliative ma i bisogni assistenziali richiedono un'intensità inferiore, tali da rendere inappropriato il percorso di Cure Palliative Specialistiche, l'U.V.C.P.A. potrà indirizzare il paziente ad altro percorso di Cure Palliative (Cure Palliative di Base o Ambulatoriali). Diversamente, l'U.V.C.P.A. autorizza l'idoneità al *setting* e conferma l'appropriatezza al percorso di Cure Palliative Specialistiche.

Successivamente, la COT-A procede all'individuazione degli Erogatori di Cure Palliative Specialistiche Residenziali o Domiciliari qualora non indicate precedentemente.

Modello di *Transitional Care* per le Cure Palliative Specialistiche: Fase di Inserimento in Lista e Rinunce

La COT-A in cui insistono le strutture individuate, attraverso piattaforma dedicata, provvede ad inserire il paziente nelle liste di attesa (residenziale o domiciliare specialistica a seconda del percorso individuato), rispettando i criteri di priorità e notificandolo a tutti gli attori coinvolti.

Il paziente può transitare, in base all'evolversi del suo stato di salute da una lista domiciliare specialistica a una lista residenziale specialistica e viceversa senza compromettere la priorità precedentemente acquisita.

Successivamente, gli altri attori coinvolti vengono informati della possibilità di attivazione del servizio.

Nel caso in cui, entro 7 giorni dalla richiesta, nessuna delle strutture identificate confermi la presa in carico del paziente, la COT-A o il TOH, di concerto con l'U.V.C.P.A., comunica tale esito al paziente o al *caregiver* e può richiedere agli stessi di scegliere eventuali ulteriori Erogatori di Cure Palliative Specialistiche Residenziali o Domiciliari di preferenza, provvedendo al reinserimento nella lista di attesa sulla base delle eventuali nuove preferenze del paziente, senza compromettere la priorità precedentemente acquisita.

Modello di *Transitional Care* per le Cure Palliative Specialistiche: Fase di Trasferimento e Rivalutazione del Paziente

Il modello di *Transitional Care* prevede, infine, la fase di trasferimento e/o di rivalutazione del paziente.

In seguito alla conferma dell'attivazione del servizio, nel caso in cui il paziente provenga da un *setting* ospedaliero, l'erogatore di Cure Palliative Specialistiche Residenziali o Domiciliari invia una richiesta al TOH tramite la piattaforma dedicata al fine di avviare le procedure di dimissione dall'ospedale e di trasferimento. Il

4

TOH si fa carico dell'organizzazione delle dimissioni, interfacciandosi con il reparto o il PS che predispone il pacchetto di dimissione entro le 24 ore successive. Durante questa fase, le comunicazioni tra il TOH e la struttura ricevente rimangono aperte, al fine di consentire eventuali rivalutazioni dello stato di salute del paziente o cambi di data di attivazione del servizio.

In caso di paziente proveniente dal territorio, l'erogatore di Cure Palliative Specialistiche Residenziali o Domiciliari provvede all'attivazione del servizio con successiva presa in carico del paziente entro le 24 ore dall'accettazione.

L'avvenuta presa in carico del paziente viene comunicata, tramite piattaforma, alla COT-D che, a sua volta, informa i servizi distrettuali.

In caso di cambio dello status clinico del paziente successivo alla presa in carico, l'erogatore di Cure Palliative Specialistiche Residenziali o Domiciliari effettua, tramite piattaforma, la richiesta di cambio *setting* alla COT-A, che riceve la notifica e provvede all'attivazione della U.V.C.P.A. per effettuare la rivalutazione entro un giorno lavorativo. Diversamente, se lo status del paziente rimane invariato, alla scadenza della validità temporale del percorso di cura (90gg), viene attivato il processo di rivalutazione attraverso un *alert* automatico inoltrato dalla piattaforma alla COT-A e all'erogatore del servizio.

Pertanto, l'erogatore di Cure Palliative Specialistiche Residenziali o Domiciliari notifica l'aggiornamento della relazione clinica alla COT-A che attiva l'U.V.C.P.A. per effettuare la rivalutazione della condizione clinica del paziente che può avere i seguenti esiti:

1. **miglioramento delle condizioni**, in questo caso il paziente può essere trasferito in un percorso di Cure Palliative a minor intensità (Cure Palliative di Base o Ambulatoriali) più adeguato al suo nuovo stato di salute oppure può essere proposta l'attivazione di altro *setting*;
2. **stabilità delle condizioni**, in questo caso il paziente prosegue il suo percorso nelle Cure Palliative Specialistiche (Residenziali o Domiciliari);
3. **aggravamento delle condizioni**, in questo caso il paziente può proseguire il suo percorso di Cure Palliative Specialistiche (Residenziali o Domiciliari) o prevedere un cambio di percorso. Laddove l'U.V.C.P.A., in accordo con l'equipe di Cure Palliative curante, lo ritenga opportuno può eventualmente proporre il trasferimento del paziente in *setting* ospedaliero.

Funzioni degli attori coinvolti

U.O. di reparto/PS

- il medico di reparto/PS formula la proposta di attivazione dei servizi di Cure Palliative Specialistiche
- il medico di reparto/PS si fa carico di contattare il paziente/*caregiver* per ricevere il consenso informato e per individuare da n. 1 a n.4 strutture di preferenza
- il medico di reparto/PS accreditato trasmette il modulo regionale al TOH tramite piattaforma
- predisporre il pacchetto di dimissioni e trasferimento del paziente

TOH

- verifica i dati della modulistica inviata dall'U.O./PS e attiva l'U.V.M.O. al bisogno
- in caso di incompletezza della modulistica, richiede integrazione documentale a U.O./PS
- in caso di completezza della modulistica trasmette la documentazione alla COT-A e lo notifica a U.V.C.P.A. e COT-D di residenza del paziente
- nel caso in cui, entro 7 giorni dalla richiesta, nessuna delle strutture identificate confermi la presa in carico del paziente, la COT-A o il TOH, di concerto con l'U.V.C.P.A., comunica tale esito al paziente o al *caregiver* e può richiedere agli stessi di scegliere eventuali ulteriori Erogatori di Cure Palliative Specialistiche Residenziali o Domiciliari di preferenza
- riceve notifica della presunta data di attivazione della presa in carico
- organizza la dimissione del paziente comunicandolo a U.O./PS per la predisposizione del pacchetto dimissioni entro 24h

COT-A

- in caso di nuovo paziente proveniente da Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (Medico del Ruolo Unico), da specialistica ambulatoriale, da segnalazione NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico o dal soggetto inviante che ha effettuato la rivalutazione, riceve il modulo regionale tramite piattaforma e lo notifica all'U.V.C.P.A. e alla COT-D di residenza del paziente
- verifica la completezza documentale
- in caso di documentazione non completa, richiede integrazione a TOH, al Medico del Ruolo Unico, alla specialistica ambulatoriale o al soggetto inviante che ha effettuato la rivalutazione
- in caso di documentazione completa attiva l'U.V.C.P.A. per la verifica di idoneità del *setting*:
 - non idoneo, rimando ad altro *setting*
 - idoneo e percorso appropriato rilascio dell'autorizzazione da parte dell'U.V.C.P.A.
 - idoneo e percorso non appropriato, rimando ad altro *setting* di Cure Palliative
- individua gli erogatori di Cure palliative specialistiche qualora non indicate precedentemente
- inserisce in lista di attesa (residenziale o domiciliare specialistica) secondo i criteri di priorità
- notifica l'avvenuto inserimento in lista a tutti gli attori indicati
- nel caso in cui, entro 7 giorni dalla richiesta, nessuna delle strutture identificate confermi la presa in carico del paziente, la COT-A o il TOH, di concerto con l'U.V.C.P.A., comunica tale esito al paziente o al *caregiver* e può richiedere agli stessi di scegliere eventuali ulteriori Erogatori di Cure Palliative Specialistiche Residenziali o Domiciliari di preferenza
- riceve notifica della presunta data di attivazione della presa in carico
- riceve la richiesta di cambio *setting*
- attiva U.V.C.P.A. per rivalutazione entro un giorno lavorativo con i seguenti esiti:
 - aggravio, in questo caso il paziente può proseguire il suo percorso di Cure Palliative Specialistiche (Residenziali o Domiciliari) o prevedere un cambio di percorso. Laddove l'U.V.C.P.A., in accordo con l'equipe di Cure Palliative curante, lo ritenga opportuno può eventualmente proporre il trasferimento del paziente in *setting* ospedaliero
 - miglioramento, in questo caso il paziente può essere trasferito in un percorso di Cure Palliative a minor intensità (Cure Palliative di Base o Ambulatoriali) più adeguato al suo nuovo stato di salute oppure può essere proposta l'attivazione di altro *setting*

- stabilità, in questo caso il paziente prosegue il suo percorso nelle Cure Palliative Specialistiche (Residenziali o Domiciliari)
- comunicazione al TOH se paziente proveniente da *setting* ospedaliero, alla COT-D se paziente a domicilio

COT-D

- riceve la notifica di trasmissione documentazione dal TOH alla COT-A tramite piattaforma
- riceve la notifica della documentazione dal Medico di Ruolo Unico, dalla specialistica ambulatoriale o dal soggetto inviante che ha effettuato la rivalutazione alla COT-A tramite piattaforma
- comunica ai servizi distrettuali e al paziente della disponibilità del posto letto
- riceve notifica della presunta data di attivazione della presa in carico
- comunica ai servizi distrettuali della presa in carico del paziente

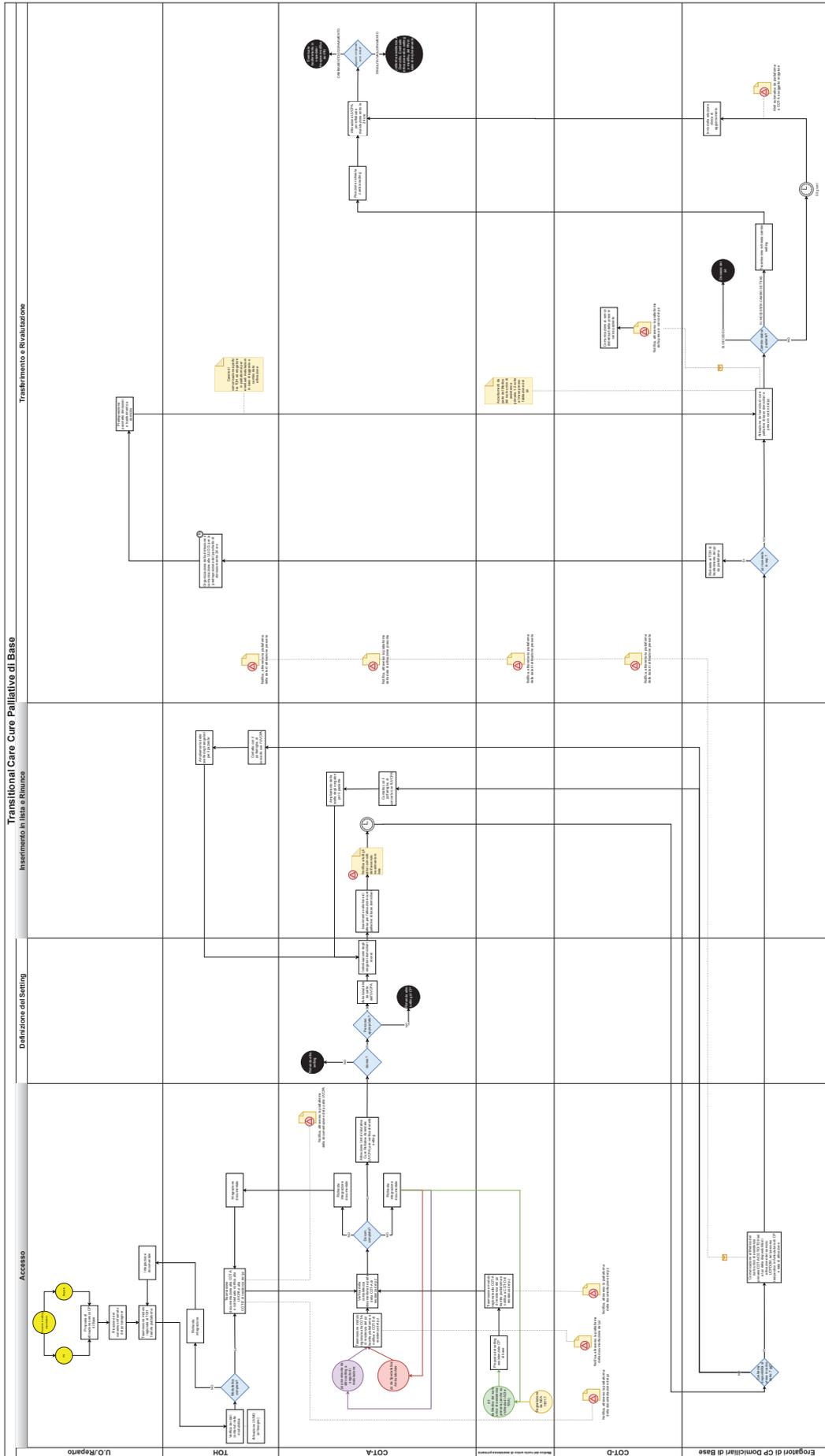
EROGATORE DI CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE (residenziali/domiciliari)

- conferma, entro 7 giorni, la disponibilità alla presa in carico del paziente, che avrà due esiti:
 - in caso di non conferma entro 7 giorni, richiede alla COT-A e al TOH di contattare il paziente/famiglia, di concerto con l'U.V.C.P.A., per ampliare la scelta degli erogatori
 - in caso di conferma comunica ai soggetti invianti la data di attivazione
- in caso di paziente ricoverato in ospedale, invia richiesta di trasferimento del paziente al TOH tramite piattaforma con conseguente notifica a tutti gli attori coinvolti nel processo
- in caso di paziente proveniente dal territorio, attiva il servizio di cure palliative specialistiche e presa in carico del paziente entro 24 ore con conseguente notifica a tutti gli attori coinvolti nel processo
- lo status del paziente può cambiare:
 - decesso, fine assistenza
 - necessità di cambio *setting*, trasmette la richiesta cambio *setting* alla COT-A per attivazione U.V.C.P.A. al fine di effettuare la rivalutazione entro un giorno lavorativo
 - nessuna variazione, a seguito di un periodo di 90gg invia la relazione clinica di aggiornamento a COT-A per effettuare la rivalutazione

UVCPA

- effettua la valutazione di idoneità all'accesso alle CP Specialistiche:
 - in caso di idoneità, rilascia l'autorizzazione all'accesso
 - in caso di non idoneità, può fornire indicazioni per la successiva valutazione della COT-D
- effettua la rivalutazione del bisogno assistenziale

	U.O./PS	TOH	COT-A	COT-D	Erogatore di Cure Palliative Specialistiche (residenziali domiciliari)
<p>Accesso</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il reparto o il PS formula la proposta di attivazione dei servizi di Cure Palliative Specialistiche Il reparto o il PS si fa carico di contattare il paziente/caregiver per ricevere il consenso informato e per individuare da n. 1 a n.4 strutture di preferenza Il reparto o il PS trasmette il modulo regionale al TOH tramite piattaforma 	<ul style="list-style-type: none"> Verifica i dati della modulistica inviata dall'U.O. o dal PS e attiva U.V.M.O. al bisogno In caso di incompletezza della modulistica, richiede integrazione documentale a U.O. o al PS In caso di completezza della modulistica trasmette la documentazione alla COT-A e notifica alla U.V.C.P.A. e COT-D di residenza del paziente 	<ul style="list-style-type: none"> In caso di nuovo paziente proveniente da Medico del Ruolo Unico, da specialista ambulatoriale, da segnalazione NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico o da soggetto invitato che ha effettuato la rivalutazione, riceve il modulo regionale tramite piattaforma e lo notifica alla U.V.C.P.A. e alla COT-D di residenza del paziente Verifica la completezza documentale In caso di documentazione non completa, richiede integrazione ai soggetti inviati In caso di documentazione completa attiva l'U.V.C.P.A. per verifica di identità del <i>setting</i> <i>Setting non idoneo</i>, rimanda ad altro <i>setting</i> <i>Setting idoneo e percorso appropriato</i>, autorizzazione da parte dell'U.V.C.P.A. <i>Setting idoneo e percorso non appropriato</i>, rimando ad altro <i>setting</i> di Cure Palliative Individua gli erogatori di Cure Palliative Specialistiche (domiciliari o residenziali) qualora non indicate precedentemente 	<p>Riceve, tramite piattaforma, la notifica di trasmissione della documentazione da tutti gli attori coinvolti alla COT-A</p>	<ul style="list-style-type: none"> Conferma la disponibilità entro 7 giorni del paziente, che avrà due esiti: <ul style="list-style-type: none"> richiede alla COT-A e al TOH di contattare il paziente/famiglia, di concerto con l'U.V.C.P.A., per ampliare la scelta degli erogatori In caso di conferma, comunica a tutti gli attori coinvolti la data di attivazione
<p>Definizione del setting</p>					
<p>Inserimento in lista/rinunce</p>		<p>In caso di non conferma della disponibilità alla presa in carico del paziente da parte degli erogatori di Cure Palliative Specialistiche, organizza il paziente entro 7 giorni dalla ricezione della notifica, tramite l'U.V.C.P.A. per ampliare le scelte delle strutture di preferenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> Inserisce in lista di attesa (residenziale o domiciliare specialistica) secondo i criteri di priorità Notifica l'avvenuto inserimento in lista a tutti gli attori coinvolti In caso di non conferma della disponibilità alla presa in carico del paziente da parte degli erogatori di Cure Palliative Specialistiche, Residenziali o Domiciliari entro 7 giorni, contatta il paziente/famiglia insieme a U.V.C.P.A. per ampliare le scelte delle strutture di preferenza Riceve notifica della presunta data di attivazione della presa in carico 	<p>Comunica ai servizi distrettuali e al paziente della disponibilità del posto letto</p>	
<p>Trasferimento e rivalutazione</p>	<p>Predisporre il pacchetto di dimissioni per il trasferimento del paziente</p>	<ul style="list-style-type: none"> Riceve notifica della presunta data di attivazione della presa in carico Organizza la dimissione del paziente comunicandolo a U.O. o al PS per la predisposizione del pacchetto dimissioni entro 24h 	<ul style="list-style-type: none"> Riceve richiesta di cambio <i>setting</i> Attiva U.V.C.P.A. per rivalutazione con esito: <ul style="list-style-type: none"> aggravio, in questo caso il paziente può proseguire il suo percorso di Cure Palliative Specialistiche presso la struttura di riferimento o procedere ad un cambio di percorso. Laddove l'U.V.C.P.A. in accordo con l'equipe di Cure Palliative curante, lo ritenga opportuno può eventualmente proporre il trasferimento del paziente in <i>setting</i> ospedaliero miglioramento, in questo caso il paziente può essere trasferito in un percorso di Cure Palliative a minor intensità (Cure Palliative di Base o Ambulatoriali) più adeguato al suo nuovo stato di salute oppure può essere proposta l'attivazione di altro <i>setting</i> In questo caso il paziente prosegue il suo percorso nelle Cure Palliative Specialistiche (Residenziali o Domiciliari) 	<ul style="list-style-type: none"> Se il paziente è ricolto in ospedale invia la richiesta di trasferimento al TOH tramite piattaforma Se il paziente non è ricolto in ospedale attiva il servizio di cure palliative specialistiche e presa in carico del paziente entro 24h Lo status del paziente può cambiare: <ul style="list-style-type: none"> decesso, fine assistenza necessità di cambio setting, trasmette la richiesta cambio <i>setting</i> alla COT-A che attiva l'U.V.C.P.A. per la rivalutazione entro un giorno lavorativo nessuna variazione, a seguito di un periodo di 90gg invia la relazione clinica di aggiornamento 	<ul style="list-style-type: none"> Se il paziente non è ricolto in ospedale invia la richiesta di trasferimento al TOH tramite piattaforma Se il paziente non è ricolto in ospedale attiva il servizio di cure palliative specialistiche e presa in carico del paziente entro 24h Lo status del paziente può cambiare: <ul style="list-style-type: none"> decesso, fine assistenza necessità di cambio setting, trasmette la richiesta cambio <i>setting</i> alla COT-A che attiva l'U.V.C.P.A. per la rivalutazione entro un giorno lavorativo nessuna variazione, a seguito di un periodo di 90gg invia la relazione clinica di aggiornamento



Il modello di *Transitional Care* per il *setting* di Cure Palliative di Base è strutturato in quattro fasi principali:

1. **Accesso;**
2. **Definizione del *setting* assistenziale;**
3. **Inserimento in lista e rinunce;**
4. **Trasferimento e rivalutazione del paziente.**

I seguenti paragrafi hanno l'obiettivo di ripercorrere nel dettaglio il modello di *Transitional Care* per le Cure Palliative di base dell'adulto, partendo dalla prima fase di accesso, fino ad arrivare all'ultima fase relativa al trasferimento e alla rivalutazione del paziente, descrivendo la connessione e i ruoli dei diversi attori coinvolti nello stesso.

Modello di *Transitional Care* per le Cure Palliative di Base: Fase di Accesso

Flusso *Top-down*

Nel caso di un nuovo paziente in *setting* ospedaliero (**flusso *Top-down***), il reparto o il PS formula la proposta di attivazione dei servizi di Cure Palliative di Base Domiciliari o Ambulatoriali, anche avvalendosi di apposita consulenza (*equipe* di Cure Palliative Ospedaliera). Pertanto, il reparto o il PS si fa carico di contattare il paziente e/o il *caregiver* per ricevere il consenso informato.

Successivamente, il reparto o il PS raccoglie la documentazione clinica e diagnostica del paziente e completa la modulistica necessaria. Tale modulistica, firmata digitalmente, viene notificata al TOH tramite piattaforma dedicata.

Il TOH, una volta ricevuta la documentazione dal reparto o dal PS, verifica la completezza dei dati e, al bisogno, provvede ad attivare l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (U.V.M.O.), eventualmente anche su indicazione del reparto o del PS. In caso di modulistica incompleta, richiede integrazione al reparto o al PS. Al contrario, qualora la documentazione risulti completa, il TOH la inserisce in piattaforma per la COT-A e, contestualmente, notifica attraverso piattaforma la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente e all'Unità Valutativa di Cure Palliative Aziendale (U.V.C.P.A.).

A questo punto della fase di accesso, il percorso del paziente proveniente dal flusso *Top-down* si sovrappone a quello previsto per i pazienti provenienti dal territorio (**flusso *Bottom-up***), che viene di seguito descritto.

Flusso *Bottom-up*

La COT-A può ricevere la richiesta di attivazione del servizio di Cure Palliative di Base di un paziente proveniente dal territorio, qualora la richiesta sia formulata tramite segnalazione NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (Medico del Ruolo Unico), dal suo Medico del Ruolo Unico (anche su richiesta di ADI e RSA), da specialistica ambulatoriale o da un altro *setting* a seguito di rivalutazione. Contestualmente la COT-D del distretto di residenza del paziente riceve notifica.

La COT-A verifica la completezza della documentazione e in caso di integrazione, richiede ulteriori chiarimenti:

- in caso di flusso *Top-down*, la richiesta verrà inoltrata al TOH che provvederà all'integrazione della documentazione;
- in caso di flusso *Bottom-up*, la richiesta verrà inoltrata al Medico del Ruolo Unico, specialistica ambulatoriale del distretto di appartenenza del paziente, al soggetto inviante che ha effettuato la rivalutazione, i quali provvedono all'integrazione della documentazione. Nel caso di richiesta al Medico del Ruolo Unico, lo stesso propone il *setting* assistenziale di Cure Palliative di base trasmettendo il modulo regionale alla COT-A tramite piattaforma.

Diversamente, se non vi è necessità di integrazione della documentazione, la COT-A attiva direttamente l'U.V.C.P.A. per la verifica dell'idoneità del *setting* proposto e la formulazione del PAI.

La fase di Accesso si conclude con la conferma della disponibilità alla presa in carico del paziente da parte dell'Erogatore Domiciliare. La COT-A e il TOH effettuano il monitoraggio sui tempi di presa in carico.

Nel momento di accettazione del paziente, l'erogatore indica in piattaforma ai servizi richiedenti (COT-D, COT-A, TOH, Medico del Ruolo Unico, specialistica ambulatoriale e soggetto inviante da altro *setting*) l'avvenuta accettazione e la presunta data di attivazione del servizio.

Modello di *Transitional Care* per le Cure Palliative di Base: Fase di Definizione del Setting Assistenziale

Al fine di garantire un'appropriata presa in carico assistenziale, la COT-A attiva l'U.V.C.P.A. la quale valuta l'idoneità della proposta di *setting* e formula il PAI sulla base della complessità socio-sanitaria del paziente. Nel caso in cui il paziente non risulti idoneo al *setting* di Cure Palliative, la COT-A trasmette l'esito della valutazione alla COT-D del distretto di pertinenza (U.V.M.D. e/o Nucleo Clinico Operativo) o al TOH (in caso di paziente proveniente da *setting* ospedaliero) per l'elaborazione di una proposta di altro percorso assistenziale sulla base di quanto emerso dalla valutazione da parte della U.V.C.P.A.. Nel caso in cui il paziente risulti idoneo al *setting* di Cure Palliative ma i bisogni assistenziali richiedono un'intensità maggiore, tali da rendere inappropriato il percorso di Cure Palliative di Base, l'U.V.C.P.A. potrà indirizzare il paziente alle Cure Palliative Specialistiche. Diversamente, l'U.V.C.P.A. autorizza l'idoneità al *setting* e conferma l'appropriatezza al percorso di Cure Palliative di Base.

Successivamente, la COT-A procede all'individuazione degli erogatori domiciliari idonei.

Modello di *Transitional Care* per le Cure Palliative di Base: Fase di Inserimento in Lista e Rinunce

La COT-A, attraverso piattaforma dedicata, provvede ad inserire il paziente nelle liste di attesa per l'attivazione di Cure Palliative di Base domiciliari, notificandolo a tutti gli attori coinvolti.

Successivamente, il paziente e gli altri attori coinvolti vengono informati della possibilità di attivazione del servizio.

Nel caso in cui, entro 7 giorni dalla richiesta, nessuna delle strutture identificate confermi la presa in carico del paziente, la COT-A o il TOH, di concerto con l'U.V.C.P.A., comunica tale esito al paziente o al *caregiver* e può richiedere agli stessi di scegliere eventuali ulteriori erogatori di preferenza, provvedendo al reinserimento nella lista di attesa sulla base delle nuove preferenze del paziente senza compromettere la priorità precedentemente acquisita.

Modello di *Transitional Care* per le Cure Palliative di Base: Fase di Trasferimento e Rivalutazione del Paziente

Il modello di *Transitional Care* prevede, infine, la fase di trasferimento e/o di rivalutazione del paziente.

In seguito alla conferma dell'attivazione del servizio, nel caso in cui il paziente provenga da un *setting* ospedaliero, l'erogatore del servizio invia una richiesta al TOH tramite la piattaforma dedicata al fine di avviare le procedure di dimissione e trasferimento. Il TOH si fa carico dell'organizzazione delle dimissioni interfacciandosi con il reparto o il PS che predispose il pacchetto di dimissione entro le 24 ore successive. Durante questa fase, le comunicazioni tra il TOH e l'erogatore rimangono aperte, al fine di consentire eventuali rivalutazioni dello stato di salute del paziente o cambi di data di attivazione del servizio. In caso di paziente proveniente dal domicilio, l'erogatore del servizio invia una richiesta di trasferimento alla COT-D che ne dà comunicazione ai servizi distrettuali al fine di informare il paziente/*caregiver*/ADS.

L'erogatore prende in carico il paziente e attiva il servizio di Cure Palliative di Base domiciliari con il coordinamento del Medico del Ruolo Unico che effettuerà accertamenti per n. 1-2 volte al mese presso

l'abitazione del paziente, secondo PAI. La presa in carico viene notificata, tramite piattaforma, alla COT-A e COT-D che ne dà comunicazione ai servizi distrettuali.

In caso di cambio dello status clinico del paziente successivo alla presa in carico, l'erogatore indica in piattaforma la richiesta di cambio *setting* alla COT-A, che riceve la notifica e provvede all'attivazione della U.V.C.P.A. per effettuare la rivalutazione entro un giorno lavorativo. Diversamente, se lo status del paziente rimane invariato alla scadenza della validità temporale del percorso di cura (90gg), viene attivato il processo di rivalutazione attraverso un *alert* automatico inoltrato dalla piattaforma alla COT-A e all'erogatore del servizio.

Pertanto, l'erogatore notifica l'aggiornamento della relazione clinica alla COT-A che attiva l'U.V.C.P.A. per effettuare la rivalutazione della condizione clinica del paziente che può avere i seguenti esiti:

1. **stabilità/Miglioramento delle condizioni**, il paziente può continuare a ricevere le cure presso il domicilio. In caso di miglioramento l'U.V.C.P.A. può eventualmente proporre l'attivazione di altro *setting* o la modifica del PAI;
2. **cambiamento/Aggravamento delle condizioni**, il paziente può proseguire il suo percorso di Cure Palliative di Base, anche modificando il PAI o prevedere un cambio di percorso (Cure Palliative Specialistiche domiciliari/residenziali). Laddove l'U.V.C.P.A., in accordo con l'*equipe* di Cure Palliative curante, lo ritenga opportuno può eventualmente proporre il trasferimento del paziente in *setting* ospedaliero, programmando le attività necessarie in raccordo con il TOH.

Funzioni degli attori coinvolti

U.O./PS

- il reparto o il PS formula la proposta di attivazione dei servizi di Cure Palliative di Base
- il reparto o il PS si fa carico di acquisire dal paziente/*caregiver* per ricevere il consenso informato
- il reparto o il PS trasmette il modulo regionale al TOH tramite piattaforma
- predisporre il pacchetto di dimissioni per il trasferimento del paziente

TOH

- verifica i dati della modulistica inviata da reparto o da PS e attiva U.V.M.O. al bisogno
- in caso di incompletezza della modulistica, richiede integrazione documentale a U.O. o al PS
- in caso di completezza della modulistica trasmette la documentazione alla COT-A che la notifica alla U.V.C.P.A. e COT-D di residenza del paziente
- nel caso in cui, entro 7 giorni dalla richiesta, nessuna delle strutture identificate confermi la presa in carico del paziente, la COT-A o il TOH, di concerto con l'U.V.C.P.A., comunica tale esito al paziente o al *caregiver* e può richiedere agli stessi di scegliere eventuali ulteriori erogatori di preferenza
- riceve notifica della presunta data di attivazione della presa in carico
- organizza la dimissione del paziente comunicandolo a U.O. o al PS per la predisposizione del pacchetto dimissioni entro 24h

COT-A

- in caso di nuovo paziente proveniente da Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (anche su richiesta di ADI e RSA), da segnalazione da NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico, da specialistica ambulatoriale o dal soggetto inviante che ha effettuato la rivalutazione riceve il modulo regionale tramite piattaforma e lo notifica alla COT-D di residenza del paziente
- verifica la completezza documentale
- in caso di documentazione non completa, richiede integrazione ai soggetti invianti
- in caso di documentazione completa attiva l'U.V.C.P.A. per la verifica di idoneità del *setting*:
 - non idoneo, rimando ad altro *setting*
 - idoneo e percorso appropriato rilascio dell'autorizzazione da parte dell'U.V.C.P.A. con formulazione del PAI
 - idoneo e percorso non appropriato, rimando ad altro *setting* di Cure Palliative
- individua gli erogatori domiciliari idonei
- inserisce in lista di attesa per l'attivazione Cure Palliative di Base
- notifica dell'avvenuto inserimento in lista a tutti gli attori individuati
- nel caso in cui, entro 7 giorni dalla richiesta, nessuna delle strutture identificate confermi la presa in carico del paziente, la COT-A o il TOH, di concerto con l'U.V.C.P.A., comunica tale esito al paziente o al *caregiver* e può richiedere agli stessi di scegliere eventuali ulteriori erogatori di preferenza
- riceve notifica della presunta data di attivazione della presa in carico
- riceve la richiesta di cambio *setting*
- attiva U.V.C.P.A. per rivalutazione entro un giorno lavorativo con esito:
 - cambiamento/aggravio, il paziente può proseguire il suo percorso di Cure Palliative di Base, anche rimodulando il PAI o prevedere un cambio di percorso. Laddove l'U.V.C.P.A., in accordo con l'equipe di Cure Palliative curante, lo ritenga opportuno può eventualmente proporre il trasferimento del paziente in *setting* ospedaliero
 - stabilità/miglioramento, il paziente può continuare a ricevere le cure presso il domicilio. In caso di miglioramento l'U.V.C.P.A. può eventualmente proporre l'attivazione di altro *setting* o rimodulare il PAI delle cure palliative domiciliari di base

Medico del Ruolo Unico

- propone il *setting* assistenziale di Cure Palliative di Base
- trasmette modulo regionale alla COT-A tramite piattaforma che lo notifica alla COT-D di residenza del paziente
- riceve comunicazione/notifica della presunta data di attivazione della presa in carico
- a seguito di attivazione di servizio di Cure Palliative di Base e presa in carico del paziente, deve monitorare le condizioni cliniche del paziente 1-2 volte al mese presso il suo domicilio

COT-D

- riceve la notifica dalla COT-A della documentazione trasmessa dai soggetti invianti tramite piattaforma
- riceve notifica della presunta data di attivazione della presa in carico
- comunica ai servizi distrettuali della presa in carico del paziente notificandolo tramite piattaforma

Erogatori di cure palliative domiciliari di base

- conferma la disponibilità della presa in carico entro 7 giorni del paziente, che avrà due esiti:
 - in caso di non conferma della presa in carico entro 7 giorni, richiede alla COT-A e al TOH di contattare il paziente/famiglia, di concerto con l'U.V.C.P.A. per ampliare la scelta degli erogatori
 - in caso di conferma comunica ai soggetti invianti e al paziente la disponibilità di presa in carico del servizio di Cure Palliative di Base e la data di attivazione
- in caso di paziente ricoverato in ospedale, invia richiesta di trasferimento del paziente al TOH tramite piattaforma per la successiva presa in carico. In caso contrario attiva il servizio di Cure Palliative di Base e presa in carico del paziente
- in caso di paziente proveniente dal domicilio, l'erogatore del servizio invia una richiesta di trasferimento alla COT-D che ne dà comunicazione ai servizi distrettuali al fine di informare il paziente/*caregiver*/ADS
- lo status del paziente può cambiare:
 - decesso, fine assistenza
 - necessità di cambio *setting*, trasmette la richiesta cambio *setting* alla COT-A per attivazione U.V.C.P.A. al fine di effettuare la rivalutazione entro un giorno lavorativo
 - nessuna variazione, a seguito di un periodo di 90gg invia la relazione clinica di aggiornamento a COT-A per effettuare la rivalutazione

UVCPA

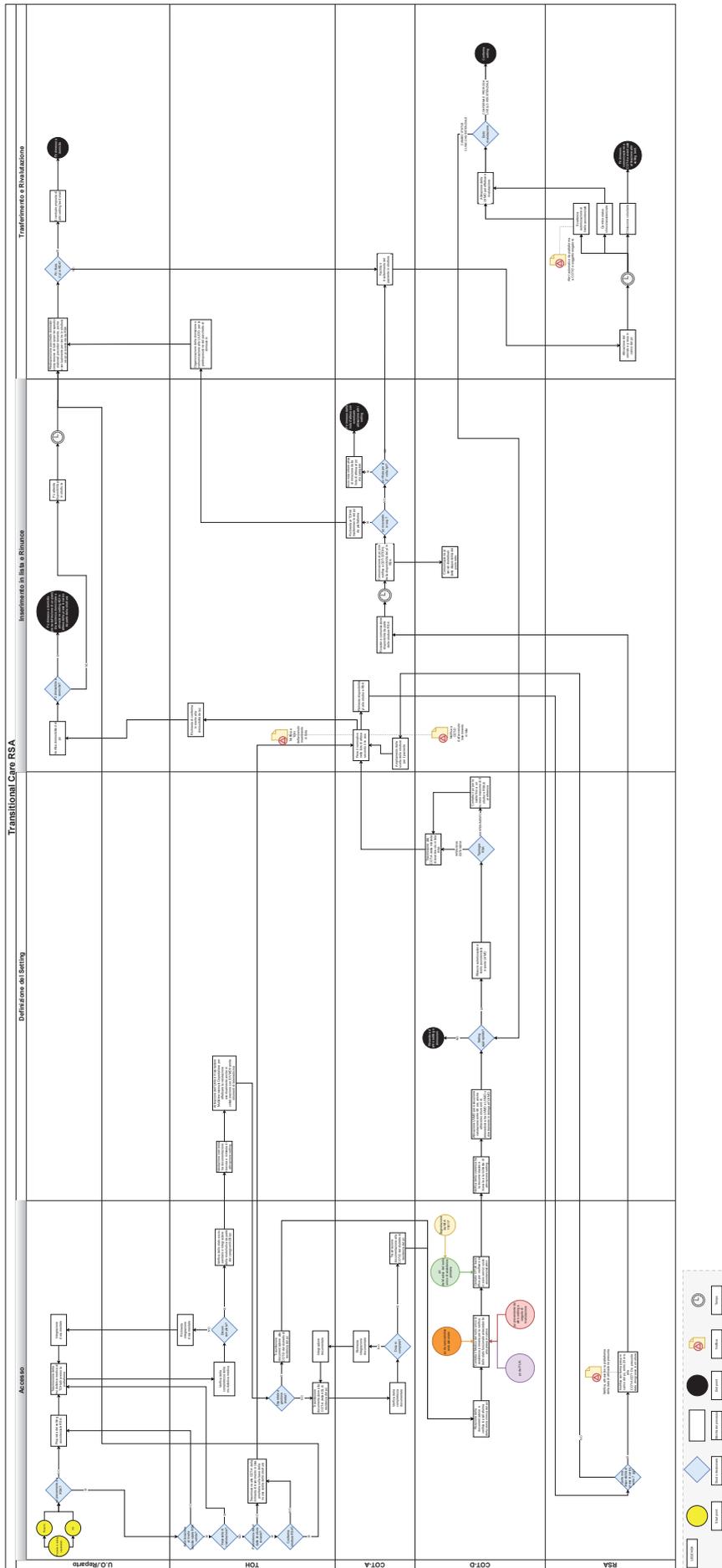
- effettua la valutazione di idoneità alle CP Domiciliari di Base:
 - in caso di idoneità, rilascia l'autorizzazione all'accesso con formulazione del PAI
 - in caso di idoneità alle CP ma percorso di CP Domiciliari di base non appropriato, rilascia l'autorizzazione all'accesso ad altro *setting* di CP
 - in caso di non idoneità, può fornire indicazioni per la successiva valutazione della COT-D
- effettua la rivalutazione del bisogno assistenziale

	U.O./PS	TOH	COT-A	Medico del Ruolo Unico	COT-D	Erogatori di Cure Palliative Domiciliari di Base
Accesso	<ul style="list-style-type: none"> Il reparto o il PS formula la proposta di attivazione dei servizi di Cure Palliative di Base Il reparto o il PS si fa carico di contattare il paziente/erogatore per ricevere il consenso informato Il reparto o il PS trasmette il modulo regionale al TOH tramite piattaforma 	<ul style="list-style-type: none"> Verifica i dati della modulistica inviata da U.O. o dal PS e attiva U.V.M.O. al bisogno In caso di incompletezza della modulistica, richiede integrazione documentale a U.O. o al PS In caso di completezza della modulistica trasmette la documentazione alla COT-A e notifica alla U.V.C.P.A. e COT-D di residenza del paziente 	<ul style="list-style-type: none"> In caso di nuovo paziente proveniente da Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (anche su richiesta di ADI e RSA), da separazione da NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico, da specialistica ambulatoriale o dal soggetto invitante che ha effettuato la rivitalizzazione, verifica la completezza documentale: caso di decompensazione <ul style="list-style-type: none"> non completa, richiede integrazione ai soggetti inviati; in caso di documentazione completa, attiva U.V.C.P.A. per verifica di idoneità del setting. Setting non idoneo, rimanda ad altro setting Setting idoneo e percorso appropriato, autORIZZAZIONE da parte dell'U.V.C.P.A., con formulazione del PAI Setting idoneo e percorso non appropriato, rimando ad altro setting di Cure Palliative Individua gli erogatori domiciliari idonei 	<ul style="list-style-type: none"> Propone il setting assistenziale di Cure Palliative di base Trasmette modulo regionale alla COT-A in formato idoneo e notifica alla COT-D di residenza del paziente 	<p>Riceve, tramite piattaforma, la notifica di trasmissione della documentazione da tutti gli attori coinvolti alla COT-A</p>	<ul style="list-style-type: none"> Conferma la disponibilità alla presa in carico entro 7 giorni del paziente, che avrà due esiti: <ul style="list-style-type: none"> in caso di non conferma, richiede alla COT-A, e al TOH di contattare il paziente/famiglia di concerto con l'U.V.C.P.A., per ampliare la scelta degli erogatori; in caso di conferma comunica a tutti gli attori coinvolti la disponibilità di attivazione del servizio di Cure Palliative di Base e la data di attivazione.
Definizione del setting			<ul style="list-style-type: none"> Setting non idoneo, rimanda ad altro setting Setting idoneo e percorso appropriato, autORIZZAZIONE da parte dell'U.V.C.P.A., con formulazione del PAI Setting idoneo e percorso non appropriato, rimando ad altro setting di Cure Palliative Individua gli erogatori domiciliari idonei 			
Inserimento in lista/rinunce		<p>In caso di non conferma della disponibilità alla presa in carico del paziente da parte degli erogatori domiciliari di CP entro 7 giorni, contatta il paziente/famiglia in accordo con l'U.V.C.P.A., per ampliare le scelte delle strutture di preferenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> Inserisce in lista di attesa per l'attivazione Cure Palliative di Base Notifica l'avvenuto inserimento in lista a tutti gli attori coinvolti In caso di non conferma della disponibilità alla presa in carico da parte degli erogatori domiciliari entro 7 giorni del paziente contatta il paziente/famiglia insieme a U.V.C.P.A. per ampliare le scelte degli erogatori 			
Trasferimento e rivalutazione	<p>Predisporre il pacchetto di dimissioni per il trasferimento del paziente</p>	<ul style="list-style-type: none"> Riceve notifica della presunta data di attivazione della presa in carico Organizza la dimissione del paziente comunicandolo a U.O. o al PS per la predisposizione del pacchetto dimissioni entro 24h 	<ul style="list-style-type: none"> Riceve notifica della presunta data di attivazione della presa in carico Riceve la richiesta di cambio setting Attiva U.V.C.P.A. per rivalutazione entro un giorno lavorativo con esito: <ul style="list-style-type: none"> cambio/aggancio, il paziente può proseguire il suo percorso con il nuovo setting, il PAI o anche rimodulando il PAI o prevedere un cambio di percorso. Laddove l'U.V.C.P.A., in accordo con l'equipe di Cure Palliative curante, lo ritenga opportuno può eventualmente proporre il trasferimento del paziente in setting ospedaliero; stabilità/miglioramento, il paziente può continuare a ricevere le cure presso il domicilio. In caso di miglioramento l'U.V.C.P.A. può eventualmente proporre l'attivazione di altro setting o rimodulare il PAI delle cure palliative domiciliari di base. 	<ul style="list-style-type: none"> Riceve notifica della presunta data di attivazione della presa in carico Accerta la condizione clinica del paziente 1-2 volte al mese presso il suo domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> Se il paziente è ricoverato in ospedale invia richiesta di trasferimento del paziente al TOH tramite piattaforma Se il paziente non è ricoverato in ospedale attiva il servizio di cure palliative e presa in carico del paziente invia una richiesta di trasferimento alla COT-D che ne dà comunicazione ai servizi discretuali al fine di informare il paziente/erogatore/ADS. Lo status del paziente può cambiare: <ul style="list-style-type: none"> decesso, degenza ospedaliera, cessata di vita, cessata di setting, trasmissione della richiesta cambio setting alla COT-A che attiva l'U.V.C.P.A. per la rivalutazione; nessuna variazione, a seguito di un periodo di 90gg invia la relazione clinica di aggiornamento. 	

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

Allegato 3





Il modello di *Transitional Care* per le RSA, atto a garantire un'assistenza ottimale e continuativa a persone non autosufficienti, anche anziane che necessitano della Residenza Sanitaria Assistenziale, è strutturato in quattro fasi principali:

- 1. Accesso;**
- 2. Definizione del *setting* assistenziale;**
- 3. Inserimento in lista e rinunce;**
- 4. Trasferimento e rivalutazione del paziente.**

I seguenti paragrafi esplorano ogni fase del modello, partendo dalla prima fase di accesso, fino ad arrivare all'ultima fase relativa al trasferimento e alla rivalutazione del paziente, delineando in dettaglio le operazioni e descrivendo le interazioni e i ruoli dei diversi attori coinvolti nello stesso.

Modello di *Transitional Care* per le Strutture RSA: Fase di Accesso

Nel caso di un nuovo paziente in *setting* ospedaliero (**flusso *Top-down***), il reparto o il PS, nell'insieme delle attività clinico-assistenziali e nell'ottica della continuità terapeutica, analizza il quadro clinico del paziente per individuare il *setting* assistenziale maggiormente appropriato al bisogno espresso, al fine di garantire la continuità delle cure.

Flusso *Top-down*

In caso di proposta di accesso alla Residenza Sanitaria Assistenziale, le azioni da seguire si differenziano a seconda della provenienza del paziente e sulla base della necessità o meno di una rivalutazione. Nello specifico:

- 1) Paziente **proveniente da RSA** per il quale si ritiene appropriato il rientro in struttura e **per il quale non è necessaria una rivalutazione**;
- 2) Paziente **non proveniente da RSA**, oppure paziente **proveniente da RSA per il quale si ritiene opportuna una rivalutazione**.

Per quanto attiene ai pazienti di cui al punto 1, essi vanno divisi in due ulteriori categorie, per ognuna delle quali il percorso di *Transitional Care* procede diversamente:

- a. Paziente proveniente da RSA e per il quale alla data di dimissione dall'Ospedale non risultano ancora superati i termini previsti dalla normativa (DCA 103/2010, DGR 790/2016 e DGR 22/2025) per il rientro in struttura. In questo caso il reparto di degenza predispone il pacchetto di dimissioni (composto da piani terapeutici, lettera di dimissione, prescrizione di farmaci e/o nutrizioni per almeno per i primi 7 gg, più ogni altro elemento ritenuto utile alla presa in carico del paziente) e organizza il rientro nella RSA di provenienza salvo indicazioni differenti da parte del paziente o del *caregiver*;
- b. Paziente proveniente da RSA con autorizzazione all'accesso ancora valida al momento della dimissione dall'Ospedale, ma per il quale i termini utili al rientro in struttura risultano superati. In questo caso il TOH trasmette, tramite piattaforma, la modulistica alla COT-A di riferimento per l'inserimento prioritario del paziente nella lista di attesa della struttura di provenienza o di altre strutture eventualmente indicate al fine di garantire un tempestivo rientro in RSA.

Per quanto riguarda, invece, i pazienti di cui al punto 2, la fase di accesso del processo di *Transitional Care* procede come indicato di seguito.

Il reparto o il PS provvede a trasmettere al TOH la richiesta di invio del paziente in RSA, allegando l'apposita modulistica medica.

Il TOH, una volta ricevuta la richiesta e la documentazione dal reparto o dall'ambulatorio di PS dimettente, ne verifica la completezza e, in caso di documentazione mancante, inoltra eventuale richiesta di integrazione al reparto dimettente.

Successivamente il TOH, valutata la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting*, considerato lo stato sociosanitario antecedente alla presa in carico del paziente e integrata la modulistica medica con la richiesta effettuata dal *caregiver*/Amministratore di Sostegno (ADS)/paziente, attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO), eventualmente in collaborazione con l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), per effettuare la valutazione del paziente, anche attraverso strumenti di telemedicina, come riportato nell'Allegato 9 "Modalità operative di interazione tra Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO) e Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)".

A seguito della valutazione:

- a) Se l'ospedale è a **gestione diretta** e **si trova nella ASL di residenza** del paziente, il TOH trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente, che prende in carico la pratica;

- b) Se l'ospedale è a **gestione diretta**, ma **non si trova nella ASL di residenza** del paziente, il TOH trasmette la documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente.
- c) Se l'ospedale **non è a gestione diretta**, il TOH procede con la trasmissione della documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente.

La COT-D, a seguito della ricezione della modulistica di richiesta di ricovero in RSA per il paziente dal TOH o dalla COT-A, verifica tramite piattaforma la storia clinica del paziente e provvede alla verifica dello stato funzionale antecedente alla presa in carico ed eventuale presenza dei servizi socioassistenziali attivi con il supporto del Medico di Ruolo Unico o PUA, in modo da definire compiutamente il percorso assistenziale maggiormente appropriato per l'assistito.

A questo punto della fase di accesso, il percorso del paziente proveniente dal flusso *top-down* si sovrappone a quello previsto per i pazienti provenienti dal territorio (**flusso *Bottom-up***), che viene di seguito descritto.

Flusso *Bottom-up*

Questo flusso si avvia nel caso di paziente proveniente dal territorio per il quale, la COT-D, nell'insieme delle attività clinico-assistenziali e nell'ottica della continuità terapeutica, riceve la richiesta di attivazione nel *setting* RSA formulata dal Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (Medico del Ruolo Unico), dalla specialistica ambulatoriale, tramite segnalazione proveniente dal NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico o dal PUA.

In questa fase si inseriscono anche le richieste provenienti dalle unità valutative che hanno posto indicazione per un cambio di *setting* su un paziente a seguito di rivalutazione.

In tal caso, gli attori di cui sopra inviano la richiesta di valutazione multidimensionale alla COT-D del distretto in cui operano, la quale attiva successivamente l'UVMD.

Una volta effettuata la VMD, autorizzato l'accesso e operata la scelta della struttura, se prevista dal livello esitato dalla valutazione, la COT-D, acquisita tutta la documentazione necessaria, notifica alla COT-A che pone il paziente in lista di attesa.

La fase di Accesso si conclude (per i flussi *top-down* e *bottom-up*) con la conferma, entro 7 giorni dalla richiesta, della disponibilità alla presa in carico da parte della struttura RSA. Qualora, entro 7 giorni dalla richiesta, non venisse confermata la disponibilità alla presa in carico, la COT-A verifica la disponibilità da parte del paziente/*caregiver*/ADS ad ampliare la scelta delle strutture verso le quali inviare richiesta, inserendo successivamente il nominativo in lista di attesa o modificandone la scelta.

Nel caso di accettazione del paziente, l'erogatore dovrà comunicare, tramite la piattaforma, alla COT-D e alla COT-A l'avvenuta accettazione del paziente e la presunta data di ingresso nella struttura.

Modello di *Transitional Care* per le Strutture RSA: Definizione del *setting*

Ricevuta richiesta dal TOH (nel caso di flusso *Top-down*) o dagli attori operanti sul territorio (nel caso di flusso *Bottom-up*), la COT-D valuta la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting* assistenziale proposto e attiva l'UVMD.

L'UVMD di residenza del paziente, direttamente o tramite delega a UVM territorialmente competente, entro 48 ore lavorative effettua una valutazione multidimensionale per la validazione del *setting* ed il rilascio dell'autorizzazione al livello assistenziale ritenuto idoneo. Tale valutazione può eventualmente essere effettuata di concerto con l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera o in delega alla stessa, avvalendosi laddove ritenuto opportuno di strumenti di telemedicina, come riportato nell'Allegato 9 "Modalità operative di interazione tra Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO) e Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)".

Successivamente, in funzione dello stato clinico-assistenziale e all'esito della valutazione multidimensionale suddetta, qualora il *setting* assistenziale individuato sia l'RSA di mantenimento, il paziente ha la facoltà di selezionare fino a un massimo di n. 5 strutture di sua preferenza tra quelle presenti nel territorio della Regione Lazio. Pertanto, la COT-D, o il TOH in caso di paziente in *setting* ospedaliero, si fa carico di contattare il paziente/caregiver/ADS per la definizione delle strutture di preferenza comunicate formalmente dal paziente.

In seguito, per tutte le tipologie di RSA (mantenimento, estensiva per non autosufficienti, estensiva per disturbi cognitivi comportamentali gravi ed intensiva), l'UVMD provvede a trasmettere alla COT-A la richiesta di inserimento in lista.

La fase di definizione del *setting*, unitamente a quella di accesso, termina con l'inserimento in lista del paziente.

Modello di *Transitional Care* per le Strutture RSA: Inserimento in lista e rinunce

In questa fase, la COT-A riceve le richieste dai TOH (nel caso di pazienti per cui persiste il posto letto in struttura) o dalle UVMD (per pazienti per i quali si è resa necessaria la valutazione multidimensionale) e provvede all'inserimento del paziente nelle liste di attesa, secondo ordine cronologico, livello assistenziale esitato dalla valutazione multidimensionale e criteri di priorità. Contestualmente, sia la COT-D di residenza del paziente che il TOH (in caso di flusso *top-down*), o gli attori operanti sul territorio (nel caso di flusso *bottom-up*) ricevono notifica dell'esito della valutazione e dell'avvenuto inserimento in lista.

La COT-A, contestualmente, richiede al TOH la conferma in merito alla dimissibilità del paziente (degenti in reparto, in PS o in attesa di trasferimento in reparto dal PS); il reparto che riceve la richiesta procede alla relativa verifica che può esitare in paziente:

- Dimissibile a domicilio → il paziente viene dimesso a domicilio previa definizione di un piano di assistenza o viene attivato un altro *setting* provvisorio (ADI, Lungodegenza Medica cod.60, OdC), in attesa della disponibilità del p.l. in struttura;
- Non dimissibile a domicilio → il paziente attende la disponibilità del posto letto, con notazione di priorità.

Al momento della ricezione della disponibilità del posto letto da parte della struttura RSA, la COT-A comunica al paziente la disponibilità di un posto letto. Contestualmente, sia la COT-D di residenza del paziente che il TOH (in caso di flusso *top-down*), o gli attori operanti sul territorio (nel caso di flusso *bottom-up*) ricevono notifica della disponibilità del posto letto.

Al termine di questo passaggio:

- a) nel caso in cui il paziente provenga dal *setting* per acuti o di post-acuzie, la COT-A, tramite la piattaforma dedicata, invia la richiesta di trasferimento del paziente al TOH e alle COT-D (ognuno per

le proprie competenze); il paziente accetta l'ospitalità presso la prima struttura con posto letto disponibile, fermo restando la possibilità di avanzare contestualmente la richiesta di trasferimento in altra RSA di preferenza da inoltrare formalmente alla COT-A di residenza per l'inserimento in lista di attesa;

- b) nel caso in cui il paziente provenga da un *setting* territoriale (domicilio, struttura socioassistenziale, sociale), egli ha la facoltà di rifiutare, per un massimo di n.2 volte, il posto letto offerto. Al momento del secondo rifiuto, la COT-A invia al paziente/*caregiver*/ADS una nota informativa di rimozione dalla lista, comunicandolo alla COT-D di residenza per l'eventuale attivazione di altri *setting* che garantiscano la continuità assistenziale.

Modello di *Transitional Care* per le Strutture RSA: Trasferimento e rivalutazione del paziente

Il modello di *Transitional Care* prevede, infine, la fase di trasferimento e di rivalutazione del paziente.

In caso di **paziente proveniente da *setting* ospedaliero**, il TOH si fa carico dell'organizzazione delle dimissioni interfacciandosi con il reparto o il PS per la predisposizione del pacchetto di dimissioni, comprensivo del fabbisogno terapeutico, farmacologico e nutrizionale per i primi 7 gg dalla dimissione. Il reparto o il PS predispone il pacchetto di dimissioni con l'elaborazione di tutti i piani terapeutici, anche per il rientro in struttura se il paziente è proveniente da RSA. La COT-A ne facilita il trasferimento e verifica la successiva presa in carico del paziente da parte della RSA ospitante.

La struttura RSA, quindi, attiva il servizio e prende in carico il paziente.

Alla scadenza della validità temporale dell'autorizzazione al livello assistenziale o in caso di cambio status clinico-assistenziale, viene attivato il processo di rivalutazione attraverso un *alert* automatico (generato dall'approssimarsi della scadenza del piano) o una segnalazione inviata dalla struttura RSA alla COT-D. Quest'ultima, ricevuto l'*alert* o la segnalazione, attiva l'UVMD per effettuare la rivalutazione del paziente presso la struttura in cui è in cura. Tale rivalutazione, potrà esitare in una conferma e proroga del livello assistenziale, nonché quindi del posto letto a lui assegnato, oppure in un cambio di livello o del *setting* assistenziale.

Nel caso di dimissioni volontarie, la struttura RSA invia apposita segnalazione alla COT-D e alla COT-A di residenza del paziente, che attivano eventualmente altri *setting* territoriali a supporto delle dimissioni.

Funzioni attori coinvolti**U.O. di reparto/PS**

- nel caso in cui il paziente provenga da *setting* RSA per il quale non è necessaria una rivalutazione
 - se non risultano ancora superati i termini previsti dalla normativa per il rientro in struttura, il reparto o il PS predispose il pacchetto di dimissioni, che include l'elaborazione di tutti i piani terapeutici, lettera di dimissione, farmaci/nutrizioni per almeno 7 gg necessari e organizza il rientro in RSA di provenienza salvo indicazioni differenti da parte del paziente o del *caregiver*
 - se l'autorizzazione all'accesso risulta ancora valida al momento della dimissione dall'Ospedale, ma con i termini utili per il rientro nella stessa superati, il reparto o il PS provvede alla trasmissione della modulistica al TOH, tramite la piattaforma, per richiedere alla COT-A l'inserimento in lista prioritaria del paziente
- nel caso in cui il paziente non provenga da *setting* RSA, oppure proveniente da *setting* RSA per il quale si ritiene opportuna una rivalutazione, il reparto o il PS trasmette la modulistica al TOH
- verifica dimissibilità del paziente
- se il paziente rifiuta il posto letto in RSA, propone eventualmente altri *setting* territoriali con conseguente dimissione del paziente a domicilio

TOH

- verifica la completezza documentale trasmessa dal reparto o dal PS
 - se la documentazione è incompleta, richiede integrazione al reparto o al PS
 - se la documentazione è completa, verifica eventualmente lo stato socio-sanitario antecedente alla presa in carico del paziente. Valuta la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting*, attiva l'UVMO eventualmente in collaborazione con l'UVMD, al fine di effettuare la valutazione anche attraverso strumenti di telemedicina
- trasmette a COT-A la richiesta di inserimento in lista di attesa prioritaria, se paziente già ospite di RSA in rientro nella stessa
- se l'ospedale è a gestione diretta e si trova nella ASL di residenza del paziente trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente
- se l'ospedale è a gestione diretta ma non si trova nella ASL di residenza del paziente trasmette la documentazione alla COT-A di residenza del paziente
- se l'ospedale è a gestione indiretta, trasmette la documentazione alla COT-A della ASL di residenza del paziente
- chiede conferma in merito alla dimissibilità del paziente al Reparto o al PS
- organizza la dimissione e comunica al reparto o al PS la predisposizione del pacchetto di dimissioni

COT-A

- verifica la completezza documentale trasmessa da TOH
 - se la documentazione è completa, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente
 - se la documentazione non è completa, richiede integrazione al TOH
- pone il nominativo del paziente in lista di attesa secondo il livello assistenziale su richiesta del TOH e UVMD notificandolo alle stesse
- richiede la disponibilità del posto letto alle strutture RSA
- riceve la comunicazione di disponibilità del posto letto dalle strutture RSA
- in caso di non disponibilità alla presa in carico da parte delle strutture verifica la disponibilità da parte del paziente/*caregiver*/ADS ad ampliare la scelta delle strutture verso le quali inviare richiesta
- comunica a COT-D/TOH la disponibilità di posto letto in RSA
 - se il paziente è ricoverato in ospedale, richiede al TOH il trasferimento del paziente tramite piattaforma
 - se il paziente non è ricoverato in ospedale, verifica che non sia il secondo rifiuto di posto letto

- in caso positivo, invia nota informativa di rimozione dalla lista di attesa al paziente/*caregiver*/ADS e il paziente viene rimosso dalla lista di attesa con eventuale attivazione di altro *setting*
- in caso negativo, facilita il trasferimento del paziente in struttura

COT-D

- riceve la documentazione da COT-A e TOH e verifica in piattaforma la storia clinica del paziente
- se il paziente proviene da specialistica ambulatoriale/PUA/segnalazione NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico/dalle unità valutative che hanno posto indicazione per un cambio di *setting*, contatta il Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria per la verifica dello stato funzionale antecedente alla presa in carico
- se il paziente proviene da Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria contatta il PUA *back-office* per verifica la presenza di servizi socioassistenziali attivi
- valuta la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione *setting* assistenziale proposto
- attiva UVMD territoriale per valutazione *setting*
 - se non è appropriato, allora rimanda ad altro *setting*/dimissioni
 - se è appropriato, rilascia autorizzazione del livello assistenziale tramite UVMD
- se RSA di mantenimento, contatta il paziente per la scelta fino a un massimo di n.5 strutture RSA di preferenza
- se RSA mantenimento, intensiva/estensiva per non autosufficienti/per disturbi cognitivi comportamentali gravi, UVMD trasmette alla COT-A la richiesta di inserimento in lista RSA
- comunica ai servizi distrettuali la disponibilità del posto letto
- in caso di dimissioni volontarie, il paziente viene dimesso e COT-D lo comunica a COT-A, e attiva eventualmente altri *setting* territoriali
- in caso di dimissioni non volontarie, attiva la UVMD per rivalutazione
 - se vi è un cambio status clinico assistenziale, si rivaluta l'appropriatezza del *setting*
 - se permane lo stesso stato clinico-assistenziale, si conferma e si proroga il livello assistenziale e il *setting*

RSA

- l'RSA può:
 - non dare disponibilità alla presa in carico per il paziente, notificandolo entro 24h
 - dare disponibilità alla presa in carico per il paziente, e lo notifica entro 24h alla COT-A/COT-D menzionando anche la presunta data di ingresso in struttura
 - prende in carico il paziente
 - al momento in cui scade l'autorizzazione al livello assistenziale, oppure lo status clinico/sociale cambia, oppure il paziente si dimette volontariamente, invia *alert* automatico da piattaforma a COT-D

	U.O. di reparto/PS	TOH	COT-A	COT-D	RSA
	<p>✓ Nel caso in cui il paziente proviene da setting RSA per il quale non è necessaria una rivalutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ se non risultano ancora superati i termini previsti dalla normativa per il rientro in struttura, il reparto o il PS predispone il pacchetto di dimissioni, che include l'elaborazione di tutti i piani terapeutici, lettera di dimissione, farmaci/rinunce per il paziente, gli necessari e organizza il trasferimento del paziente, o indica le indicazioni differenti da parte del paziente o del caregiver; ○ se l'autorizzazione all'accesso risulta ancora valida al momento della dimissione dall'Ospedale, ma con i termini utili per il rientro nella stessa struttura, il reparto o il PS provvede alla trasmissione della modulistica al TOH, tramite la piattaforma, per richiederla alla COT-A l'inserimento in lista prioritaria del paziente <p>✓ Nel caso in cui il paziente non provenga da setting RSA, oppure proviene da setting RSA per il quale si è verificata la rinuncia, il reparto o il PS trasmette la modulistica al TOH</p>	<p>✓ Verifica la completezza documentale trasmessa dal reparto o dalla struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la documentazione è incompleta, richiede integrazione al reparto o al PS ○ se la documentazione è completa, verifica eventualmente lo stato socio-sanitario antecedente alla presa in carico del paziente. <p>✓ Trasmette a COT-A la richiesta di inserimento in lista di attesa prioritaria</p> <p>✓ Se l'Ospedale è a gestione diretta, si trova nella ASL di residenza del paziente, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente</p> <p>✓ Se l'Ospedale è a gestione indiretta ma non si trova nella ASL di residenza del paziente, trasmette la documentazione alla COT-A di residenza del paziente</p> <p>✓ Se l'Ospedale è a gestione indiretta ma non si trova nella ASL di residenza del paziente trasmette la documentazione alla COT-A della ASL di residenza del paziente</p>	<p>✓ Verifica la completezza documentale trasmessa da TOH:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ se la documentazione è completa, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente ○ se la documentazione non è completa, richiede integrazione al TOH 	<p>✓ Riceve la documentazione da COT-A e TOH e verifica in piattaforma la storia clinica del paziente</p> <p>✓ Se il paziente proviene da Specialistica ambulatoriale/PIA da altre unità per cui è stata effettuata la rivalutazione, contatta il medico del ruolo unico per la verifica dello stato funzionale antecedente alla presa in carico</p> <p>✓ Se il paziente proviene da medico del ruolo unico contatta il RUA back-office per verificare la presenza di servizi socioassistenziali attivi</p>	<p>✓ Nel momento in cui il paziente viene trasferito in struttura, l'RSA pub:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ non dare disponibilità alla presa in carico per il paziente ○ accettare il paziente, e lo notifica entro 24h alla COT-A/COT-D, menzionando anche la presunta data di ingresso in struttura
<p>Definizione del setting</p>		<p>Valuta la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione setting ed attiva l'UVMO per effettuare la valutazione eventualmente di concerto con l'UVMD, attivata dalla COT-A, tramite strumenti di telemedicina</p>		<p>✓ Verifica coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione setting assistenziale proposto</p> <p>✓ Attiva UVMD bivalente per valutazione setting se non è applicabile, allora rimanda ad altri servizi/dimissioni</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ se è appropriato, rilascia autorizzazione del livello assistenziale tramite UVMD <p>✓ Se RSA di mantenimento, contatta il paziente per la scelta fino a un massimo di in 5 strutture RSA di preferenza</p> <p>✓ Se RSA mantenimento, intensivi o estensiva, UVMD trasmette alla COT-A la richiesta di inserimento in lista RSA</p>	
<p>Inserimento in lista/rinunce</p>			<p>✓ Pone il nominativo del paziente in lista di attesa secondo il livello assistenziale su richiesta del TOH e UVMD, in attesa di essere inserito in lista di attesa e in caso di non disponibilità alla presa in carico da parte delle strutture verifica la disponibilità da parte del paziente/caregiver/ADS ad ampliare la scelta delle strutture verso le quali inviare richiesta</p> <p>✓ Comunica a COT-D/TOH la disponibilità di posto letto in RSA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ se il paziente è ricoverato in ospedale, richiede al TOH il trasferimento del paziente tramite piattaforma ○ se il paziente non è ricoverato in ospedale, verifica elezioni sul il secondo rifiuto di posto letto <ul style="list-style-type: none"> ▪ in caso positivo, invia nota informativa di rimozione dalla lista di attesa al paziente/caregiver e il paziente viene rimosso dalla lista di attesa con eventuale attivazione di altro setting 	<p>✓ Comunica ai servizi discretuali la disponibilità del posto letto</p>	

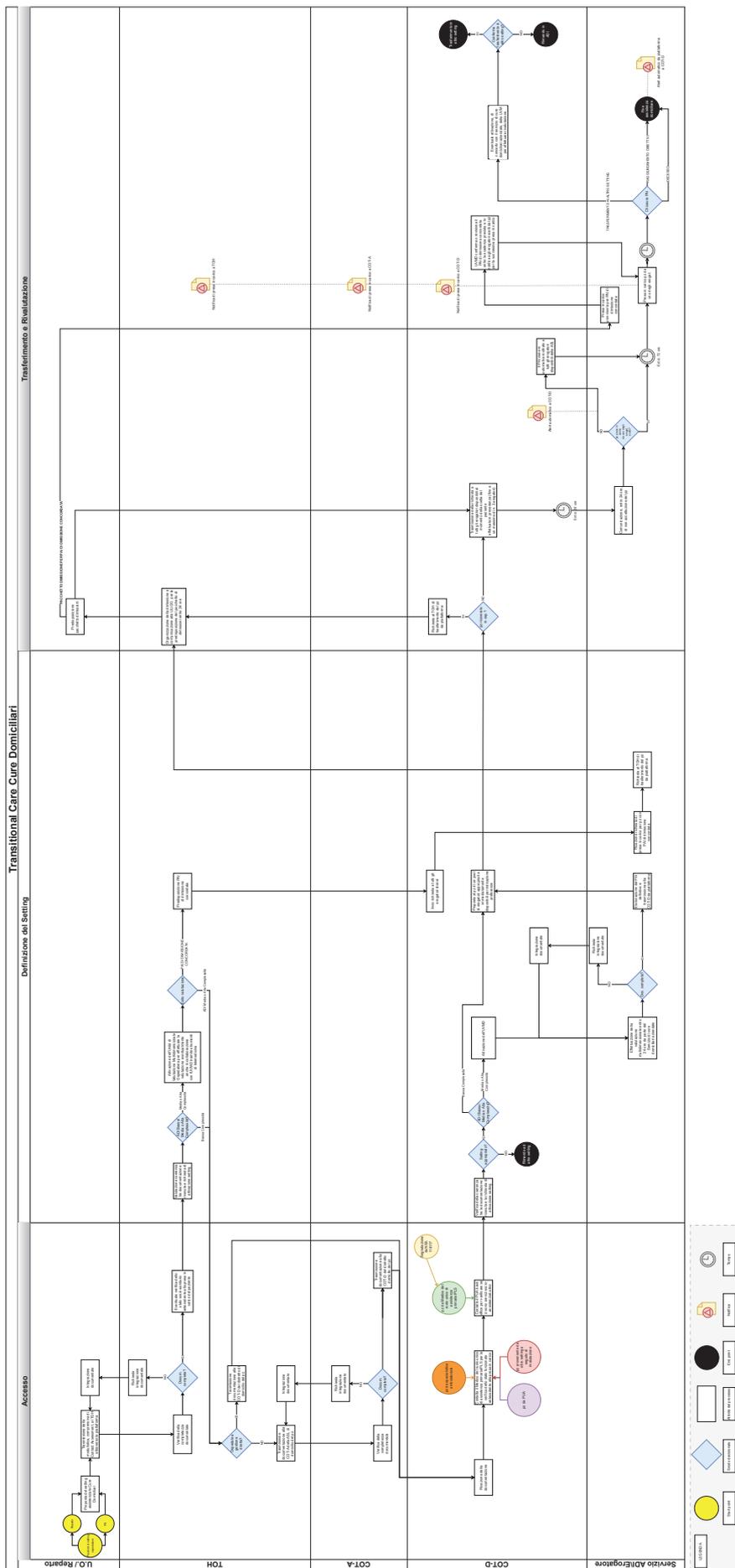
<p>Trasferimento e rivalutazione</p>	<p>✓ Se persiste il posto letto in struttura, predispone il pacchetto di dimissioni con elaborazione di tutti i piani terapeutici, anche eventualmente per rientro in struttura se paziente proveniente da RSA</p> <p>✓ Se il paziente rifuta il posto letto in RSA, propone eventualmente altri <i>setting</i> territoriali e dimette il paziente a domicilio</p>	<p>Organizza la dimissione e comunica al reparto o al PS la predisposizione del pacchetto di dimissioni</p>	<p>✓ Se il paziente non è ricoverato in ospedale, verifica che non sia il secondo rifiuto di posto letto del paziente in struttura</p> <p>○ In caso negativo, facilita il trasferimento</p>	<p>✓ In caso di dimissioni volontarie, il paziente viene dimesso e COT-D lo comunica a COT-A e attiva eventualmente altri <i>setting</i> territoriali</p> <p>✓ Se vi è un cambio status clinico sociale o scadenza relativa all'autorizzazione del livello assistenziale, si attiva l'UYMD per effettuare una rivalutazione che esiterà in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ conferma e prolunga del livello assistenziale e termina <i>setting</i> ○ cambia status clinico sociale e rimanda ad altro <i>setting</i> 	<p>✓ Attiva il servizio e prende in carico il paziente</p> <p>✓ Al momento in cui scade l'autorizzazione al livello assistenziale, oppure lo status clinico sociale cambia, oppure il paziente si dimette volontariamente, invia adetri automatico da piattaforma a COT-D</p>
---	--	---	--	---	---

Cure Domiciliari

Allegato 4



REGIONE
LAZIO



Legend for flowchart symbols:

- Start (Yellow circle)
- End (Black circle)
- Decision (Blue diamond)
- Activity (White rectangle)
- Event (White rectangle with lightning bolt)
- Exception (White rectangle with lightning bolt and red border)
- Warning (White rectangle with lightning bolt and yellow border)
- Information (White rectangle with lightning bolt and blue border)
- Callout (White circle with colored border)

Il modello di *Transitional Care* per il *setting* di Cure Domiciliari è strutturato in tre fasi principali:

- 1) **Accesso;**
- 2) **Definizione del *setting* assistenziale;**
- 3) **Trasferimento e rivalutazione del paziente.**

I seguenti paragrafi hanno l'obiettivo di ripercorrere nel dettaglio il modello di *Transitional Care* per le Cure Domiciliari, partendo dalla prima fase di accesso, fino ad arrivare all'ultima fase relativa al trasferimento e alla rivalutazione del paziente, descrivendo la connessione e i ruoli dei diversi attori coinvolti nello stesso.

Modello di *Transitional Care* per l'Assistenza Domiciliare Integrata: Fase di Accesso

Nel caso di un nuovo paziente in *setting* ospedaliero (**flusso *Top-down***), il reparto o il PS nell'insieme delle attività clinico-assistenziali e nell'ottica di individuazione della continuità terapeutica, analizza il quadro clinico del paziente per individuare il *setting* assistenziale maggiormente appropriato al bisogno espresso, al fine di garantire la continuità delle cure.

Flusso *Top-down*

Nel caso in cui il *setting* proposto sia quello delle cure domiciliari, il reparto o il PS trasmette la modulistica tramite piattaforma, comprensiva di *Contact Assessment*, per la successiva verifica da parte del TOH. Il TOH quindi, una volta ricevuta la documentazione dal reparto dimettente, ne verifica la completezza e, se necessario, provvede alla eventuale richiesta di integrazione documentale. Successivamente, il TOH procede con la valutazione della coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting*, considerando eventualmente anche lo stato socio-sanitario antecedente alla presa in carico del paziente.

Nel caso in cui il TOH ritenga che il bisogno del paziente sia complesso, attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO), la quale effettua la valutazione avvalendosi eventualmente del confronto, tramite strumenti di telemedicina, come riportato nell'Allegato 9 "Modalità operative di interazione tra Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO) e Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMMD)", con l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMMD) attivata dalla COT-D.

Se la valutazione effettuata dalla UVMO esita in un PAI di dimissione concordata, esso viene trasmesso dal TOH alla COT-D per l'invio della richiesta a tutti gli erogatori idonei. Tale richiesta, una volta accettata, genera una notifica al TOH, che si occupa di informare il reparto per la successiva dimissione. A seguito della dimissione concordata, l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMMD) si occuperà di confermare o revisionare il PAI di dimissione concordata entro la scadenza prevista, anche indirizzando il paziente verso un altro *setting* se ritenuto opportuno.

Nel caso in cui il *setting* individuato sia ADI bassa complessità o ADI Media o Alta Complessità, il TOH:

- a) se l'ospedale è a **gestione diretta** e si trova nella ASL di domicilio del paziente, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di domicilio del paziente, che prende in carico la pratica;
- b) se l'ospedale **non è a gestione diretta**, procede con la trasmissione della documentazione alla COT-A della ASL di domicilio del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di domicilio del paziente.

La COT-D, a seguito della ricezione della modulistica del paziente dal TOH/COT-A, verifica tramite piattaforma la storia clinica del paziente e provvede alla verifica dello stato funzionale pre-ricovero ed eventuale presenza dei servizi socioassistenziali attivi con il supporto di medico di ruolo unico/PLS e PUA, in modo da definire il percorso assistenziale più adeguato per l'assistito.

A questo punto della fase di accesso, il percorso del paziente proveniente dal flusso *Top-down* si sovrappone a quello previsto per i pazienti provenienti dal territorio (**flusso *Bottom-up***), che viene di seguito descritto.

Flusso *Bottom-up*

Questo flusso si avvia nel caso di paziente proveniente dal territorio per il quale, la COT-D, nell'insieme delle attività clinico-assistenziali e nell'ottica della continuità terapeutica, riceve la richiesta di valutazione multidimensionale formulata dal Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (Medico del Ruolo Unico) /PLS, dalla specialistica ambulatoriale, tramite segnalazione proveniente dal NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico o dal PUA.

In questa fase si inseriscono anche le richieste provenienti dalle unità valutative che hanno posto indicazione per un cambio di *setting* su un paziente a seguito di rivalutazione.

Modello di *Transitional Care* per l'Assistenza Domiciliare Integrata: Fase di definizione del *Setting* Assistenziale

Ricevuta richiesta dal TOH (nel caso di flusso *Top-down*) o dagli attori operanti sul territorio (nel caso di flusso *Bottom-up*), la COT-D verifica la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting* assistenziale proposto e, se inappropriato rimanda ad altro *setting*. Nel caso in cui il *setting* sia appropriato, la COT-D individua per il paziente i *setting* ADI Bassa Complessità o ADI Media o Alta Complessità. In caso di:

- ADI Bassa Complessità, la COT-D propone al paziente un *pool* di erogatori appropriati e immediatamente disponibili per chiedere di indicare le preferenze;
- ADI Media o Alta Complessità, la COT-D attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD).

A seguito dell'attivazione dell'UVMD, il servizio di cure domiciliari aziendale effettua la valutazione multidimensionale entro 24 ore. Se la documentazione è completa, l'UVMD elabora il PAI definitivo e lo inserisce in piattaforma per la visualizzazione da parte della COT-D, la quale propone all'assistito un *pool* di erogatori appropriati e immediatamente disponibili per l'indicazione delle preferenze. Nel caso in cui la documentazione non sia ritenuta sufficiente, l'UVMD richiede integrazione documentale.

Modello di *Transitional Care* per l'Assistenza Domiciliare Integrata: Fase di Trasferimento e Rivalutazione del Paziente

Il modello di *Transitional Care*, infine, prevede la fase di trasferimento del paziente presso il proprio domicilio.

Nel caso in cui il paziente provenga da ***setting ospedaliero***, la COT-D invia la disponibilità di presa in carico del paziente, tramite piattaforma, al TOH, che organizza le dimissioni interfacciandosi con il reparto o il PS per la predisposizione del pacchetto di dimissioni entro 24 ore. La COT-D procede alla trasmissione della richiesta agli erogatori disponibili al momento della scelta del paziente effettuata in precedenza (fino a un massimo di n. 3 erogatori).

Nel caso in cui il paziente provenga da un ***setting territoriale***, la COT-D procederà direttamente alla trasmissione del PAI agli erogatori disponibili al momento della scelta del paziente effettuata in precedenza (fino a un massimo di n. 3 erogatori).

Entro le 24 ore dalla trasmissione del PAI si ha la conferma di accettazione del paziente da parte di uno dei tre erogatori scelti e l'erogatore che ha accettato il paziente lo prende in carico entro le 72 ore successive. Nel caso di predisposizione del pacchetto di dimissione per paziente con PAI di dimissione concordata, il paziente viene preso in carico da uno degli erogatori e la presa in carico viene notificata a COT-D, COT-A e TOH.

In caso di non accettazione entro 24 ore da parte di uno dei tre erogatori selezionati in precedenza, la COT-D e il servizio di cure domiciliari aziendale ne ricevono notifica e, contestualmente, il PAI viene trasmesso a tutti gli erogatori disponibili della ASL a prescindere dalle preferenze espresse.

Il PAI è soggetto a rivalutazioni periodiche, in quanto si tratta di interventi terapeutici che coinvolgono figure presenti esclusivamente nei Servizi di cure domiciliari aziendali (infermiere, *case manager* e specialisti). Pertanto, la chiusura del PAI può avvenire per:

- decesso del paziente, comporta la cessazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, con invio *alert* automatico a COT-D, a COT-A e al Medico del Ruolo Unico;
- raggiungimento degli obiettivi, comporta la cessazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, con invio *alert* automatico a COT-D, a COT-A e al Medico del Ruolo Unico;
- trasferimento in altro *setting*, comporta l'eventuale attivazione, di concerto con i Servizi di cure domiciliari aziendali, della UVMD da parte della COT-D per effettuare la rivalutazione che può esitare in conferma di trasferimento in altro *setting* o rimando in ADI.

Funzioni degli attori coinvolti

U.O di reparto/PS

- analizza la condizione clinica del paziente e propone il *setting* di Cure Domiciliari
- trasmette la modulistica, comprensiva di *Contact Assessment*, al TOH attraverso piattaforma
- predispose il pacchetto dimissioni in fase di trasferimento e rivalutazione

TOH

- verifica la completezza documentale inviata dal reparto o dal PS e in caso richiede l'integrazione della stessa
- in caso di documentazione completa, valuta l'appropriatezza della proposta di *setting*, considerando eventualmente anche lo stato socio-sanitario pre-ricovero del paziente
- valuta la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting*, se il *setting* è appropriato, individua per il paziente i *setting* ADI Bassa Complessità o ADI Media o Alta Complessità:
- in caso di ADI Media o Alta Complessità il TOH attiva l'UVMO ed effettua la valutazione di concerto eventualmente con la UVMD, attivata dalla COT-D, anche attraverso strumenti di telemedicina. Nel caso in cui l'esito della valutazione preveda la predisposizione del PAI di dimissione concordata lo trasmette alla COT-D per l'invio della richiesta a tutti gli erogatori idonei
 - in caso di ADI Bassa Complessità o ADI Media o Alta Complessità:
 - se l'ospedale è a gestione diretta e si trova nella ASL di domicilio del paziente, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di domicilio del paziente;
 - se l'ospedale non è a gestione diretta, procede con la trasmissione della documentazione alla COT-A dell'ASL di domicilio del paziente
- organizza la dimissione del paziente e la comunica al reparto o al PS per la predisposizione del pacchetto dimissioni entro 24h
- riceve notifica di presa in carico del paziente da parte di uno degli erogatori

COT-A

- in caso di ospedale a gestione non diretta, verifica la completezza documentale inviata dal TOH e la trasmette alla COT-D del distretto di domicilio del paziente. In caso di documentazione incompleta richiede integrazione della stessa al TOH
- riceve notifica di presa in carico del paziente da parte di uno degli erogatori

COT-D

- se l'ospedale è a gestione diretta riceve la documentazione da TOH e COT-A e:
 - nel caso di nuovo paziente proveniente da specialistica ambulatoriale, da PUA o da altro soggetto che ha effettuato la rivalutazione, contatta il Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria/PLS per verifica dello stato funzionale antecedente alla presa in carico
 - nel caso di segnalazione da NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria/PLS o di nuovo paziente proveniente da Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria/PLS, contatta il PUA *back-office* per la verifica della presenza di servizi socioassistenziali attivi
- verifica la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting* assistenziale proposto:
 - se inappropriato rimanda ad altro *setting*,
 - se appropriato individua per il paziente i *setting* ADI Bassa Complessità o ADI Media o Alta Complessità. In caso di:

- ADI Bassa Complessità propone al paziente un *pool* di erogatori appropriati e immediatamente disponibili per chiedere di indicare le preferenze
- ADI Media o Alta Complessità attiva l'UVMD
- propone al paziente un *pool* di erogatori appropriati e immediatamente disponibili per chiedere di indicare le preferenze in caso di ADI Bassa Complessità
- se il paziente è ricoverato in ospedale, richiede al TOH il trasferimento del paziente da piattaforma
- se il paziente non è ricoverato in ospedale trasmette la richiesta a tutti gli erogatori disponibili al momento della scelta del paziente effettuata in precedenza (fino a massimo n.3 erogatori)
- in caso di non accettazione entro 24 ore da parte di uno dei tre erogatori selezionati in precedenza, la COT-D e il servizio di cure domiciliari aziendale ne ricevono notifica e, contestualmente, il PAI viene trasmesso a tutti gli erogatori disponibili della ASL a prescindere dalle preferenze espresse
- riceve notifica di presa in carico del paziente da parte di uno degli erogatori
- se il paziente viene preso in carico da una delle strutture scelte, al momento della chiusura del PAI e del suo trasferimento ad altro *setting*, si fa carico eventualmente di attivare, insieme al servizio di cure domiciliari aziendale, l'UVM per la rivalutazione del paziente:
 - in caso di esito positivo, il paziente verrà trasferito in altro *setting*
 - in caso di esito negativo, si rimanda in ADI
- riceve *alert* automatico da piattaforma in caso di chiusura PAI per raggiungimento obiettivi e decesso

Servizio ADI/Erogatore

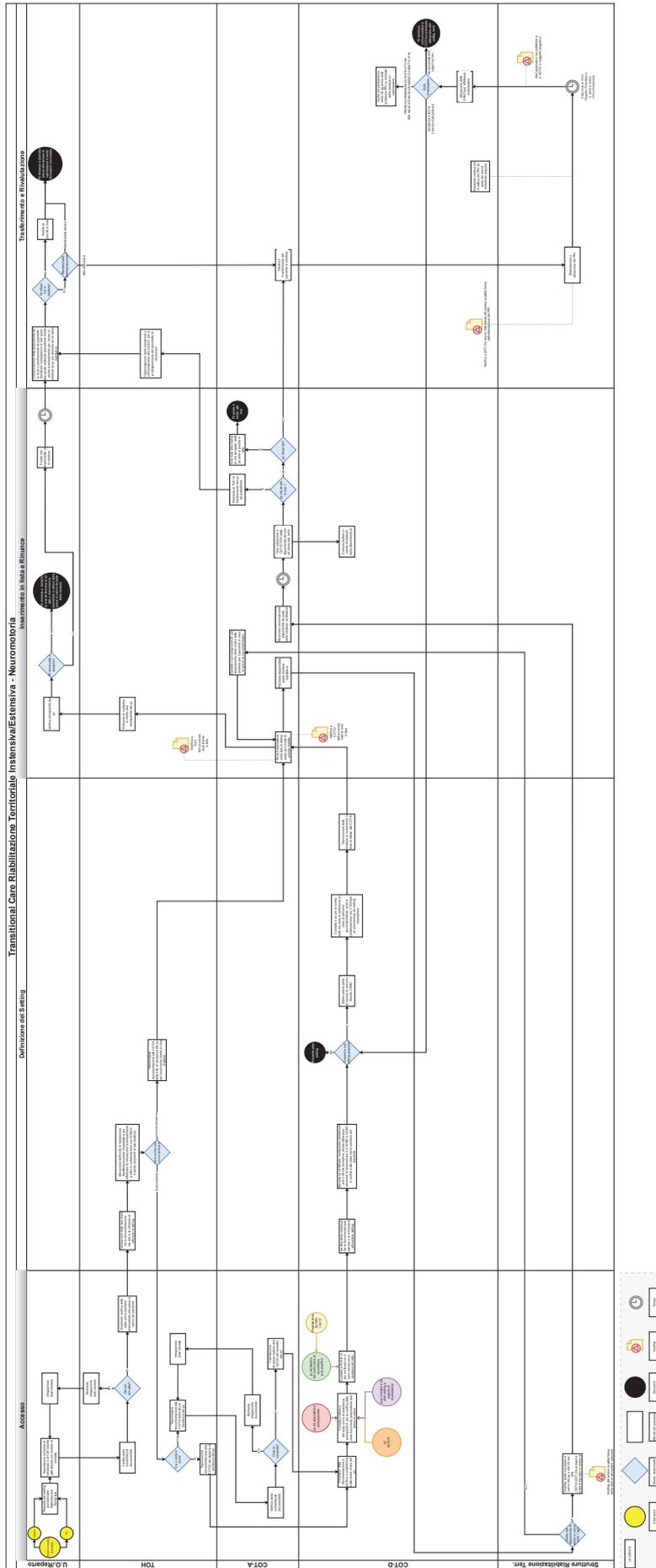
- effettua la valutazione multidimensionale entro 24h:
 - in caso di documentazione non completa richiede integrazione alla COT-D
 - in caso di documentazione completa elabora il PAI definitivo e lo trasmette alla COT-D tramite piattaforma
- riceve la richiesta di presa in carico del paziente e il PAI di dimissione concordata da COT-D
- richiede al TOH il trasferimento del paziente da piattaforma
- comunica la non accettazione del paziente entro 24h
- il paziente viene preso in carico da uno degli erogatori scelti da lui in precedenza entro 72h
- la chiusura del PAI può avvenire per:
 - trasferimento del paziente ad altro *setting*
 - raggiungimento degli obiettivi con conseguente termine di assistenza domiciliare notificato da *alert* automatico in piattaforma a COT-D
 - decesso

	U.O. di reparto/PS	TOH	COT-A	COT-D	Servizio ADI/Erogatori
<p>Accesso</p>	<p>U.O. di reparto/PS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Analizza la condizione clinica del paziente e propone il <i>setting</i> di Cure Domiciliari ✓ Trasmette la modulistica, comprensiva di <i>Contract Assessment</i>, al TOH attraverso piattaforma, e in caso di non completezza documentale integra la stessa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica la completezza documentale inviata dal reparto e dal PS e in caso richiede l'integrazione della stessa ✓ In caso di documentazione completa valuta l'appropriatezza della proposta di <i>setting</i>, considerando eventualmente anche lo stato socio-sanitario pre-resoero del paziente ✓ Se l'ospedale è a gestione diretta, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di domicilio del paziente ✓ Se l'ospedale è a gestione non diretta, trasmette la documentazione alla COT-A della ASL di domicilio del paziente e nel caso integra la stessa a richiesta della COT-A 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ In caso di ospedale a gestione non diretta, verifica in completezza documentale inviata dalla TOH e la trasmette alla COT-D del distretto di domicilio del paziente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se l'ospedale è a gestione diretta riceve la documentazione da TOH e COT-A: <ul style="list-style-type: none"> o nel caso di nuovo paziente proveniente da specialista ambulatoriale, da PLIA o da soggetto che effettuato la rivalutazione, contatta il Medico del Ruolo Unico/PLS per verifica dello stato funzionale antecedente alla presa in carico o nel caso di nuovo paziente proveniente da Medico del Ruolo Unico/PLS o tramite segnalazione da NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico, contatta il PUA <i>backoffice</i> per la verifica della presenza di servizi socioassistenziali attivi 	<p>Servizio ADI/Erogatori</p>
<p>Definizione del setting</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valuta la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del <i>setting</i>, attivando l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera di concerto eventualmente con la COT-D, anche attraverso strumenti di telemedicina, per effettuare la valutazione del paziente ✓ Se la valutazione prevede la predisposizione del PAI di dimissione concordata, allora lo trasmette a COT-D 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del <i>setting</i> assistenziale: <ul style="list-style-type: none"> o se inappropriato rimanda ad altro <i>setting</i>, o se appropriato individua per il paziente i <i>setting</i> ADI Bassa Complessità o ADI Media o Alta Complessità. In caso di: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ADI Bassa Complessità propone al paziente i <i>setting</i> appropriati e immediatamente disponibili per chiedere di indicare le preferenze ▪ ADI Media o Alta Complessità attiva l'UYMD ✓ Propone al paziente un <i>pool</i> di erogatori disponibili e appropriati per l'indicazione delle preferenze 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Effettua la YMD entro 24h ✓ In caso di documentazione non completa richiede integrazione alla COT-D ✓ In caso di documentazione completa elabora il PAI definitivo e lo trasmette alla COT-D tramite piattaforma ✓ Riceve la richiesta di presa in carico del paziente e il PAI di dimissione concordata da COT-D ✓ Richiede il trasferimento del paziente al TOH
<p>Trasferimento e rivalutazione</p>	<p>Predisporre il pacchetto dimissioni in fase di trasferimento e rivalutazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organizza la dimissione del paziente e la comunica al reparto o al PS per la predisposizione del pacchetto dimissioni entro 24h ✓ Riceve notifica di presa in carico del paziente da parte di uno degli erogatori 	<p>Riceve notifica di presa in carico del paziente da parte di uno degli erogatori</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se il paziente è ricoverato in ospedale, richiede al TOH il trasferimento del paziente tramite piattaforma. ✓ Se il paziente non è ricoverato in ospedale trasmette la richiesta a massimo 3 erogatori disponibili scelti in precedenza dal paziente entro 24h. ✓ Se il paziente non viene preso in carico dagli erogatori scelti, la COT-D inoltra il PAI a tutti gli erogatori disponibili della ASL ✓ Riceve notifica di presa in carico del paziente da parte di uno degli erogatori ✓ Attivo insieme al servizio di cure domiciliari aziendale la UVM per la rivalutazione del paziente: <ul style="list-style-type: none"> o in caso di esito positivo, il paziente verrà trasferito in altro <i>setting</i> o in caso di esito negativo si rimanda in ADI ✓ Riceve <i>alert</i> automatico da piattaforma in caso di chiusura PAI per raggiungimento obiettivi e decesso 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunica la non accettazione dello paziente entro 24h ✓ Il paziente viene preso in carico da uno degli erogatori scelti da lui in precedenza entro 24h ✓ La chiusura del PAI può avvenire per: <ul style="list-style-type: none"> o trasferimento del paziente ad altro <i>setting</i>, o raggiungimento degli obiettivi con chiusura del <i>setting</i> assistenziale domiciliare effettuato da <i>alert</i> automatico in piattaforma COT-D, o decesso

Riabilitazione Territoriale (Intensiva, Estensiva e Socioriabilitativa Residenziale)

Allegato 5





Il modello di *Transitional Care* per le Strutture di Riabilitazione Territoriale (Neuromotoria), atto a garantire un'assistenza ottimale a persone con disabilità necessitanti di interventi riabilitativi di tipo neuromotorio, è strutturato in quattro fasi principali:

1. **Accesso;**
2. **Definizione del *setting* assistenziale;**
3. **Inserimento in lista e rinunce;**
4. **Trasferimento e rivalutazione del paziente.**

I seguenti paragrafi esplorano ogni fase del modello, partendo dalla prima fase di accesso, fino ad arrivare all'ultima fase relativa al trasferimento e alla rivalutazione del paziente, delineando in dettaglio le operazioni e descrivendo le interazioni e i ruoli dei diversi attori coinvolti nello stesso.

Modello di *Transitional Care* per la Riabilitazione Territoriale Neuromotoria: Fase di Accesso

Nel caso di un nuovo paziente con disabilità complessa di tipo neuromotorio in *setting* ospedaliero (**flusso *Top-down***), il reparto nell'insieme delle attività clinico-assistenziali e nell'ottica della continuità terapeutica, analizza il quadro clinico del paziente per individuare il *setting* assistenziale maggiormente appropriato al bisogno espresso.

Flusso *Top-down*

Nel caso in cui per il paziente viene proposta la Riabilitazione Neuromotoria, il reparto dimettente raccoglie la documentazione clinica e diagnostica del paziente e trasmette il modulo di richiesta al TOH tramite piattaforma.

Il TOH, una volta ricevuta la richiesta e la documentazione dal reparto dimettente, ne verifica la completezza e, in caso di documentazione mancante, inoltra eventuale richiesta di integrazione al reparto dimettente. Successivamente il TOH, valutata la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting*, considerato lo stato socio-sanitario antecedente alla presa in carico del paziente e integrata la modulistica medica con la richiesta effettuata dal paziente/*caregiver*/Amministratore di Sostegno (ADS), attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO), eventualmente in collaborazione con l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), per effettuare la valutazione del paziente, anche attraverso strumenti di telemedicina, come riportato nell'Allegato 9 "Modalità operative di interazione tra Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO) e Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)".

A seguito della valutazione, se il percorso individuato è la riabilitazione territoriale residenziale/semiresidenziale in modalità intensiva/estensiva, il TOH trasmette la documentazione alla COT-A della ASL di residenza del paziente per l'inserimento diretto in lista di attesa, al fine di favorire l'intervento nell'ambito della "finestra temporale" maggiormente efficace, trattandosi di soggetti necessitanti di interventi riabilitativi nella fase di immediata post-acuzie.

Se il percorso individuato è quello socioriabilitativo (mantenimento), il TOH:

- a) se l'ospedale è a **gestione diretta** e si trova nella ASL di residenza del paziente, il TOH trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente, che prende in carico la pratica;
- b) se l'ospedale è a **gestione diretta**, ma **non si trova nella ASL di residenza** del paziente, il TOH trasmette la documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente;

- c) Se l'ospedale **non è a gestione diretta**, il TOH procede con la trasmissione della documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente.

La COT-D, a seguito della ricezione della modulistica di richiesta di Riabilitazione Neuromotoria per il paziente dal TOH o dalla COT-A, verifica tramite piattaforma la storia clinica del paziente e provvede alla verifica dello stato funzionale antecedente alla presa in carico ed eventuale presenza dei servizi socioassistenziali attivi con il supporto del medico di ruolo unico o PUA, in modo da definire il percorso assistenziale più adeguato per l'assistito.

A questo punto della fase di accesso, il percorso del paziente proveniente dal flusso *Top-down* si sovrappone a quello previsto per i pazienti provenienti dal territorio (**flusso Bottom-up**), che viene di seguito descritto.

Flusso Bottom-up

Questo flusso si avvia nel caso di paziente proveniente dal territorio per il quale, la COT-D, nell'insieme delle attività clinico-assistenziali e nell'ottica della continuità terapeutica, riceve la richiesta di attivazione del *setting* di Riabilitazione Neuromotoria formulata dal Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (Medico del Ruolo Unico) /PLS, dalla specialistica ambulatoriale, tramite segnalazione proveniente dal NEA 116117 al medico del ruolo unico o dal PUA.

In questa fase si inseriscono anche le richieste provenienti dalle Unità valutative che hanno posto indicazione per un cambio di *setting* su un paziente a seguito di rivalutazione.

In tal caso, gli attori di cui sopra inviano la richiesta di valutazione multidimensionale alla COT-D del distretto in cui operano, la quale attiva l'UVMD.

La fase di Accesso si conclude (per i flussi *Top-down* e *Bottom-up*) con l'eventuale conferma, da parte della struttura di Riabilitazione Neuromotoria, alla disponibilità della presa in carico del paziente con ingresso in struttura entro i successivi 7 giorni. La comunicazione tramite la quale la struttura si dichiara disponibile ad accettare il paziente entro 7 giorni andrà notificata entro le 72 ore successive alla richiesta pervenuta dalla COT-A.

In caso di richiesta di percorso socioriabilitativo, qualora non venga confermata la presa in carico da parte della struttura di riabilitazione, la COT-A verifica la disponibilità da parte del paziente/*caregiver*/ADS ad ampliare la scelta delle strutture verso le quali inviare richiesta, inserendo successivamente il nominativo in lista di attesa o modificandone la scelta.

Nel caso di accettazione del paziente, l'erogatore dovrà comunicare, tramite la piattaforma, alla COT-D e alla COT-A l'avvenuta accettazione del paziente e la presunta data di ingresso nella struttura.

Modello di *Transitional Care* per la Riabilitazione Territoriale Neuromotoria: Fase di definizione del *Setting* Assistenziale

Ricevuta richiesta dal TOH (nel caso di flusso *Top-down*) o dagli attori operanti sul territorio (nel caso di flusso *Bottom-up*), la COT-D valuta la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting* assistenziale proposto e attiva l'UVMD.

L'UVMD di residenza del paziente, direttamente o tramite delega a UVMO (nel caso di paziente ricoverato in ospedale), avvalendosi laddove ritenuto opportuno di strumenti di telemedicina, o ad altra UVMD (nel caso di paziente domiciliato in territorio differente da quello di residenza), entro 48 ore lavorative effettua la valutazione multidimensionale con proposta di percorso in cui sono indicati gli obiettivi riabilitativi e rilascia l'"Autorizzazione al trattamento".

Successivamente, in relazione dello stato clinico-funzionale e all'esito della valutazione multidimensionale suddetta, la COT-D, o il TOH in caso di paziente proveniente da setting ospedaliero, si fa carico di contattare il paziente per la scelta delle strutture di preferenza (in caso di percorso socioriabilitativo). In caso contrario il paziente viene indirizzato ad altro *setting*. In seguito, la COT-D provvede a trasmettere alla COT-A, tramite piattaforma, la richiesta di inserimento in lista.

La fase di definizione del *setting*, unitamente a quella di accesso, termina con la richiesta di inserimento in lista del paziente.

Modello di *Transitional Care* per la Riabilitazione Territoriale Neuromotoria: Fase di Inserimento in Lista e Rinunce

Nella fase di inserimento in lista, la COT-A provvede, attraverso la piattaforma, ad effettuare l'inserimento del nominativo del paziente nella lista di attesa unica aziendale, secondo il livello assistenziale indicato dalla valutazione multidimensionale e tenendo conto dell'eventuale priorità rilevata. Tale operazione prevede l'invio di una notifica automatica dell'avvenuto inserimento in lista, sia alla COT-D di residenza del paziente che al TOH (in caso di flusso *Top-down*), o gli attori operanti sul territorio (nel caso di flusso *Bottom-up*).

La COT-A, contestualmente, richiede al TOH la conferma in merito alla dimissibilità del paziente; il reparto che riceve la richiesta procede alla relativa verifica che può esitare in paziente:

- Dimissibile a domicilio → il paziente viene dimesso a domicilio previa definizione di un piano di assistenza domiciliare in attesa della presa in carico da parte della struttura;
- Non dimissibile a domicilio → il paziente attende la disponibilità del posto letto.

Al momento della ricezione della disponibilità del posto letto da parte della struttura riabilitativa, la COT-A lo comunica al TOH se il paziente è degente e alla COT-D di residenza per paziente proveniente dal territorio. Successivamente la COT-D ne dà comunicazione ai servizi distrettuali.

Al termine di questo passaggio:

- a) nel caso in cui il paziente provenga dal *setting* ospedaliero, la COT-A, tramite la piattaforma dedicata, invia la richiesta di trasferimento del paziente al TOH;
- b) nel caso in cui il paziente provenga da un *setting* territoriale, la COT-D comunica al paziente la disponibilità del posto letto che, comunque, egli ha la facoltà di rifiutare. Al momento del rifiuto, la COT-D informa la COT-A, la quale successivamente invia al paziente/*caregiver*/ADS una nota informativa della perdita di priorità in lista e il paziente viene posto in fondo alla lista di attesa in caso contrario facilita il trasferimento del paziente in struttura.

Modello di *Transitional Care* per la Riabilitazione Territoriale Neuromotoria: Fase di Trasferimento e Rivalutazione del Paziente

Il modello di *Transitional Care* prevede, infine, la fase di trasferimento dall'ospedale/accesso dal domicilio e di rivalutazione del paziente.

In caso di paziente proveniente da *setting* ospedaliero, il TOH si fa carico dell'organizzazione delle dimissioni interfacciandosi con il reparto per la predisposizione del pacchetto di dimissioni, comprensivo del fabbisogno terapeutico, farmacologico e nutrizionale per i primi 7 gg dalla dimissione. Nel caso in cui:

- il paziente rifiuta il posto letto in struttura, perde la priorità in lista e viene dimesso a domicilio previa attivazione di riabilitazione tramite dimissione concordata;
- il paziente accetta il posto letto in struttura:

- se la struttura individuata è di tipo semiresidenziale viene dimesso a domicilio e la COT-D, che è già informata della disponibilità del posto dalla COT-A, verifica l'avvio della presa in carico direttamente o attraverso i servizi distrettuali di competenza;
- se la struttura individuata è di tipo residenziale la COT-A facilita il trasferimento del paziente.

La struttura riabilitativa che accoglie il paziente, sia proveniente dall'ospedale che dal territorio, elabora il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e procede all'attuazione dello stesso. Il PRI è reso disponibile dalla piattaforma ai Servizi distrettuali per eventuale verifica e/o modifica/rimodulazione e alla COT-D per il monitoraggio.

Il processo di rivalutazione del PRI viene attivato attraverso un *alert* che:

- viene generato automaticamente dalla piattaforma all'approssimarsi della scadenza del progetto riabilitativo;
- viene attivato dalla struttura in caso di significative modifiche dello stato clinico-funzionale del paziente.

Tale *alert* è inoltrato alla COT-D che, successivamente, attiva l'UVMD per effettuare la rivalutazione del paziente che può esitare in:

- raggiungimento degli obiettivi previsti nel PRI, con conseguente dimissione e comunicazione a COT-A;
- mancato raggiungimento degli obiettivi previsti nel PRI, con conseguente prosecuzione del trattamento (entro i 30 gg precedenti la scadenza naturale del PRI);
- significative modifiche dello stato clinico-funzionale assistenziale del paziente, tali da necessitare una rivalutazione che può esitare in:
 - modifica della modalità/livello assistenziale nell'ambito dello stesso *setting*;
 - dimissione per attivazione di altro *setting* assistenziale.

Funzioni degli attori coinvolti

U.O. di reparto

- ravvisa la necessità di riabilitazione territoriale
- trasmette modulo di richiesta di valutazione al TOH
- verifica la dimissibilità a domicilio del paziente
- comunica la disponibilità del posto letto in struttura al paziente/*caregiver*/ADS
- predispose il pacchetto di dimissioni comprensivo di tutti i piani terapeutici elaborati precedentemente, anche eventualmente per rientro in struttura se paziente proveniente da struttura riabilitativa
- in caso di rifiuto del posto letto da parte del paziente (con conseguente perdita di priorità in lista di attesa) e in caso di percorso semiresidenziale, il paziente viene dimesso a domicilio previa attivazione di riabilitazione tramite dimissione concordata

TOH

- verifica eventualmente lo stato socio-sanitario antecedente alla presa in carico del paziente
- valuta la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting*
- attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera per effettuare la valutazione eventualmente anche in collaborazione con l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale tramite strumenti di telemedicina
- inoltra la richiesta di inserimento in lista di attesa alla COT-A della ASL di residenza del paziente in caso di richiesta presentata per il percorso residenziale/semiresidenziale in modalità intensivo/estensivo
- in caso di richiesta presentata per percorso socioriabilitativo (mantenimento):
 - o se l'ospedale è a gestione diretta e si trova nella ASL di residenza del paziente trasmette la documentazione (comprensiva della scelta delle strutture di preferenza) alla COT-D del distretto di residenza del paziente
 - o se l'ospedale è a gestione diretta ma non si trova nella ASL di residenza del paziente trasmette la documentazione (comprensiva della scelta delle strutture di preferenza) alla COT-A di residenza del paziente
 - o se l'ospedale non è a gestione diretta, trasmette la documentazione (comprensiva della scelta delle strutture di preferenza) alla COT-A della ASL di residenza del paziente
- richiede conferma al reparto in merito alla dimissibilità del paziente
- organizza la dimissione e il trasferimento, interfacciandosi con il reparto

COT-A

- verifica la richiesta di valutazione ricevuta
- trasmette la richiesta alla COT-D del distretto di residenza del paziente
- pone il nominativo nella lista di attesa secondo la modalità assistenziale richiesta e il livello di priorità rilevato
- richiede la disponibilità del posto letto alle strutture riabilitative
- riceve la comunicazione di disponibilità della presa in carico dalle strutture riabilitative
- contatta, direttamente o tramite PUA (per paziente proveniente dal territorio) o tramite TOH (per paziente proveniente dall'Ospedale), il paziente/*caregiver*/ADS per l'ampliamento della scelta delle strutture in caso di percorso socioriabilitativo (mantenimento)
- comunica a COT-D/TOH la disponibilità del posto letto in struttura
- richiede al TOH il trasferimento
- facilita il trasferimento del paziente in struttura

COT-D

- riceve la richiesta di valutazione dagli attori coinvolti nel processo

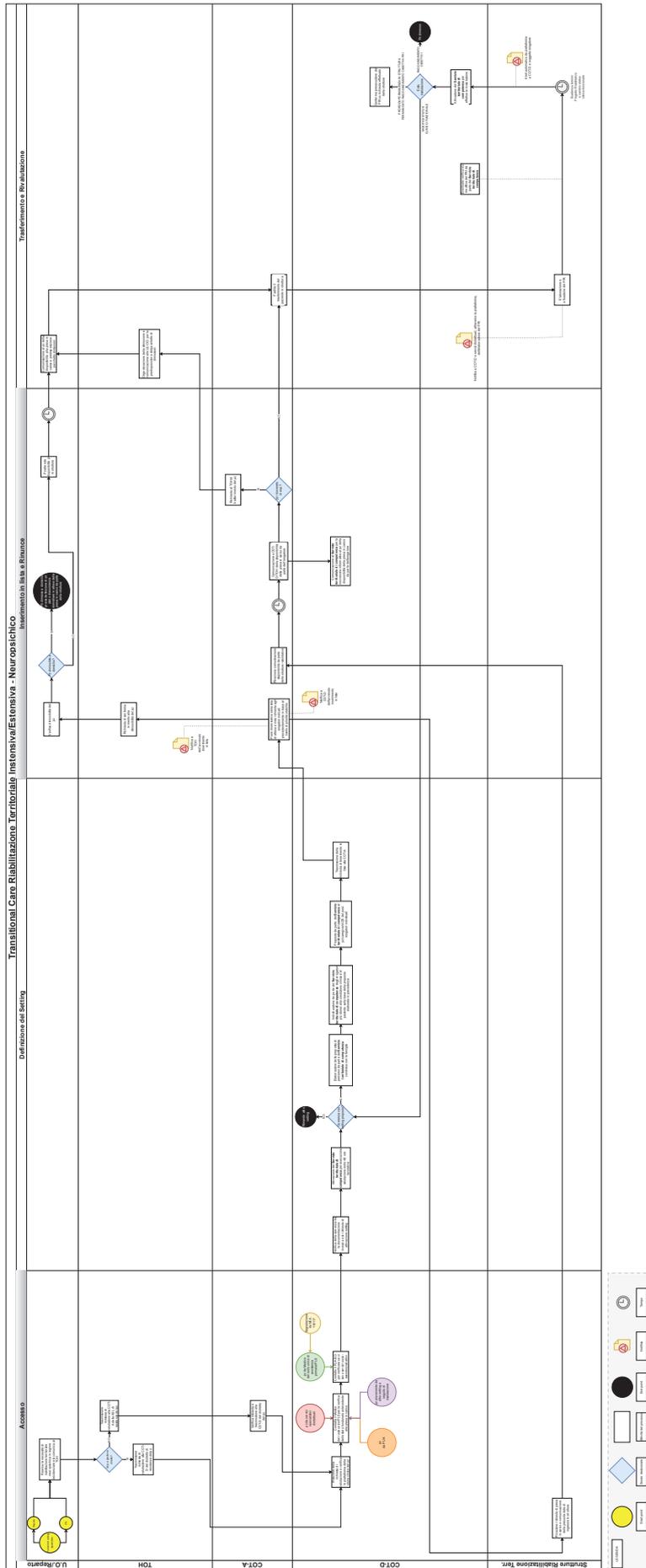
- verifica lo stato funzionale antecedente alla presa in carico e l'eventuale presenza di servizi socioassistenziali già attivi
- verifica la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting*
- attiva l'UVMD di residenza del paziente, direttamente o tramite delega a UVMO (nel caso di paziente ricoverato in ospedale), avvalendosi laddove ritenuto opportuno di strumenti di telemedicina, o ad altra UVMD (nel caso di paziente domiciliato in territorio differente da quello di residenza), per la valutazione e l'elaborazione della proposta di percorso riabilitativo e conseguente emissione dell'"Autorizzazione al trattamento" entro 48 ore lavorative
- contatta il paziente per la scelta delle strutture di preferenza (in caso di percorso socioriabilitativo), anche in collaborazione con il TOH per paziente proveniente da *setting* ospedaliero
- trasmette la richiesta di inserimento in lista di attesa alla COT-A
- comunica ai servizi distrettuali la disponibilità del posto letto
- verifica eventualmente, tramite servizi distrettuali preposti, il PRI notificato dalla struttura
- attiva l'UVMD per effettuare la rivalutazione del bisogno assistenziale

Struttura Riabilitativa Territoriale

- nel caso in cui conferma la disponibilità alla presa in carico del paziente entro 7 gg, notifica entro 72 ore alla COT-A/COT-D, tramite piattaforma, la presunta data di ingresso in struttura
- elabora e attua il PRI, notificandolo a COT-D e servizi distrettuali tramite piattaforma
- richiede tramite piattaforma alla COT-D la rivalutazione in caso di modifica dello stato clinico funzionale o di ipotesi di prosecuzione di trattamento

	U.O. di reparto	TOH	COT-A	COT-D	Strutture Riabilitativa Territoriale
<p>Accesso</p>	<p>Ravvisa la necessità di riabilitazione territoriale e inoltra la richiesta al TOH</p>	<p>Verifica eventualmente lo stato socio-sanitario antecedente alla presa in carico del paziente</p>	<p>Verifica la richiesta di valutazione inviata dal TOH e la trasmette alla COT-D del distretto del paziente</p>	<p>✓ Riceve la richiesta di valutazione e verifica in piattaforma della storia clinica del paziente</p> <p>✓ Nel caso di nuovo paziente proveniente da specialista ambulatoriale o dal PUA, contatta il Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria/PLS per la verifica dello stato funzionale pre-ricevere</p> <p>✓ Nel caso di nuovo paziente proveniente da Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria/PLS contatta il <i>back-office</i> del PUA per verificare se ci sono servizi socio-assistenziali attivi</p>	<p>✓ Nel caso in cui conferma la disponibilità alla presa in carico del paziente entro 7 gg. notifica entro 72 ore alla COT-A/COT-D, tramite piattaforma, la presente data di ingresso in struttura</p> <p>✓ Elabora e attua il PRI notificandolo a COT-D e servizi distrettuali</p>
<p>Definizione del setting</p>		<p>✓ Valuta la coerenza tra la richiesta di attivazione del setting e la richiesta di attivazione del setting</p> <p>✓ Attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera per effettuare la valutazione eventualmente anche in collaborazione con l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale tramite strumenti di telemedicina</p> <p>✓ Inoltra la richiesta di inserimento in lista di attesa alla COT-A della ASL di residenza del paziente in caso di richiesta presentata per il percorso residenziale semicostituzionale con risultato negativo e per la richiesta in caso di richiesta presentata per percorso socio riabilitativo (mantenimento)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ se l'ospedale è a gestione diretta e si trova nella ASL di residenza del paziente trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente ○ se l'ospedale è a gestione diretta ma non si trova nella ASL di residenza del paziente trasmette la documentazione alla COT-A del distretto di residenza del paziente ○ se l'ospedale non è a gestione diretta, trasmette la documentazione alla COT-A della ASL di residenza del paziente 		<p>✓ Verifica la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del setting</p> <p>✓ Attiva l'UVMD di residenza del paziente, direttamente o tramite delega a UVMO (nel caso di paziente ricoverato in ospedale), avvalendosi laddove ritenuto opportuno di strumenti di telemedicina, o ad altra UVMD (nel caso di paziente domiciliato in territorio differente da quello di residenza), per la valutazione della richiesta e per la proposta di percorso riabilitativo e conseguente emissione dell' "Autorizzazione al trattamento" entro 48 ore lavorative</p> <p>✓ Elabora la proposta di percorso tramite UVMD</p> <p>✓ Contatta il paziente per la scelta delle strutture di preferenza (in caso di percorso socio riabilitativo), anche in collaborazione con il TOH per pazienti provenienti da setting ospedaliero</p> <p>✓ Trasmette la richiesta di inserimento in lista alla COT-A</p>	
<p>Inserimento in lista e rinunce</p>	<p>Verifica la dimiassibilità a domicilio per il paziente in attesa dell'ingresso in struttura</p>	<p>Richiede conferma al reparto in merito alla dimiassibilità del paziente</p>	<p>✓ Pone il nominativo nella lista di attesa e lo notifica alla COT-D</p> <p>✓ Richiede la disponibilità del posto letto alle strutture riabilitative</p> <p>✓ Riceve la comunicazione di disponibilità da parte delle strutture</p> <p>✓ Contatta il paziente/caregiver/ADS per l'implemento della scelta delle strutture in caso di percorso socio riabilitativo (mantenimento)</p> <p>✓ Comunica a COT-D/TOH la disponibilità del posto letto</p> <p>✓ Se il paziente è ricoverato in ospedale richiede al TOH il trasferimento</p>	<p>Comunica ai servizi distrettuali la disponibilità di posto letto</p>	

<p>Trasferimento/Ingresso/ Rivalutazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunica la disponibilità del posto, letto al paziente/caregiver/ADS e predispone il piano di dimissioni comprensivo di tutti i punti di riferimento, servizi, strutture e luoghi di arrivo del posto, letto da parte del paziente (con conseguente perdita di priorità in lista di attesa) e in caso di percorso semiresidenziale, il paziente viene dimesso a domicilio previa attivazione di riabilitazione tramite dimissione concordata ✓ Organizza la dimissione e il trasferimento interfacciandosi con il reparto 	<p>Facilita il trasferimento del paziente in struttura</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica eventualmente, tramite servizi discretuali preposti, il PRI notificato dalla struttura ✓ Attiva UVM/D per effettuare la rivalutazione del bisogno assistenziale 	<p>Richiede alla COT-D la rivalutazione in caso di modifica dello stato clinico-funzionale o di ipotesi di prosecuzione di trattamento</p>
---	---	---	---	---



- Il modello di *Transitional Care* per le Strutture di Riabilitazione Territoriale deputate al trattamento di persone con disabilità complessa di tipo Neuropsichico in regime residenziale non può prescindere dalle seguenti considerazioni:
 - per definire il reale bisogno assistenziale, è importante valutare, secondo quanto previsto dall'ICF dell'OMS, gli esiti di una patologia in termini di autosufficienza e autonomia e dei fattori contestuali (ambientali, sociali e familiari) che facilitano oppure ostacolano le performance personali e la possibilità di partecipazione sociale. Il percorso assistenziale è caratterizzato, dunque, dall'insieme di interventi mirati ed adeguati a soddisfare i diversi livelli di bisogno mediante interventi diversificati sulla base delle specifiche potenzialità della persona e della famiglia in una logica di unitarietà e continuità dell'assistenza;
 - la presa in carico è continuativa nei passaggi dei diversi cicli di vita e regimi assistenziali, è condivisa e non delegabile ad un solo operatore/struttura e rappresenta un impegno vincolante per il sistema dei Servizi nei confronti della persona, della famiglia e della comunità. Il Servizio territoriale che ha in carico il paziente mantiene, pertanto, un rapporto sistematico con l'utenza e le famiglie, è disponibile a scambiare periodicamente informazioni con le famiglie e le strutture/servizi che intervengono nel percorso di cura nella ricerca concordata di soluzioni comuni e condivise;
 - la richiesta di accesso alla residenzialità riabilitativa territoriale viene formulata, di concerto con la famiglia, previa attenta valutazione dello stato clinico-funzionale, sociale e del singolo contesto di vita dai Servizi territoriali delle ASL di residenza che già hanno in carico la persona in altre modalità e/o regimi assistenziali;
 - la struttura di accoglienza non può essere "genericamente" rappresentata da quella con posto letto disponibile al momento della richiesta, né da quella più prossima al domicilio del paziente o di esclusiva preferenza della famiglia se non in possesso del *know how* per il trattamento della specifica condizione e per la "costruzione di un progetto di vita" congruente con le diverse fasi di crescita, anche in rapporto al gruppo di ospiti già presente in struttura, tale da assicurare alla persona la più alta qualità di vita possibile.

Il modello di *Transitional Care* per il *setting* di Riabilitazione Territoriale Neuropsichica è strutturato in quattro fasi principali:

1. **Accesso;**
2. **Definizione del *setting* assistenziale;**
3. **Inserimento in lista e rinunce;**
4. **Trasferimento e rivalutazione del paziente.**

I seguenti paragrafi hanno l'obiettivo di ripercorrere nel dettaglio il modello di *Transitional Care* per la Riabilitazione Territoriale Neuropsichica, partendo dall'accesso alla rivalutazione del paziente, delineando in dettaglio le operazioni e descrivendo le interazioni e i ruoli dei diversi attori coinvolti nello stesso.

Modello di *Transitional Care* per la Riabilitazione Territoriale Neuropsichica: Fase di Accesso

Nel caso di un nuovo paziente con disabilità complessa di tipo neuropsichico in *setting* ospedaliero (flusso Top-down), il reparto nell'insieme delle attività clinico-assistenziali e nell'ottica della continuità terapeutica, analizza il quadro clinico del paziente per individuare il *setting* assistenziale maggiormente appropriato al bisogno espresso, al fine di garantire la continuità delle cure.

Flusso *Top-down*

Nel caso in cui il reparto ravvisa la necessità di Riabilitazione Neuropsichica in regime residenziale, lo comunica al TOH il quale:

1. Se l'ospedale è a **gestione diretta** e si trova nella ASL di residenza del paziente, il TOH trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente, che prende in carico la pratica.
2. Se l'ospedale è a **gestione diretta**, ma **non si trova nella ASL di residenza** del paziente, il TOH trasmette la documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente.
3. Se l'ospedale **non è a gestione diretta**, il TOH procede con la trasmissione della documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente.

La COT-D, a seguito della ricezione della richiesta di valutazione del paziente dal TOH o dalla COT-A, verifica tramite piattaforma la storia clinica del paziente e provvede alla verifica dello stato funzionale antecedente alla presa in carico ed eventuale presenza dei servizi socioassistenziali attivi con il supporto del medico di ruolo unico/PLS o PUA, in modo da definire il percorso assistenziale più adeguato per l'assistito.

A questo punto della fase di accesso, il percorso del paziente proveniente dal flusso *Top-down* si sovrappone a quello previsto per i pazienti provenienti dal territorio (**flusso *Bottom-up***), che viene di seguito descritto.

Flusso *Bottom-up*

Questo flusso si avvia nel caso di paziente proveniente dal territorio per il quale, la COT-D, nell'insieme delle attività clinico-assistenziali e nell'ottica della continuità terapeutica, riceve la richiesta di attivazione del *setting* di Riabilitazione Neuropsichica formulata dal Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (Medico del Ruolo Unico)/PLS, da servizi specialistici distrettuali, tramite segnalazione proveniente da NEA 116117 al medico del ruolo unico o da un PUA di riferimento distrettuale.

In questa fase si inseriscono anche le richieste provenienti dalle Unità valutative che hanno posto indicazione per un cambio di *setting* su un paziente a seguito di rivalutazione.

Si ribadisce quanto specificato in premessa che la richiesta di accesso alla residenzialità riabilitativa/socioriabilitativa per persone con disabilità complessa di tipo neuropsichico avviene più frequentemente dopo un percorso di presa in carico, anche molto lungo, da parte dei Servizi territoriali delle Aziende sanitarie locali nei differenti regimi assistenziali, in particolare ambulatoriale e semiresidenziale. Pertanto, di seguito si fa riferimento oltre che alle Unità Operative di degenza anche al **Servizio territoriale di competenza**, intendendo per questo il servizio che con differenti denominazioni all'interno delle ASL ad oggi si occupa della presa in carico delle persone con disabilità di tipo neuropsichico.

La fase di Accesso si conclude (per i flussi *Top-down* e *Bottom-up*) con la ricezione della richiesta di presa in carico e successiva comunicazione della presunta data di ingresso in struttura riabilitativa.

Modello di *Transitional Care* per la Riabilitazione Territoriale Neuropsichica: Fase di definizione del *Setting* Assistenziale

Ricevuta richiesta dal TOH (nel caso di flusso *Top-down*) o dagli attori operanti sul territorio (nel caso di flusso *Bottom-up*), la COT-D valuta la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting* assistenziale proposto e attiva il **Servizio territoriale di competenza**, che lo ha in carico o che, se paziente non conosciuto, se ne farà carico per eseguire la valutazione dello stato clinico funzionale, sociale e del contesto di vita entro 48 ore lavorative.

Successivamente, in relazione allo stato clinico-funzionale e all'esito della valutazione multidimensionale suddetta, il **Servizio territoriale di competenza** elabora la proposta di percorso condivisa con la famiglia. Tale Servizio individua gli erogatori più idonei alla condizione clinica sulla base delle informazioni presenti all'interno della proposta precedentemente elaborata e propone al paziente/*caregiver*/amministratore di sostegno (ADS) il pool degli erogatori individuati. In seguito, la COT-D provvede a trasmettere alla COT-A, tramite piattaforma, la richiesta di inserimento in lista.

In caso di non coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting*, il paziente viene indirizzato ad altro *setting*.

La fase di definizione del *setting*, unitamente a quella di accesso, termina con la richiesta di inserimento in lista del paziente

Modello di *Transitional Care* per la Riabilitazione Territoriale Neuropsichica: Fase di Inserimento in Lista e Rinunce

Nella fase di inserimento in lista, la COT-A provvede, attraverso la piattaforma, ad effettuare l'inserimento del nominativo del paziente nella lista di attesa unica aziendale, tenendo conto degli erogatori individuati e dell'eventuale priorità rilevata. Tale operazione prevede l'invio di una notifica automatica dell'avvenuto inserimento in lista, sia alla COT-D di residenza del paziente che al TOH (in caso di flusso *Top-down*), o gli attori operanti sul territorio (nel caso di flusso *Bottom-up*).

La COT-A, contestualmente, richiede al TOH la conferma in merito alla dimissibilità del paziente; il reparto che riceve la richiesta procede alla relativa verifica che può essere in paziente:

- ✓ Dimissibile a domicilio → il paziente viene dimesso a domicilio previa definizione di un piano di assistenza domiciliare in attesa della disponibilità del posto letto in struttura;
- ✓ Non dimissibile a domicilio → il paziente attende la disponibilità del posto letto, con notazione di priorità.

L'erogatore già individuato comunica, tramite piattaforma, alla COT-A la data presunta di ingresso in struttura.

Al momento della ricezione della presunta data di ingresso in struttura, la COT-A comunica la disponibilità del posto letto dell'erogatore al TOH, se paziente proveniente da *setting* ospedaliero e alla COT-D se paziente a domicilio. La COT-D, inoltre, lo comunica al **Servizio territoriale di competenza** per la successiva informativa al paziente della disponibilità del posto letto dell'erogatore.

Al termine di questo passaggio:

- a) nel caso in cui il paziente provenga dal *setting* ospedaliero, la COT-A, tramite la piattaforma dedicata, invia la richiesta di trasferimento del paziente al TOH;
- b) nel caso in cui il paziente provenga da un *setting* territoriale, la COT-A facilita il trasferimento del paziente in struttura.

Modello di *Transitional Care* per la Riabilitazione Territoriale Neuropsichica: Fase di Trasferimento e Rivalutazione del Paziente

Il modello di *Transitional Care* prevede, infine, la fase di trasferimento e di rivalutazione del paziente.

In caso di paziente proveniente da *setting* ospedaliero, il TOH si fa carico dell'organizzazione delle dimissioni interfacciandosi con il reparto per la predisposizione del pacchetto di dimissione.

La struttura riabilitativa che accoglie il paziente, sia proveniente dall'ospedale che dal domicilio, elabora il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI). Il PRI è reso disponibile dalla piattaforma al **Servizio territoriale di competenza** per eventuale verifica e/o modifica/rimodulazione e alla COT-D per il monitoraggio.

Il processo di rivalutazione del PRI viene attivato attraverso un *alert* che:

- viene generato automaticamente dalla piattaforma all'approssimarsi della scadenza del progetto riabilitativo;
- viene attivato dalla struttura in caso di significative modifiche dello stato clinico-funzionale del paziente.

Tale *alert* è inoltrato alla COT-D che, successivamente, attiva il **Servizio territoriale di competenza** per effettuare la rivalutazione del paziente che può esitare in:

- raggiungimento degli obiettivi previsti nel PRI, con conseguente dimissione del paziente;
- mancato raggiungimento degli obiettivi previsti nel PRI, con conseguente prosecuzione del trattamento;
- significative modifiche dello stato clinico-funzionale assistenziale del paziente, tali da necessitare una rivalutazione che può esitare in:
 - modifica della modalità/livello assistenziale nell'ambito dello stesso *setting*;
 - dimissione per attivazione di altro *setting* assistenziale.

Funzioni degli attori coinvolti**U.O. di reparto**

- ravvisa la necessità di riabilitazione neuropsichica
- inoltra la richiesta al TOH
- verifica la dimissibilità a domicilio del paziente
- in caso di paziente dimissibile a domicilio, elabora il piano di assistenza domiciliare in attesa della presa in carico da parte della struttura e dimette il paziente
- comunica la presunta data di ingresso in struttura al familiare/*caregiver*/ADS
- predispone il pacchetto di dimissioni

TOH

- se l'ospedale è a gestione diretta e si trova nella ASL di residenza del paziente, il TOH trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente, che prende in carico la pratica
- se l'ospedale è a gestione diretta, ma non si trova nella ASL di residenza del paziente, il TOH trasmette la documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente
- se l'ospedale non è a gestione diretta, il TOH procede con la trasmissione della documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente
- richiede conferma al reparto in merito alla dimissibilità del paziente
- comunica al reparto in merito alla dimissibilità del paziente
- organizza la dimissione e il trasferimento in struttura

COT-A

- verifica la richiesta di valutazione ricevuta
- trasmette la richiesta alla COT-D del distretto di residenza del paziente
- pone il nominativo nella lista di attesa secondo la modalità assistenziale richiesta e il livello di priorità rilevato
- riceve la comunicazione della disponibilità del posto letto da parte della struttura
- comunica la disponibilità del posto letto dell'erogatore a COT-D/TOH
- richiede al TOH il trasferimento del paziente
- facilita il trasferimento del paziente in struttura

COT-D

- riceve la richiesta di valutazione dagli attori coinvolti nel processo
- verifica lo stato funzionale antecedente alla presa in carico del paziente e l'eventuale presenza di servizi socioassistenziali già attivi
- verifica la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting*
- attiva il Servizio territoriale di competenza per effettuare la valutazione entro 48 ore lavorative
- trasmette la richiesta di inserimento in lista di attesa alla COT-A
- comunica al Servizio territoriale di competenza la disponibilità del posto letto dell'erogatore per la successiva informativa al paziente

Servizio Territoriale di Competenza

- valuta lo stato clinico-funzionale, sociale e del contesto di vita del paziente
- elabora la proposta di percorso riabilitativo condivisa con la famiglia

- individua gli erogatori più idonei alla condizione clinica sulla base delle informazioni presenti all'interno della proposta
- propone al paziente/caregiver/amministratore di sostegno (ADS) il pool degli erogatori individuati
- richiede alla COT-D di inserire il paziente in lista di attesa aziendale
- verifica e/o modifica il PRI
- effettua la rivalutazione del bisogno assistenziale

Struttura Riabilitativa Territoriale

- riceve la richiesta di presa in carico e comunica la presunta data di ingresso in struttura
- elabora e attua il PRI
- richiede tramite piattaforma al Servizio territoriale di competenza la rivalutazione in caso di modifica dello stato clinico-funzionale o di ipotesi di prosecuzione di trattamento

	U.O. di reparto	TOH	COT-A	COT-D	Servizio territoriale di competenza	Strutture Riabilitazione Territoriale
<p>Fase di Accesso</p>	<p>Ravvisa la necessità di riabilitazione neuropsichica in regime residenziale e lo comunica al TOH</p>	<p>Se l'ospedale è a gestione diretta e si trova nella ASL di residenza del paziente, il TOH trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente, che prende in carico la pratica</p> <p>Se l'ospedale è a gestione diretta, ma non si trova nella ASL di residenza del paziente, il TOH trasmette la documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono presenti integrazioni da parte del TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente</p> <p>Se l'ospedale non è a gestione diretta, il TOH procede con la trasmissione della documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente</p>	<p>Verifica la richiesta di valutazione ricevuta dall'ospedale e la trasmette alla COT-D del distretto del paziente</p>	<p>Riceve la richiesta di valutazione e verifica in piattaforma la storia clinica del paziente</p> <p>Nel caso di nuovo paziente proveniente da servizi specialistici distrettuali, dal PUA o a seguito di rivalutazione da altro setting, contatta il Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria/PLS per la verifica dello stato funzionale antecedente alla presa in carico</p> <p>Nel caso di nuovo paziente proveniente già da Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria/PLS contatta il back-office del PUA per verificare se ci sono servizi socio-assistenziali attivi</p>	<p>Valuta lo stato clinico-funzionale, sociale e del contesto di vita del paziente</p>	<p>Riceve la richiesta di presa in carico e comunica la presunta data di ingresso in struttura</p>
<p>Definizione del setting</p>				<p>Se la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del setting assistenziale</p> <p>Attiva il Servizio territoriale di competenza che esegue la valutazione entro 48 ore lavorative</p> <p>Trasmette la richiesta di inserimento in lista di attesa alla COT-A</p>	<p>Se setting appropriato: ✓ elabora la proposta di percorso riabilitativo condivisa con la famiglia ✓ individua gli erogatori più idonei alla condizione clinica sulla base delle informazioni presenti all'interno della proposta ✓ propone al paziente/caregiver/amministratore di sostegno (ADS) il pool degli erogatori individuati ✓ richiede alla COT-D di inserire il paziente in lista di attesa aziendale</p> <p>Se setting non appropriato: ✓ rinvia ad altro setting</p>	
<p>Inserimento in lista e ingresso in struttura</p>	<p>✓ Verifica la dimissibilità a domicilio per il paziente in attesa dell'ingresso in struttura</p> <p>✓ In caso di paziente dimissibile a domicilio, elabora il piano di cura della presa in carico da parte della struttura e dimette il paziente</p>	<p>Richiede conferma al reparto in merito alla dimissibilità del paziente</p>	<p>✓ Pone il nominativo nella lista di attesa e lo notifica alla COT-D</p> <p>✓ Riceve comunicazione di disponibilità da parte della struttura</p> <p>✓ Comunica a COT-D/TOH la data di ingresso in struttura</p> <p>✓ Se il paziente è ricoverato richiede al TOH il trasferimento</p>	<p>Comunica al Servizio territoriale di competenza la disponibilità del posto letto dell'erogatore per la successiva informativa al paziente</p>	<p>Riceve comunicazione della presunta data di ingresso</p>	

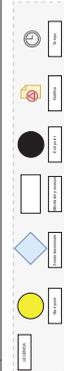
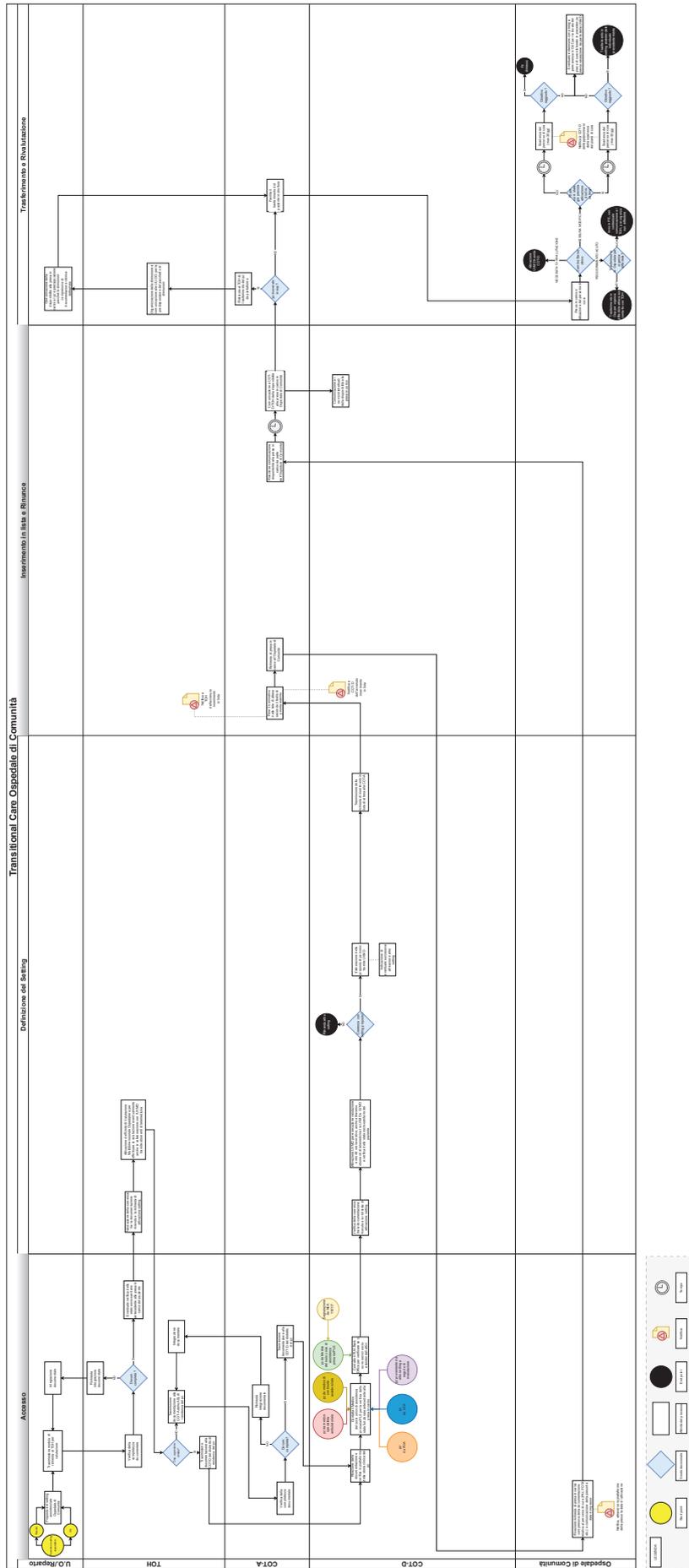
<p>Trasferimento e rivalutazione</p>	<p>Comunica la presunta data di ingresso e predispone il pacchetto di dimissioni</p>	<p>Organizza la dimissione e il trasferimento in struttura</p>	<p>Facilita il trasferimento del paziente in struttura</p>	<p>✓ ✓</p> <p>Verifica e/o modifica il PRI assistenziale</p> <p>✓ ✓</p> <p>Elabora e attua il PRI</p> <p>Richiede tramite piattaforma al Servizio territoriale di competenza la rivalutazione in caso di modifica dello stato clinico-iniziale o di ipotesi di prosecuzione di trattamento</p>
---	--	---	---	---

Ospedale di Comunità (OdC)

Allegato 6



REGIONE
LAZIO



Il modello di *Transitional Care* per gli Ospedali di Comunità è strutturato in quattro fasi principali:

1. **Accesso;**
2. **Definizione del *setting* assistenziale;**
3. **Inserimento in lista e rinunce;**
4. **Trasferimento e rivalutazione del paziente.**

I seguenti paragrafi esplorano ogni fase del modello, partendo dalla prima fase di accesso, fino ad arrivare all'ultima fase relativa al trasferimento e alla eventuale rivalutazione del paziente, delineando in dettaglio le operazioni e descrivendo le interazioni e i ruoli dei diversi attori coinvolti nello stesso.

Modello di Transitional Care per l'Ospedale di Comunità: Fase di Accesso

Nel caso di un nuovo paziente, eleggibile per l'Ospedale di Comunità, in *setting* ospedaliero (**flusso *Top-down***), il reparto o il PS nell'insieme delle attività clinico-assistenziali e nell'ottica della continuità terapeutica, analizza il quadro clinico del paziente per individuare il *setting* assistenziale maggiormente appropriato al bisogno espresso.

Flusso *Top-down*

Nel caso in cui per il paziente viene proposto l'Ospedale di Comunità (OdC), il reparto dimettente o il PS raccoglie la documentazione clinica e diagnostica del paziente e trasmette il modulo di richiesta al TOH tramite piattaforma.

Il TOH, una volta ricevuta la richiesta e la documentazione dal reparto dimettente o dal PS, ne verifica la completezza e, in caso di documentazione mancante, inoltra eventuale richiesta di integrazione. Successivamente il TOH, valutata la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting* e considerato lo stato socio-sanitario antecedente alla presa in carico del paziente in Ospedale di Comunità, attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO), eventualmente in collaborazione con l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), per effettuare la valutazione del paziente, anche attraverso strumenti di telemedicina, come riportato nell'Allegato 9 "Modalità operative di interazione tra Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO) e Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)".

Se il percorso individuato è l'Ospedale di Comunità, il TOH:

- a) se l'ospedale è a **gestione diretta** e si trova nella ASL di residenza del paziente, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente, che prende in carico la pratica;
- b) se l'ospedale è a **gestione diretta**, ma non si trova nella ASL di residenza del paziente, trasmette la documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente;
- c) se l'ospedale **non è a gestione diretta**, procede con la trasmissione della documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente.

La COT-D, a seguito della ricezione della modulistica di richiesta per il *setting* Ospedale di Comunità per il paziente trasmessa dal TOH o dalla COT-A, verifica tramite piattaforma la storia clinica del paziente e provvede alla verifica dello stato funzionale antecedente alla presa in carico ed eventuale presenza dei servizi

socioassistenziali attivi con il supporto del medico di ruolo unico o PUA, in modo da definire il percorso assistenziale più adeguato per l'assistito.

A questo punto della fase di accesso, il percorso del paziente proveniente dal flusso *Top-down* si sovrappone a quello previsto per i pazienti provenienti dal territorio (flusso *Bottom-up*), che viene di seguito descritto.

Flusso *Bottom-up*

Questo flusso si avvia nel caso di paziente proveniente dal territorio per il quale, la COT-D, nell'insieme delle attività clinico-assistenziali e nell'ottica della continuità terapeutica, riceve la richiesta di attivazione del *setting* Ospedale di Comunità formulata dal Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (Medico del Ruolo Unico), dal medico specialista ambulatoriale, tramite segnalazione proveniente dal NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico, dal medico di continuità assistenziale, dall'UCA o dal PUA.

In questa fase si inseriscono anche le richieste provenienti dalle Unità valutative che hanno posto indicazione per un cambio di *setting* su un paziente a seguito di rivalutazione.

In tal caso, gli attori di cui sopra inviano la richiesta di valutazione multidimensionale alla COT-D del distretto in cui operano, la quale attiva successivamente l'UVMD.

La fase di Accesso si conclude (per i flussi *Top-down* e *Bottom-up*) con la ricezione della richiesta di presa in carico da parte dell'Ospedale di Comunità, comprensiva della documentazione relativa al percorso di cura (PAI, PDTA, etc) e con la comunicazione della presunta data di ingresso.

Modello di *Transitional Care* per l'Ospedale di Comunità: Fase di definizione del *Setting* Assistenziale

Ricevuta la richiesta dal TOH (nel caso di flusso *Top-down*) o dagli attori operanti sul territorio (nel caso di flusso *Bottom-up*), la COT-D valuta la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting* assistenziale proposto e attiva l'UVMD.

L'UVMD di residenza del paziente, direttamente o tramite delega a UVMO (nel caso di paziente ricoverato in ospedale), avvalendosi laddove ritenuto opportuno di strumenti di telemedicina, o ad altra UVMD (nel caso di paziente domiciliato in territorio differente da quello di residenza), entro 48 ore lavorative effettua la valutazione multidimensionale con la proposta di percorso, verificando lo stato socio-sanitario del paziente.

Successivamente, in funzione dello stato clinico-funzionale e all'esito della valutazione multidimensionale suddetta, la COT-D, tramite UVMD, in caso di coerenza con il *setting* proposto elabora la proposta di percorso e successivamente trasmette la richiesta di inserimento in lista di attesa alla COT-A.

In questa fase la UVMD deve indicare se il percorso di cura, a seguito dell'esito della valutazione multidimensionale, prevede eventuale attivazione di altro *setting*.

In caso di non coerenza con il *setting* proposto, il paziente viene indirizzato ad altro *setting*. Nel caso venisse ritenuta opportuna da parte dell'UVMD l'attivazione di un *setting* successivo all'OdC, l'esito di tale valutazione viene comunicato dalla COT-D alla COT-A, che in concomitanza predisponde l'attivazione del *setting* successivo, sulla base della durata prevista del ricovero in OdC, onde evitare sovrapposizioni.

La fase di definizione del *setting*, unitamente a quella di accesso, termina con la richiesta di inserimento in lista del paziente.

Modello di *Transitional Care* per l'Ospedale di Comunità: Fase di Inserimento in lista e rinunce

Nella fase di inserimento in lista, la COT-A provvede, attraverso la piattaforma, ad effettuare l'inserimento del nominativo del paziente nella lista di attesa unica aziendale, secondo l'esito indicato dalla valutazione multidimensionale e tenendo conto dell'eventuale priorità rilevata. Tale operazione prevede l'invio di una

notifica automatica dell'avvenuto inserimento in lista, sia alla COT-D di residenza del paziente che al TOH (in caso di flusso *Top-down*), o agli attori operanti sul territorio (nel caso di flusso *Bottom-up*).

Al momento della ricezione della disponibilità alla presa in carico da parte dell'Ospedale di Comunità, la COT-A lo comunica al TOH se il paziente è degente e alla COT-D di residenza per paziente proveniente dal territorio. Successivamente la COT-D ne dà comunicazione ai servizi distrettuali.

Al termine di questo passaggio:

- a) nel caso in cui il paziente provenga dal *setting* ospedaliero, la COT-A, tramite la piattaforma dedicata, invia la richiesta di trasferimento del paziente al TOH;
- b) nel caso in cui il paziente provenga da un *setting* territoriale, la COT-D comunica al segnalante (Medico del Ruolo Unico, PUA, etc.) la disponibilità del posto letto per successiva comunicazione al paziente.

Modello di *Transitional Care* per l'Ospedale di Comunità: Fase di Trasferimento e Rivalutazione del Paziente

Il modello di *Transitional Care* prevede, infine, la fase di trasferimento dall'ospedale/accesso dal domicilio e di rivalutazione del paziente.

In caso di paziente proveniente da *setting* ospedaliero, il TOH si fa carico dell'organizzazione delle dimissioni interfacciandosi con il reparto per la predisposizione del pacchetto di dimissioni comprensivo di documentazione clinica dettagliata. Successivamente l'Ospedale di Comunità prende in carico il paziente e procede con l'attuazione del percorso di cura.

Nel corso della degenza in Ospedale di Comunità, qualora si verifichi un cambiamento nello *status* clinico del paziente:

- in caso di peggioramento acuto, l'Ospedale di Comunità provvede al trasferimento del paziente in ospedale secondo le seguenti modalità:
 - attraverso contatto con il TOH, in caso di accesso programmato per urgenza differibile;
 - attraverso invio in Pronto Soccorso, con contestuale comunicazione al TOH, in caso di urgenza non differibile.
- in caso sia necessaria una rivalutazione, l'Ospedale di Comunità richiede alla COT-D l'attivazione dell'UVMD.

Nel caso in cui non vi siano variazioni nello *status* clinico, il paziente prosegue il percorso di cura all'interno dell'Ospedale di Comunità. A tal proposito, l'Ospedale di Comunità deve tenere in considerazione se all'interno del percorso di cura è stata indicata l'eventuale attivazione di altro *setting*:

- se è stata indicata l'attivazione di altro *setting* e, alla scadenza del percorso di cura (notificata automaticamente alla COT-D tramite piattaforma) gli obiettivi sono stati raggiunti, il paziente sarà trasferito nel *setting* precedentemente individuato;
- se invece non è prevista l'attivazione di altro *setting* e, alla scadenza del percorso di cura (notificata automaticamente alla COT-D tramite piattaforma) gli obiettivi sono stati raggiunti, il paziente sarà dimesso al proprio domicilio.

In entrambi i casi, qualora gli obiettivi non siano stati raggiunti, l'Ospedale di Comunità richiede alla COT-D l'attivazione dell'UVMD per procedere con la rivalutazione finalizzata al rilascio dell'autorizzazione di una eventuale proroga della degenza per un periodo corrispondente alla durata del piano di cura precedentemente elaborato (massimo 30 giorni) previa valutazione da parte della UVMD.

Funzioni degli attori coinvolti

U.O di reparto

- propone il *setting* Ospedale di Comunità
- trasmette modulo di richiesta di valutazione al TOH
- comunica la disponibilità alla presa in carico da parte della struttura al paziente/*caregiver*/ADS
- predispose il pacchetto di dimissioni comprensivo di documentazione clinica dettagliata

TOH

- verifica eventualmente lo stato socio-sanitario antecedente alla presa in carico del paziente
- valuta la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting*
- attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera per effettuare la valutazione eventualmente anche in collaborazione con l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale tramite strumenti di telemedicina
- se l'ospedale è a gestione diretta e si trova nella ASL di residenza del paziente, il TOH trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente, che prende in carico la pratica
- se l'ospedale è a gestione diretta, ma non si trova nella ASL di residenza del paziente, il TOH trasmette la documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente
- se l'ospedale non è a gestione diretta, il TOH procede con la trasmissione della documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente
- organizza la dimissione e il trasferimento, interfacciandosi con il reparto e il PS
- organizza l'eventuale trasferimento in ospedale in caso di accesso programmato per urgenza differibile
- si attiva per il percorso per il paziente con peggioramento delle condizioni cliniche inviato in PS in caso di urgenza non differibile

COT-A

- verifica la richiesta di valutazione ricevuta
- trasmette la richiesta alla COT-D del distretto di residenza del paziente
- pone il nominativo nella lista di attesa secondo il livello di priorità rilevato
- richiede la disponibilità alla presa in carico agli Ospedali di Comunità
- riceve la comunicazione di disponibilità alla presa in carico dall'Ospedale di Comunità
- comunica a COT-D/TOH la disponibilità del posto letto in struttura
- richiede al TOH il trasferimento
- facilita il trasferimento del paziente in struttura

COT-D

- riceve la richiesta di valutazione dagli attori coinvolti nel processo
- verifica lo stato funzionale antecedente alla presa in carico e l'eventuale presenza di servizi socioassistenziali già attivi
- verifica la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting*
- attiva l'UVMD di residenza del paziente, direttamente o tramite delega a UVMO (nel caso di paziente ricoverato in ospedale), avvalendosi laddove ritenuto opportuno di strumenti di telemedicina, o ad altra UVMD (nel caso di paziente domiciliato in territorio differente da quello di residenza), per la valutazione con la proposta di percorso entro 48 ore lavorative

- elabora la proposta di percorso, tramite UVMD, indicando eventualmente l'attivazione successiva di altro *setting*
- trasmette la richiesta di inserimento in lista di attesa alla COT-A
- comunica ai servizi distrettuali la disponibilità del posto letto

Ospedale di Comunità

- riceve la richiesta di presa in carico comprensiva della documentazione relativa al percorso di cura (PAI, PDTA, etc.)
- comunica a COT-A la presunta data di ingresso
- prende in carico il paziente e attua il percorso di cura
- qualora si verifichi un cambiamento nello *status* clinico del paziente:
 - in caso di peggioramento acuto, provvede al trasferimento del paziente in ospedale secondo le seguenti modalità:
 - Attraverso contatto con il TOH, in caso di accesso programmato per urgenza differibile;
 - Attraverso invio in Pronto Soccorso, con contestuale comunicazione al TOH, in caso di urgenza non differibile.
 - in caso sia necessaria una rivalutazione richiede alla COT-D l'attivazione dell'UVMD
- in caso di stabilità dello *status* clinico paziente:
 - se è stata indicata l'attivazione di altro *setting* e, alla scadenza del percorso di cura (notificata automaticamente alla COT-D tramite piattaforma) gli obiettivi sono stati raggiunti, il paziente sarà trasferito nel *setting* precedentemente individuato
 - se invece non è prevista l'attivazione di altro *setting* e, alla scadenza del percorso di cura (notificata automaticamente alla COT-D tramite piattaforma) gli obiettivi sono stati raggiunti, il paziente sarà dimesso al proprio domicilio
- qualora gli obiettivi non siano stati raggiunti, richiede alla COT-D l'attivazione dell'UVMD per procedere con la rivalutazione finalizzata al rilascio dell'autorizzazione di una eventuale proroga della degenza del paziente per un periodo corrispondente alla durata del piano di cura (massimo 30 giorni) precedentemente elaborato

	U.O. di reparto	TOH	COT-A	COT-D	Ospedale di Comunità
Accesso	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Propone il <i>setting</i> Ospedale di Comunità ✓ Trasmette modulo di richiesta di valutazione al TOH 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica eventualmente lo stato socio-sanitario antecedente alla presa in carico del paziente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica la richiesta di valutazione inviata dal TOH e la trasmette alla COT-D del distretto del paziente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Riceve la richiesta di valutazione e verifica in piattaforma la storia clinica del paziente ✓ Contatta il medico specialista ambulatoriale del PUA, da medico di continuità assistenziale, da UCA o a seguito di rivalutazione da altro <i>setting</i> contattata il Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria per la verifica dello stato funzionale pre-ricevo ✓ Nel caso di nuovo paziente proveniente già da Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria o tramite segnalazione NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico contatta il <i>back-office</i> del PUA per verificare se ci sono servizi socio-assistenziali attivi 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Riceve la richiesta di valutazione e verifica in piattaforma la storia clinica del paziente ✓ Contatta il medico specialista ambulatoriale del PUA, da medico di continuità assistenziale, da UCA o a seguito di rivalutazione da altro <i>setting</i> contattata il Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria per la verifica dello stato funzionale pre-ricevo ✓ Nel caso di nuovo paziente proveniente già da Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria o tramite segnalazione NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico contatta il <i>back-office</i> del PUA per verificare se ci sono servizi socio-assistenziali attivi
Setting		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valuta la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di valutazione del <i>setting</i>. ✓ Attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera per effettuare la valutazione eventualmente anche in collaborazione con l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale tramite strumenti di telemedicina ✓ Se l'ospedale è a gestione diretta e si trova nella ASL di residenza del paziente, il TOH trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente, che prende in carico la pratica ✓ Se l'ospedale è a gestione diretta, ma non si trova nella ASL di residenza del paziente, il TOH trasmette la documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della documentazione necessaria e integra con la richiesta al TOH trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente ✓ Se l'ospedale non è a gestione diretta, il TOH procede con la trasmissione della documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pone il nominativo nella lista di attesa e lo notifica alla COT-D e al TOH ✓ Richiede la disponibilità alla presa in carico agli Ospedali di Comunità ✓ Riceve la comunicazione di disponibilità da parte delle strutture ✓ Contatta il medico specialista ambulatoriale del PUA e COT-D/TOH la disponibilità del posto letto ✓ Se il paziente è ricoverato in ospedale richiede al TOH il trasferimento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del <i>setting</i> ✓ Attiva l'UVMD di residenza del paziente, direttamente o tramite delega a UVMO (nel caso il posto letto è presso un ospedale), o a un altro medico specialista ambulatoriale, di strumenti di telemedicina, o ad altro UVMD (nel caso di paziente domiciliato in territorio differente da quello di residenza), per la valutazione con la proposta di percorso entro 48 ore lavorative ✓ Elabora la proposta di percorso tramite UVMD, indicando eventualmente l'attivazione di altro <i>setting</i> ✓ Trasmette la richiesta di inserimento in lista alla COT-A 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevede in carico il paziente e attua il percorso di cura del paziente; ✓ Qualora si verifici un cambiamento nello status clinico del paziente: <ul style="list-style-type: none"> • in caso di peggioramento acuto, provvede al trasferimento del paziente in ospedale secondo le seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none"> o attraverso contatto con il TOH, in caso di accesso programmato per urgenza differibile; o attraverso invio in Pronto Soccorso, con contestuale comunicazione al TOH, in caso di urgenza non differibile. • in caso sia necessaria una rivalutazione richiede alla COT-D l'attivazione dell'UVMD per procedere con la rivalutazione ✓ In caso di stabilità dello status clinico paziente: <ul style="list-style-type: none"> • se è stata indicata l'attivazione di altro <i>setting</i> e, alla scadenza del percorso di cura (notificata automaticamente alla COT-D tramite piattaforma) gli obiettivi sono stati raggiunti, il paziente sarà trasferito nel <i>setting</i> precedentemente individuato • se invece non è prevista l'attivazione di altro <i>setting</i> e, alla scadenza del percorso di cura (notificata automaticamente alla COT-D tramite
Inserimento in lista e rinunce			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pone il nominativo nella lista di attesa e lo notifica alla COT-D e al TOH ✓ Richiede la disponibilità alla presa in carico agli Ospedali di Comunità ✓ Riceve la comunicazione di disponibilità da parte delle strutture ✓ Contatta il medico specialista ambulatoriale del PUA e COT-D/TOH la disponibilità del posto letto ✓ Se il paziente è ricoverato in ospedale richiede al TOH il trasferimento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunica ai servizi disattuali la disponibilità di posto letto 	
Trasferimento/Ingresso/ Rivalutazione	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunica la disponibilità del posto letto in struttura al paziente/<i>carer/giver/ADS</i> ✓ Predisporre il pacchetto di dimissioni comprensivo di documentazione clinica dettagliata 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organizza la dimissione e il trasferimento, interfacciandosi con il reparto e il PS ✓ Organizza l'eventuale trasferimento in ospedale in caso di accesso programmato per urgenza differibile ✓ Si attiva per il percorso per il paziente con peggioramento delle condizioni cliniche inviato in PS in caso di urgenza non differibile 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilita il trasferimento del paziente in struttura 		

<p>piattaforma) gli obiettivi sono stati raggiunti, il paziente sarà dimesso al proprio domicilio</p> <p>Qualora gli obiettivi non siano stati raggiunti, richiede alla COT-D l'autorizzazione dell'UVMD per procedere con la rivalutazione finalizzata al rilascio dell'autorizzazione di una eventuale proroga della degenza del paziente per un periodo corrispondente alla durata del piano di cura (massimo 30 giorni) precedentemente elaborato</p>	✓				
--	---	--	--	--	--

Modalità Operative di Interazione tra UVMO e UVMD

Allegato 9



Modalità Operative di Interazione tra UVMO e UVMD

In caso di paziente ricoverato in struttura ospedaliera, di seguito si rappresenta nel dettaglio la modalità di interazione tra UVMO e UVMD nell'ambito dei processi di transizione verso i *settings* di assistenza territoriale.

1. Il reparto di ricovero compila la Scheda Unica, eventualmente integrando quanto già rilevato in fase di accesso ospedaliero durante la rilevazione precoce dei bisogni socioassistenziali;
2. Il reparto dimettente trasmette al TOH, almeno 72 ore prima della presunta dimissione, la Scheda Unica per l'attivazione dei seguenti setting:
 - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)-intensiva;
 - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) estensiva per non autosufficienti;
 - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) estensiva per disturbi cognitivo comportamentali;
 - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) di mantenimento alto/basso;
 - Cure palliative specialistiche residenziali (Hospice);
 - Cure palliative specialistiche domiciliari (Hospice);
 - Cure palliative di base domiciliari;
 - Riabilitazione territoriale residenziale/semiresidenziale intensiva;
 - Riabilitazione territoriale residenziale/semiresidenziale estensiva;
 - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
 - Dimissione concordata;
 - Ospedale di Comunità.
3. Il TOH, ricevuta la scheda dal reparto e valutata la coerenza tra la documentazione ricevuta e il setting proposto, invia la richiesta alla COT competente (vedi Tabella 1 presente nell'Allegato A "Linee di Indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio") per la transizione secondo il processo previsto per quel setting (vedi allegati presenti nell'Allegato A "Linee di Indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio"). La COT competente, in accordo con il Servizio distrettuale di riferimento per il setting proposto, definisce le modalità esecutive della valutazione multidimensionale, potendo scegliere una delle seguenti opzioni:
 - a. **delega la valutazione** esclusivamente alla UVMO per la conferma dell'appropriatezza del setting proposto, la definizione del bisogno assistenziale e la successiva stesura del Piano di Assistenza, anche in considerazione di eventuali procedure concordate tra le Aziende coinvolte;
 - b. rileva la necessità di ulteriori approfondimenti per la valutazione del bisogno assistenziale e/o per l'individuazione del *setting* appropriato e la definizione del Piano di Assistenza, per cui pianifica una **valutazione multidimensionale congiunta** tra UVMD e UVMO, da eseguire tramite teleconsulto, anche in considerazione di eventuali procedure concordate tra le Aziende coinvolte;

- c. ritiene indispensabile la **valutazione della persona da parte della UVMD** presso il reparto ospedaliero, la quale deve essere svolta entro le successive 72 h per individuare il *setting* assistenziale appropriato e definire il Piano di Assistenza.

La scelta tra le opzioni sopra menzionate andrà operata entro 48 h lavorative dalla ricezione della richiesta, dalla COT di competenza, mettendo in atto quei modelli organizzativi virtuosi le cui linee d'indirizzo sono state delineate nel DM77, basati sulla integrazione funzionale di diverse strutture afferenti alle CdC *Hub* (es.: UCA, CAD, COT-D).

Tutte le attività di interconnessione tra Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera e Territoriale, i TOH e le COT (COT-A e COT-D), avverrà attraverso l'integrazione dei Sistemi Operativi Regionali con la Piattaforma denominata di *Transitional Care*.

In assenza di riscontro entro 48 h lavorative dalla data di invio della richiesta, l'UVMO potrà elaborare, in presenza dei criteri di eleggibilità, un piano di dimissione concordata in cure domiciliari, della durata massima di 15 giorni, che dovrà essere rivalutato o confermato dall'UVMD entro i 7 giorni successivi alla sua attivazione (per maggiori dettagli vedi processo di dimissione concordata Allegato n. 4 – Cure Domiciliari). In tal caso, la richiesta di setting precedentemente inoltrata verrà presa in esame nel corso della valutazione prevista.

Concluse le operazioni di valutazione multidimensionale, il processo di attivazione del singolo setting procederà secondo quanto previsto dagli allegati specifici (vedi allegati presenti nell'Allegato A "Linee di Indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio").