

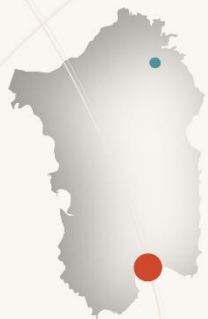


XXI° CONGRESSO NAZIONALE CARD

VII CONFERENZA NAZIONALE CURE DOMICILIARI - XXI CONGRESSO CARD

19-20 | OTTOBRE | 2023

CAGLIARI
Hotel Regina Margherita



“Implementazione della C.O.T. nel Distretto del Perugino come strumento atto a favorire la continuità Ospedale-Territorio e agevolare la presa in carico territoriale dei pazienti complessi”

RELATORE: Dott.ssa E. Anastasi

○ *Continuità delle Cure*

E' uno dei principali obiettivi del SSN e viene intesa sia come continuità terapeutica ed assistenziale tra i diversi professionisti integrati in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione ed implementazione di percorsi diagnostico/terapeutici condivisi, condivisione delle informazioni), che come continuità tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio.

Continuità dell'informazione (informational continuity)

Continuità gestionale (management continuity)

Continuità relazionale (relational continuity)

Un diverso modello integrato ospedale/territorio

**DECRETO MINISTERO DELLA SALUTE n. 70/2015
«Regolamento definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera»**

Continuità Ospedale-Territorio in una logica di continuità delle cure e di utilizzo appropriato dell'ospedale la riorganizzazione della rete ospedaliera sarà insufficiente senza potenziamento delle strutture territoriali

Integrazione funzionale tra territorio e ospedale ha un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale

Collegamento dell'ospedale ad una centrale della continuità posta sul territorio per la dimissione protetta e la presa in carico post-ricovero

PIANO NAZIONALE CRONICITA' 2016

Recepito con DGRr n.1600 del 28.12.2016

- Piena valorizzazione della rete assistenziale in un'ottica di **continuità assistenziale** e del bisogno socio-assistenziale di ciascun paziente
- Flessibilità dei modelli organizzativi e operativi che preveda una forte **integrazione tra cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio**
- **Approccio integrato** sin dalle prime fasi della presa in carico con ingresso precoce nel PDTA in funzione del diverso grado di complessità assistenziale

LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

Ad introdurre formalmente le Centrali Operative Territoriali (COT) nell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale è stato l'art. 1 comma 8 del D.L. 19/05/2020, n. 342

Le Centrali Operative hanno l'obiettivo di gestire la continuità assistenziale dei pazienti che dall'ospedale vengono presi in carico per altri setting territoriali, spesso con specifico riferimento alle dimissioni protette.

Il vero punto di riferimento, però, è costituito dal recente **Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022** relativo ai “Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” che definisce il nuovo servizio e ne stabilisce i requisiti.

PNRR

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - 13 luglio 2021

M6 C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE:

1.«Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale»

Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti,

- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
- Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare

PNRR

Il potenziamento dei servizi domiciliari è un obiettivo fondamentale

L'investimento mira a:

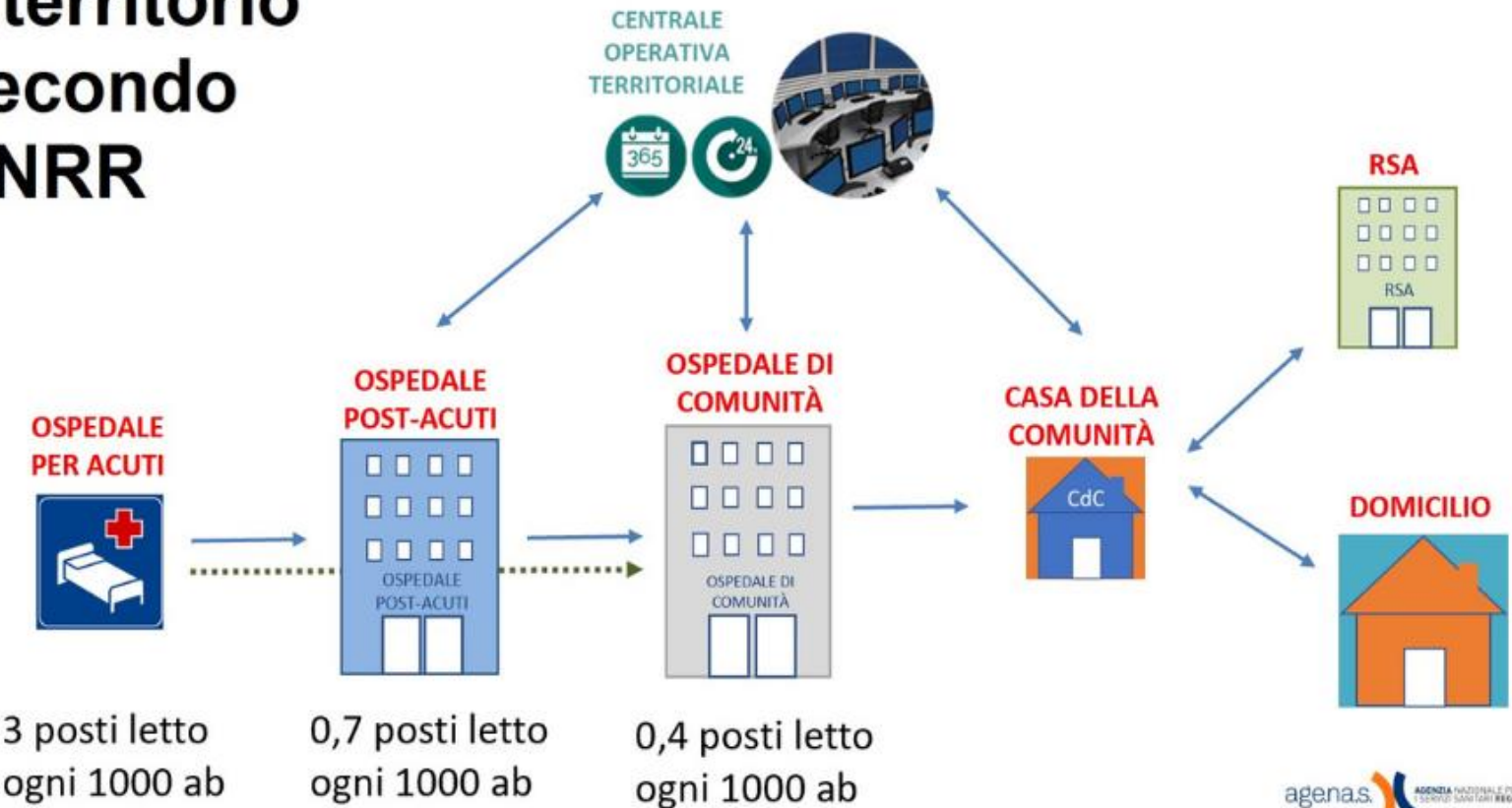
Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione)

Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale

Attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza

Utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche

Il territorio secondo PNRR



LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT) NEL DM 77/2022

La COT è un servizio a valenza distrettuale, è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.
La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore aziendale infermieristico.

Standard

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti

-1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto

-7 giorni su 7, dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche.

LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT) NEL DM 77

- **Tutti gli attori del sistema**, personale distrettuale e ospedaliero, **possono richiedere l'intervento della COT, ovvero:**

MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali

La COT, a livello regionale, usufruisce di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

PIANO SANITARIO REGIONALE UMBRO 2022- 2026

Il piano Sanitario Regionale Umbro 2022-2026 individua nelle 12 priorità la riorganizzazione dell'ASSISTENZA TERRITORIALE e individua , in conformità al PNRR e al DM 77/22 l'istituzione della COT

Nell'Azienda USL Umbria 1, la COT è operativa dal 2017 come strumento di raccolta e classificazione del bisogno in modo da attivare le risorse/strutture più appropriate della rete assistenziale per garantire la continuità delle cure nella transizione da un luogo di cura all'altro.

Fino al 2022 la COT è stata prevalentemente finalizzata alla gestione delle dimissioni protette ospedaliere.

Dal 2023 implementazione percorsi **Ospedale- Territorio** attraverso sperimentazione PRU (Percorso Riabilitativo Unico).

Implementazione **Ospedale-Ospedale**, accordo interaziendale Trasferimenti.



Piano Sanitario Regionale

2022 - 2026

La COT si sviluppa nel territorio regionale con una sede HUB e 4 sedi Spoke , una per ogni Distretto, articolate in 2 moduli ciascuna, assolvendo a funzioni distinte e specifiche seppur tra loro interdipendenti:

- Coordinamento presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (ammissioni/dimissione)
- Coordinamento /ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete
- Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale e l'altro
- Supporto informativo e logistico ai professionisti della rete
- Monitoraggio anche attraverso strumenti di telemedicina dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto.

COT HUB

Funzioni di indirizzo e di coordinamento a livello centrale

Al fine di garantire l'omogeneità delle prestazioni ed azioni sul territorio, nonché le funzioni sovradistrettuali per la gestione delle casistiche complesse e che non possono trovare soluzioni all'interno del distretto di riferimento

COORDINATORE DI DISTRETTO



CONGRESSO CARD NAZIONALE

COT SPOKE

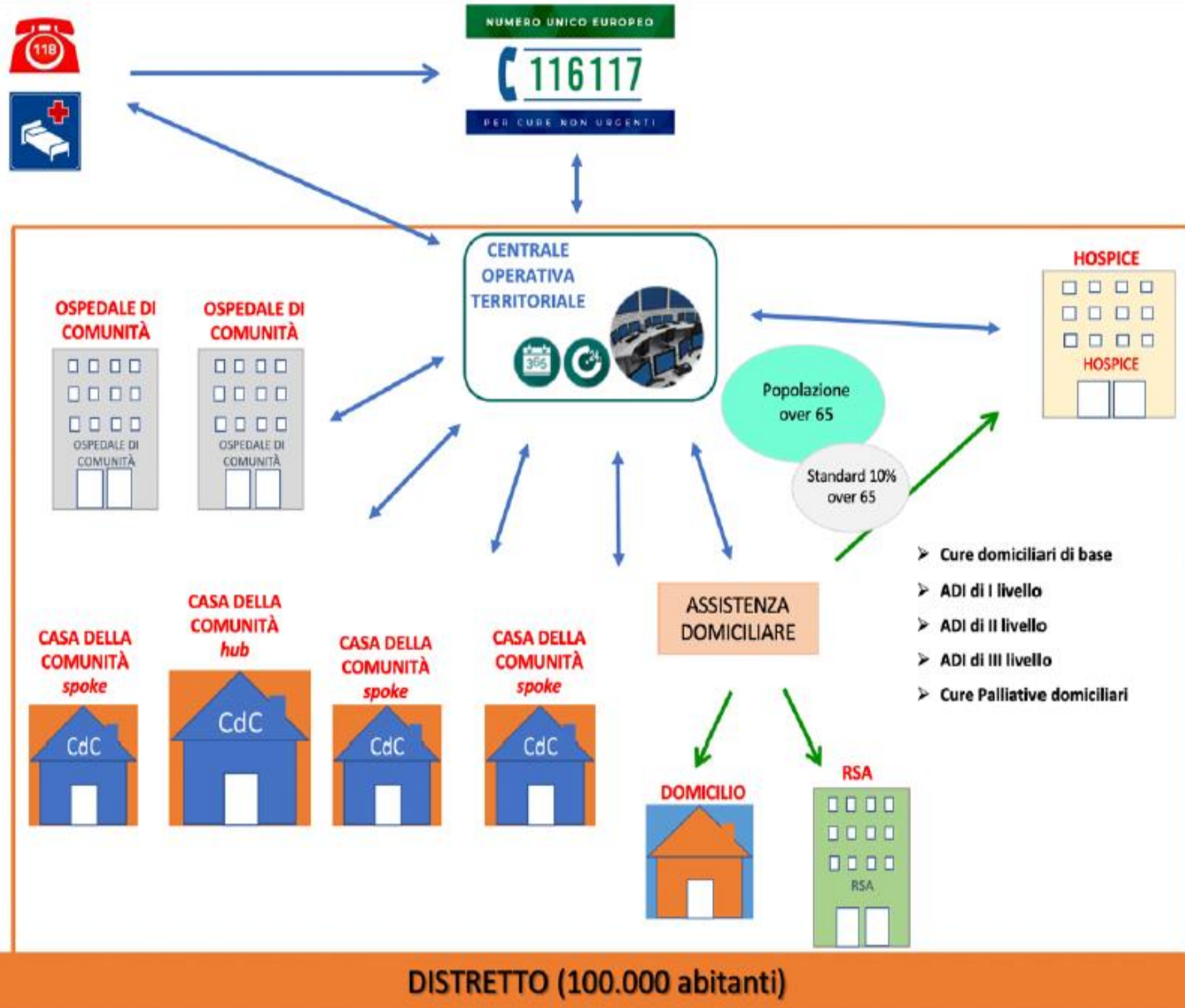
Funzioni gestionali nell'area di competenza, nonché di attuazione ed operatività delle indicazioni fornite dalla Centrale HUB.

Sarà operativa 7 giorni su 7 h 24 e dovrà essere dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche con accesso al FSE e principali database

DIRETTORE DI DISTRETTO



CONGRESSO CARD NAZIONALE



DISTRETTO (100.000 abitanti)

CONGRESSO CARD NAZIONALE

LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE NEL DISTRETTO DEL PERUGINO



La COT viene intesa come punto di ricezione e di triage del bisogno assistenziale territoriale della persona.

LE DIMISSIONI PROTETTE

Il Piano Sanitario Regionale 2021-2025 affronta il tema delle “dimissioni protette”, come uno di quelli più critici nel sistema sanitario regionale, al quale si intende dare risposta attraverso la istituzione di una COT (Centrale Operativa Regionale) con funzione Hub, rispetto alle COT spoke collocate a livello distrettuale.



CONGRESSO CARD NAZIONALE

LE DIMISSIONI PROTETTE

Il paziente dimissibile in regime protetto è quello:

a) Clinicamente stabile e/o stazionaria nel proprio continuum salute-malattia

b) Che non necessita di assistenza ospedaliera di elevata intensità;

c) si applica a persone "fragili", prevalentemente anziani, affetti da quadri clinici complessi caratterizzati da pluripatologie croniche.

A livello schematico, la procedura di dimissione protetta si compone delle seguenti fasi:

Fase 1: Rilevazione della condizione di salute e dei bisogni assistenziali che inizia con l'equipe dimissione protetta dell'ospedale che effettua la compilazione della scheda BRASS con l'obiettivo di identificare l'indice di rischio di dimissione difficile e, successivamente, viene inviata per mail alla COT attraverso il sistema informatico Atl@nte, da 72h a 48h prima della dimissione.

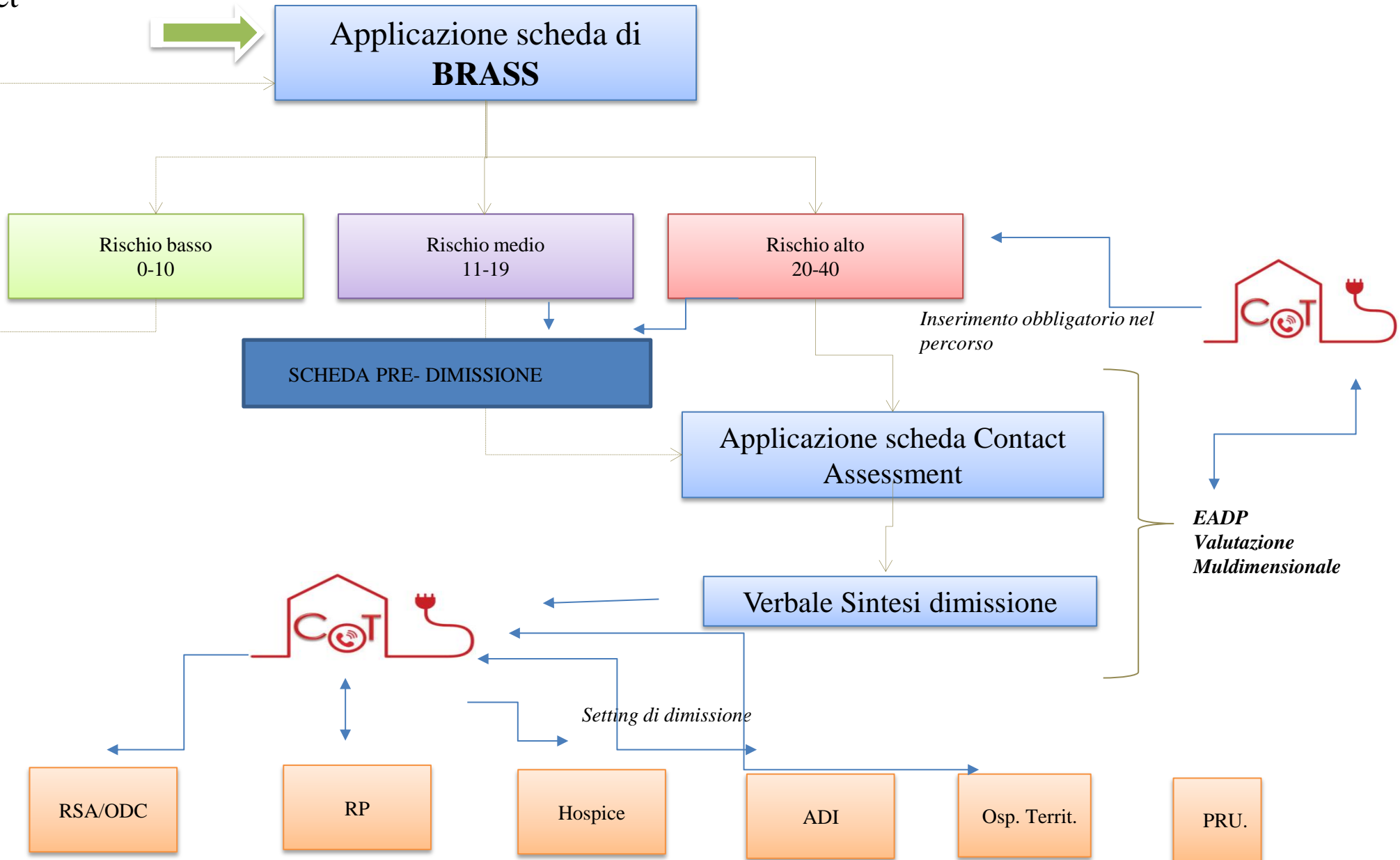
Fase 2: Valutazione Multidimensionale (VMD)

Fase 3: Assegnazione del setting assistenziale

Popolazione target

VALUTAZIONE PRECOCE
per rilevazione del rischio
SCHEDA DI BRASS

*Rivalutazione in caso
di aggravamento*

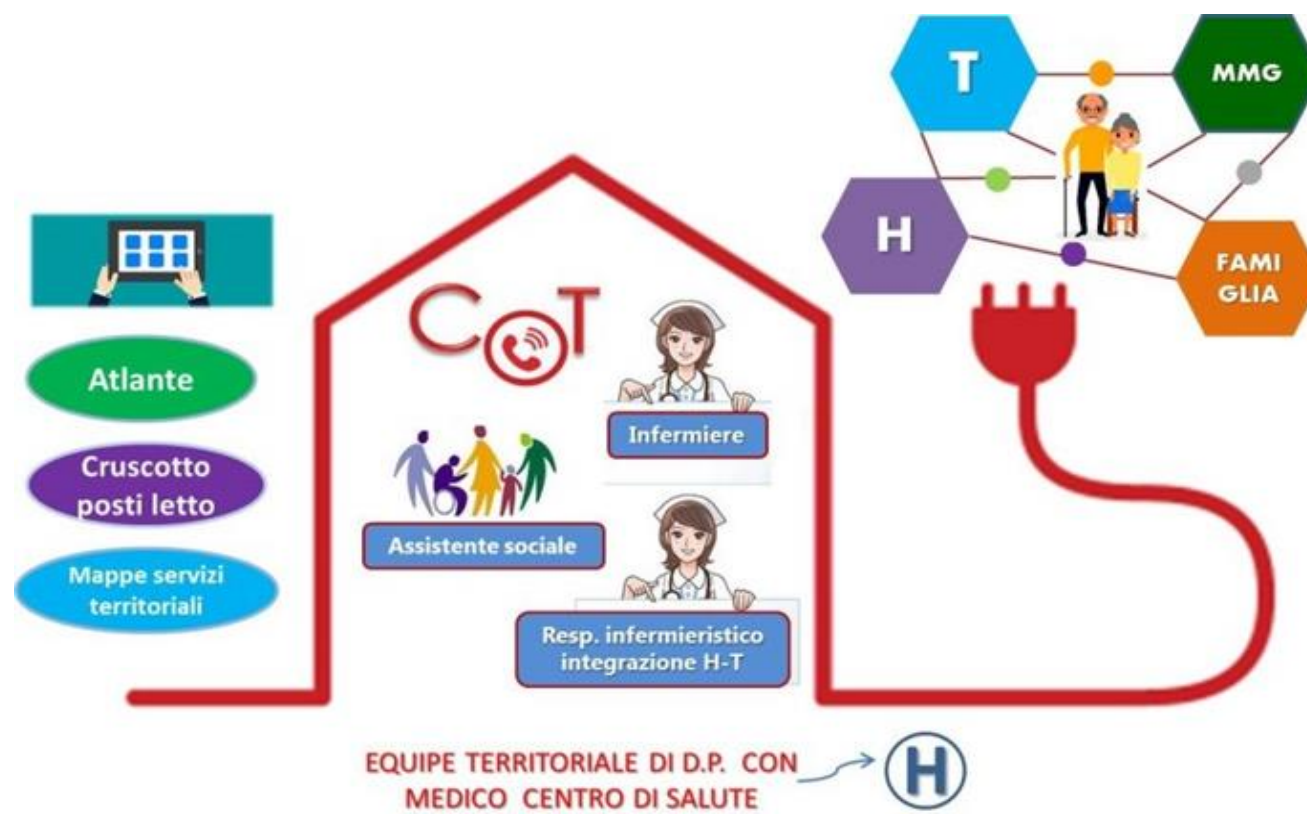


*Inserimento obbligatorio nel
percorso*

*EADP
Valutazione
Multidimensionale*

Setting di dimissione

LE DIMISSIONE PROTETTE



CONGRESSO CARD NAZIONALE

GLI OPERATORI DELLA COT

Referente COT P.O. integrazione H-T

6 giorni su 7 -H 12

Infermiere

Infermiere



Assistente sociale

**EQUIPE TERRITORIALE AZIENDALE D.P.
(Medico, Assistente Sociale, Infer.)**

CONGRESSO CARD NAZIONALE

SCOPO

- ❖ Lo scopo della sperimentazione è l'elaborazione dei dati in possesso della C.O.T. al fine di dimostrare l'importanza della sua implementazione nel Distretto del Perugino, anche alla luce del nuovo DM 77, per favorire sempre di più la continuità Ospedale-Territorio nei pazienti complessi.

MATERIALI E METODI

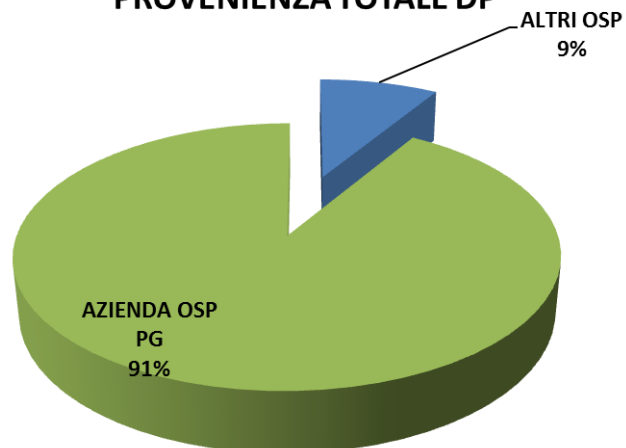
- ❖ I dati sono stati estrapolati dal sistema Epi Info e da Atl@nte ed esportati su foglio di lavoro Excel e analizzati attraverso sistemi statistici
- ❖ I dati analizzati, relativi agli anni 2022 e 2023 riguardano:
 - Totale provenienza delle richieste di Dimissione Protetta/Assistenza Domiciliare Integrata;
 - Destinazione della richiesta;
 - Presenza in carico dell'utente in RSA/ADI.

I periodi temporali analizzati fanno riferimento all'anno solare (periodo dall'1 Gennaio al 31 Dicembre 2022); il periodo del 2023 fa riferimento soltanto ai primi 6 mesi dell'anno (1 Gennaio- 30 Giugno).

2022

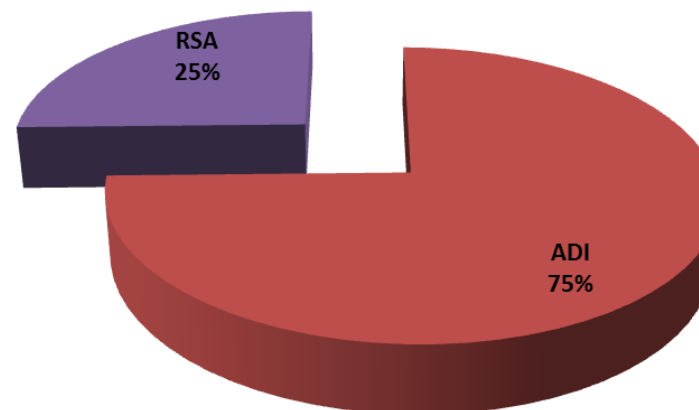
Nell'anno 2022 sono pervenute un totale di **1638** (a fronte di richieste **n.1202 del 2021**) richieste di valutazione multidimensionale per eventuale attivazione di ADI ed RSA e/o per altri Servizi.

PROVENIENZA TOTALE DP



Destinazione Proposta

DESTINAZIONE PROPOSTA DP



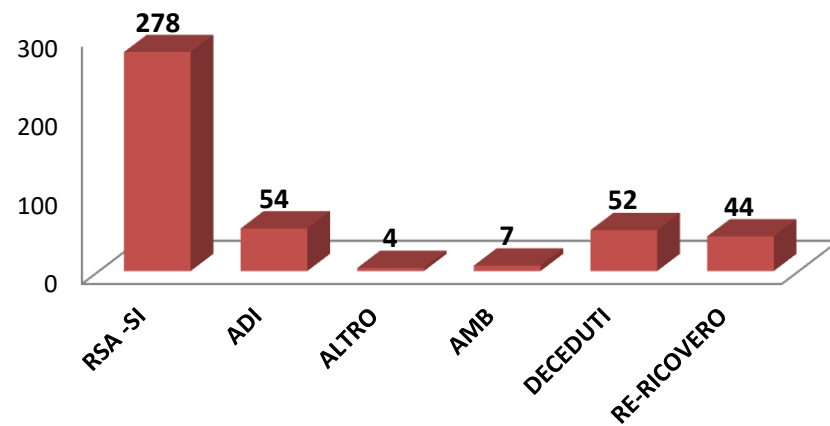
In base a questo dato "destinazione proposta" risultano: numero **1638 richieste di valutazioni totali**, di cui numero **1199** destinate per probabile attivazione A.D.I. (contro le n.900 del 2021) e numero **439** destinate per probabile attivazione di RSA (contro n.302 richieste RSA del 2021).

CONGRESSO CARD NAZIONALE

RSA

ADI

PRESA IN CARICO RSA TOT. 439



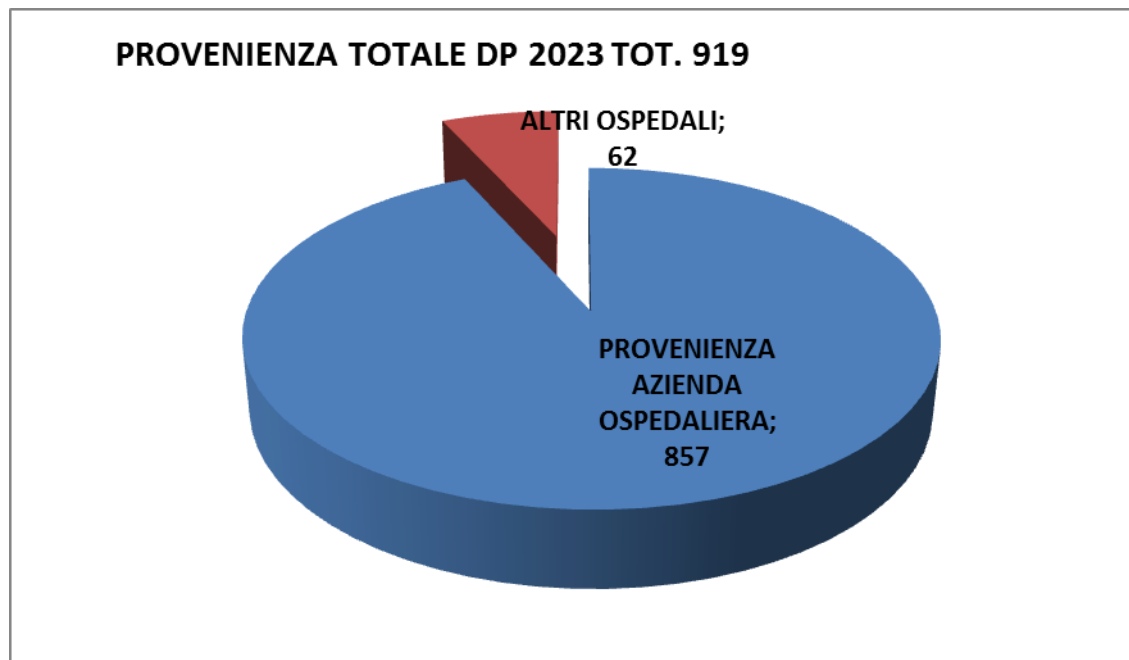
Presa in carico ADI (N° = 1199)

Totale segnalazioni	N°	100%
ADI SI	962	80,2%
ADI NO- ALTRO	15	1,3%
ADI NO- DECEDUTI	139	11,6%
ADI NO- RE-RICOVERO	83	6,9%

2023

Il periodo temporale analizzato fa riferimento all'anno 2023, primo semestre (01/01/2023- 30/06/2023).

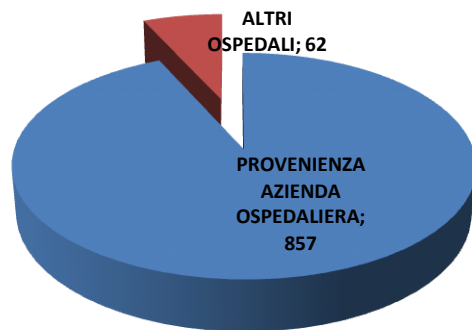
Dalle analisi effettuate risulta NEL PRIMO SEMESTRE dell'anno 2023 un totale di **919** (contro le 774 del 2022 primo semestre) richieste di valutazione multidimensionale per eventuale attivazione di ADI ed RSA e/o altre RSA territoriali Usl Umbria 1.



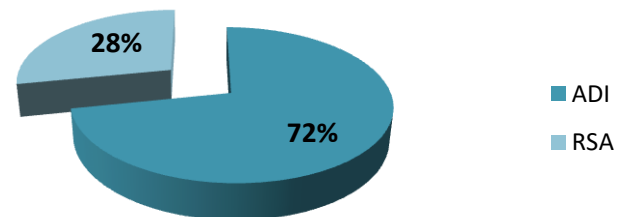
CONGRESSO CARD NAZIONALE

OSPEDALE – TERRITORIO

PROVENIENZA TOTALE DP 2023 TOT. 919



DESTINAZIONE PROPOSTA

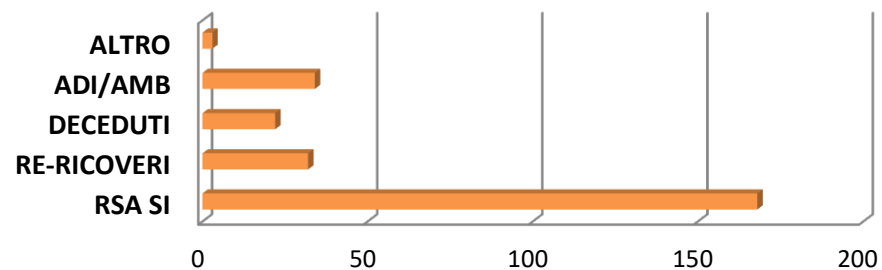


Destinazione Proposta distretto perugino (Nº = 919)		
Totale segnalazioni	Nº	100%
A.D.I.	660	71,8%
RSA	259	28,2%

Provenienza Totale richieste DP (Nº = 919)		
Totale segnalazioni	Nº	100%
AZIENDA OSP. PG	857	93,3 %
ALTRI OSP. Todi, Assisi, Lago, Foligno ecc	62	6,7 %

OSPEDALE – TERRITORIO

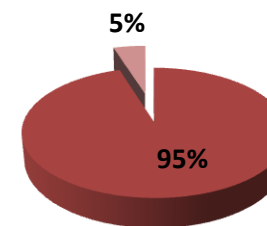
ESITO VALUTAZIONI COMPLESSE n.259



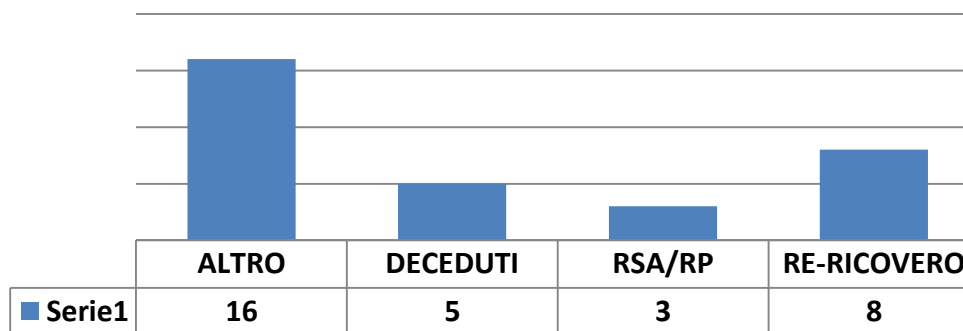
	RSA SI	RE-RICOVERI	DECEDUTI	ADI/AMB	ALTRO
Serie1	168	32	22	34	3

TOTALE ADI N. 660

■ ADI IN CARICO ■ NON IN CARICO



NON IN CARICO ADI N. 32

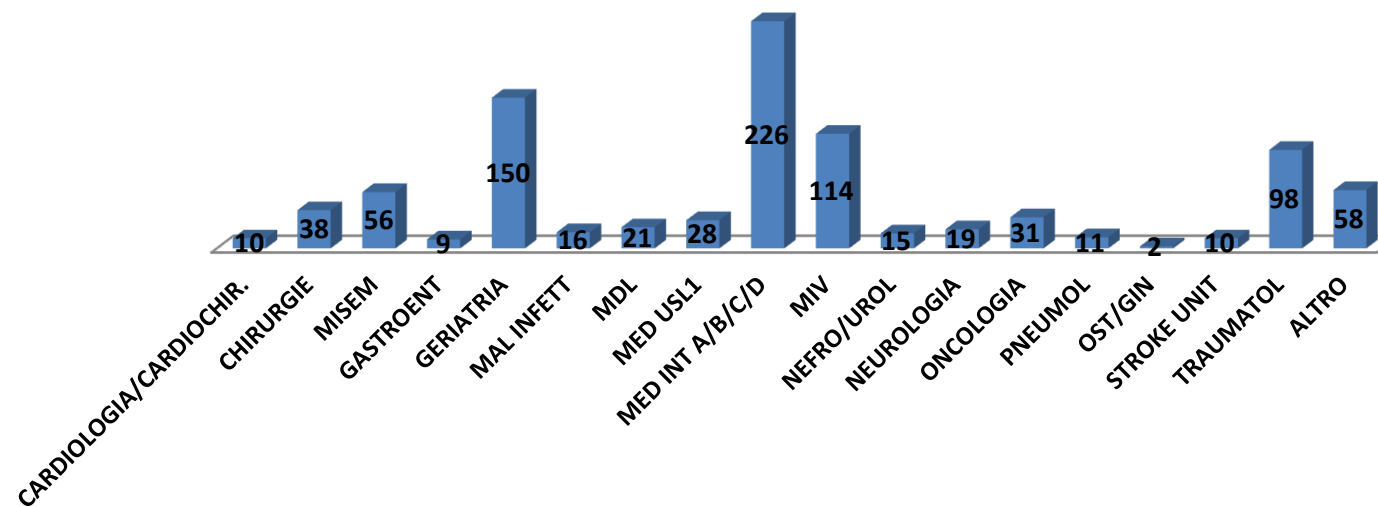


	ALTRO	DECEDUTI	RSA/RP	RE-RICOVERO
Serie1	16	5	3	8

CONGRESSO CARD NAZIONALE

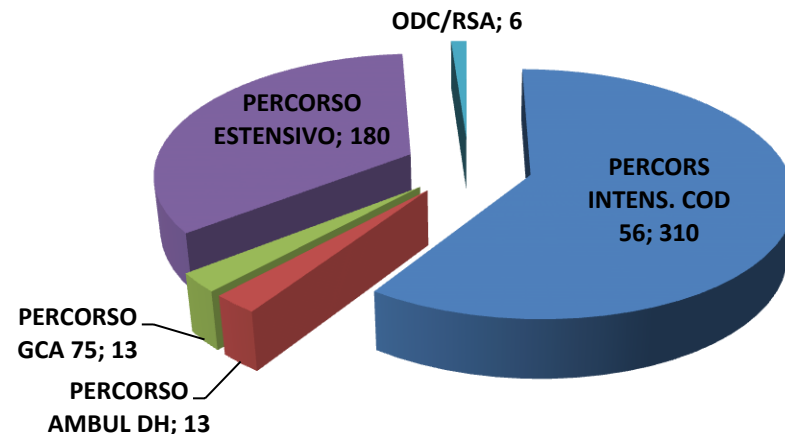
OSPEDALE – TERRITORIO

DISTRIBUZIONE DP PER U.O. AZIENDA OSPEDALIERA

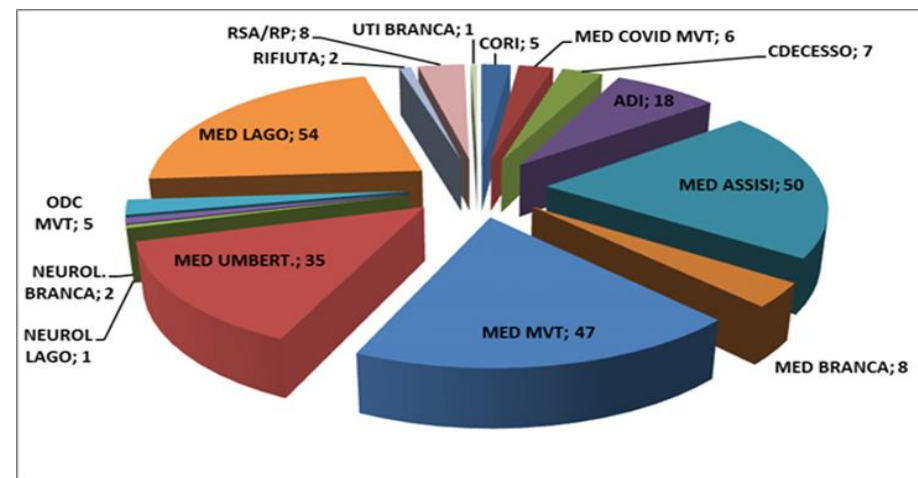
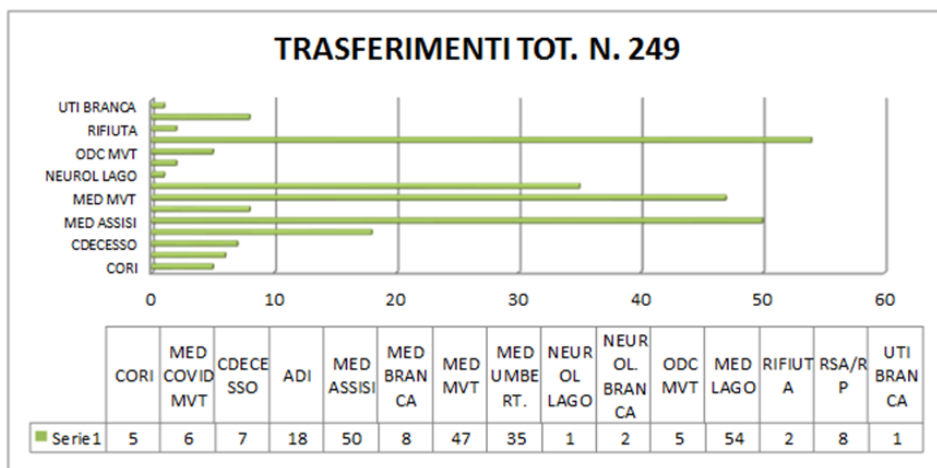


OSPEDALE-TERRITORIO: Percorso sperimentale Progetto Riabilitativo Unico (PRU) dal 15/02/2023 al 31/08/2023

PERCORSO PRU PROGETTO RIABILITATIVO UNICO TOT. N. 522

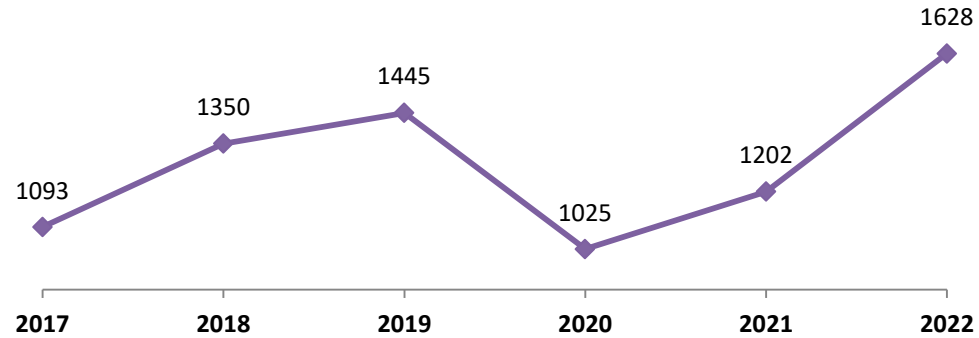


Ospedale-Ospedale: Sperimentazione iniziata con l'Azienda Ospedaliera di Perugia in data 01/02/2023 al 31/08/2023



Risultati

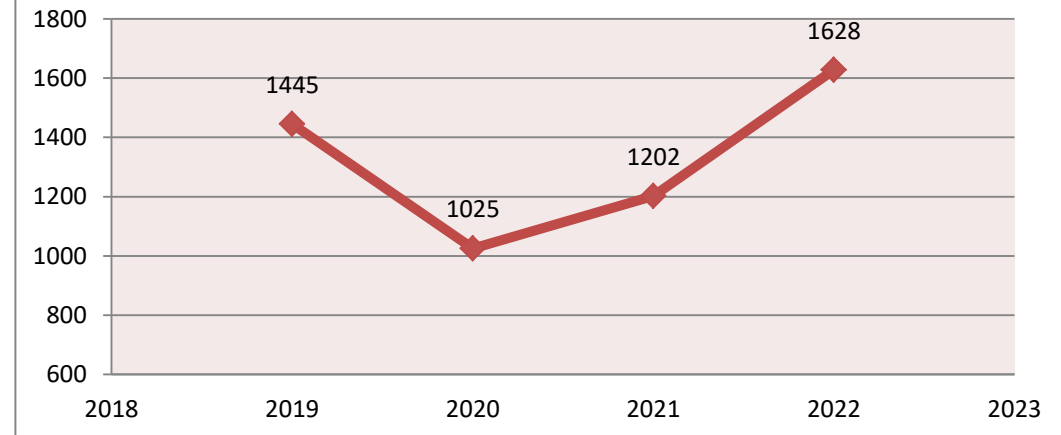
TOTALE DIMISSIONI PROTETTE DAL 2017 AL 2022



- Incremento costante delle DP dal 2017 al 2019

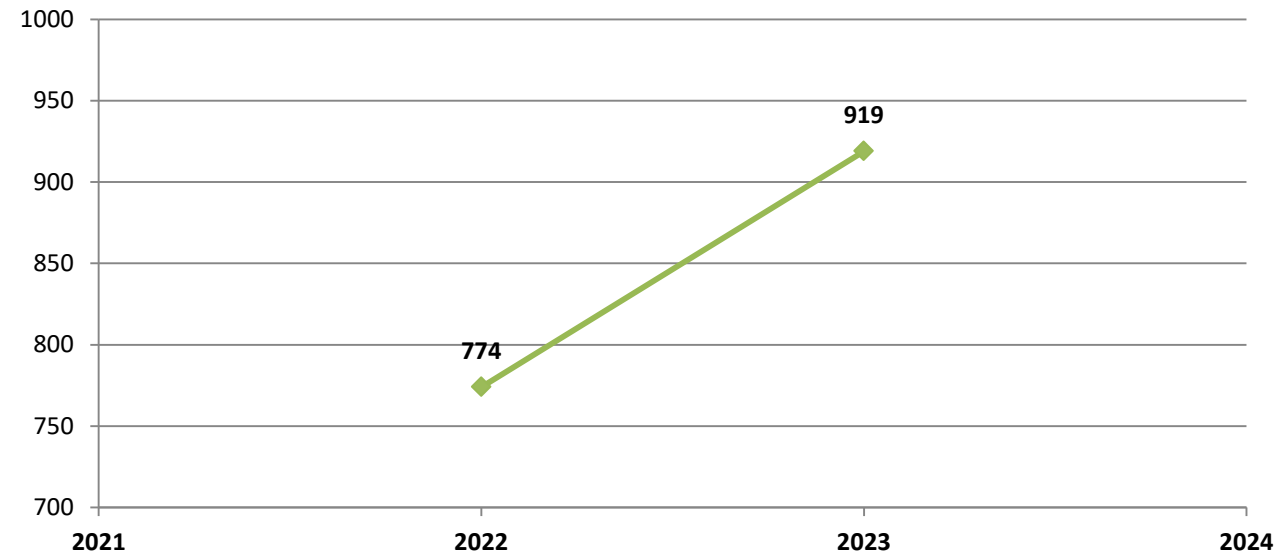
- Dal 2019 al 2021 lieve decremento delle DP anche a causa della Pandemia, con successivo spiccato incremento nel 2022.

TOTALE DIMISSIONI PROTETTE DAL 2019 AL 2022



Risultati

DIMISSIONI PROTETTE 2022/2023 (secondo trimestre)



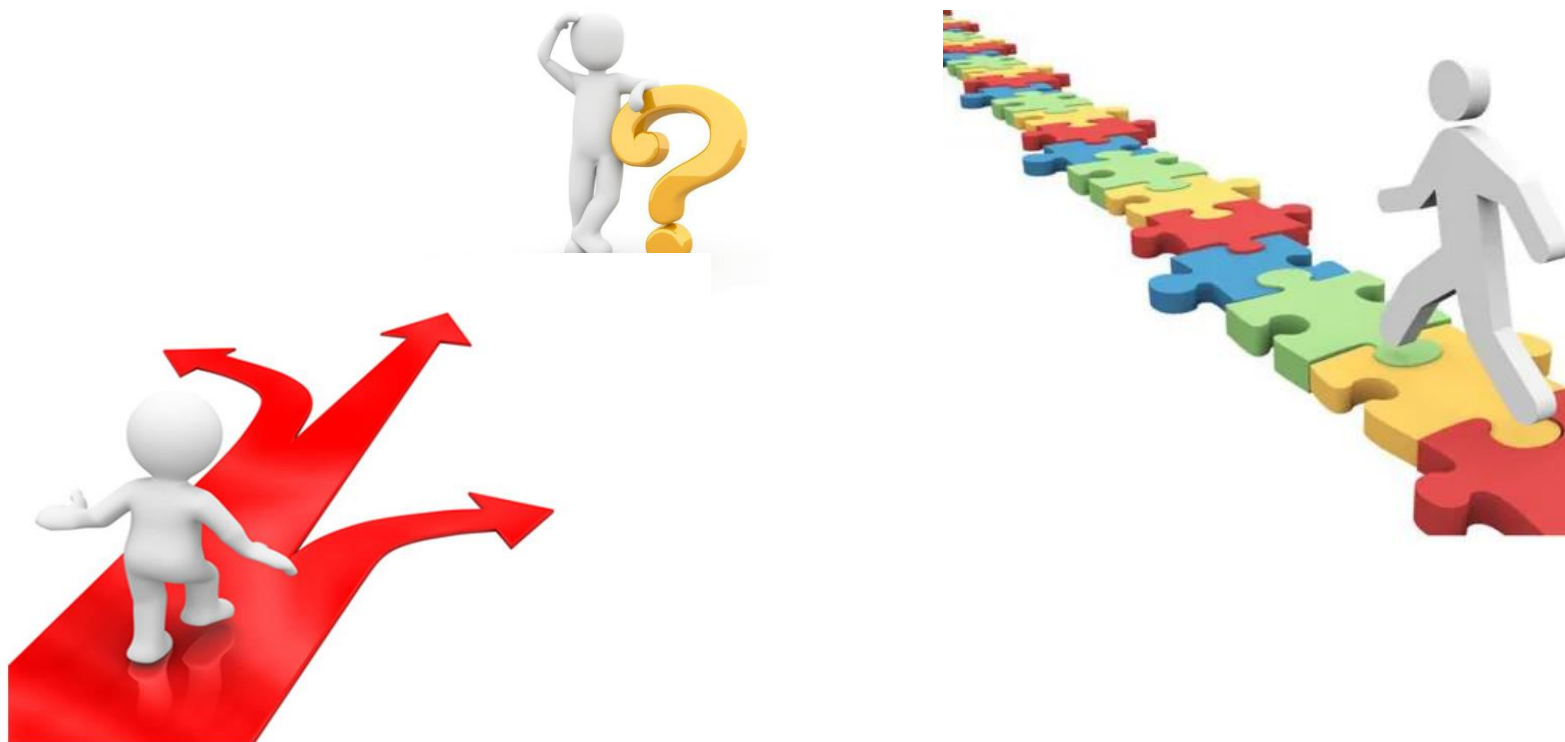
- Notevole incremento delle richieste solo nei primi 6 mesi del 2023 rispetto ai primi 6 mesi del 2022

CONGRESSO CARD NAZIONALE

COMPLESSITA' BRASS PER U.O.	
CARDIOLOGIA	20,7
CARDIOCHIR	21,7
NEUROLOGIA	25,1
DEG. COMUNE	22
EMATOLOGIA	22
GASTROENT.	24
GERIATRIA	25
MAL INFET.	21,3
MDL	25
MED A/B/C/d	24
MIV STROK	25
NEFROL	26,2
NEUROCHIR	26,2
ONCOLOGIA	19
ORT/TRAUMAOL	22,3
OSP PERIFER	25,1
PNEUMOL	19
SPDC	20
UTI	29

CONGRESSO CARD NAZIONALE

TERRITORIO-TERRITORIO TERRITORIO-OSPEDALE



CONGRESSO CARD NAZIONALE

Conclusioni

Non inserire le persone «giuste» nel «giusto» contesto può determinare:

- **Effetto Tetto:** Pz con elevati bisogni assistenziali inserito in un «sistema a bassa offerta»
- **Effetto Pavimento:** Pz con modesti bisogni assistenziali inserito in un «sistema ad alta offerta»

Per valutare e standardizzare il reale fabbisogno assistenziale è necessario adottare strumenti di misura in grado di rilevare il case-mix assistenziale espresso nel rapporto tra bisogni ed assistenza (in tipologia e quantità) ed adeguato a definire standard organizzativi e dotazione di personale.

La Valutazione Multidimensionale (VMD), da questo punto di vista, è una metodica che consente di standardizzare la valutazione dei soggetti anziani e fragili integrando necessità assistenziali di tipo Socio-Sanitario, rilevando le criticità del caso e costruendo un piano coerente di trattamento.

INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO: #sipuofare



Grazie per l'attenzione!

CONGRESSO CARD NAZIONALE