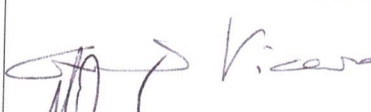
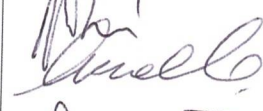





**PIANO TERRITORIALE PER LE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO SANITARIE**
**MODELLO ORGANIZZATIVO SISTEMA TERRITORIALE ASL VITERBO**

		Edizione 1	Data 20/03/2022
Rev. 1			
Distribuito in forma	<input type="checkbox"/> X cartacea		<input type="checkbox"/> X informatica
A	Direzioni sanitarie Direzioni di distretto Direttori di dipartimento Direttore GoPS		
A			
<input type="checkbox"/> Copia controllata (soggetta ad aggiornamento)		N°	
<input type="checkbox"/> Copia non controllata			
<input type="checkbox"/> Copia riservata			
Data di ricezione da parte delle UUOO/servizio*		Firma per ricevuta	
<b>Redazione a cura di</b> Giacomini Simona Lazzaroni Elettra Cavaliere Arturo Corradi Giulia Profiti Saverio Salvatori Nicoletta Schiena Maria Teresa Medori Pierpaolo Marcelli Marco Morera Cristiana		<i>Firmata in originale</i>     	
<b>Valutata da</b> Direttore UOC Formazione, valutazione dell'applicazione dei processi assistenziali e degli esiti di salute – Dr. Gianni Vicario Direttore Dipartimento Prevenzione – Dr. Augusta Quercia Direttore Dipartimento cure primarie - Dr. Giuseppe Cimarello Direttore GoPS – Dott.ssa Anna Federici			
<b>APPROVATO DA</b> Direttore Sanitario ASL - Dr.ssa Antonella Proietti			

## Indice

Bibliografia e normativa	Pag. 3
1. Oggetto	Pag. 5
2. Razionale	Pag. 5
3. Analisi del contesto	Pag. 6
4. Scopo e obiettivi	Pag. 8
5. Le fasi attuative del modello	Pag. 9
6. L'architettura del piano territoriale	Pag. 10
6.1 Strumenti di governance e standard organizzativi	
7. Rete territoriale di prossimità (Fase 1)	Pag. 14
7.1 L'articolazione verticale della rete	
8. Sistema aziendale delle Centrali operative (Fase 2)	Pag. 29
9. La Casa come primo luogo di cura: evoluzione delle cure domiciliari (Fase 3)	Pag. 33
9.1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale Territoriale (Fase 3.1)	
10. L'integrazione Ospedale territorio (Fase 4)	Pag. 35
10.1 La dimissione orientata (Fase 4.1)	
11. Le strutture intermedie (Fase 5)	Pag. 40
11.1 Case della Comunità (Fase 5.1)	
11.2 Ospedali di Comunità (fase 5.2)	
12. Bisogni di salute, strumenti di valutazione e modelli d'intervento (Fase 6)	Pag. 47
12.1 Stratificazione del livello di rischio e classificazione del bisogno di salute (Fase 6.1)	
12.2 Il progetto individuale di salute (Fase 6.2)	
12.3 Integrazione sociosanitaria e budget di salute (Fase 6.3)	
12.4 La cooperazione funzionale (Fase 6.4)	
12.5 Applicazione del modello di autocura (Fase 6.5)	
13. Ecosistema digitale e applicazione dei sistemi di e-health (Fase 7)	Pag. 60
14. Il sistema di valutazione e controllo nell'ambito distrettuale (Fase 8)	Pag. 66
15. Allegato tecnico interventi PNRR	Pag. 69





### Bibliografia e normativa di riferimento

- Decreto del Commissario ad Acta 25 giugno 2020, n. U00081 Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021
- Determinazione 12 dicembre 2018, n. G1618. Attuazione DGR n. 626 del 30 ottobre 2018 "Programma di miglioramento e riqualificazione (art. I, comma 385 e ss. Legge 11 dicembre 2016 n. 232)
- Ordinanza del Presidente della Regione Lazio 17 marzo 2020, n. Z00009. Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019
- Determinazione 15 giugno 2020, n. G06983. Adozione del documento "Infezione da nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) - Procedura per la tele sorveglianza ed il telemonitoraggio domiciliare pediatrico" in attuazione dell'Ordinanza del Presidente della Regione Lazio 6 marzo 2020 n. Z00003.
- Ordinanza n. Z00065 del 5 novembre 2020. "Ordinanza del Presidente della Regione Lazio 5 novembre 2020, n. Z00065 Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19."
- Ordinanza del Ministro della salute d'intesa con il Presidente della Regione Lazio del 21/10/21
- Decreto del Commissario ad Acta 30 ottobre 2019, n. U00453 - Approvazione del documento denominato "Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso"
- D.L. 9 marzo 2020, n. 14 Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19.
- DL 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77, recante: «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19»
- Nota Regione Lazio prot. n. 301502 del 9.4.2020 e nota Regione Lazio prot. n. 314552 del 10-04-2020
- Determinazione della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria G04569 del 20.4.2020
- Determinazione della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria G04586 del 20.4.2020
- Ordinanza del Presidente della Regione Lazio 31 agosto 2020, n. Z00057 Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019. Individuazione di professionalità sanitarie per l'attuazione delle misure di prevenzione e controllo dell'infezione di virus SARS-CoV-2 nelle scuole e servizi educativi del Lazio.
- Regione Lazio Determina 25/9/2020 n. G.10994 – Approvazione del documento inerente all'integrazione Ospedale-territorio denominato: "Centrale Operativa Aziendale e Centrale operativa Regionale Acuzie e post acuzie"
- DCA n° 376 del 2014 Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d'Iniziativa, in attuazione del protocollo d'intesa del 23 luglio 2014.
- DGR Lazio 02.03.2018 n° 149 "Disposizione per l'integrazione socio-sanitaria"
- Telemedicina Linee di indirizzo nazionali - Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina
- Decreto del Commissario ad Acta 22 luglio 2020, n. U00103 Attivazione servizi di telemedicina in ambito specialistico e territoriale. Aggiornamento del Catalogo Unico Regionale (CUR).
- DCA n° 376 del del 23 luglio 2014 Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d'Iniziativa, in attuazione del protocollo d'intesa.
- Determinazione 12 dicembre 2018, n. G1618. Attuazione DGR n. 626 del 30 ottobre 2018 "Programma di miglioramento e riqualificazione (art. I, comma 385 e ss. Legge 11 dicembre 2016 n. 232)
- Ordinanza del Ministro della salute d'intesa con il Presidente della Regione Lazio del 21/10/21
- Decreto Ministeriale n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
- Delibera ASL VT n.938 del 7/5/2020 Emergenza Covid-19 presa d'atto del Piano di preparazione e risposta all'emergenza Covid-19 (fase I)
- Deliberazione ASL Viterbo n.2148 del 19/10/2020 Costituzione team UsCovid, approvazione del progetto organizzativo
- Deliberazione ASL Viterbo n.210 del 9/2/2021 Presa d'atto del Piano prevenzione e risposta al COVID-19 fase II
- Deliberazione ASL Viterbo n.210 del 9/2/2021 Presa d'atto del Piano prevenzione e risposta al COVID-19 fase III
- Deliberazione ASL Viterbo n.111 del 25/01/2021 Istituzione Centrale Operativa dei Servizi per la rete integrata H-T
- Delibera ASL Viterbo n. 954 del 28/4/2021 Revisione per aggiornamenti ed integrazione del piano vaccinale Covid
- Delibera ASL VT n. 2470 del 14/12/2021 Seconda revisione per aggiornamento ed integrazione del piano vaccinale covid-19, Piano vaccinale per la fascia d'età 5-11 anni.
- Delibera ASL VT n. 2295 del 8/11/2021 Fase attuativa n. 1 del piano territoriale sanitario e socioassistenziale: progetto sperimentale USCA-T
- Delibera ASL VT n. 2707 del 31/12/21 Attuazione del piano territoriale - Fase 3 integrazione ospedale - territorio il sistema delle Centrali Operative e i percorsi di transitional care
- Delibera ASL VT n. 110 del 31/01/2022 "Approvazione Procedura Operativa Percorsi di dimissione agevolata in soggetti Covid negativi"

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



 <b>ASL VITERBO</b>	<b>MODELLO ORGANIZZATIVO SISTEMA TERRITORIALE ASL VITERBO</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
Edizione del 20/03/22	Piano territoriale per le attività sanitarie e sociosanitarie	Pag. 4 a 68

- Delibera ASL VT n. 455 del 15/03/2019 “Approvazione documento Il sistema di networking aziendale”;
- Bozza di riforma dell'assistenza territoriale (pubblicazione Quotidiano Sanità del 13 luglio 2021 [http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=97191](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=97191)
- Patto per la Salute 2019 -2021 Documento della Conferenza delle Regioni approvato 18 dicembre 2019
- Piano nazionale di ripresa e resilienza
- European Commission (2017), Reflection Paper on the Social Dimension of Europe, COM (2017) 206.European Commission (2018), Report of the seminar Financing integrated care and population health management, Directorate-General for Health and Food Safety, 22 May 2018, The Hague. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/investment\\_plan/docs/ev\\_20180522\\_mi\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/investment_plan/docs/ev_20180522_mi_en.pdf).
- European Economic and Social Committee (2013), Opinion of the European Economic and Social Committee on Social Farming: green care and social and health policies, 2013/C 44/07.
- European Platform for Rehabilitation (2016), Co-production of services, Briefing paper. [https://www.epr.eu/wp-content/uploads/EPR\\_Paper\\_on\\_Co-production\\_2016.pdf](https://www.epr.eu/wp-content/uploads/EPR_Paper_on_Co-production_2016.pdf)
- Exworthy M., Powell M., Glasby J. (2017), The governance of integrated health and social care in England since 2010: great expectations not met once again?, Health Policy, 121: 1124-1130.
- Fleming P. (2016), How personal budgets are working in Ireland. Evaluating the implementation of four individualized funding initiatives for people with a disability in Ireland. Mental Health and Social Research Unit, brief.[https://www.genio.ie/system/files/publications/PERSONAL\\_BUDGETS\\_IRELAND\\_MAY16\\_0.pdf](https://www.genio.ie/system/files/publications/PERSONAL_BUDGETS_IRELAND_MAY16_0.pdf).
- Hatton C., Waters J. (2011), The National Personal Budget Survey, Lancaster University.<https://www.thinklocalactpersonal.org.uk/>.
- Jurgen H. (1998), La nuova oscurità. Crisi dello stato sociale e esaurimento delle utopie, Roma: Edizioni lavoro.
- Maino F. (2014), L'innovazione sociale nell'Unione Europea: uno stimolo per il rinnovamento del welfare, Quaderni di Economia Sociale, 1: 10-15.
- Righetti A. (2013), I budget di salute e il welfare di comunità: metodi e pratiche, Roma, Bari: Laterza.
- Starace F. (a cura di) (2011), Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del budget di salute, Roma: Carocci Faber.
- Donetti D, Proietti A., Giacomini S. “Ospedale di comunità, rafforzare l'assistenza intermedia e le sue strutture”. Rivista semestrale “Monitor”, Anno II numero 45, 2021
- Impatto epidemiologico delle cronicità e relativi costi sanitari in Medicina Generale: il contributo al Rapporto Osservasalute 2018, Claudio Cricelli et al.
- <https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2020/06/ro-2019-cronicita%C3%A0.pdf>
- <https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2019/02/Focus-1>
- Ministero della Salute “Linee di indirizzo per le azioni di contrasto al sovraffollamento dei servizi di pronto soccorso, 2018 <https://www.salute.gov.it/>
- Assistenza H24 e riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso. Presentazione della ricerca, Bellentani M, Catania S, Bugliari Armenio L, et al. 2013;32. Monitor, 2013; 32 (Supplemento)
- Rapporto descrittivo e valutativo degli accessi al pronto soccorso anno 2010 popolazione residente in provincia di Mantova, A. Pasolini, P. Ricci, Febbraio 2012 [www.aslmm.net](http://www.aslmm.net)
- Il ruolo degli accessi impropri in pronto soccorso nella provincia autonoma di Bolzano, M. Bonetti, C. Melani [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)
- Analisi dei fattori psico-sociali e sanitari che hanno indotto i cittadini all'uso non appropriato del pronto soccorso nella AUSL di Ravenna nel 2008 F. Di Tommaso, P. Falasca, B. Calderone, M. A. Nicoli, A. Berardo e A. Rossi [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)
- La continuità assistenziale: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) 2011: I costi, RW Dal Negro
- <https://www.insalutenews.it> Malattie respiratorie, priorità sanitaria. Sovraffollamento dei PS in inverno ed emergenza posti letto, M. Del Donno, A. Di Sorbo, A. Micco, 2018
- <https://www.infermiere-di-famiglia.it/> Infermieri di comunità e di pronto soccorso per un approccio integrato ai problemi dell'anziano Gianfranco Sanson 2015

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



## 1. Oggetto

Il documento descrive il modello organizzativo adottato dalla ASL di Viterbo per ridefinire la rete territoriale, disegnata in un'ottica di prossimità e sicurezza delle cure, che vede una gestione proattiva e integrata del bisogno di salute con una attenzione particolare alle fasi di transizione delle cure, grazie ad una forte regia centralizzata (Centrali Operative) ed alla presenza di strutture intermedie e unità speciali di continuità assistenziale. Le fondamenta su cui poggia la rete territoriale sono rappresentate dalla stratificazione del livello di rischio della popolazione e la conseguente classificazione del bisogno di salute. La finalità ultima è quella di favorire più a lungo possibile la permanenza della persona malata al proprio domicilio, garantendo la miglior qualità di vita possibile anche nel fine vita.

## 2. Razionale

La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale rendendo ancora più evidente la necessità di potenziare la sinergia tra le attività del dipartimento Cure primarie e Dipartimento prevenzione, nonché l'integrazione con l'area ospedaliera e di emergenza.

Come anche descritto nel PNRR si sono evidenziati alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto, dalle significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare verso la popolazione definita hard to reach e le nuove povertà, e la scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione di strategie flessibili di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari. È risultata inoltre evidente l'importanza di poter contare su elevate competenze digitali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e su un più efficace collegamento fra l'analisi dei dati e la programmazione flessibile a livello di sistema. La ASL di Viterbo ha massimizzato l'esperienza fatta in questo anno di pandemia prendendo come modello alcune soluzioni organizzative attivate nelle fasi di emergenza al fine di metterle a sistema, a partire dalle sinergie tra le diverse aree professionali e le nuove competenze acquisite dai professionisti. Nel post pandemia il concetto di presa in carico si concretizza anche mediante la proattività e la prossimità degli interventi, attraverso l'identificazione precoce dello stato di malattia/bisogno, la pianificazione delle azioni volte alla prevenzione delle fasi di scompenso/riacutizzazione della malattia e al contenimento/rallentamento dell'evoluzione della stessa.

Il nuovo modello organizzativo territoriale deve tenere conto di questi fattori per realizzare un percorso integrato, che parte dalla casa come primo luogo di cura per arrivare alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità, superando la frammentazione dei percorsi di cura sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali. Fondamentale lo sviluppo delle reti di prossimità, l'implementazione della domiciliarità anche attraverso la digitalizzazione e la telemedicina. La valutazione in equipe integrata multidisciplinare e la definizione del Progetto Individuale di Salute (PRIS) rappresentano il fil rouge di questo sistema di networking nell'ambito del quale si deve realizzare l'appropriatezza erogativa, il bilanciamento nell'utilizzo delle diverse tipologie di risorse (ospedaliero/ residenziale/domiciliare, pubblico/privato accreditato). All'interno del sistema le fasi di transizione tra un setting di cura e l'altro devono essere razionalmente gestite al fine di garantire la continuità assistenziale e la sicurezza delle cure per il paziente. Particolare attenzione va posta al processo di dimissione che deve avvenire all'interno di un percorso conosciuto e condiviso già nella fase di ricovero.

Un efficace sistema di valutazione per l'eleggibilità alle più idonee soluzioni assistenziali e la personalizzazione delle cure diventano quindi strumenti di sostenibilità del sistema sanitario, individuando il giusto equilibrio tra bisogni, domanda esplicita e risorse utilizzabili; questo sarà possibile anche grazie alle centrali operative quali elemento cardine dell'integrazione e della continuità assistenziale in quanto queste ultime svolgono una funzione di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali e i diversi setting assistenziali.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



### 3. Analisi del contesto

In assenza di norme e procedure standardizzate la rete informale dei servizi territoriali si è evoluta in questi ultimi anni in maniera spontanea, condizionata dai cambiamenti demografici e socio economici. Il quadro che emerge mostra un Paese longevo con una quota rilevante di anziani portatori di patologie croniche e multimorbilità, le quali accrescono la vulnerabilità a eventi avversi alla salute. L'incremento della complessità assistenziale derivante da questo mutato quadro epidemiologico comporta una ridefinizione dei modelli organizzativo e dei luoghi di cura al fine di favorire l'integrazione ospedale-territorio con la riformulazione dei modelli di assistenza che devono prevedere il coinvolgimento della persona e della famiglia.

Come riportato nel Piano Nazionale della cronicità (2016) del Ministero della Salute: "Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi socio-sanitari". I bisogni della persona malata, al centro del modello di assistenza, costituiscono la risultante di diversi fattori: dalle condizioni cliniche, prevalentemente caratterizzate da pluripatologie, allo status socioculturale e familiare, all'accessibilità alle cure. Le differenti e composite necessità di intervento, conseguentemente, richiedono un piano organizzato e strutturato, per evitare azioni particolaristiche, discontinue, non coordinate, e, pertanto, parziali e inefficaci. La connotazione di cronicità, inoltre, comporta un impiego di risorse continuo e duraturo nel tempo: la definizione del CDC - Centers for Disease Control and Prevention riporta: "*Chronic diseases are defined broadly as conditions that last 1 year or more and require ongoing medical attention or limit activities of daily living or both.*" Questa categoria di patologie costituisce una componente altamente rilevante nell'ambito della Sanità Pubblica e la forma più efficace di contrasto è rappresentata dall'azione concertata di prevenzione e di diagnosi precoce. Nel breve termine, le modalità di intervento strutturato, volto a soddisfare il complesso di bisogni delle persone affette da patologie croniche e, al tempo stesso, i requisiti di equità, efficacia ed efficienza, dovranno scaturire da un approccio innovativo caratterizzato da concetti strategici in grado di riconoscere e valutare le diverse dimensioni della malattia; in altre parole, coniugare, nella composita nozione di malattia, concetti quali *illness*, intesa come "il significato che l'esperienza di sofferenza assume per chi la vive in prima persona", *disease*, come "alterazione nel funzionamento e/o nella struttura dell'organismo", *sickness*, come «il processo di produzione del sapere medico e delle patologie: sono infatti i processi di natura sociale a determinare ciò che vale come "problema medico", alla stregua dei processi di legittimazione di ciò che conta come "sapere medico". La proposta è quella di passare da una visione centrata sull'individuo a una prospettiva capace di contestualizzare socialmente il suo oggetto di indagine, non limitandosi all'analisi del solo incontro fra medico e paziente». Questa mancata ricomposizione può condurre a un fallimento dell'*adherence*, vale a dire a una mancata compartecipazione/condivisione, da parte dei protagonisti del progetto terapeutico, condizione indispensabile per il raggiungimento dell'obiettivo di salute prefissato.

Nel rapporto del WHO *Adherence to long term therapies: Evidence for action*, del 2003, World Health Organization, 2003, sono esplicitati degli enunciati, designati come "messaggi da portare a casa", riguardanti evidenze sostenute dal rapporto. Tale riconoscimento implica la proficua e opportuna relazione di reciprocità tra le parti, in luogo del tradizionale e inefficace rapporto asimmetrico tra medico e paziente: condizione indispensabile, peraltro, per la promozione di nozioni strettamente correlate, quali *empowerment*, *self-care* e *adherence*, essenziali per il conseguimento massimo possibile di qualità di vita della persona affetta da patologia cronica.

Al fine di rendere operativo, nella pratica assistenziale, il modello concettuale sopra delineato, è necessario costruire una modalità di intervento che preveda, a partire dalla stratificazione della popolazione, una personalizzazione dei piani di assistenza. Inoltre per essere equi ed efficaci, i servizi sanitari devono gestire la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria o

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



sociale. La crisi economica, la disoccupazione, la precarizzazione delle situazioni di lavoro e la contrazione dei consumi, hanno esposto, infatti, sempre più individui ad una condizione di vulnerabilità e povertà, condizioni che incidono sulle scelte per la salute e l'aderenza terapeutica. I "nuovi poveri" non si configurano come più una classe sociale omogenea e riconosciuta, bensì come una massa dai contorni indefiniti, frammentata ed invisibile, che ne fa un target *hard to reach* per il SSN. A questi si collegano nuovi rischi sociali, sempre più urgenti da affrontare: precarietà lavorativa e bassi salari, disagio dovuto alla solitudine, problemi di salute mentale, effetti dell'inquinamento, problemi degli immigrati.

*Tabella 1 - Evidence for action World Health Organization, 2003*

Le conseguenze della scarsa adesione alle terapie a lungo termine: outcome scarsi della salute e crescita dei costi sanitari	La scarsa adesione alle terapie a lungo termine compromette severamente l'efficacia del trattamento con criticità sia dal punto di vista della qualità della vita che dal punto di vista dell'economia sanitaria. Gli interventi volti a migliorare i livelli di adesione dovrebbero fornire un riscontro positivo e significativo degli investimenti finalizzati alla prevenzione degli outcome sanitari avversi.
Migliorare l'adesione aumenta la soddisfazione del paziente	Poiché una parte consistente delle cure necessarie per le condizioni croniche è basata sulla gestione autonoma della malattia da parte del paziente, sull'utilizzo di tecnologie mediche di monitoraggio e sui cambiamenti dello stile di vita, i pazienti se non supportati adeguatamente si trovano ad affrontare molti rischi per la loro salute.
L'adesione è un fattore in grado di incidere sull'efficacia del sistema sanitario	Gli outcome sanitari non possono essere accuratamente valutati se sono misurati principalmente mediante gli indicatori e criteri di efficienza degli interventi utilizzati dal personale sanitario. "Accrescere l'efficacia degli interventi sull'adesione può avere un impatto a più ampio spettro sulla salute della popolazione rispetto a qualunque miglioramento ottenuto mediante trattamenti medici specifici". In modo sempre più consistente gli studi riscontrano che costi contenuti e crescita dell'efficacia degli interventi sanitari sono attribuibili ad interventi a basso costo volti a migliorare l'adesione. L'accesso alle cure mediche è necessario ma insufficiente in sé per sé per il successo dei trattamenti terapeutici delle malattie.
I pazienti hanno bisogno di essere sostenuti, e non biasimati	Contrariamente all'evidenza, continua a verificarsi la tendenza a focalizzare l'attenzione sui fattori correlati al paziente nell'individuazione dei problemi relativi all'adesione, rispetto ai fattori correlati alla negligenza degli operatori sanitari e del sistema sanitario. Questi ultimi fattori contribuiscono a determinare l'ambiente della struttura in cui il paziente riceve assistenza e hanno influenza sull'adesione.
I professionisti sanitari hanno bisogno di essere coinvolti nel discorso sull'adesione	Gli operatori sanitari possono avere un impatto significativo nel misurare il rischio di non adesione e nel proporre interventi finalizzati ad ottimizzare il livello di adesione. Per trasformare questa pratica in una realtà, i medici dovrebbero avere accesso a corsi di formazione specifici sulla gestione dell'adesione, e il sistema in cui essi operano dovrebbe progettare e sostenere dei programmi di assistenza che rispettino questi obiettivi. Per dare pieni poteri ai professionisti si è necessario munirli di "un kit di strumenti per il counselling sull'adesione" adattabile a diversi contesti. Questi corsi di formazione devono contemporaneamente riguardare tre argomenti: la conoscenza (informazioni relative al concetto di adesione), il pensiero (il processo che conduce alle decisioni cliniche) e l'azione (gli strumenti).
La famiglia, la comunità e l'organizzazione dei pazienti: un fattore chiave per il successo nel miglioramento dell'adesione	Affinché i programmi di assistenza per le condizioni croniche si rivelino efficaci, è necessario che il paziente, la famiglia e la comunità giochino contemporaneamente un ruolo attivo. Il sostegno sociale, sia formale che informale, che il paziente riceve da altri membri della sua comunità, è stato registrato come un importante fattore capace di influenzare gli outcome positivi sulla salute e sul comportamento, il reciproco sostegno fra i pazienti migliora l'adesione alle terapie riducendo contemporaneamente il tempo dedicato dai professionisti sanitari alla cura.

#### 4. Scopo e obiettivi

Il raggiungimento del benessere della persona non può prescindere dalla lettura dei suoi bisogni globali e quindi dalla personalizzazione della cura; l'efficacia e l'efficienza degli interventi, e quindi il corretto utilizzo delle risorse, non può prescindere dalla contestualizzazione delle linee guida e dalla partecipazione del cittadino alla costruzione di un patto di cura in cui ogni attore ha un suo ruolo definito da tempi e luoghi prestabiliti.

Lo **scopo** della reingegnerizzazione del sistema territoriale è quello di definire un nuovo approccio proattivo/organizzativo che consenta di erogare le giuste prestazioni nel giusto setting assistenziale, nel tempo opportuno, con un percorso a misura della persona interessata.

In sintesi occorre:

- intercettare il bisogno di salute in maniera tempestiva al fine di evitare o rallentare l'insorgere della patologia cronica, riuscendo a coinvolgere anche la popolazione *heard to reach*
- organizzare un sistema capace di accompagnare il cittadino in tutto l'arco dell'evoluzione della malattia (dalla precoce individuazione dei fattori di rischio al fine di vita), favorendo lo sviluppo, nella persona malata, di competenze all'autogestione/cogestione del proprio problema di salute.
- favorire il domicilio come luogo di cura preferenziale, rafforzando le strutture e i servizi sanitari di prossimità, i servizi domiciliari e le strutture intermedie
- rendere concreta l'integrazione ospedale – territorio con delle azioni progettuali condivise
- sviluppare la telemedicina in tutte le sue forme come strumento di telemonitoraggio e teleassistenza, come mezzo per coinvolgere il cittadino/persona nel processo di autocura e come supporto per l'integrazione tra professionisti
- modernizzare e semplificare i processi e le filiere produttive grazie alla digitalizzazione dei sistemi

**Parole chiave: Equità, efficacia e proattività**

**Ambiti di garanzia:**

- Promuovere l'appropriatezza e tempestività di risposta in un contesto di sicurezza delle cure
- Favorire una idonea permanenza della persona al proprio domicilio e comunque perseguire il rientro nell'ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali ogni qualvolta sia possibile
- Rispettare sempre la volontà ed i desideri espressi dalla persona e dalla famiglia



## 5. Le fasi attuative del modello

L'innovazione e la complessità proprie del modello richiedono un approccio innovativo per ripensare l'offerta in una logica sequenza di azioni concepite per assicurare il coordinamento e la continuità di cura con una maggior partecipazione da parte dell'assistito. Per tanto è necessario avere professionisti con competenze avanzate nei diversi ambiti di attività (abilità tecnico scientifiche, abilità relazionali e capacità di approccio processuale) ma anche puntare sullo sviluppo delle soft skill per poter applicare metodi innovativi quali il service design e lean thinking con l'obiettivo principale di snellire i processi, facilitare ed orientare i cittadini all'utilizzo dei servizi e creare dei reali contesti di cura integrati H/T.

Il modello organizzativo di seguito descritto è stato declinato in fasi attuative, con alcuni processi già deliberati ed in sperimentazione. Alcune di queste fasi attuative sono trasversali e accompagneranno l'intero sviluppo del modello altre sono strettamente connesse all'attuazione del PNRR e quindi con delle tempistiche legate al calendario del PNRR stesso, ma prevedono comunque azioni propedeutiche in particolar modo formative.

Quanto definito nel presente piano è applicato e contestualizzato attraverso le seguenti fasi applicative:
→ Fase 1: <b>Articolazione della rete territoriale di prossimità</b>
→ Fase 2: <b>Sistema aziendale delle Centrali operative</b> (Delibera n. 2707 del 31/12/21 e n. 110 del 31/01/2022)
→ Fase 3: <b>Evoluzione delle cure domiciliari e nuovi strumenti di valutazione</b>
- Fase 3.1: <b>Progetto sperimentale Unità Speciale di Continuità Assistenziale Territoriale</b> (Delibera ASL VT n. 2295 del 8/11/2021)
→ Fase 4: <b>L'integrazione Ospedale - Territorio</b> (Delibera n. 2707 del 31/12/21)
- Fase 4.1 <b>La dimissione orientata</b> (Delibera n. 2707 del 31/12/21 n. 110 del 31/01/2022)
→ Fase 5: <b>Organizzazione delle strutture intermedie di comunità</b>
- Fase 5.1 Case della Comunità (Fase 5.1)
- Fase 5.2 Ospedali di Comunità (fase 5.2)
→ Fase 6 Bisogni di salute, strumenti di valutazione e modelli d'intervento: <b>la stratificazione del rischio e la classificazione del bisogno di salute, i Progetti Individuali di Salute (PRIS) e gli strumenti applicativi, integrazione socio-sanitaria budget di salute</b>
- Fase 6.1 Applicazione del modello di autocura
- Fase 6.2 Dal progetto di comunità agli spazi di socializzazione
→ Fase 7: <b>Ecosistema digitale e applicazione dei sistemi di e-health</b>
→ Fase 8: <b>Il sistema di valutazione e controllo nell'ambito distrettuale</b>

Ogni singola fase verrà declinata attraverso protocolli d'intesa, procedure e istruzioni operative dettagliate che indichino gli strumenti, i flussi di monitoraggio, indicatori e standard. Questo per codificare e monitorare i percorsi, limitando i problemi che possono essere legati da una parte alla necessità di disegnare percorsi personalizzati e dall'altra alla necessità di limitare le possibili interpretazioni dei singoli professionisti che vanno a discapito dell'appropriatezza, degli outcome di salute e della sicurezza delle cure.

Formazione e proceduralizzazione delle attività guideranno anche i passaggi dal sistema cartaceo al sistema digitalizzato. La possibilità di avere sistemi operativi che raccolgono le informazioni sul malato e le condividono tra i professionisti che intervengono nelle diverse fasi della malattia può facilitare e supportare non solo le fasi di transizione da un setting assistenziale all'altro, ma più in generale l'intero progetto di salute condiviso dal team di cura e dalla persona malata. Inoltre questi sistemi consentono la "committenza" lavorando sull'elaborazione dei dati al fine di poter stratificare la popolazione e indirizzare l'offerta.

Ogni ambito professionale si può avvalere degli strumenti di digital health, la sfida oggi è innanzitutto quella della alfabetizzazione di una larga fetta degli operatori sanitari e dei pazienti stessi che, a causa della mancanza di competenze digitali di base, rischiano di vedersi esclusi dai nuovi modelli di cura. Per tanto è necessario che i professionisti acquisiscano: competenze (tecnico scientifiche) in tema di e-health, abilità digitali (pratiche) al fine di saper utilizzare i sistemi per la registrazione, l'elaborazione e l'interpretazione dei dati, abilità relazionali utili ai processi di teleassistenza e telecounseling (per un nuovo modo di interpretare la relazione d'aiuto) nonché educative per formare alle abilità digitali i fruitori principali, cioè gli utenti.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



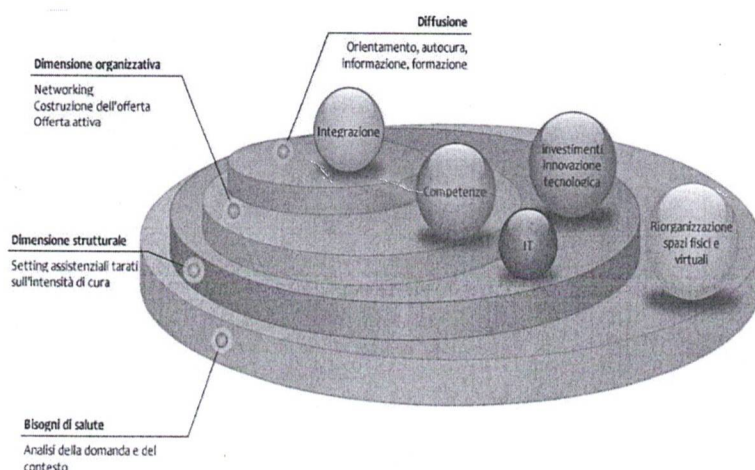
## 6. L'architrave del piano territoriale

Una riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali si basa su una modifica strutturale della rete di offerta e sulla ricerca di coerenze con il quadro epidemiologico emergente. Volendo dare un'immagine a questo nuovo modello strutturale possiamo definirlo come sistema diffuso che raccoglie in un unico spazio virtuale tutta l'offerta extra-ospedaliera, integrata con il servizio sociale e in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni di salute semplici e complessi.

Un sistema che deve realizzare appropriatezza erogativa attraverso il bilanciamento nell'utilizzo delle diverse tipologie di setting assistenziali (ospedaliero, residenziale/domiciliare, pubblico/privato, accreditato) prevedendo una mobilitazione delle risorse della comunità più prossime al paziente (famiglia, servizi, rete formale e informale). L'approccio proposto è una scelta strategica per superare alcune note criticità delle reti sanitarie quali la molteplicità della presa in carico, la duplicazione degli interventi, la iniquità nell'accedere e nel fruire dei servizi sociosanitari da parte dei soggetti fragili.

La rete dei servizi deve superare la verticalizzazione dei sistemi disegnando "un'architettura organizzativa" che coinvolge le strutture attraverso le relazioni tra professionisti nei diversi livelli di cura. Nel nostro caso le "relazioni" sono funzionali, cliniche e operative, i percorsi (PDTA) hanno lo scopo di uniformare i comportamenti dei professionisti. Elementi fondamentali della rete sono il Sistema delle Centrali Operative, le Case e gli Ospedali di Comunità, le reti territoriali di prossimità (PRIS), le reti cliniche, i Centri e i percorsi integrati di cura, le USCAT, l'assistenza domiciliare e le funzioni di integrazione ospedale/territorio.

### ARCHITETTURA ORGANIZZATIVA DEL SISTEMA



*In ogni territorio l'architettura della rete deve essere riconoscibile ai cittadini, con chiara definizione delle funzioni, dei ruoli, degli obiettivi e dei risultati attesi*

*L'utente entra nella rete in base alla tipologia e alla complessità del bisogno di salute rappresentato e si muove al suo interno grazie alla continua rivalutazione e il continuo monitoraggio di questi due*

Immagine 1 – Architettura organizzativa

- A. Rete territoriale di prossimità**, nasce dall'esigenza di trovare un punto di incontro tra la domanda di salute dei cittadini e un'offerta di cure appropriata al contesto locale e al setting di erogazione, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano ed evitando la frammentazione degli interventi. Pur rimanendo nell'ambito distrettuale, ma tenendo in considerazione la migrazione naturale (quindi ipotizzando delle sovrapposizioni interdistrettuali) la ASL di Viterbo ha disegnato gli ambiti geografici di prossimità, definiti RISP (Rete Integrata Specialistica di Prossimità), al fine di garantire delle attività minime di sicurezza "a Km 0", definite in base alla stratificazione della popolazione residente e la conseguente classificazione del bisogno di salute prevalente espresso localmente ma rispondente alla peculiarità orografica territoriale. La dimensione e la popolosità dei RISP, nonché la differenziazione tra zone rurali e urbane, consente di individuare le **sedì naturali** degli Ospedali di comunità e delle Case di comunità (HUB e spoke), anche in considerazione di

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



specifiche situazioni logistiche e di risorse disponibili, con una selezione delle infrastrutture esistenti da valorizzare, ristrutturare, riorientare con altre vocazioni e servizi.

- B.** La strada da percorrere è indicata dalle **reti cliniche, i centri e i percorsi integrati di cura** che coinvolgono sia la componente ospedaliera che quella territoriale e la cui organizzazione va oltre i livelli gerarchici formali, rappresentando la dimensione ottimale nella quale orientare i servizi per rispondere a cluster di pazienti i cui bisogni di salute travalicano la 'sfera di azione' di una singola professionalità a garanzia della continuità degli interventi. Tra gli attori coinvolti va incluso il MMG che delle reti di prossimità rappresenta il primo punto d'ingresso e che detiene il filo del continuum della presa in carico. Oltre al rispetto delle evidenze scientifiche, il disegno dei percorsi consente di evitare le duplicazioni delle prestazioni e la sovrapposizione di interventi, contribuendo così alla buona gestione delle liste d'attesa ed alla riduzione dei tempi di attesa e dell'inappropriatezza prescrittiva. La rete per essere definita tale deve garantire un appropriato e tempestivo invio nei centri di cura ad elevata complessità tramite canali predefiniti con modalità di accesso facilitanti (accessi ambulatoriali e ricoveri concordati in fase di instabilità clinica, dimissione concordata nella fase di deospedalizzazione).
- C.** La cabina di regia è rappresentata dal sistema delle **Centrali Operative** quale "luoghi" dove si incontrano virtualmente i responsabili dei percorsi/processi assistenziali e dove si raccolgono, classificano e smistano le richieste per indirizzarle verso la giusta soluzione/risposta, nonché si monitorano risultati ed indicatori. Elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di raccordo tra le strutture aziendali supportandole nella gestione dei processi di transizioni da un luogo di cura e/o da un livello clinico/assistenziale all'altro. Possono essere distrettuali o dedicate al monitoraggio dei percorsi per la cronicità.

**D. I luoghi di cura**

- a. La casa come primo luogo di cura** Il domicilio del paziente diviene nuovo ambito privilegiato e interconnesso "della continuità di qualità", luogo dove la persona e il suo più vicino caregiver diventano attori rilevanti del processo di presa in carico. Grazie ai nuovi sistemi di e-health, l'attivazione di risposte intermedie (USCAT Unità speciali di continuità assistenziale) e la concretizzazione degli interventi di prossimità. A garanzia dell'appropriatezza degli interventi in un'ottica di sicurezza per l'utente e per gli operatori è necessario individuare ambiti di garanzie e strumenti validati di valutazione, nonché percorsi facilitanti per la gestione di eventuali recrudescenze, ivi compresi meccanismi che consentano il teleconsulto specialistico in ambito domiciliare. L'obiettivo finale rimane quello di curare le persone al proprio domicilio e limitare il ricorso al ricovero nelle strutture residenziali socio assistenziali e socio sanitarie ma garantendo la miglior qualità di vita secondo le aspettative della persona.
- b. L'integrazione ospedale territorio:** al fine di ottimizzare la risposta territoriale la rete ospedaliera, oltre a garantire la gestione delle acuzie in maniera appropriata e secondo un sistema di progressive care, deve essere a supporto della gestione delle cronicità entrando nella rete di prossimità quale elemento di garanzia nella gestione dei percorsi di cura. Va inoltre resa sistemica la flessibilità e la modularità sperimentata nel periodo pandemico al fine di disporre di un sistema pronto a rispondere ad eventuali emergenze epidemiche, nonché incrementata la costruzione e attivazione di reti interaziendali per ottimizzare le risorse in un'ottica di dotazioni strutturali, diagnostiche e competenze. È inoltre di rilevante importanza attivare percorsi di dimissione e ammissione concordata, anche nell'ambito dei PDTA. L'agenda di dimissione rappresenta uno strumento rilevante sia per garantire la continuità dell'assistenza anche in ambito extra ospedaliero, che per contenere la degenza media di ricovero. Infine rilevante è l'azione di orientamento e integrazione rappresentata dalla COT-H luogo chiave, insieme ai PUA, dell'**integrazione socio-sanitaria** e di prima presa in carico per la pronta attivazione della risposta territoriale.
- c. La presenza di strutture intermedie** (H24 o in regime diurno, come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, che, affiancate dalle USCAT, facciano da ponte tra ospedale e territorio accompagnando il paziente con fragilità individuale o sociale nelle fasi di transizione da un setting di cura all'altro offrendo un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



evitare il ricovero in struttura ospedaliera e facilitare il rientro a domicilio in un contesto di sicurezza e tranquillità grazie anche a dei protocolli condivisi per la pianificazione e programmazione delle dimissioni.

#### E. Gli strumenti di valutazione e i modelli di intervento

- a. Per avere una azione proattiva mirata a risolvere alcuni punti di criticità, ma anche per sostenere l'azione dei Distretti nel governare la domanda di salute è opportuno dotarsi di modelli di **stratificazione del rischio espresso e di decodifica del bisogno di salute espresso**. La raccolta sistematica dei dati e la loro elaborazione in un unico flusso che viene poi decifrato in diverse chiavi di lettura a seconda della necessità rappresenta un supporto importante per indirizzare gli interventi, distribuire le risorse e controllare il raggiungimento degli obiettivi di processo, di salute ma anche quelli economici.
- b. Filo conduttore che rappresenta la storia della persona e della sua malattia accompagnandola nel suo percorso di salute a partire dal primo contatto con il servizio sanitario della persona con patologia cronica è il **Progetto individuale di salute**, strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socio assistenziale esercitata sul paziente lungo tutte il percorso, comprese le fasi di transitional care, che consente di gestire il bisogno di salute espresso dal singolo individuo. Quasi sempre, infatti, lo stato di cronicità di una malattia, come la stessa parola lo definisce, implica che quella persona che ne è affetta avrà un bisogno costante di interventi clinico assistenziali, e non solo, e che questi probabilmente con il tempo rivestiranno un ruolo sempre più preponderante nella sua vita necessitando di una gestione in sincrono di più professionisti. Per assicurare una reale integrazione socio sanitaria e monitorare l'economicità del processo al PRIS si associa il **Budget di salute**
- c. **Ecosistema digitale e sistemi di e-health** con servizi di Telemedicina, teleassistenza e telemonitoraggio che non sostituiscono le prestazioni sanitarie tradizionali, ma le integrano per potenziare la presa in carico della persona facilitando il monitoraggio del suo stato di salute in una logica di prossimità ed ottimizzazione delle risorse, limitando potenzialmente la frequenza degli episodi di riacutizzazione e riducendo per quanto possibile la necessità di prestazioni per le quali sia indispensabile recarsi presso strutture sanitarie.
- d. **Il sistema di valutazione e controllo nell'ambito distrettuale** L'azione valutativa è ormai parte integrante dei processi di elaborazione, sviluppo ed implementazione delle politiche sanitarie: il governo della domanda è un approccio innovativo per gestire l'aumento della richiesta di servizi sanitari, affinché questo trovi una risposta in grado di soddisfare i bisogni della popolazione in ambito socio sanitario. Lo sviluppo e l'utilizzo di strumenti e metodologie in grado di rendere misurabili e documentabili è elemento fondamentale per il funzionamento del sistema che rende disponibili informazioni sulla qualità dei servizi sanitari a molteplici destinatari e con molteplici finalità.

#### F. Azioni sinergiche

##### 1. Reingegnerizzazione dei processi ospedalieri

- Garantire clinical competence nella rete dei piccoli ospedali (equipe itineranti e reti cliniche organizzate nell'ottica hub e spoke)
- Rinnovare le infrastrutture in un'ottica di flessibilità e modularità (intensità di cure) attraverso lo sviluppo di una piattaforma multidisciplinare che garantisca flessibilità organizzativa
- Modernizzazione dei processi e delle filiere produttive grazie alla digitalizzazione e all'interfaccia dei sistemi digitali per la condivisione dei dati

##### 2. Partecipazione della farmacia alle azioni di sanità di iniziativa

- Miglioramento dell'aderenza terapeutica, dell'appropriatezza prescrittiva, della verifica della continuità di cura e della riconciliazione terapeutica, riducendo altresì gli accessi inappropriati in pronto soccorso
- Servizio di grande valenza di home delivery dei farmaci attualmente erogati dai servizi farmaceutici aziendali in distribuzione diretta (DD)



### 3. Formazione e diffusione

Fondamentale la fase di diffusione: il modello deve essere riconoscibile dai cittadini e agli stakeholders, deve essere organizzato, ossia che vede definite le funzioni, i ruoli, gli obiettivi, i risultati attesi e condiviso, attraverso percorsi formativi-informativi, anche per il miglioramento di competenze. La medicina di comunità necessita di personale sanitario con competenze avanzate da un punto di vista tecnico, ma anche relazionale. Per questo è fondamentale prevedere azioni migliorative attraverso il confronto tra pari e il rafforzamento delle relazioni con la comunità, gli enti e il terzo settore.

La digitalizzazione dei processi amministrativi e la formazione sono due elementi fondamentali a sostegno delle innovazioni organizzative proposte. La prima per garantire il benessere organizzativo e rivedere le filiere di produzione al fine di semplificare le procedure e diminuire il tempo lavoro, la seconda per rendere i professionisti competenti nella gestione dei nuovi processi.

#### Obiettivi formativi

- Attivare processi formativi adeguati per sostenere la sfida della transizione digitale e rafforzare le competenze manageriali, digitali ed educative del personale
- Utilizzare le competenze digitali acquisite per reperire, valutare, conservare, produrre, presentare e scambiare informazioni e dati, primariamente attraverso l'utilizzo di sistemi informativi
- Costruire un Dossier Formativo che supporta i processi decisionali nella gestione delle risorse umane
- Acquisire competenze su tecniche e strategie formative al fine di poter accompagnare l'utente e il suo caregiver in un percorso formativo volto all'autocura anche con metodi innovativi quali le community lab e le co-progettazioni.

#### 6.1 Standard organizzativi

Il processo di cura è articolato e complesso quindi va visto in un'ottica multidimensionale:

- Dimensione del processo di presa in carico
- Dimensione dei contesti di cura (luogo fisico) e dei modelli assistenziali e dei metodi/strumenti utilizzati (teleassistenza, assistenza in presenza, assistenza al domicilio)
- Dimensione delle relazioni tra professionisti e tra professionisti e pazienti/familiari
- Dimensione del target sulla base dei bisogni espressi (semplici/complessi e necessità cliniche prevalenti)
- Self management e caregiving, forte spinta verso l'autocura e il controllo della compliance

Standard organizzativi		Rapportati alla popolazione della provincia (dati su popolazione residente al 2021 - opensalutelazio.it)
Distretto	Uno ogni 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.	Tre distretti come già configurati: → Distretto A Montefiascone/Tarquinia → Distretto B Viterbo → Distretto C Civita Castellana
Case di comunità	1 casa della comunità ogni 20/25.000 abitanti (ogni 10/15.000 aree interne e rurali) e comunque almeno 1 HUB ogni 40.000/50.000 abitanti in ogni ambito distrettuale	Previsti 7 centri HUB e 5 Spoke distribuiti in maggior concentrazione nelle aree interne e rurali
Ospedali di comunità	1 ospedale di comunità ogni 80.000 abitanti e comunque 20 PL ogni 50.000 abitanti (0,4 PL ogni 1000 ab)	Pari a 4 OdC e comunque previsti fino ad un massimo di 128 PL, attivati progressivamente (in relazione alla programmazione regionale)
COT	1 COT ogni 100.000 abitanti e comunque 1 per distretto e 1 (facoltativa) ospedaliera. Inoltre la Regione Lazio prevede una CO A	Pari a 3 COT D (distrettuali) 1 COT H (ospedaliera) 1 COT A (aziendale)
Infermiere di comunità	1 infermiere di comunità ogni 2000/3000 abitanti	Pari ad un minimo di 102 Unità
USCA	Lo standard è di 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti	3 team, uno per ogni distretto, che garantiscono h 12 /7/7
Assistenza domiciliare	10% degli over 65	7590 abitanti da prendere in carico progressivamente

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



## 7. Rete territoriale di prossimità (Fase 1)

Trasformazioni e innovazioni in Sanità sono oramai sempre più orientate a ridurre la frammentazione nell'erogazione dell'assistenza attraverso, il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura (Øvretveit, 1998). Tale intenzione ben si sintonizza con il razionale della costituzione delle reti assistenziali, che lega la sua opportunità alla possibilità e capacità di rispondere ai bisogni di salute della persona trovando il necessario punto di equilibrio tra prossimità e complessità (Bravi et al., 2012).

“Bisogna distruggere le barriere (nel rapporto Five Years Forward View vengono chiamate “confini tribali”) che separano i medici di famiglia dagli ospedali, la salute fisica da quella mentale, l'assistenza sanitaria da quella sociale” se vogliamo superare questo momento di crisi non solo economica ma anche di valori e andare verso un modello di welfare sostenibile. Una riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali si basa su una modifica strutturale della rete di offerta e sulla ricerca di coerenze con il quadro epidemiologico emergente, con un'evoluzione organizzativa della medicina specialistica verso modelli più adeguati alle mutate esigenze assistenziali, sia attraverso l'integrazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, sia attraverso nuove articolazioni organizzative, più rispondenti alle necessità di specifici territori, che la diffusione di una cultura prescrittiva all'insegna dell'appropriatezza. La prossimità degli interventi avvicina il professionista al cittadino facilitando la lettura dei bisogni espressi dal contesto di vita ottimizzando la presa in carico e consentendo azioni proattive incentrate sulla prevenzione oltre che sulla cura.

La continuità dell'assistenza, dalla prospettiva dell'erogatore, deve essere vista, come fornitura di servizi tempestiva, coordinata e integrata, sostenuta da un valido sistema di monitoraggio e di valutazione. L'assunto alla base di questo paradigma è che un'assistenza maggiormente integrata e diffusa sul territorio si rivela in grado di garantire una maggiore efficienza economica ed un miglioramento della qualità e della soddisfazione tanto degli utenti quanto degli stessi professionisti socio-sanitari, rivedendo l'intera filiera dei servizi, secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera, in base all'intensità di cura espressa. Una buona rete di continuità assistenziale basata sulla medicina di iniziativa nel tempo contribuirà a risolvere il problema del sovraffollamento dei Pronti soccorso e dei reparti ospedalieri. Il riassetto dell'assistenza territoriale è uno snodo decisivo non soltanto per garantire l'assistenza di primo livello in modo ottimale ma anche per regolarizzare gli accessi alle cure specialistiche e perseguire una gestione più efficace ed economica del sistema. Per ottenere questo risultato è necessario ricollocare buona parte delle prestazioni di assistenza sanitaria di base, attualmente erogate in setting ospedalieri, in ambienti di cura collocati nelle comunità locali.

La **Rete Integrata Specialistica di Prossimità** prevede, come risposta alla peculiarità orografica territoriale dell'Azienda, la suddivisione del territorio della ASL VT, in N° 11 RISP collocati in altrettanti Comuni Capofila (rispetto ai 60 comuni presenti nel territorio), dove già insistono degli ambulatori polispecialistici di riferimento, aggregando i comuni limitrofi, con una distanza chilometrica, che prevede un cutt-off massimo di 20 km e tenuto conto del baricentrismo degli stessi, in termini di viabilità. Il principio che le governa tende a garantire ad ogni cittadino di poter effettuare le prestazioni ambulatoriali di primo livello (riferite alle specialistiche per le quali la domanda è maggiore o comunque per quelle in cui viene definito un ambito di garanzia) all'interno del proprio bacino di residenza. Il Progetto mira a realizzare un sistema di cure di prossimità, ricco di valenze diagnostiche e terapeutiche, che garantisce la continuità con la Rete Ospedaliera e Assistenza Primaria (MMG), ottimizzando all'interno di ogni specifico territorio le attività di specialistica ambulatoriale, sia in termini di produttività che in termini di offerta in ore anche in considerazione dei bisogni prevalenti di salute di quel particolare contesto. Predisporre un modello di sostenibilità del Sistema delle cure primarie che riporti sul territorio buona parte di prestazioni erogate in setting ospedalieri o centralizzate nei sistemi HUB, con percorsi integrati di cura che vedano la prima presa in carico nel proprio ambiente di vita o in luoghi di prossimità e garantiscano una multidisciplinarietà ed una continuità degli interventi con un appropriato e tempestivo invio nei centri di cura ad elevata complessità tramite canali predefiniti con modalità di accesso facilitanti. Questo grazie anche alla presenza di strutture intermedie e un network di reti che facilitano la gestione della cronicità. Inoltre la prossimità degli interventi avvicina il professionista al cittadino facilitando la lettura dei bisogni espressi dal contesto di vita ottimizzando la presa in carico e consentendo azioni proattive incentrate sulla prevenzione oltre che sulla cura.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



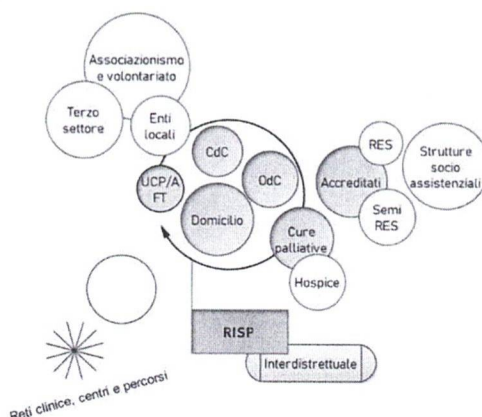
Lo scopo è garantire adeguati livelli di cura a tutte le persone che manifestano un bisogno di salute ma non abbiano necessità di prestazioni ad elevata complessità o di un ricovero in ospedali per acuti, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano evitando la frammentazione degli interventi ed integrando interventi di natura sanitari e sociale.

Questo modello consente di meglio individuare la collocazione appropriata delle strutture intermedie quali Case della Comunità (Hub e spoke) e Ospedali di comunità, tenendo in considerazione il baricentrismo della posizione individuata, i servizi già in essere e l'adeguatezza delle strutture come definito nel PNRR e richiamato in dettaglio nelle tabelle a pag.18).

Distretto	Casa della Comunità	Centri cure primarie	Ospedali di comunità	Centrali operative
A	<b>HUB:</b> Acquapendente, Montefiascone, Tarquinia <b>SPOKE:</b> Bagnoregio, Bolsena, Tuscania	Valentano, Marta, Montalto di Castro	Acquapendente(20pl) Montefiascone (20 pl) (anche Polo riabilitativo)	COT-DA
B	<b>HUB:</b> Viterbo, Orte, <b>SPOKE:</b> Soriano nel Cimino		Orte (20 pl)	COA-T-DB CO H-T
C	<b>HUB:</b> Civita Castellana, Ronciglione <b>SPOKE:</b> Vetralla	Nepi	Ronciglione (20 pl)	COT-DC

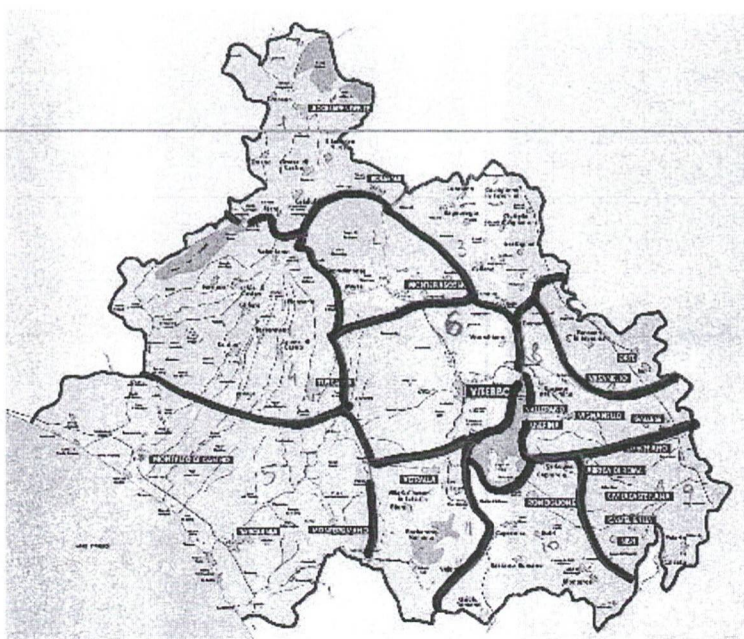
### Obiettivi

1. Raggiungere una flessibilità organizzativa grazie all'attivazioni di rete con punti di erogazioni classificati per livelli di complessità che consenta di rispondere proattivamente ai cambiamenti dei bisogni di salute
2. Costruire percorsi integrati di cura che vedano la prima presa in carico nell'ambiente di vita dell'assistito o in luoghi di prossimità e garantiscano una multidisciplinarietà ed una continuità degli interventi assicurata dalla sinergia tra i vari attori (incluso il MMG che rappresenta il primo contatto e detiene il filo del continuum del progetto di salute) evitando le duplicazioni e la sovrapposizione di interventi
3. Garantire un appropriato e tempestivo invio nei centri di cura ad elevata complessità tramite canali predefiniti con modalità di accesso facilitanti.
4. Stabilire dei livelli di complessità intermedi che facciano da ponte tra ospedale e territorio accompagnando il paziente con fragilità, anche sociale, nelle fasi di transizione da un setting di cura all'altro offrendo un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare il ricovero o facilitare il rientro a domicilio in un contesto di sicurezza e tranquillità
5. Raggiungere l'obiettivo dell'integrazione ospedale – territorio considerando nelle reti anche la specialistica ambulatoriale ospedaliera.

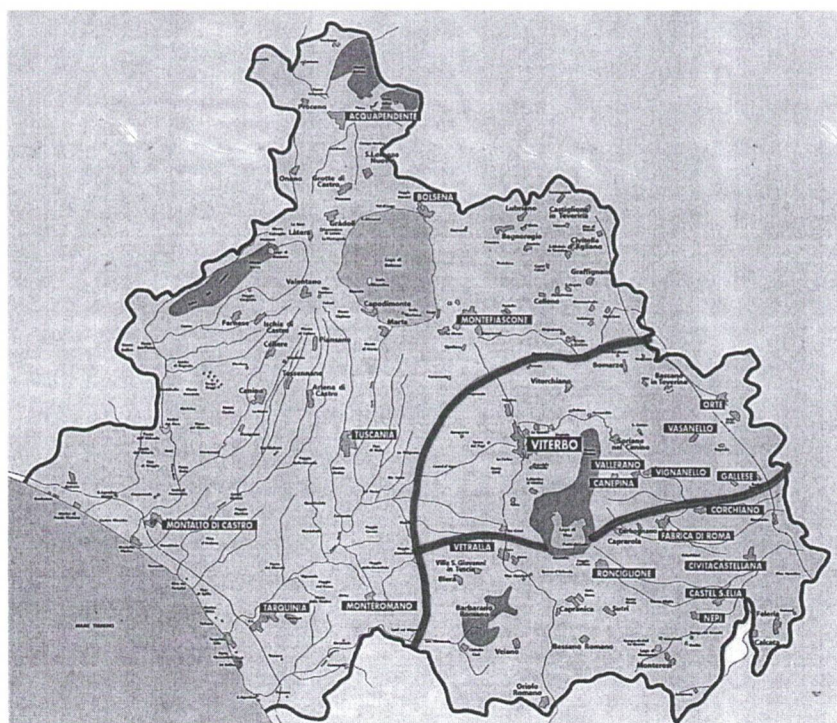


Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie





*Si rappresenta che il Distretto A pur se meno popoloso è quello più ampio come territorio e ricomprende zone rurali e disagiate, più distanti dall'HUB, inoltre le zone di Montefiascone è limitrofa al distretto B, così come quella di Orte è limitrofa al distretto C, pertanto i rispettivi Ospedali di comunità saranno di riferimento interdistrettuale.*



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



### DEFINIZIONE DEI RISP NELLA PROVINCIA DI VITERBO

RISP 1	Abitanti	Sede di	Km	Distretto
<b>Acquapendente</b>	<b>5.324</b>	<b>HUB Casa di comunità H di Comunità</b>	0	A
<b>Bolsena</b>	<b>3.917</b>	<b>SPOKE Casa di comunità</b>	14,9	A
Proceno	573		3,2 km	
Onano	976		7,0 km	
San Lorenzo Nuovo	2.017		7,2 km	
Grotte di Castro	2.017		7,7 km	
Gradoli	1.323		11,2	A
Latera	811		13,1	A
	<b>16958</b>			
RISP 2	Abitanti		Km	Distretto
<b>Montefiascone</b>	<b>13.387</b>	<b>HUB Casa di comunità Centro riabilitazione H di comunità</b>	0	A
<b>Marta</b>	<b>3.395</b>	<b>Centro cure primarie</b>	9,1	A
Capodimonte	1.694		10,8	A
	<b>18476</b>			
RISP 3	Abitanti		Km	Distretto
<b>Bagnoregio</b>	<b>3.397</b>	<b>SPOKE Casa di comunità</b>	0	A
Lubriano	895		1,9	A
Castiglione in Teverina	2.319		9,6	A
Civitella D'Agliano	2.204		8,6	A
Graffignano	2.204		11,2	A
Celleno	636		8,6	B
	<b>11727</b>			
RISP 4	Abitanti		Km	Distretto
<b>Tarquinia</b>	<b>16.240</b>	<b>HUB Casa di comunità</b>		A
<b>Montalto di Castro</b>	<b>8.965</b>	<b>Centro cure primarie</b>	16,7	A
Monte Romano	1.965		11,6	A
	<b>27.170</b>			
RISP 5	Abitanti		Km	Distretto
<b>Tuscania</b>	<b>8.364</b>	<b>HUB Casa di comunità</b>	0	A
<b>Valentano</b>	<b>2.842</b>	<b>Centro cure primarie</b>	16,4	A
Canino	5.286		14,2	A
Arlena di Castro	855		7,3	A
Ischia di Castro	2.259		18,5	A
Piansano	1.972		12	A
Tessennano	323		11	A
Farnese	1.466		18,7	A
Cellere	1.142		14,8	A
	<b>24.509</b>			
RISP 6	Abitanti		Km	Distretto
<b>Viterbo</b>	<b>67.681</b>	<b>HUB Casa di comunità</b>		B
Vitorchiano	5.244		7,5	B
	<b>72.925</b>			
RISP 7	Abitanti		Km	Distretto
<b>Orte</b>	<b>8.842</b>	<b>HUB Casa di comunità</b>		B
Vasanello	4.008		9,3	C
Bassano in Teverina	1.268		8,3	B



	<b>14.118</b>			
<b>RISP 8</b>	<b>Abitanti</b>		<b>Km</b>	<b>Distretto</b>
<b>Soriano nel Cimino</b>	<b>8.174</b>	<b>HUB Casa di comunità</b>		<b>B</b>
Vallerano	2.548		4,6	C
Vignanello	4.511		5,3	C
Canepina	3.019		4,1	B
Bomarzo	1.689		7,1	B
	<b>19.941</b>			
<b>RISP 9</b>	<b>Abitanti</b>		<b>Km</b>	<b>Distretto</b>
<b>Civita Castellana</b>	<b>16.171</b>	<b>HUB Casa di comunità</b>		<b>C</b>
Fabrica di Roma	8.275		10	C
<b>Nepi</b>	<b>9.494</b>	<b>Centro cure primarie</b>	7,8	C
Gallese	2.816		8,8	C
Corchiano	3.738		7	C
Castel S. Elia	2.594		5,7	C
Faleria	2.150		8,2	C
Calcata	880		8,5	C
	<b>46.118</b>			
<b>RISP 10</b>	<b>Abitanti</b>		<b>Km</b>	<b>Distretto</b>
<b>HUB Ronciglione</b>	<b>8.532</b>	<b>HUB Casa di comunità</b>		<b>C</b>
Carbognano	1.971		6,2	C
Bassano Romano	4.791		7,6	B
Capranica	6.442		4,9	C
Caprarola	5.236		4,4	
Sutri	6.501		4,8	
Oriolo Romano	3.819		21	C
Monterosi	4.637		17,4	C
	<b>41.930</b>			
<b>RISP 11</b>	<b>Abitanti</b>		<b>Km</b>	<b>Distretto</b>
<b>Vetralla</b>	<b>13.978</b>	<b>SPOKE Casa di comunità</b>		<b>C</b>
Villa S. Giovanni in Tuscia	1.253		4	C
Blera	3.255		5,7	C
Vejano	2.218		10	C
Barbarano Romano	1.069		6,8	C
	<b>21.773</b>			



### 7.1 L'articolazione verticale della rete

L'approccio sistemico al governo della complessità trova una naturale declinazione in questa organizzazione più orizzontale (Reti) da un lato e nel contempo più visibile e identificabile da parte del cittadino (Centri) che sono attraversati da **percorsi**, intendendo per percorso lo strumento che può garantire la presa in carico e assicurare la continuità assistenziale e hanno lo scopo di uniformare i comportamenti clinici degli operatori (fare la cosa giusta, al momento giusto, nel posto giusto e nel modo giusto). In questo sistema l'utente entrerà nella rete in base alla tipologia e alla complessità del bisogno di salute che esso rappresenterà e si muoverà all'interno dei percorsi sulla continua rivalutazione e il continuo monitoraggio di questi due parametri, ma sempre in un'ottica di prossimità degli interventi e sicurezza degli interventi.

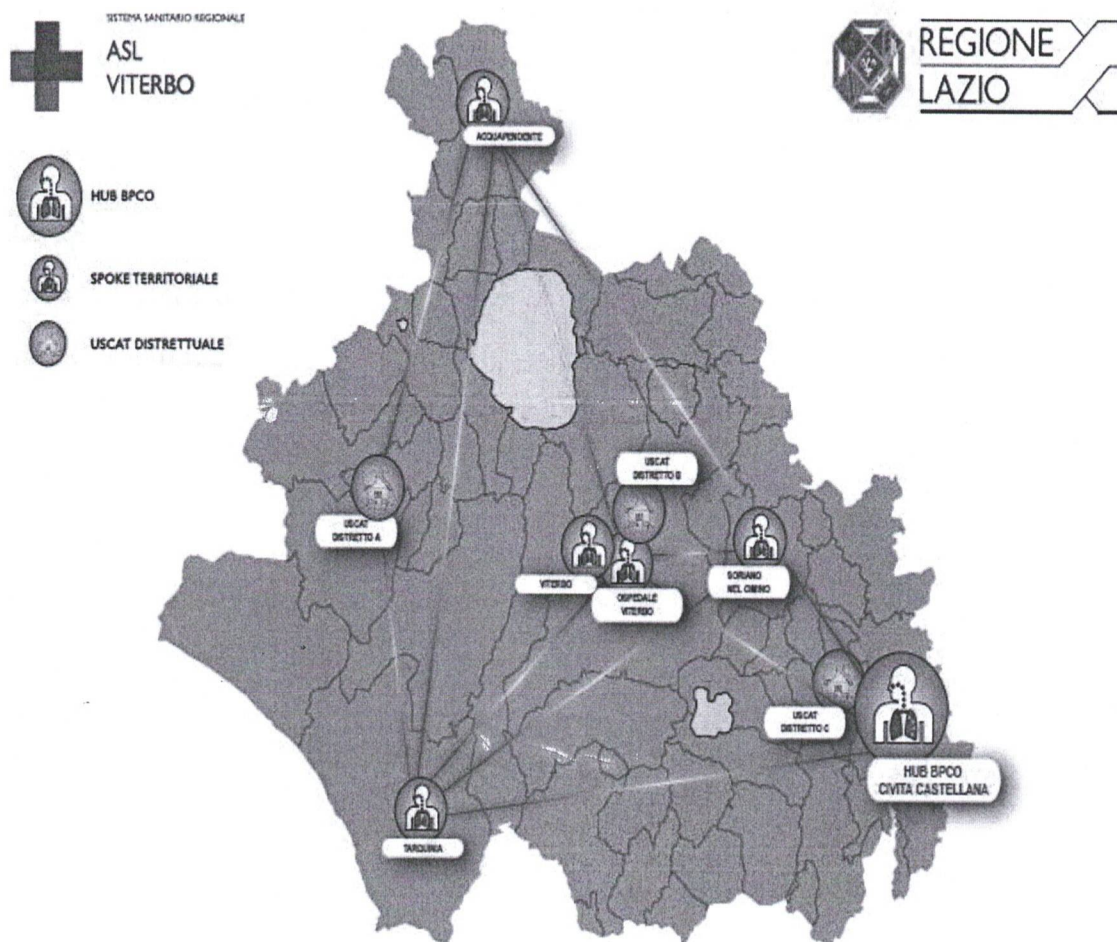
La rete è organizzata secondo livelli di complessità in base alla possibilità di offerta (prestazioni erogate e diagnostica disponibile). La definizione di reti funzionali tra ospedale territorio (reti orizzontali) include anche l'alta complessità (funzioni verticali) e contribuisce a rendere effettiva l'integrazione. Le reti devono essere costruite in modo da essere propedeutiche per la definizione dei percorsi integrati di cura, gli accessi alla rete devono essere differenziati in base allo fase/stadio di malattia	
<b>I° livello</b>	<p>Dotato della tecnologia minima necessaria ad una prima visita di inquadramento diagnostico ed al follow up dei casi non complessi</p> <p>Prevalentemente territoriale, può essere nominativo, lo stesso specialista può essere presente su più centri</p> <p>Garantisce un rapporto di ore di attività/centro di erogazione di minimo di un accesso a settimana</p> <p>Telemedicina (televisita, teleconsulto e automonitoraggio degli utenti)</p> <p>Per alcune cronicità il I° livello può essere rappresentato dagli ambulatori infermieristici attivando forme di tele-refertazione e teleconsulto in collegamento con i centri di secondo livello</p>
<b>II° livello</b>	<p>Dotato di tecnologia diagnostica complessa</p> <p>Prevista la possibilità di erogare PAC/APA in raccordo con le reti dei servizi di prossimità</p> <p>Può essere territoriale (Casa della salute/della Comunità) o ospedaliero (spoke)</p> <p>Preferibilmente gestito in equipe</p> <p>Telemedicina e centrali operative della cronicità</p>
<b>III° livello</b> <b>O</b> <b>Centri</b>	<p>In genere insito nell'Hub consente l'attivazione della diagnostica avanzata presso il centro o in raccordo con la rete dei servizi e nella rete svolge funzione di coordinamento.</p> <p>Può essere gestito in equipe multidisciplinare</p> <p><b>Il terzo livello in genere <i>corrisponde al centro di expertise della rete ed in genere risiede in Ospedale.</i></b></p> <p>Il coordinatore del Centro è un dirigente a cui viene assegnato incarico di altissima professionalità, in coerenza con il sistema di networking aziendale e con il CCNLL dell'area sanità.</p> <p>Gli specialisti presenti possono attivare sedi satellite per implementare la prossimità degli interventi.</p> <p>Deve essere dotato delle tecnologie necessarie per poter svolgere attività di telemedicina e può essere adiuvato nelle attività dalle centrali operative della cronicità</p> <p>È prevista la possibilità di erogare attività in day service (PAC/APA) e di ricorrere al ricovero ordinario o day hospital;</p> <p>Si raccorda con il sistema delle Centrali Operative aziendali e si relaziona con Hub regionali di alta specialità;</p> <p>Promuove attività di formazione e di informazione, orientamento e supporto alle azioni di autocura per i pazienti e loro familiari / tutori; si integra con le attività del Board scientifico per favorire la ricaduta sulla pratica clinica delle migliori evidenze scientifiche disponibili.</p>

**A seguire la rappresentazione grafica delle Reti attive e funzionanti anche con sistemi di digitalizzazione**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie

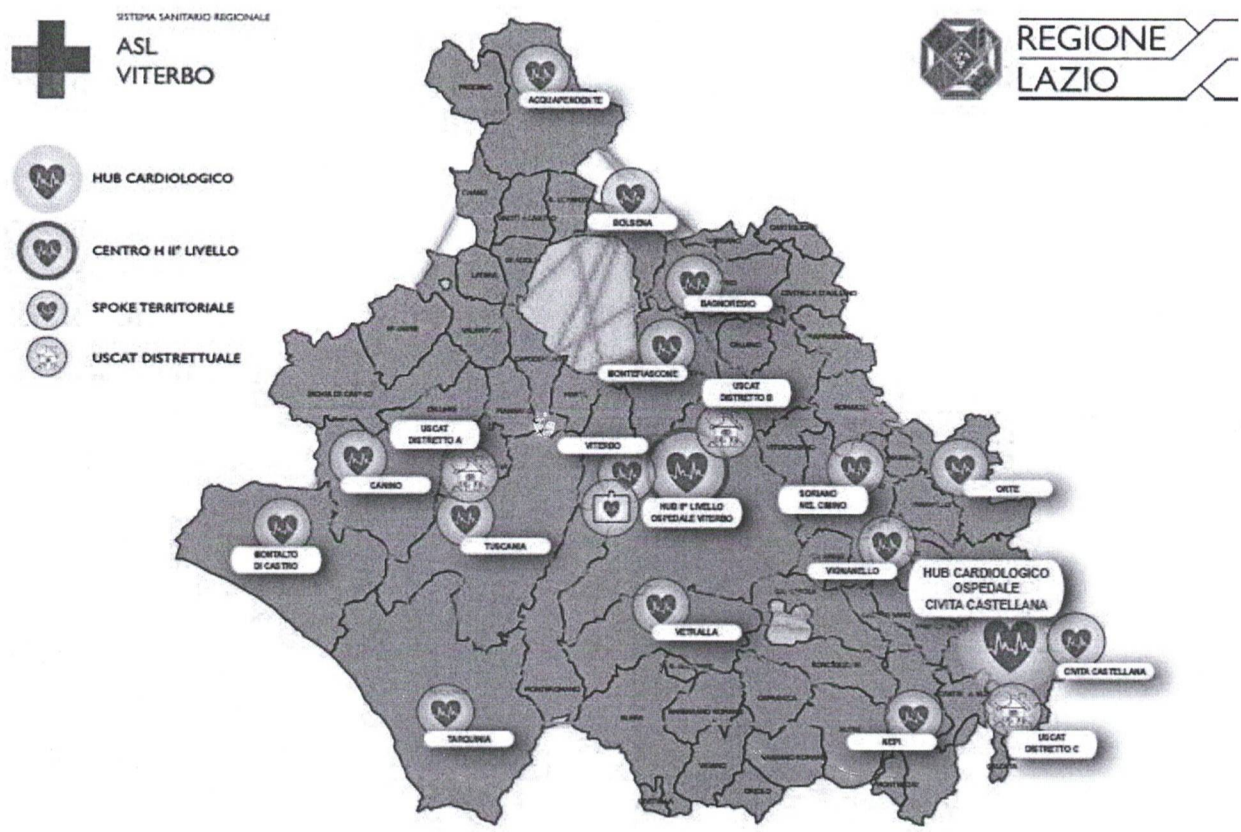


## Rete Pneumologica



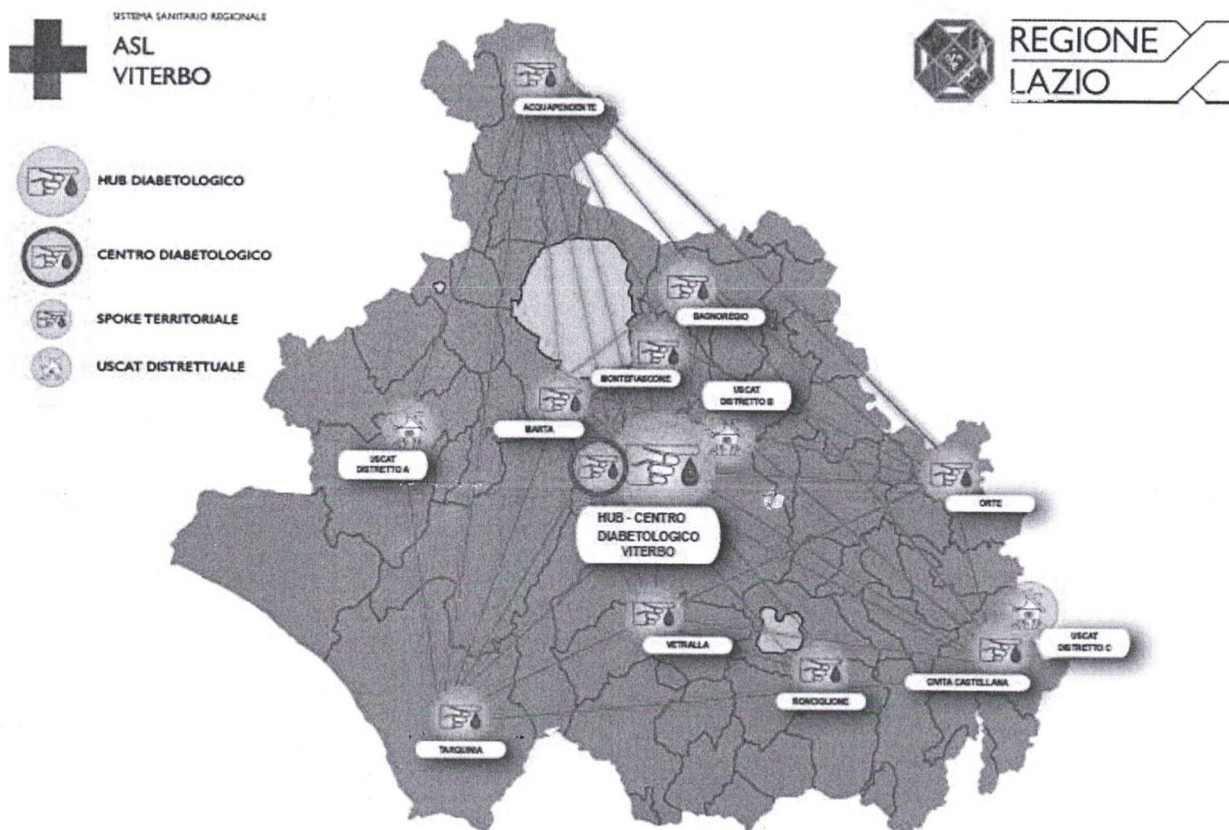


Rete Cardiologica





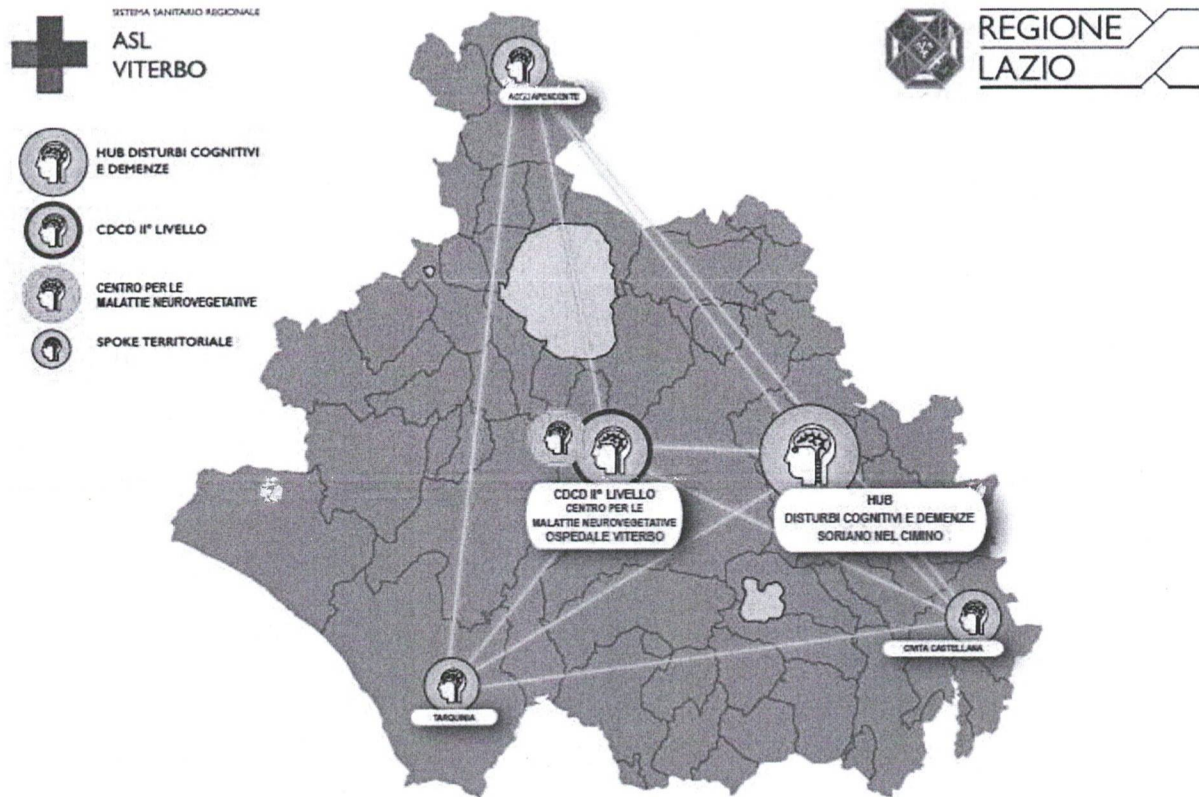
## Rete Diabetologica



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



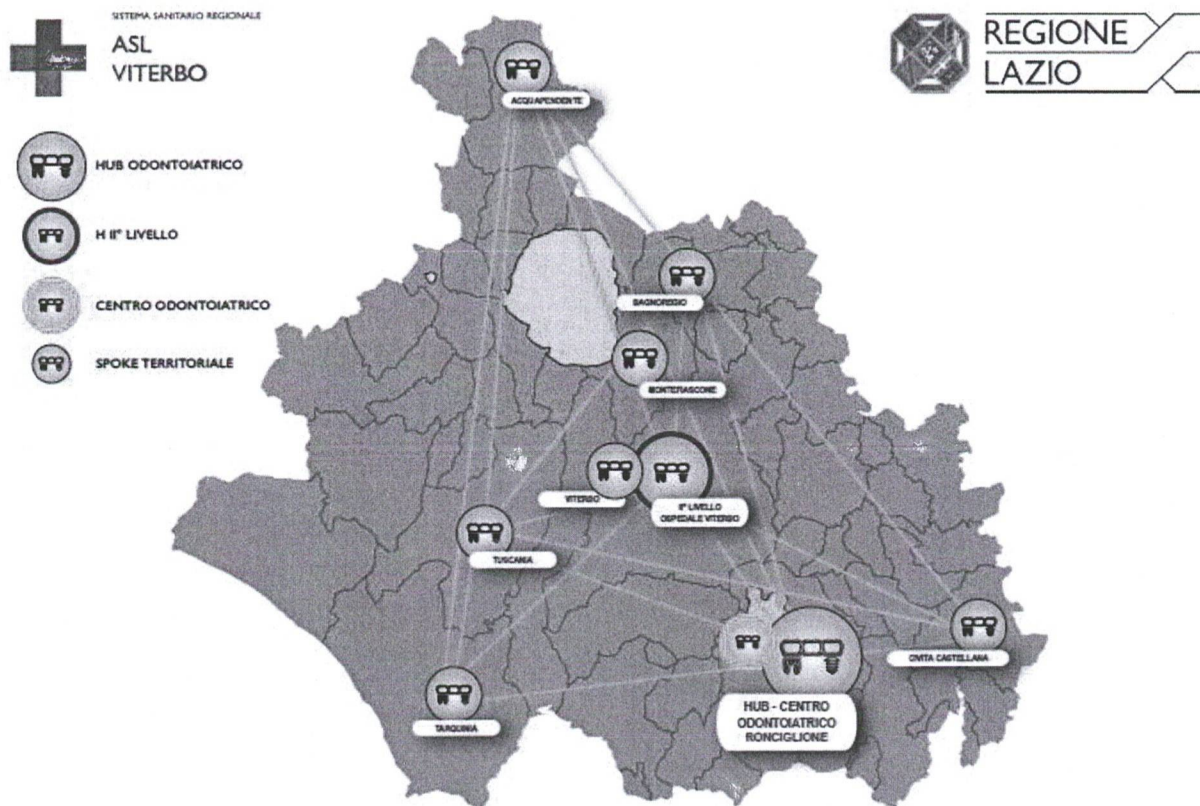
## Rete Disturbi Cognitivi e Demenze



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie

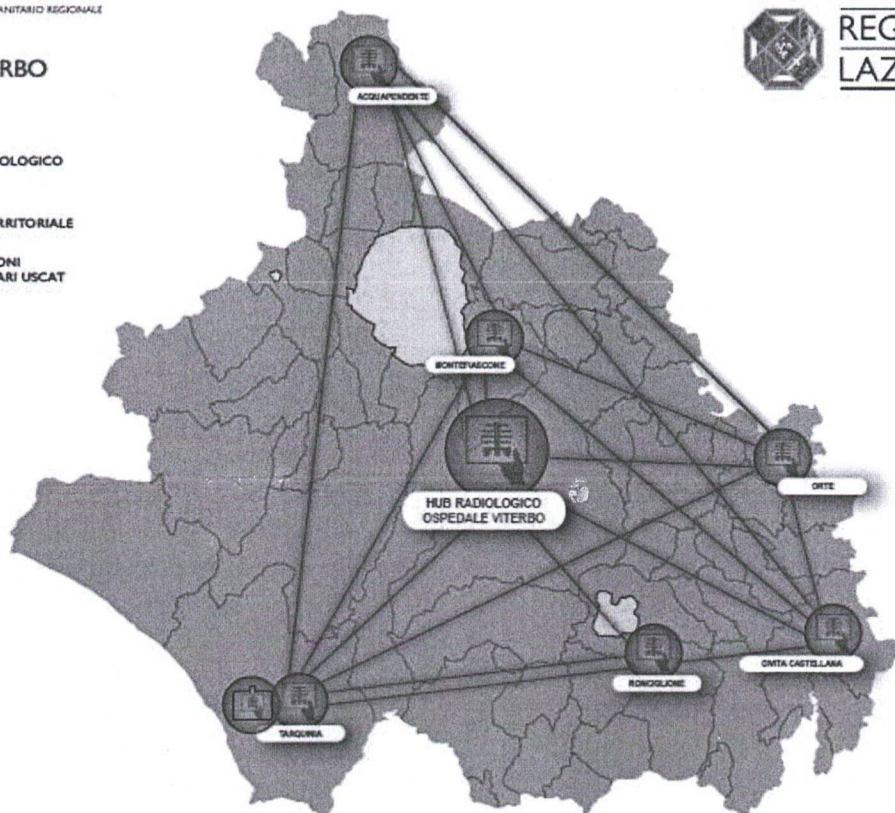
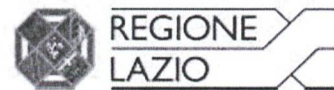


## Rete Odontoiatrica





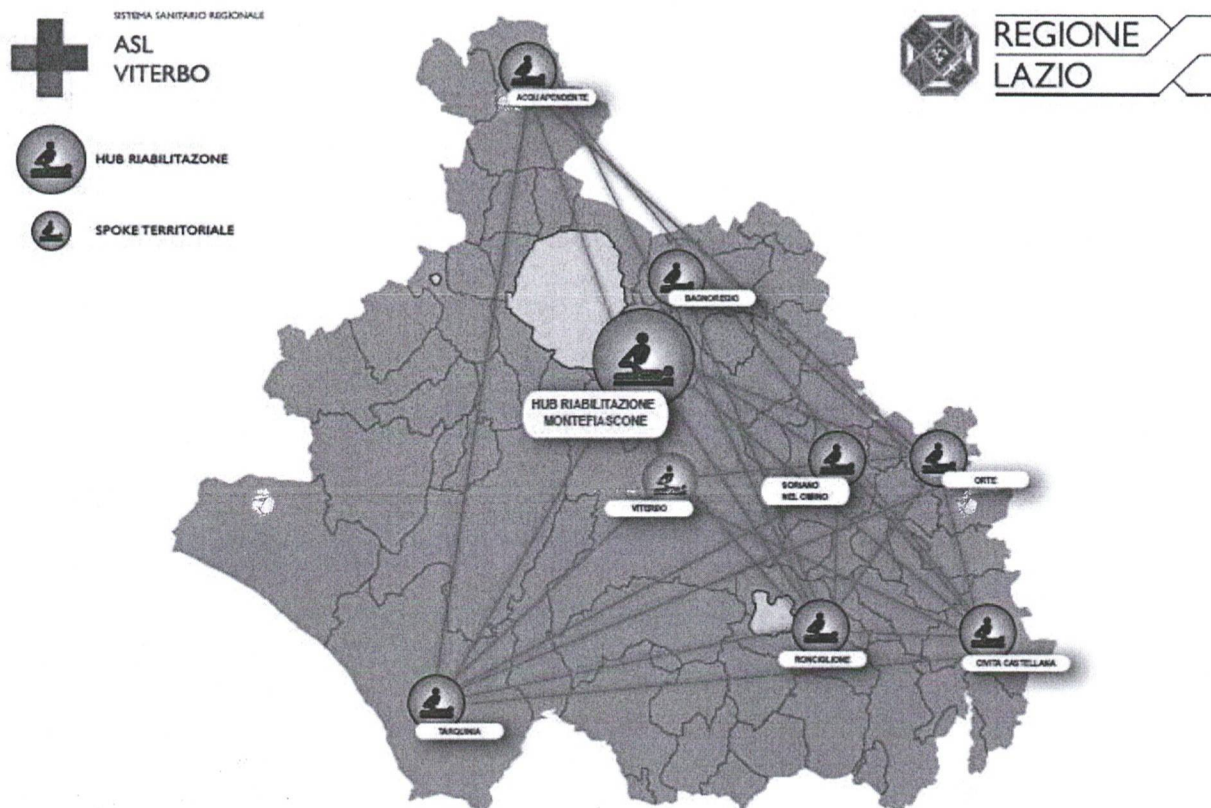
## Rete Radiologica



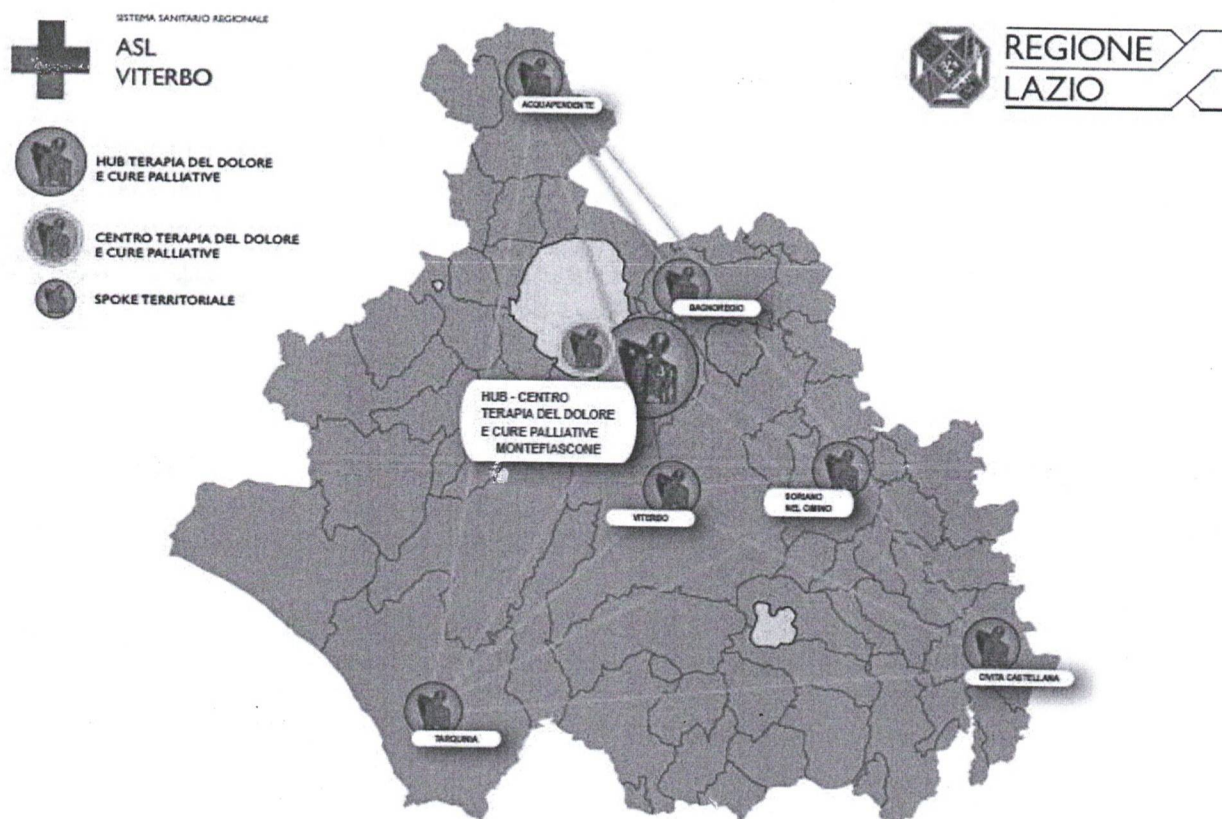
Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



## Rete della Riabilitazione



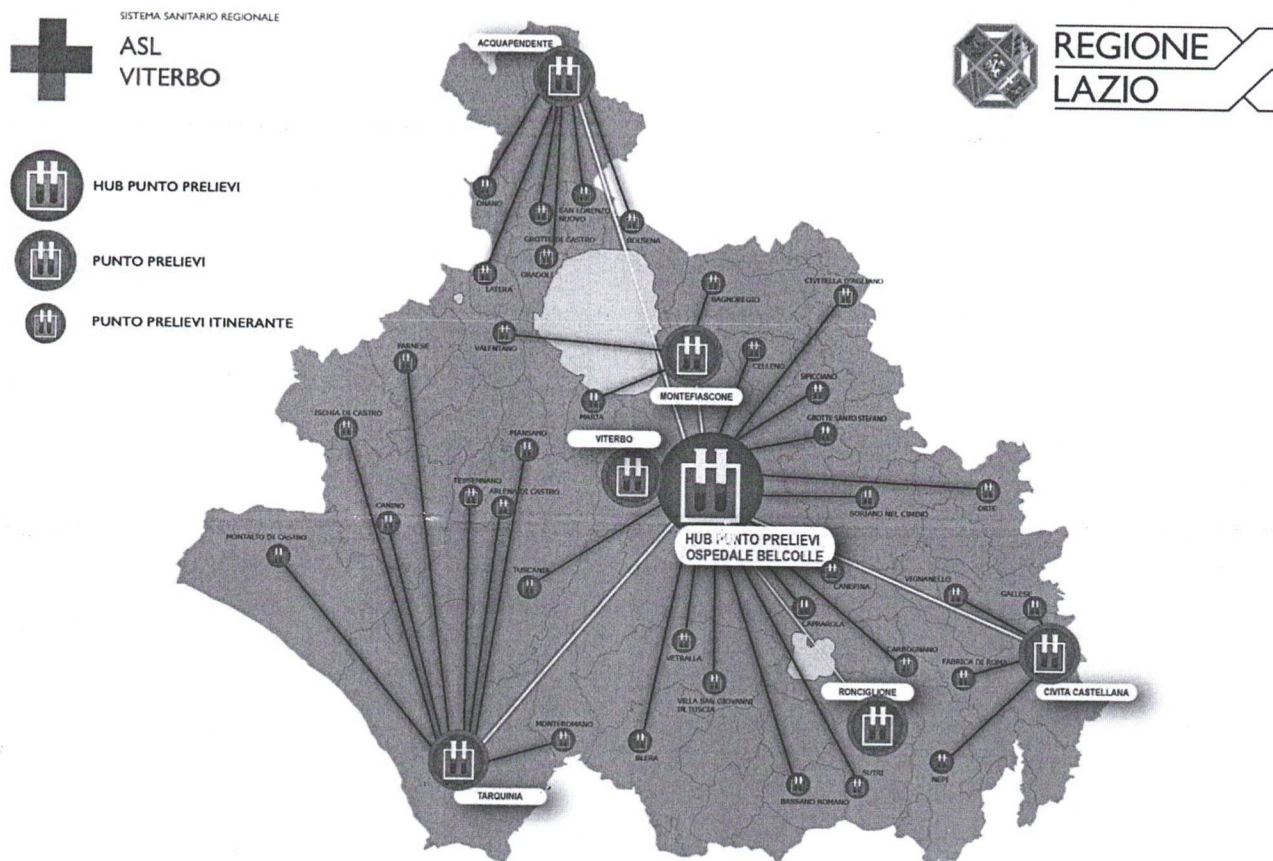
## Rete della Terapia del dolore e delle Cure palliative



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



## Rete Punti prelievo



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie

## 8. Sistema aziendale delle Centrali operative (Fase 2)

La continuità dell'assistenza, intesa quale percorso organizzato nel passaggio tra i diversi setting assistenziali rappresenta un obiettivo imprescindibile a garanzia della piena applicazione dei livelli di assistenza a favore della popolazione assistita dove una effettiva integrazione socio-sanitaria permette significativi vantaggi in termini di qualità di vita e abbattimento dei costi.

Uno degli strumenti operativi per l'integrazione e ottimizzazione dei percorsi è la rete delle Centrali Operative (delibera n. 2707 del 31/12/21 *Il sistema delle Centrali Operative e i percorsi di transitional care* e delibera n. 110 del 31/01/2022 *Procedura Operativa Percorsi di dimissione agevolata in soggetti Covid negativi*) che supportano il sistema di assistenza proattiva e la continuità assistenziale, raccordando i momenti del percorso clinico-assistenziale tra di loro, attraverso la gestione intelligente dei principali snodi decisionali relativi al trattamento del paziente lungo l'intero processo (Progetto Individuale di Salute) e valutando tutte le opzioni disponibili nonché la volontà espressa dalla persona e dalla famiglia, a garanzia del superamento di un sistema storicamente organizzato verticalmente e a settori.

Le Centrali operative sono previste anche dal recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), al punto M6C1 relativo alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

La Centrale Operativa è il "luogo" dove si incontrano virtualmente i responsabili dei percorsi /processi assistenziali e dove si raccolgono, classificano e smistano le richieste e le segnalazioni per indirizzarle verso la giusta soluzione/risposta.

Rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Distretto e Dipartimenti e li supporta nella gestione dei processi atti alla presa in carico dell'utente tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico-assistenziale all'altro.

Compito del sistema delle CO è in primis quello di garantire la corretta attuazione dei percorsi della presa in carico, nonché l'appropriata scelta del setting assistenziale dei pazienti "fragili" e "cronici", assicurando la continuità tra ospedale e territorio e favorendo il raccordo tra i servizi sanitari e socio-sanitari attraverso un percorso "protetto" e privo di discontinuità. Riveste un ruolo importante in questo contesto in quanto conosce le risorse, i servizi, l'interrelazione, i processi, le modalità di attuazione e il monitoraggio e, pertanto, interviene nelle situazioni in cui è necessario supportare gli altri attori, rendendo operativi e ottimizzando i percorsi.

Il modello organizzativo aziendale, in coerenza con quanto previsto dagli indirizzi nazionali e regionali, prevede una Centrale Operativa Aziendale (COA), una struttura interdistrettuale con funzioni di coordinamento, collegata funzionalmente alle le Centrali Operative Territoriali Distrettuali (COT-D, una per ogni distretto), e alla Centrale operativa integrazione ospedale-territorio (COT-H).

La COA, collocata all'interno del Dipartimento governo dell'offerta e cure primarie, in un ambito organizzativo inter-distrettuale, rappresenta l'elemento cardine dell'integrazione e della continuità assistenziale. E' coordinata da un dirigente medico con pluriennale esperienza di gestione dei servizi territoriali, clinica e valutativa. Svolge una funzione di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedali, Distretti e Dipartimento di Prevenzione. Mappa e monitora l'offerta territoriale al fine di trovare le giuste soluzioni assistenziali per i diversi setting nel tempo più breve, garantendo la continuità assistenziale. Coordina e attiva azioni di sanità d'iniziativa nella gestione delle cronicità, ottimizzando e monitorando l'adesione e l'offerta relativa ai PDTA delle diverse reti specialistiche, attua azioni volte alla stratificazione della popolazione ed alla verifica del soddisfacimento dei bisogni di salute da questa espressa.

### L'architettura della COT - A è caratterizzata da quattro ambiti funzionali, aggregabili in Unit.

1. Il primo ambito è quello relativo ai percorsi di dimissione / ammissione da e per strutture di ricovero per acuti e verso la post acuzie o altri setting territoriali: **Unit percorsi di dimissione/ammissione e domiciliarità**. Referente dell'Unit è un medico con specifica esperienza negli interventi territoriali di continuità assistenziale e integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri.

La stessa si configura in sezioni che riguardano:

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



- la gestione degli accreditati
- la gestione dei percorsi ADI/ADIAI
- i percorsi di ammissione e dimissione concordata verso gli ospedali della rete (per acuti e di comunità)
- azioni di monitoraggio volte evitare ricoveri impropri individuando soluzioni alternative di presa in carico in contesti assistenziali ambulatoriali;

2. Il secondo ambito è quello delle reti specialistiche territoriali di prossimità che opera anche al fine di ridistribuire le risorse sulla base del bisogno espresso dalla popolazione, controllare le liste d'attesa e ottimizzare i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali correlati: **Unit rete specialistica ambulatoriale**. Referente dell'Unit è un dirigente medico con specifica esperienza nella organizzazione, gestione e valutazione dell'offerta specialistica territoriale.

Le linee di attività sono:

- Monitoraggio delle liste d'attesa ed eventuali azioni di miglioramento organizzativi e dell'offerta
- Ridefinizione degli ambiti di garanzia della rete territoriale di prossimità della specialistica ambulatoriale in considerazione dei bisogni di salute
- Monitoraggio delle attività collegate alla piattaforma smart digital clinic

3. Il terzo ambito si riferisce agli interventi proattivi volti ad intercettare fasce di popolazione a rischio e a attivare specifici interventi preventivi o di presa in carico: **Unit interventi proattivi**. Referente dell'Unit è un Infermiere con esperienza relativa agli strumenti e metodi per un approccio proattivo

Le linee di attività sono:

- Triage telefonico per la manutenzione delle liste d'attesa e per il reclutamento proattivo nei percorsi di cura
- Coordinamento delle azioni di teleassistenza e telemonitoraggio nell'ambito della cronicità gestite attraverso la piattaforma smart digital clinic e afferenti alle COT D
- Azioni proattive mirate in particolari contesti che necessitano di recall telefonici a supporto delle attività assistenziali (vedi COVID)
- Programmi di formazione e tutoraggio rivolte agli IfeC delle COT D e delle CdC nell'ambito della programmazione aziendale
- Indagini di customer satisfaction (sia rivolte ai cittadini, che alle associazioni ma anche ai professionisti)

4. Il quarto ambito è quello proprio dei rapporti con la Medicina Generale, la Pediatria di Libera Scelta e la Continuità Assistenziale al fine di migliorare la comunicazione e integrare maggiormente queste figure nelle reti aziendali: la **Unit di continuità assistenziale**. Referente dell'Unit è un medico con esperienza nella organizzazione della medicina generale e della continuità assistenziale.

Le linee di attività sono:

- integrazione e raccordo con MMG e PLS anche attraverso un tavolo tecnico permanente e canali di comunicazione dedicati
- integrazione e raccordo funzionale con la Centrale operativa di CA
- attivazione di una continuità assistenziale reale, efficiente ed efficace raccordando le attività della COA (diurno) e quelle dalla CA (notturno, prefestivi e festivi) grazie ad un meccanismo diretto di consegne: il medico di CA potrà infatti segnalare alla COA, tramite un canale dedicato e una modalità condivisa, i casi intercettati di utenti con bisogni sociali e/o sanitari complessi.

Risiede nella centrale operativa anche il **Coordinamento delle Unità speciali di continuità assistenziali territoriali (USCAT)**.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie

Il Core team della COA è coordinato da un dirigente medico esperto nei processi di valutazione multidimensionale e di organizzazione territoriale ed è composto dai referenti delle Unit. La COA si avvale della presenza di personale amministrativo per la gestione delle liste d'attesa e l'alimentazione dei dati nelle specifiche piattaforme.

Sono poi rappresentati ulteriori ambiti che interagiscono in maniera trasversale con il sistema COA quali

- Il Farmacista del servizio farmaceutico che all'interno del team multidisciplinare delle COT si integrerà nell'interfaccia digitale interoperabile del flusso dati sanitari aziendali gestendo la transizione distributiva (erogazione diretta o home delivery), verificando a pieno la completa presa in carico H-T della terapia farmacologica e dei servizi associati sul territorio garantendo altresì l'appropriatezza prescrittiva l'elaborazione dei registri informatizzati (Registro monitoraggio AIFA e PT web based) la raccolta dati in RWD delle terapie erogate l'efficacia e la sicurezza delle cure (RNF) e l'aderenza terapeutica anche attraverso sistemi di telemonitoraggio e teleconsulto.
- Il servizio sociale e il coordinamento PUA per la condivisione di percorsi e procedure

Le **COT-D**, collegate funzionalmente alla COA, che afferiscono strutturalmente alla Direzione del Distretto, rappresentano il braccio operativo della COA:

- svolgono funzioni di orientamento grazie al raccordo con i PUA
- svolgono funzioni relative alla valutazione multidimensionale a livello territoriale;
- collaborano congiuntamente con i servizi territoriali interessati alla definizione dei PRIS complessi;
- svolgono funzioni proattive attraverso l'infermiere di Comunità;
- collaborano con il Direttore del distretto e con i PUA alla rilevazione dei bisogni emergenti e prioritari della popolazione in carico,
- gestiscono le piattaforme di telemonitoraggio dei percorsi della cronicità
- svolgono azioni di continuità assistenziale grazie alle Unità mobili speciali di Continuità assistenziale

Le COT D si articolano nel

- PUA
- Centrale di monitoraggio della cronicità (piattaforma Smart digital clinic)
- UVMD
- Supporto amministrativo
- Squadra mobile USCAT
- Team API

La **COT-H** è collocata fisicamente nell'area socio-sanitaria integrata presente nell'HUB di Belcolle, la sua funzione è quella di sviluppare una programmazione "proattiva" nella gestione dei ricoveri (in ammissione e in dimissione, anche in caso di dimissioni da PS) assicurando azioni integrate socio-sanitarie al fine di agevolare il rientro a domicilio dei pazienti e assicurare tempestivi interventi di presa in carico territoriale condivisi con i MMG e gli specialisti delle reti:

- favorire nei contesti ospedalieri la creazione di un ambiente accogliente, facilitante e protettivo a tutela delle categorie fragili;
- accompagnare il paziente nella transizione/continuità delle cure da un contesto di cura ad un altro;
- effettuare la valutazione multidimensionale presso i Presidi ospedalieri, finalizzata alla dimissione di pazienti caratterizzati da condizioni clinico assistenziali complesse che necessitano di un percorso di dimissione organizzato e dell'attivazione di appropriati setting di assistenza territoriale. (vedi procedura)
- Intercettare i bisogni espressi dai così detti frequent user al fine di trovare soluzioni alternative all'uso improprio dei servizi ospedalieri, intercettare i bisogni di tipo esclusivamente sociale che possono determinare ritardi nella dimissione raccordandosi con gli enti locali per la ricerca di soluzioni appropriate;
- gestire la sala dei pazienti dimessi utilizzando quello spazio al fine di orientare ed educare la persona all'autocura (agenda di dimissione)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



Si articola con

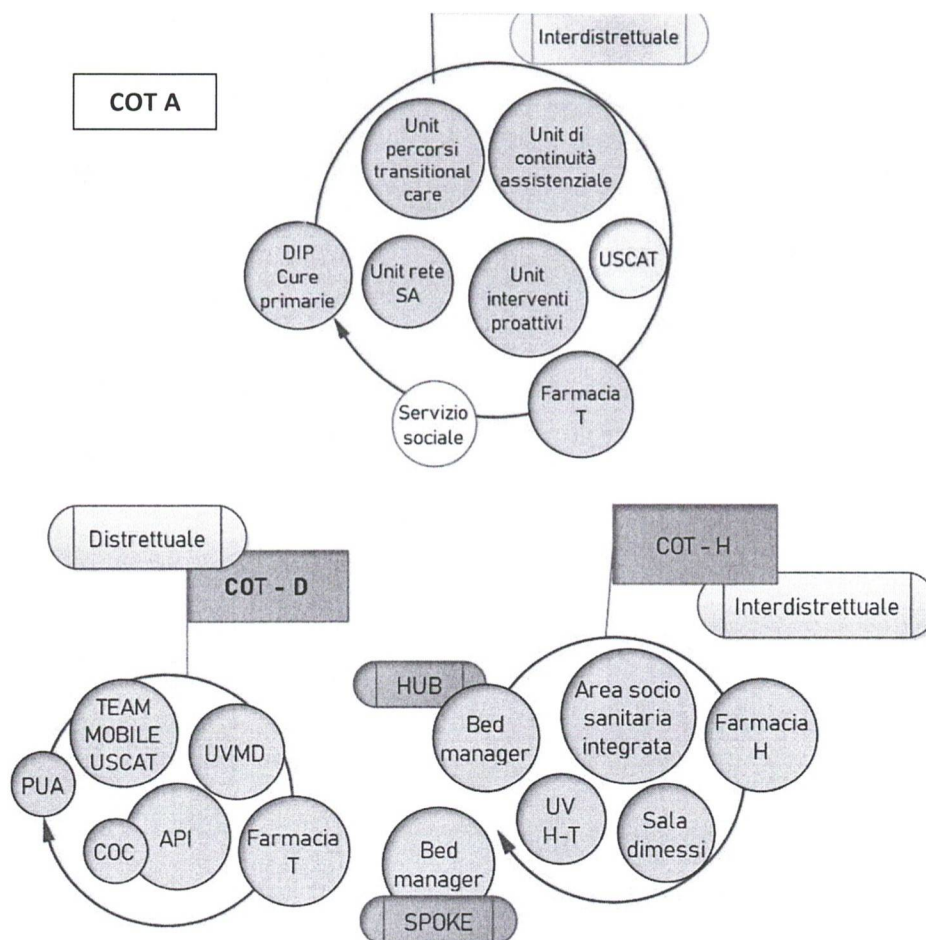
- Servizio sociale H
- Team API (gestione discharge room)
- UVM integrata H/T
- Supporto amministrativo
- Farmacia aziendale

Il sistema aziendale COA, COT-D, COT-H è supportato da adeguata piattaforma informatica e dalle tecnologie necessarie, anche relative alla telemedicina nelle sue articolazioni di tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio, tele-refertazione.

Il sistema delle centrali operative aziendali, integrato dalla Centrale operativa di continuità assistenziale, è attivo 7 giorni su 7, H 24. Il servizio attivo inizia alle ore 7.30 e termina alle 19.30, su due turni giornalieri dal lunedì al sabato. Negli orari notturni e festivi il servizio è garantito dalla centrale della CA. L'informatizzazione degli strumenti di valutazione rappresentano una opportunità per omogeneizzare i processi e garantire uniformità ed equità nella risposta al bisogno di salute, ancorché personalizzata.

La restituzione dell'elaborazione delle informazioni deve essere in grado di indicare la soluzione assistenziale più adeguata per l'utente/cittadino, che corrisponda al concetto di raggiungimento di salute inteso come lo stato di benessere a cui la persona aspira. Quanto espresso sopra necessita di essere formalizzato attraverso procedure ed istruzioni operative nonché con l'individuazione degli strumenti necessari ai collegamenti funzionali strutturati con le reti territoriali e ospedaliere e con l'ambito socio-assistenziale.

Va ricordato che le Centrali Operative non si sostituiscono alle funzioni proprie delle strutture interessate.



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



## 9. La casa come primo luogo di cura: evoluzione delle cure domiciliari (Fase 3)

L'invecchiamento della popolazione italiana, il mutato contesto socio-epidemiologico, l'aumento delle fragilità e l'insorgenza di multi-patologie rendono sempre più necessaria la riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Anche a seguito della pandemia da SARS-CoV2 - che ha messo a nudo le reali criticità del sistema sanitario - si è resa sempre più evidente e centrale l'importanza delle cure di prossimità e dell'integrazione tra ospedale e territorio anche grazie all'utilizzo dei sistemi di sanità digitale e della telemedicina.

La flessibilità organizzativa imposta dall'andamento epidemiologico nello stato di emergenza ha tutta via spinto ad un'accelerazione di questa transizione tanto necessaria che vede il servizio sanitario passare da un modello prettamente ospedale-centrico ad un diverso sistema dove la chiave di un'assistenza di qualità è rappresentata dalla continuità della presa in carico, con integrazione tra luoghi di cura, competenze professionali e reti.

Queste importanti prospettive di rinnovamento del SSN sono chiaramente delineate grazie al Piano Nazionale Resilienza e Rilancio-PNRR, a dimostrazione che si è fatto tesoro di questa "lezione emergenziale", inducendo i sistemi sanitari a ragionare in modo innovativo per attivare forme di assistenza di prossimità, con una medicina più vicina alle persone, con **nuovi modelli di presa in carico in cui la domiciliarità non sia più un semplice elemento di complessità, bensì un valore aggiunto.**

Il domicilio del paziente diviene nuovo ambito privilegiato e interconnesso "della continuità di qualità", luogo dove la persona e il suo più vicino caregiver diventano attori rilevanti del processo di presa in carico. Identificare la casa come luogo privilegiato di cura ed assistenza per i malati in condizioni di fragilità e per le loro famiglie non può prescindere dall'utilizzo di strumenti di governance, sia clinici, che organizzativi e gestionali e dallo sviluppo di sistemi e piattaforme digitali in grado di condividere in tempo reale le informazioni relative alla persona assistita, anche attraverso l'adozione di uniformi sistemi di valutazione multidimensionale in grado di misurare lo stato di fragilità, elaborare indicazioni prognostiche e stimare l'intensità di cure che i Piani assistenziali individuali dovranno assicurare al malato.

L'obiettivo finale rimane quello di curare le persone al proprio domicilio e limitare il ricorso al ricovero nelle strutture residenziali socio assistenziali e socio sanitarie, tutto questo garantendo la miglior qualità di vita, anche secondo la percezione della persona, assicurando la sicurezza delle cure attraverso meccanismi di rilevazione delle soglie di alert (telemedicina e valutazione attraverso strumenti validati) e definendo con accuratezza le prestazioni appropriate da erogare (giusto paziente, giusto setting, giusto timing).

La Valutazione Multi Dimensionale (VMD) rappresenta lo strumento che tramite un approccio multidimensionale permette di ottenere un quadro preciso di tutti quei fattori che concorrono a determinare lo stato di salute o di malattia.

In particolare gli strumenti della suite InterRAI, individuati come riferimento per il SIATeSS regionale sono progettati per lavorare insieme e formare un sistema integrato di informazioni sanitarie e sociali, opportunamente utilizzati nei vari momenti del processo di cura, sono in grado di consentire l'elaborazione di un piano di assistenza personalizzato che consenta di raggiungere e/o mantenere il massimo livello possibile di funzione fisica, mentale e psicosociale e di fornire la base informativa per la valutazione dei risultati raggiunti come risposta della persona alla cura o al servizio erogato. Tali strumenti sono stati ideati proprio per migliorare e rendere omogeneo proprio il lavoro delle Nursing-Home americane.

Gli strumenti della Suite InterRai disponibili in SIATeSS sono: contact assessment, home care, long term care, palliative care, comprensivo di scheda NecPal come strumento di prevalutazione.

### 9.1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale Territoriale (Fase 3.1)

La possibilità di una domiciliarizzazione delle cure passa anche attraverso la possibilità di attivare risposte intermedie con lo scopo di prevenire le ospedalizzazioni, favorire la dimissione dall'ospedale verso il domicilio, supportare i servizi di assistenza domiciliare in particolari fasi complesse. L'Uscat rappresenta concretamente questa possibilità.

L'Unità Speciale di Continuità Assistenziale Territoriale (USCAT) è composta da équipe mobili distrettuali che si attivano per la gestione di situazioni condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico (delibera n. 2295 del 8/11/2021 Progetto sperimentale USCA-T).

Il coordinamento delle attività risiede nella COA, il coordinatore è parte del Core Unit della stessa.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



È presente almeno una Unità mobile in ogni distretto, composta di norma da un medico ed un infermiere ed eventualmente da altre figure professionali che di volta in volta possano essere necessarie.

La sede è la COT-D e sono attive dalle 8.00 alle 20.00 compresi i festivi.

Scopo principale dell'USCAT è quello di gestire tempestivamente le fasi di transizione clinico assistenziale, con particolare riferimento alle dimissioni ospedaliere difficili.

Si attiva per pazienti che richiedono, nella fase successiva alla dimissione ospedaliera, un monitoraggio costante ed una competenza medico internistica per la gestione di procedure a media complessità. Svolge la propria attività anche ricorrendo ad azioni di telemedicina quali televisita e telemonitoraggio ma anche teleconsulto con specialisti ospedalieri attraverso l'ausilio di tecnologie, comprese quelle per la diagnostica a domicilio.

L'USCAT viene attivata attraverso la Centrale Operativa Territoriale.

Il supporto di tale servizio distrettuale può essere richiesto da:

- MMG
- Medico specialista territoriale e ospedaliero
- Servizi di igiene e sanità pubblica
- Unità Valutativa Centrale

L'USCAT non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Il suo intervento è temporaneo e finalizzato al superamento delle fasi di instabilità clinica o alla regolarizzazione del percorso assistenziale definitivo individuato per la persona.

Può essere attivata in presenza di condizioni clinico assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico quali:

- Presa in carico temporanea in caso di dimissione difficile del paziente per sopperire a momenti di transizione delle cure in attesa dell'organizzazione di una risposta assistenziale organica e definitiva sul territorio
- Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche al fine di evitare il ricovero
- Supporto agli specialisti nella gestione delle cronicità per monitorare/prevenire le fasi di scompenso/riacutizzazione al fine di evitare il ricovero o facilitare la deospedalizzazione precoce
- Supporto ai Centri clinici nella gestione domiciliare di casi complessi.
- Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici.
- Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, nelle comunità così dette hard to reach e nelle strutture residenziali e semiresidenziali socio assistenziali in particolari contesti epidemici (pandemici)

L'USCAT è dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet con tecnologia cloud computing al fine di garantire l'interoperabilità della rete; deve essere dotata inoltre di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

## 10. L'integrazione Ospedale territorio (Fase 4)

L'attività ospedaliera necessita di una forte integrazione organizzativa con l'assistenza territoriale, con connessioni e modalità di relazione a "ponte", ***pensando alla cura come unico episodio longitudinale*** (Delibera n. 2707 del 31/12/21 e n. 110 del 31/01/2022).

In questo quadro emergenziale è fondamentale anche attuando percorsi facilitanti valutare l'appropriatezza del ricorso ai diversi setting, considerando tutte le alternative e privilegiando, ove possibile, quello domiciliare, prendendosi carico delle criticità non solo assistenziali ma anche di tipo sociale. Anche in questo caso la fase emergenziale legata all'epidemia offre l'opportunità di sperimentare un modello condiviso di dimissione agevolata che, se risponde alle esigenze dei presidi ospedalieri di incrementare il turn over dei posti e letto e ridurre il problema dei bed blockers, e si dimostri coerente nella definizione di appropriata scelta del setting assistenziali potrà divenire prassi consolidata.

È ormai noto che una mancanza di proattività nella presa in carico del soggetto fin dall'accesso alla struttura ospedaliera si associa spesso ad outcomes clinici negativi, così come la mancanza di un processo di educazione all'autocura si associa a frequenti re-ricoveri dovuti alla mancata aderenza ai trattamenti proposti. Come sappiamo che spesso dietro gli utenti classificati come frequent user si nascono bisogni complessi di natura non solo sanitaria (disagio sociale e/o economico e/o psicologico).

Supportare le dimissioni dall'ospedale nei tempi giusti, ottimizzare l'autosufficienza e l'indipendenza nella quotidianità di vita consentirà di avere ricadute positive sugli outcomes di salute e sull'efficientamento delle attività ospedaliere.

I mutamenti dei bisogni di salute impongono di ripensare e di rimodulare l'offerta dei servizi e delle prestazioni in una logica sequenza di azioni concepite per assicurare il coordinamento e la continuità di cura che dedichi particolare attenzione alle categorie fragili della popolazione prevedere una serie di azioni volte all'orientamento e all'autocura che rendano i cittadini partecipi alla gestione della propria salute e più informati sui servizi a disposizione per poter attuare scelte consapevoli e appropriate. Avere più informazioni aumenta la soddisfazione, riduce il senso di abbandono e di impotenza sia nel paziente che nei suoi famigliari, ma soprattutto riduce l'ansia legata all'uscita da un ambiente "sicuro" verso l'ignoto.

### 10.1 La dimissione orientata (Fase 4.1)

Tutti i pazienti che giungono al ricovero, sia in elezione sia in urgenza, devono essere sottoposti, idealmente subito dopo l'ingresso, ad una valutazione completa e alla predisposizione di una dimissione pianificata, sia che abbiano bisogni assistenziali complessi, sia che si ricoverino per effettuare semplici indagini mediche o trattamenti invasivi, sia che abbiano un bisogno di natura sociale.

I piani di dimissione, elaborati già in terza giornata, aumentano la probabilità di ritorno a casa con successo e riducono la durata della degenza, la probabilità di una nuova ospedalizzazione a breve termine e l'incidenza di complicanze post ricovero. Inoltre i tempi di ricovero sono coerenti con i bisogni dei pazienti così come le azioni pianificate nel processo di dimissione, che vengono personalizzate sulle esigenze emerse dalle valutazioni.

È necessario effettuare una stratificazione prognostica per individuare il target dei pazienti considerati a rischio, fermo restando che la dimissione pianificata sarà un processo attuato indistintamente per tutti. L'indice di rischio consentirà di attivare le specifiche misure per i casi difficili e per le dimissioni concordate, coinvolgendo di volta in volta gli attori necessari al raggiungimento degli obiettivi.

Quindi la dimissione non va vista come un evento isolato, ma come un processo che deve essere pianificato subito dopo l'ingresso, facilitato da un approccio sistemico completo che inizia con il processo di valutazione e necessita del coinvolgimento e dell'attiva partecipazione del malato e del caregiver come partner eguali;

La **fase di accettazione** rappresenta la fase di valutazione iniziale, necessaria sia per individuare il rischio di dimissione difficile sia per intercettare bisogni semplici anche di natura non strettamente sanitaria. Per evitare che i dati raccolti, utili ai fini della pianificazione della dimissione, siano influenzati da elementi soggettivi legati all'esperienza ed alla competenza di ogni professionista, con conseguente scarsa efficienza organizzativa, è bene ricorrere all'utilizzo di strumenti validati e indici assistenziali condivisi.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



Dopo la valutazione iniziale, il piano definisce gli obiettivi da raggiungere, concordandoli con il paziente e i suoi familiari. La corretta programmazione deve garantire che il paziente sia dimesso al tempo appropriato rispetto alla propria situazione clinica e che, con idoneo preavviso, sia organizzata l'erogazione dei servizi post-ricovero necessari, garantendo una rapida, sicura e agevole transizione dall'ospedale ad altro ambiente di assistenza.

Le aree da attenzionare in questa fase sono:

- **Orientamento e servizi all'utenza in entrata e in uscita**
- La **continuità assistenziale**
- La **continuità terapeutica**
- Il **piano nutrizionale e/o il piano di trattamento del dolore**
- L'**attivazione dei percorsi per la dimissione concordate**
- Le attività di vita con le relative **azioni di autocura e prevenzione**
- La scheda di **dimissione integrata**: medica, infermieristica, sociale e riabilitativa, tutte le azioni pianificate alla dimissione saranno frutto di un'azione concordata tra professionisti.

È consigliabile realizzare le modalità di dimissione secondo un protocollo standardizzato, **quale il discharge contract che noi chiameremo agenda di dimissione**. La lettera di dimissione che rappresenta una forma di comunicazione unidirezionale e statica, non assolve completamente alla funzione di trasmissione delle informazioni, nè in modo alcuno contempla la fase di educazione all'autocura e di orientamento ai servizi.

L'agenda di dimissione consente di condividere informazioni riguardanti la permanenza in ospedale contempla quattro aree della comunicazione che corrispondono alle fasi e agli oggetti del processo.

- informazioni sensibili riguardanti la diagnosi, la prognosi e il trattamento ospedaliero e post-ospedaliero;
- informazioni relative al follow-up, dirette sia al paziente sia al caregiver, includendo gli aspetti pratici, i tempi, i farmaci, e la gestione dei fattori di rischio;
- informazioni che permettano al paziente di gestire la malattia o la fase di convalescenza e/o al caregiver di effettuare con sicurezza e con la necessaria abilità il ruolo di assistenza al paziente
- servizi di orientamento e contatti utili

Sia all'ingresso che alla dimissione il paziente e i famigliari dovranno ricevere tutte le informazioni utili al fine di orientarsi nel sistema sanitario sia per atti amministrativi che per bisogni sanitari o sociali, considerando anche le situazioni che potrebbero verificarsi in seguito all'evoluzione della malattia a cui la persona potrebbe andare incontro. Il malato dovrà essere aggiornato sui suoi diritti e sull'offerta disponibile così come dovrà sapere chi contattare in caso di necessità. Avere più informazioni sulla malattia e sui servizi attivabili sul territorio aumenta la soddisfazione, riduce il senso di abbandono e di impotenza sia nel paziente che nei suoi famigliari.

Nell'agenda sarà presente una parte fissa, inerente informazioni di carattere generale che possono essere utili alla persona (orientamento), ed una parte variabile e personalizzata (autocura e percorsi di continuità): il foglio dei trattamenti prescritti, dei farmaci (incluse le interazioni cibo/farmaco), il piano nutrizionale, il livello di attività e il piano di appuntamenti di follow-up e le schede con le azioni di autocura. Inoltre saranno presenti i moduli della dimissione integrata (medica, infermieristica e se necessaria riabilitativa e sociale) e i nominativi delle persone da contattare, comprensivi di numeri telefonici, in caso di urgenze o problemi, così come eventuali piani terapeutici e certificazioni di esenzione per patologia.

Alla consegna dell'agenda fondamentale la verifica della comprensione delle informazioni trasmesse e la corretta composizione dell'agenda tramite una checklist che verrà firmata sia dal paziente/parente che dall'infermiere. Utile è anche disporre di materiale illustrato, come opuscoli e libretti, che sono integrativi e non sostitutivi del colloquio con il paziente e che possono arricchire l'agenda di dimissione.

Per **dimissione complessa o difficile** si intende la dimissione che, nel rispetto della continuità terapeutica ed assistenziale, necessita di un consumo di risorse economiche, umane ed organizzative che vanno oltre la potenzialità del paziente e dei suoi familiari implicando un coinvolgimento particolare di quei presidi

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



territoriali comprendenti i medici di famiglia (MMG), i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI), le strutture accreditate nonché i rientri di ospiti già domiciliati presso case protette e case di riposo.

Le variabili che sembrano essere correlate alle dimissioni difficili sono rappresentate dall'età avanzata, dalla perdita di autonomia fisica e cognitiva, dalla presenza di patologie croniche e da situazioni che conducono alla terminalità, a queste vanno aggiunte quelle di carattere economico e sociale (solitudine, povertà, condizioni abitative, etc.).

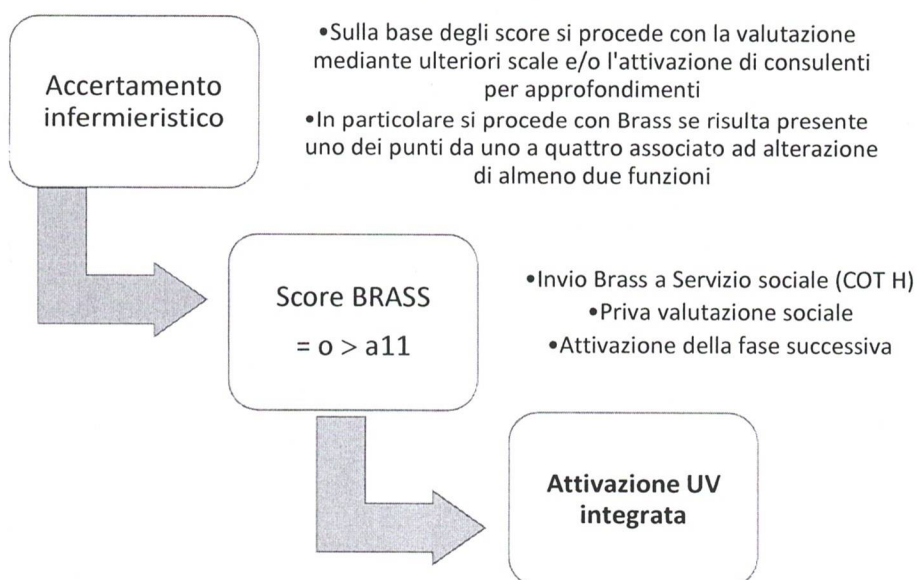
Scopo del progetto è quello di garantire la continuità socio/assistenziale ai pazienti che sono dimissibili dall'ospedale perché hanno superato la "fase acuta" ma non hanno esaurito lo "stato di bisogno" (pazienti che hanno la necessità di uno o più interventi coordinati a cura di professionisti diversi).

**Assicurando l'appropriatezza grazie ad una scelta ragionata e condivisa** della soluzione assistenziale, lavorando sulla facilitazione nei processi di attivazione e presa in carico sul territorio anche con interventi ponte e garantendo un supporto motivazionale ed educativo al paziente ed ai suoi famigliari

I risultati attesi sono una riduzione delle giornate di degenza ospedaliera nei vari reparti ed una riduzione dei tempi di presa in carico da parte del territorio, facilitando i processi di attivazione/erogazione di prestazioni extraospedaliere.

Lo strumento individuato per identificare i pazienti a rischio è la **Scheda Blaylock Risk Assessment Screening Score – BRASS**, *Blaylock and Cason 1992*, uno strumento di semplice e rapido utilizzo che consente di individuare i pazienti di età superiore a 65 anni a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficili, i dati necessari vengono raccolti, intervistando i parenti o chi assiste il malato. La scheda contiene tutte le informazioni relative al paziente che rendono evidente la difficoltà della dimissione e non sono strettamente connessi alla diagnosi d'ingresso.

#### VALUTAZIONE



Esiti della valutazione	
<b>0 – 10 rischio basso</b>	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.
<b>11 – 19 rischio medio</b>	Soggetti a medio rischio di problemi dopo la dimissione: legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.
<b>≥ 20 rischio alto</b>	Soggetti ad alto rischio di problemi dopo la dimissione: perché hanno problemi clinici rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie

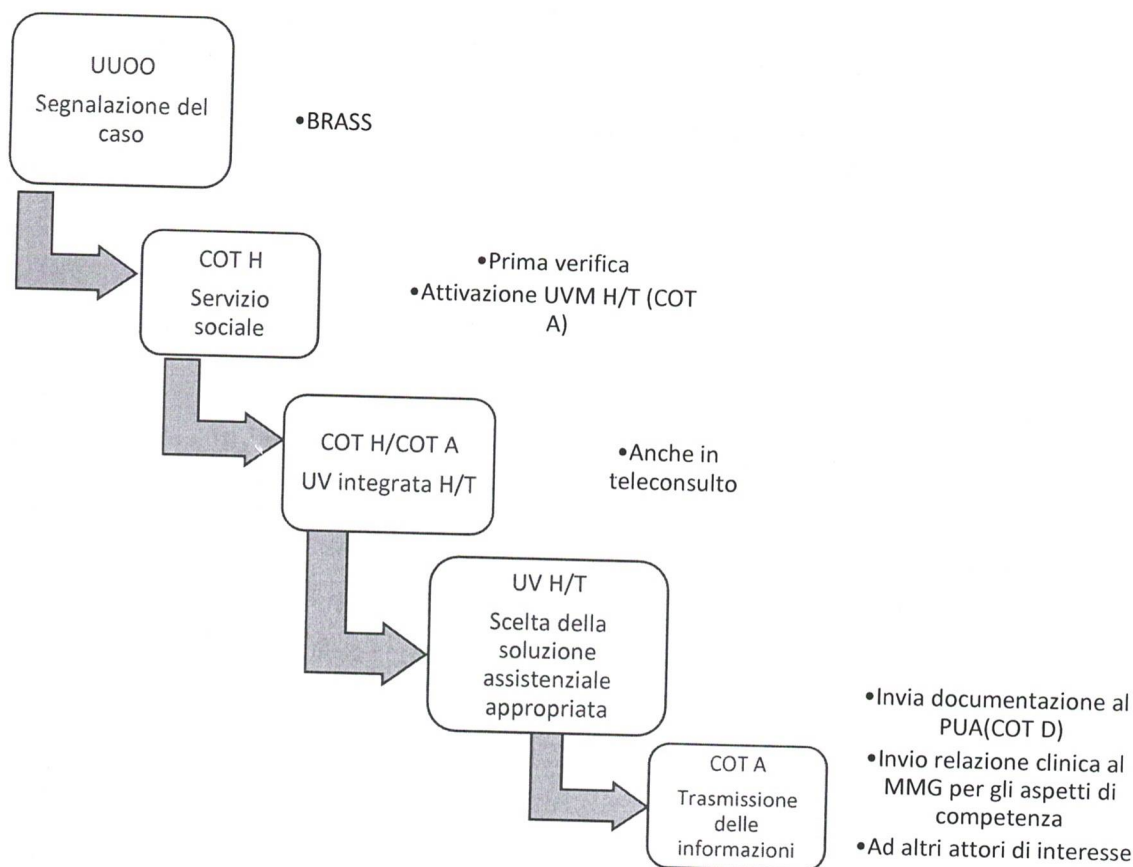


Una volta individuata la classe di rischio la COT H si farà carico delle segnalazioni con punteggio superiore a 11, in prima istanza attenzionando eventuali bisogni sociali e/o bisogni di natura semplice e attraverso l'attivazione di UV integrate nel caso di bisogni complessi.

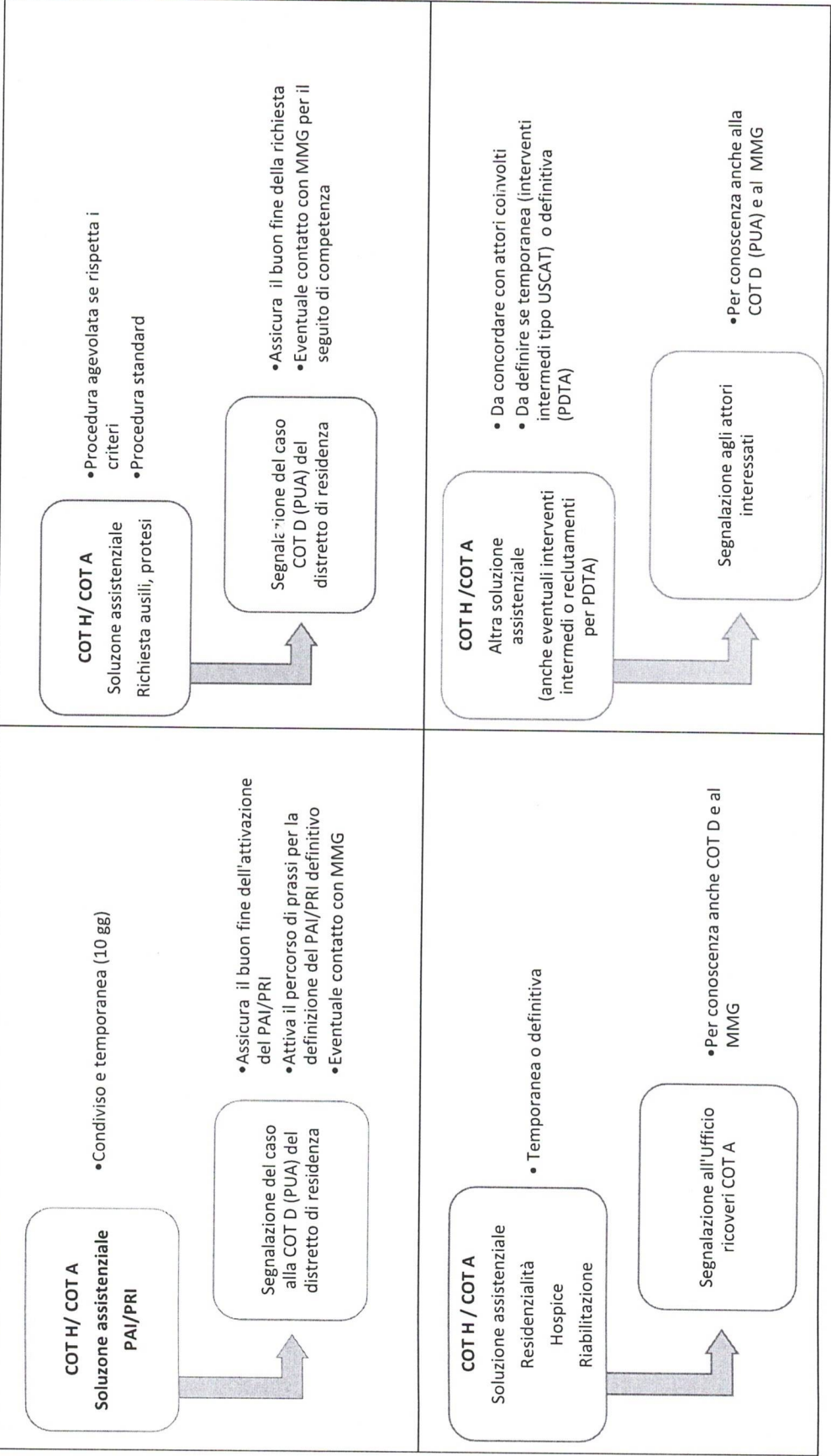
A tal fine sono attivi in Ospedale due modelli di valutazione: una UVM ospedaliera nata nel periodo pandemico per semplificare e accelerare i processi di dimissione, e una UVM integrata H-T (Delibera n. 110 del 31/01/2022).

Entrambe adottano procedure semplificate, nel rispetto della normativa vigente e dei protocolli aziendali con il fine ultimo di favorire il rientro dell'utente al suo domicilio in tempi rapidi ovviamente concordando con il paziente e i suoi famigliari il percorso più appropriato. In caso il paziente necessiti di assistenza domiciliare andrà comunicata la data di dimissione almeno due giorni prima dell'effettiva uscita del paziente dall'ospedale per consentirne la presa in carico in tempo utile (entro 48 ore dalla richiesta).

### DIMISSIONI AGEVOLATE E CONCORDATE



IL PASSAGGIO DEL TESTIMONE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO





## 11. Le strutture intermedie di Comunità (Fase 5)

La comunità internazionale non ha ancora raggiunto una definizione univoca di “cure intermedie” in alcuni paesi si considerano come delle soluzioni strutturali ben individuate o unità operative, mentre altri, come l’Inghilterra, si ritengono una modalità di intervento parte di un processo assistenziale.

Nello sviluppo della rete territoriale come già descritto precedentemente, sono previsti sia degli interventi di natura intermedia, vedi le USCAT, che delle strutture con una vocazione assistenziale di natura intermedia, in alcuni casi in regime diurno con accessi programmabili (Case della Comunità) in altri in regime di ricovero (Opsedali di Comunità).

In ogni caso sono strutture o processi assistenziali “intermedi” fra ospedale e territorio: principalmente tra ospedale e domicilio ma potenzialmente anche tra ospedale ed altre strutture residenziali a carattere più definitivo. In questo secondo caso il passaggio in struttura intermedia può avere due motivazioni: proseguire l’iter assistenziale e riabilitativo prima di definire il grado di autonomia raggiunto dalla persona ed avere una maggior appropriatezza nella scelta del setting definitivo di presa in carico oppure accelerare la dimissione in attesa di una risposta assistenziale definitiva.

Il fine ultimo è sempre quello di agevolare la dimissione di utenti che, pur essendo clinicamente stabili, non possono essere rinviiati a domicilio senza l’attivazione di percorsi assistenziali di supporto, che siano essi temporanei o definitivi.

### 11.1 Le Case della Comunità (Fase 5.1)

La Casa della Comunità è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può avere il primo contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, dove verrà accolto da una équipe integrata e multidisciplinare.

È la sede dove trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali sanitari, gli ambulatori di Medicina Generale integrati in rete tramite i loro software gestionali con le reti aziendali, l’offerta specialistica integrata, l’ambulatorio infermieristico, l’area dell’accoglienza con il PUA e il servizio CUP, gli sportelli dei Servizi Sociali, l’area del Volontariato.

Obiettivo della CdC quello di garantire la progettazione e l’erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale in maniera capillare assicurando equità di accesso in particolare nelle aree interne e rurali e includendo le popolazioni così dette hard to reach, anche in un’ottica di proattività (infermieristica di comunità).

Le UCP costituiscono il primo anello della rete di assistenza territoriale e sono parte integrante delle CdC, sia quando operano in esse, sia nella loro individualità, e provvedono a garantire l’assistenza integrandosi con i servizi h 12 e con il servizio di continuità assistenziale h 24.

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, sono strutturate secondo il modello hub e spoke, includendo nella rete anche gli Ospedali di comunità. Al tempo stesso sono in rete con le altre strutture territoriali nonché snodo delle reti cliniche assistenziali.

Le CdC deve garantire in modo coordinato:

L’accesso unitario e integrato all’assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
La prevenzione e promozione della salute anche attraverso il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione
La presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d’iniziativa;
La valutazione del bisogno della persona e l’accompagnamento alla risposta più appropriata, programmabile e non anche coordinandosi con le COT
La garanzia della continuità dell’assistenza anche attraverso il coordinamento con UCP e continuità assistenziale
L’attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l’integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
La partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie

Servizi	HUB	SPOKE
Presenza medico e infermiere	Obbligatoria Infermiere H12 7/7 Fortemente raccomandato h24 Medico h24	Obbligatoria H12 6/7
Equipe multidisciplinare per l'erogazione di servizi di cure primarie (MMG, PLS, SA, IfeC)	Obbligatoria	Obbligatoria
Partecipazione della comunità, coproduzione, volontariato	Obbligatoria	Obbligatoria
Collegamento con l'hub di riferimento	-	Obbligatoria
Centro Unico di Prenotazione o sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale e supporto amministrativo	Obbligatoria	Obbligatoria
Funzione di accoglienza PUA	Obbligatoria	Obbligatoria
Assistenza domiciliare (livello base)	Obbligatoria	Obbligatoria
Specialistica ambulatoriale per le cronicità ad elevata prevalenza (anche con l'ausilio di telemedicina)	Obbligatoria	Obbligatoria
Servizi ambulatoriali infermieristici e assistenza infermieristica proattiva (anche in telenursing)	Obbligatoria	Obbligatoria
Integrazione con i servizi sociali	Obbligatoria	Obbligatoria
Servizi diagnostici di base per il monitoraggio delle cronicità	Obbligatoria	Facoltativo
Continuità assistenziale	Obbligatoria	Facoltativo
Punto prelievi	Obbligatoria	Facoltativo
Servizi per la salute mentale, per le dipendenze patologiche, la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	Raccomandato	Raccomandato
Attività consultoriali	Raccomandato	Raccomandato
Medicina dello sport	Raccomandato	Raccomandato
Vaccinazioni	Facoltativo	Facoltativo
Programmi di screening	Facoltativo	Facoltativo

**A seguire le tabelle descrittive della Case di Comunità previste per la ASL di Viterbo, dove O sta per obbligatorio, R raccomandato, F facoltativo e A come moduli aggiuntivi**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



	Distretto A						
	HUB Acquapendente	HUB Montefiascone	HUB Tarquinia	SPOKE Toscana	SPOKE Bolsena	SPOKE Bagnoregio	
Presenza medico e infermiere	O	O	O	O	O	O	
UCP in sede o collegata funzionalmente	Integrato fun.	Integrato fun.	Integrato fun.				
Equipe multidisciplinare per l'erogazione di servizi di cure primarie (MMG, PLS, SA, IfeC)	O	O	O	O	O	O	
Partecipazione della comunità, coproduzione, volontariato	O	O	O	O	O	O	
Collegamento con l'hub di riferimento							
Centro Unico di Prenotazione o sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale e supporto amministrativo	O	O	O	O	O	O	
Funzione di accoglienza PUA	O	O	O	O	O	O	
Assistenza domiciliare (livello base)	O	O	O	O	O	O	
Specialistica ambulatoriale per le cronicità ad elevata prevalenza (anche con l'ausilio di telemedicina)	O	O	O	O	O	O	
Servizi ambulatoriali infermieristici e assistenza infermieristica proattiva (anche in telenursing)	O	O	O	O	O	O	
Integrazione con i servizi sociali	O	O	O	O	O	O	
Servizi diagnostici di base per il monitoraggio delle cronicità	O	O	O				
Continuità assistenziale	O - Interna	O - Interna	O - Interna	F - Interna	F - Interna	F	
Punto prelievi	O	O	O	F	F	F	
Servizi per la salute mentale, per le dipendenze patologiche, la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	R	R	R	R		R	
Attività consultoriali	R	R	R	R		R	
Medicina dello sport							
Vaccinazioni	F	F	F	F	F	F	
Programmi di screening	F	F	F	F	F	F	
COT in sede			A				
Unit USCAT in sede			A				
Servizi ambulatoriali di Fisioterapia	A	A	A	A		A	
Farmacia territoriale	A	A	A				
Promozione della salute e prevenzione	A	A	A	A	A	A	

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



Distretto B			
	HUB Viterbo	HUB Orte	SPOKE Soriano
Presenza medico e infermiere	O	O	O
UCP in sede o collegata funzionalmente	Integrato funzionalmente	Integrato funzionalmente	Integrato funzionalmente
Equipe multidisciplinare per l'erogazione di servizi di cure primarie (MMG, PLS, SA, IfeC)	O	O	O
Partecipazione della comunità, coproduzione, volontariato	O	O	O
Collegamento con l'hub di riferimento			
Centro Unico di Prenotazione o sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale e supporto amministrativo	O	O	O
Funzione di accoglienza PUA			
Assistenza domiciliare (livello base)	O	O	O
Specialistica ambulatoriale per le cronicità ad elevata prevalenza (anche con l'ausilio di telemedicina)	O	O	O
Servizi ambulatoriali infermieristici e assistenza infermieristica proattiva (anche in telenursing)	O	O	O
Integrazione con i servizi sociali			
Servizi diagnostici di base per il monitoraggio delle cronicità	O	O	O
Continuità assistenziale	O - Interna	O - Interna	F
Punto prelievi	O	O	F
Servizi per la salute mentale, per le dipendenze patologiche, la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	R	R	R
Attività consultoriali	R	R	R
Medicina dello sport			
Vaccinazioni	F	F	F
Programmi di screening	F	F	F
COT in sede	A		
Unit USCAT in sede	A		
Servizi ambulatoriali di Fisioterapia	A	A	A
Farmacia territoriale	A		
Promozione della salute e prevenzione	A	A	A



		Distretto C		
		HUB Civita Castellana	HUB Ronciglione	SPOKE Vetralla
		O	O	O
Presenza medico e infermiere		Integrato funzionalmente	Integrato funzionalmente	Integrato funzionalmente
UCP in sede o collegata funzionalmente				
Equipe multidisciplinare per l'erogazione di servizi di cure primarie (MMG, PLS, SA, IfeC)		O	O	O
Partecipazione della comunità, coproduzione, volontariato		O	O	O
Collegamento con l'hub di riferimento				
Centro Unico di Prenotazione o sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale e supporto amministrativo		O	O	O
Funzione di accoglienza PUA		O	O	O
Assistenza domiciliare (livello base)		O	O	O
Specialistica ambulatoriale per le cronicità ad elevata prevalenza (anche con l'ausilio di telemedicina)		O	O	O
Servizi ambulatoriali infermisterici e assistenza infermieristica proattiva (anche in telenursing)		O	O	O
Integrazione con i servizi sociali		O	O	O
Servizi diagnostici di base per il monitoraggio delle cronicità		O	O	F
Continuità assistenziale		O - Interna	O - Interna	F
Punto prelievi		O	O	F
Servizi per la salute mentale, per le dipendenze patologiche, la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza		R	R	R
Attività consultoriali		R	R	R
Medicina dello sport			R	
Vaccinazioni		F	F	F
Programmi di screening		F	F	F
COT in sede		A		
Unit USCAT in sede		A		
Servizi ambulatoriali di Fisioterapia		A	A	A
Farmacia territoriale		A	A	
Promozione della salute e prevenzione		A	A	A



### 11.1 Ospedale di Comunità (Fase 5.2)

L'ospedale per acuti rappresenta il luogo in cui risiede la competenza e la tecnologia di alta specializzazione, il territorio è il luogo dove nasce la domanda di salute, non sempre queste due facce del sistema sanitario sono in sintonia l'una con l'altra, troppo spesso infatti rappresentano due contenitori non comunicanti tra loro.

A livello nazionale si è tutti concordi nel definire cosa l'Ospedale di Comunità (OdC) (*fase attuativa 5*) non dovrebbe essere, non un prolungamento del reparto dimettente, né un reparto di lungodegenza o una struttura residenziale o una sorta di discharge room allargata destinata prevalentemente a persone con disagio sociale, ma rimane molto più sfumata ed indefinita la funzione che dovrebbe svolgere per ricoprire quel tassello mancante nella gestione delle cronicità e delle fragilità.

L'OdC è una struttura residenziale territoriale che si colloca tra l'ospedale per acuti, l'assistenza domiciliare integrata e/o le altre strutture residenziali assistenziali; non si pone in alternativa ma in stretta collaborazione con la rete ospedaliera e la rete territoriale attraverso un alto grado di interdisciplinarietà e di integrazione e proprio per questo viene definita "intermedia".

La sua adozione, con il potenziamento delle Case della Comunità, dell'Assistenza Domiciliare e delle Reti di prossimità, avvia la fase applicativa del processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale. Tale riassetto, insieme al supporto tecnologico delle Centrali Operative Territoriali e dei sistemi di telesalute, contribuisce alla qualità dell'assistenza, alla sicurezza delle cure e all'uso appropriato delle risorse implementando forme alternative al ricovero ospedaliero.

L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale. Si tratta di una struttura con un numero limitato di posti letto, di norma tra 15 e 20; è possibile prevedere l'estensione fino a due moduli.

Dal punto di vista gestionale-organizzativo, la responsabilità complessiva della struttura è in capo a una figura, individuata anche tra le professioni sanitarie, la responsabilità dell'assistenza è in capo ad un infermiere mentre la responsabilità clinica è affidata ai medici di famiglia (o a altre figure mediche). L'assistenza è garantita da infermieri presenti nelle 24 ore, coadiuvati da operatori socio-sanitari e altri professionisti. Il ricovero è programmato e la durata media della degenza stabilita in relazione agli obiettivi definiti. Di norma, viene convocata un'apposita Unità di Valutazione Multidimensionale che predispone un programma di cure personalizzato, definendo le modalità e i tempi del ricovero, nonché il piano dei trattamenti.

È una struttura aperta ai familiari con orari flessibili ed adeguati alle loro necessità. Un familiare o una persona di fiducia può restare accanto al paziente durante tutto il periodo del ricovero, altri familiari o amici accedono liberamente durante il giorno nel rispetto delle esigenze dei ricoverati.

Le persone eleggibili sono in genere soggetti appartenenti alle categorie fragili della popolazione, persone che pur avendo un inquadramento diagnostico già esaurito, un programma terapeutico compiutamente definito e un quadro clinico relativamente stabilizzato, necessitano ancora di sorveglianza clinica e dell'erogazione di prestazioni infermieristiche finalizzate al soddisfacimento dei bisogni assistenziali:

- ↳ pazienti con problematiche sanitarie che non giustificano il ricovero ospedaliero ma per i quali l'assistenza domiciliare non offre garanzie sufficienti,
- ↳ pazienti che possono essere dimessi dall'Ospedale, ma non adeguatamente assistibili al domicilio per la complessità del quadro clinico e/o la mancanza del supporto familiare.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



Si parla quindi di un'elevata complessità assistenziale a fronte di una bassa intensità di cure.

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:

- medico di medicina generale;
- medico di continuità assistenziale;
- medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
- medico del pronto soccorso;
- pediatra di libera scelta.

L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto. Le richieste e le liste d'attesa saranno gestite e monitorate dalla COA (vedi paragrafo successivo).

Il ricovero presso l'OdC può avere una durata massima di 20/30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque, motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte, la degenza potrà prolungarsi di ulteriori 30 giorni.

Come da programmazione del PNRR nella nostra provincia saranno previsti 4 Ospedali di Comunità: Acquapendente, Montefiascone, Ronciglione e Orte iniziando con un modulo in ciascuna struttura.

*Criteri di eleggibilità e criteri di esclusione per l'accesso agli Ospedali di Comunità*

Criteri di eleggibilità dei pazienti	
☑	Temporaneamente senza adeguato supporto familiare o ambientale;
☑	pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); counselling ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.
☑	Pazienti dimessi o seguiti da reparti ospedalieri specialistici che necessitano di controllo sanitario (previa definizione di percorsi clinico-assistenziali condivisi);
☑	pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
☑	Pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
☑	Pazienti con percorsi diagnostico-terapeutici specialistici concordati e condivisi con i MMG, malati con patologie croniche scompensate e/o riacutizzate con necessità di monitoraggio o con compromissione generale per patologia di tipo evolutivo; in particolare pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
☑	Ospitalità di "sollevio alla famiglia".
Criteri di esclusione	
☑	Pazienti affetti da patologie acute che necessitano di cure intensive o che richiedano un elevato impegno specialistico e/o tecnologico.
☑	Pazienti con condizioni cliniche che diano indicazioni ad altro tipo di regime di ricovero quali Lungodegenza, Hospice, RSA, strutture psichiatriche.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



## 12. Bisogni di salute, strumenti di valutazione e modelli d'intervento (Fase 6)

Secondo l'OMS, lo stile di vita è un modo di vivere basato su profili identificabili di comportamento che sono determinati dall'interconnessione tra caratteristiche individuali, interazioni sociali e condizioni socioeconomiche e ambientali. L'approccio one health nasce proprio dal principio che, se si deve migliorare la salute delle persone attraverso il cambiamento dei loro stili di vita, gli interventi devono essere diretti non solo verso gli individui stessi ma anche alle condizioni sociali e all'ambiente di vita quotidiano che interagiscono nel produrre e mantenere questi profili di comportamento.

Sviluppare questo approccio significa evidenziare lo stretto legame con tutto ciò che ci circonda, per questo la promozione della salute richiederebbe innovazione, per sviluppare il processo che consente alle persone (nelle nuove condizioni) di esercitare un maggior controllo sulla propria salute (Carta di Ottawa, 1986).

Il disegno a tendere della riorganizzazione territoriale è quello di trovare risposte nuove a bisogni sanitari e sociali, con una chiara priorità di azione su quei problemi che predittivamente sappiamo potrebbero trasformarsi in problemi, se non emergenze, che le persone stesse non saranno in grado di affrontare con le proprie risorse e capacità personali, come la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte ad un problema di salute e di vita sociale. È necessario concentrarsi sul potenziale di generatore di risorse (resource generator), per controllare problemi che creano rischi evitabili, ovvero di rafforzare (empowerment) contemporaneamente la persona e le sue relazioni prossime. Inoltre, per consentire la gestione di problemi complessi, come la povertà, la disoccupazione, il degrado del luogo di vita, la rete, che parte dai bisogni della persona, deve mobilitare anche altri soggetti istituzionali e sociali in cooperazione.

### 12.1 Stratificazione del livello di rischio e classificazione del bisogno di salute (Fase 6.1)

La ridefinizione dei modelli organizzativi socio-sanitari e conseguentemente dei luoghi di cura non può prescindere da una attenta stratificazione del bisogno di salute (*fase attuativa 7*) al fine di intercettare, proattivamente, non solo coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria o sociale, ma l'intera popolazione. Tale approccio, definito Population health management – PHM, ha l'obiettivo di mantenere quanto più possibile la popolazione in buone condizioni di salute e minimizzare il ricorso a prestazioni sanitarie inappropriate.

L'obiettivo è quello di promuovere interventi basati sull'unitarietà di approccio, centrati sul benessere della persona nelle sue diverse dimensioni trovando il giusto equilibrio tra bisogni, domanda esplicita e risorse utilizzabili e una maggiore attenzione agli aspetti sostanziali della presa in carico rispetto a quelli formali. La personalizzazione delle cure diventa quindi strumento di sostenibilità adottando logiche razionali di valutazione dei pazienti per l'eleggibilità alle più idonee soluzioni assistenziali in una dimensione di "prossimità territoriale" considerando sia variabili cliniche che non-cliniche di complessità, quali la rete di supporto socio-familiare e le potenzialità effettive del paziente nei programmi di self care.

Il sistema di governo distrettuale richiede la conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita.

La stratificazione della popolazione deve avvalersi di una valutazione del		
1.	rischio clinico e demografico, incentrata su dati presenti nei sistemi informativi del servizio sanitario nazionale e regionale (ricoveri, accessi in PS, multimorbilità, consumo di farmaci e servizi) e sui dati anagrafici → indicano la fragilità "clinica" della persona, il rischio di ripetuti ricoveri, inappropriato uso dei servizi e morte precoce, evidenzia i frequent user	
2.	rilevazione dei bisogni di salute (dati epidemiologici geolocalizzati) → consentono di definire l'offerta territoriale in base ai bisogni prevalenti e di definire quali sono i determinanti di salute su cui concentrare l'attenzione nelle azioni di prevenzione e confermano se il soggetto rientra nei bisogni prevalenti espressi dall'area geografica	
3.	indagini opportunistiche o universali sulla fragilità (programmi del servizio nazionale o regionale di prevenzione) che possono fornire delle informazioni aggiuntive che arricchiscono il quadro generale	

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



I sistemi di misura e stratificazione della popolazione sulla base del rischio sono delle piattaforme (MISTRAL – Regione Lazio) che contengono informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile e gli indicatori relativi alla qualità dell’assistenza sanitaria e all’aderenza alle linee guida per alcune patologie specifiche.

Tramite la stessa piattaforma, ma anche tramite l’incrocio dei dati provenienti da flussi diversi, (datawarehouse, piattaforma Smart digital clinic oltre che i software di gestione SIAS quali GIPSE ecc ), si possono, inoltre, generare liste nominative della popolazione fragile da inserire nei programmi di sorveglianza proattiva nell’ambito del piano di potenziamento dell’assistenza territoriale.

La popolazione assistita in un determinato territorio è suddivisa in due macro-gruppi di rischio: popolazione a rischio minimo e popolazione fragile.

Generalmente, la popolazione fragile viene definita dai sistemi di stratificazione sulla base della soddisfazione uno dei criteri di eleggibilità di seguito riportati:

- almeno un ricovero ordinario con degenza pari o superiore a 2 giorni nel biennio precedente e almeno una patologia/condizione cronica;
- elevato consumo di farmaci nell’annualità precedente (almeno 10 farmaci con codici ATC diversi);
- alta suscettibilità alle ondate di calore.

Le patologie/condizioni croniche vengono individuate attraverso l’utilizzo di algoritmi basati su prestazioni traccianti rilevate nei Sistemi Informativi Sanitari correnti.

Gli assistiti selezionati secondo i criteri precedenti sono caratterizzati con un livello di rischio (generalmente da basso=1 a alto=5), spesso ricorrendo a una specifica funzione di mortalità a 5 anni. Tutti gli assistiti non rientranti nella selezione precedente sono considerati ad un livello di rischio minimale (livello 0).

Per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico è necessario sviluppare un linguaggio comune che consenta di valutare il “livello di bisogno socio assistenziale” della persona utilizzando ulteriori informazioni sulla condizione clinica/sociale e sul bisogno individuale.

Stratificare la popolazione in gruppi omogenei di pazienti con livelli diversi di gravità e complessità di malattia e di domanda assistenziale consente il conseguimento di molteplici obiettivi:

- nell’attività programmatica e gestionale consente di allocare risorse sanitarie e sociosanitarie sulla base del bisogno espresso
- nella valutazione degli esiti consente di verificare la transizione tra classi nel corso del tempo e nella valutazione di processo fornisce uno strumento dinamico basato sulla conoscenza delle variazioni del bisogno clinico e assistenziale e sul monitoraggio della spesa,
- nella gestione clinico-assistenziale consente di passare da un approccio centrato sulla patologia e sul suo decorso clinico a un approccio focalizzato sulla persona e sui suoi bisogni complessivi

Fondamentale anche per l’attivazione di azioni di promozione della salute e la costruzione del progetto di salute la “misurazione” dei fattori di rischio (mediante scale e questionari validati) e di fragilità (sociale, economica e psicologica oltre che clinica) legati alla specificità della singola persona.

Questo schema si declina poi con la stadiazione della patologia cronica che definisce la complessità della gestione clinica del caso (grado di instabilità e rischio clinico) e determina l’attore prevalente della cura (MMG/specialista ambulatoriale/ospedalizzazione). La stadiazione va monitorata periodicamente poiché variabile nel tempo, gli intervalli verranno declinati nel progetto di salute e definiscono l’appropriato setting di cura.

Tale approccio consente una valutazione che si articola su due livelli: quello della singola persona, alla quale vengono proposti dei Progetti di Salute con i relativi interventi; quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



## Classificazione del bisogno di salute della persona

Una successiva stratificazione è basata sui bisogni clinici e assistenziali/sociali ed ha la finalità di individuare interventi socio assistenziali appropriati e personalizzati. Tale sistema di governance territoriale consente di individuare priorità di intervento, con particolare riferimento alla continuità delle cure a favore di persone in condizioni di cronicità/fragilità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza, anche attraverso l'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario, attivando la filiera assistenziale e i relativi servizi di supporto e consentendo di avviare una valutazione di processo e di esito.

Stratificazione del rischio	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Intensità di cura (Utilizzo dei servizi del SSN)	Azioni (di presa in carico) derivanti
	I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute
	II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita
	III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali.	Utilizzo di bassa / media frequenza dei servizi.	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di polipatologia complessa e/o disabilità e/o determinanti sociali deficitari.	a. Elevato utilizzo dei servizi sanitari con gestione prevalente in ambito ambulatoriale b. Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con gestione ambulatoriale o domiciliare	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver
	V livello Persone con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo.	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver
	VI livello Persone in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di cura	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento al caregiver

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



La valutazione omogenea dello stato di salute della persona diventa la base comune sia del sistema regolatorio dei diversi setting assistenziali sia della capacità del sistema territoriale di personalizzare il processo di presa in carico complessivo della persona.

Nello specifico dei livelli di rischio e della loro relazione con i bisogni clinici e assistenziali/sociali, per quanto riguarda la popolazione definita “a rischio minimale (livello 0)”, il sistema di classificazione del bisogno di salute della persona prevede una serie di azioni sia di promozione della salute che di intervento proattivo per la riduzione del rischio correlato.

Uniformare gli strumenti di stratificazione del bisogno clinico assistenziale significa programmare le possibili risposte, misurare e valutare le attività ma anche poter riorganizzare l’offerta sulla base dei bisogni di salute prevalenti a livello distrettuale passando da una logica basata sulla valutazione del raggiungimento di ambiti prestazionali specifici alla valutazione complessiva attraverso la valorizzazione dei diversi Progetti di Salute e collegando la programmazione alla gestione dei livelli di assistenza, tenendo conto della complessità e sicurezza delle cure. La stratificazione dei bisogni di salute classifica le persone in sub-popolazioni (sub-target) omogenee per fabbisogno assistenziale per poter delineare percorsi assistenziali mirati e adattati al contesto locale (ambito distrettuale) e personalizzabili sul singolo grazie al Progetto di Salute.

### 12.3 Il progetto individuale di salute (Fase 6.2)

Lo strumento che consente di intercettare in maniera proattiva e gestire il bisogno di salute espresso dal singolo è il Progetto Individuale di Salute (PRIS), filo conduttore che rappresenta la storia della persona e della sua malattia accompagnandola nel suo percorso di salute a partire dal primo contatto con il servizio sanitario della persona con patologia cronica.

Quasi sempre, infatti, lo stato di cronicità di una malattia, come la stessa parola lo definisce, implica che quella persona che ne è affetta avrà un bisogno costante di interventi clinico assistenziali, e non solo, e che questi probabilmente con il tempo rivestiranno un ruolo sempre più preponderante nella sua vita necessitando di una gestione in sincrono di più professionisti.

Non solo la cronicità sottintende spesso una fase di allarme che vede la persona esposta a fattori di rischio che se intercettati e trattati possono evitare o ritardare il manifestarsi e il progredire della malattia.

Per questo si parla di progetto di salute lasciando sotto intendere che la progettazione, anzi la ri-progettazione, avverrà per tutta la durata della presa in carico, ossia per tutto l’arco della vita della persona, senza interruzioni, ma caso mai con un passaggio del testimone al professionista che in quella determinata fase della malattia ha un ruolo di maggior rilievo nella gestione del caso, in un continuum assistenziale senza ostacoli che interrompano il processo di cura, vanificando a volte l’intero iter assistenziale.

Il PRIS in questo senso rappresenta uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socio assistenziale esercitata sul paziente, grazie alla definizione dell’insieme strutturato di azioni derivanti dalla valutazione combinata delle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali determinanti il livello di complessità del singolo caso in un’ottica di continuità temporale che vede la progressiva e dinamica rivalutazione e riprogrammazione delle attività.

Questa soluzione è una risposta alla necessità di uniformare gli strumenti di stratificazione del bisogno clinico assistenziale per programmare le possibili risposte, misurare e valutare le attività, passando da una logica di ambiti prestazionali specifici alla logica di valutazione complessiva della presa in carico.

Fornisce uno strumento ai professionisti in grado di rendere concreto il concetto di proattività e prossimità degli interventi: infatti la definizione del PRIS in uno stato precoce di malattia/bisogno consente la pianificazione di azioni volte alla prevenzione delle fasi di scompenso/riacutizzazione della malattia e al

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



contenimento/rallentamento dell'evoluzione della stessa, assicurando alla persona la continuità assistenziale in particolare nelle fasi di transitional care. Gli strumenti di e-health faciliteranno i professionisti che potranno accedere alle informazioni di salute dell'assistito in maniera organica e tempestiva grazie a piattaforme digitali condivise e strumenti di telemonitoraggio, teleconsulto e teleassistenza.

Nella definizione del processo clinico-assistenziale vi è la necessità di contemplare sia variabili cliniche (stadio della malattia) sia variabili non-cliniche di complessità (rete di supporto socio-familiare, potenzialità effettive del paziente nei programmi di self care), quindi vanno "misurati" non solo i parametri di stadiazione clinica ma sono necessari strumenti anche per valutare le potenzialità della persona e della famiglia nell'attuazione delle strategie di autocura proposte. La stadiazione della patologia rappresenta in ogni caso una funzione indispensabile per riorganizzare l'assistenza in un percorso diagnostico terapeutico assistenziale appropriato. Il PRIS può essere semplice o complesso a seconda del livello di complessità attribuito alla persona (vedi tabella a pagina seguente). I PRIS Semplici sono dedicati alla persona con problematiche clinico assistenziali di media complessità (livello 3) che necessitano di una presa in carico in presenza di un problema sanitario e sociale da parte di un singolo servizio (prevalentemente monodisciplinare), ma la gestione del problema di salute si distingue dalla erogazione di una singola prestazione in quanto espressione di una condizione di cronicità/fragilità/disabilità che rende necessaria la definizione di interventi strutturati nel tempo e una gestione di tipo proattivo. I PRIS Complessi sono indicati per il paziente con problematiche clinico assistenziali di alta complessità (livello 4, 5, 6) con uno stato di salute e socio assistenziale caratterizzato da complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociosanitaria. La gestione dell'intervento prevede la valutazione multidimensionale, la stesura di un Piano di assistenza individuale in ambito multidisciplinare e pluriprofessionale.

**Il concetto di "Salute" nel Progetto Individuale di Salute.** La concezione di persona come unità psicofisica, interagente con l'ambiente circostante, è alla base della nota definizione di salute dell'OMS, superando approcci settoriali (il malato, il bambino, l'anziano ad esempio) che limitano, nel loro tentativo di classificare, la comprensione della complessità e globalità del singolo e di gruppi di persone, portatore/i di diritti e di agentività. Lo stato di salute della popolazione e della singola persona, come ormai ampiamente condiviso dalla comunità scientifica internazionale, non dipende solamente dall'offerta di servizi sanitari accessibili ed equi, ma anche da altri determinanti quali fattori culturali, sociali ed economici, stili di vita, condizioni ambientali in senso lato (inquinanti, conflitti, disponibilità di cibo, condizioni abitative, ecc.), interazione tra i determinanti sopracitati e il profilo genetico della persona. Sulla base delle considerazioni sopra riportate, il concetto di Salute sotteso ai PRIS rende la persona protagonista del percorso di cura, anche attraverso i sistemi di supporto per l'autocura, e favorisce l'autodeterminazione e il benessere individuale.

Il team minimo nella stesura di un PRIS semplice è composto da medico di famiglia, medico specialista ed infermiere di comunità; maggiore è la complessità clinico-assistenziale più numerose saranno le discipline/figure professionali coinvolte, fino all'attivazione della UVM. Il PRIS oltre a garantire la presa in carico dei bisogni complessivi della persona, viene ad assumere la valenza di un proficuo strumento di valutazione (e di governance) della gestione della complessità, secondo una visione multidimensionale, anche attraverso una opportuna considerazione del contesto di vita del paziente persona, quale portatore di un «sapere legato alla sua storia di "co-esistenza" con la cronicità».



Progetti di Salute		
Semplici	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze) - valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio delle agevolazioni	Informazioni e agevolazioni su possibili facilitazioni connesse alla malattia
	Piano di autocura	Valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale Valutazione degli obiettivi e dei risultati
	Agenda di follow up	Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili allo staging di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di e-health	Attività di automonitoraggio, con device o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di device in remoto Attività di telemonitoraggio con device gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, telenursing e teleriabilitazione
Complessi	Programma terapeutico	Piano assistenziale e/ riabilitativo individuale multidisciplinare Valutazione delle risorse impegnate: cliniche- integrazione socio assistenziale - collegamenti interistituzionali
	Portfolio delle agevolazioni	
	Piano di autocura	
	Agenda di follow up	
	Piano delle attività di e-health	
	PAI e/o PRI	
	Budget di salute	

#### Elementi aggiuntivi costitutivi il PRIS complesso

<b>Piano assistenziale individuale o Progetto Riabilitativo Individuale</b>	Diagnosi/Valutazione sintetica del bisogno Profilo di funzionamento Risultati attesi Interventi necessari Eventuali risorse attivate e messe a disposizione dal paziente e dalla sua famiglia Eventuali risorse attivate e messe a disposizione dal volontariato Risorse messe a disposizione dall'Azienda Asl e dall'Ente Locale Fasi temporali e le scadenze delle verifiche Individuazione del Case manager Impegno sottoscritto dell'assistito e degli altri soggetti coinvolti a realizzare il progetto, con le relative modalità
<b>Budget di salute</b>	Condizione giuridica Situazione abitativa Situazione economica Servizi di supporto Servizi ASL o Misti Composizione nucleo familiare Risorse familiari e/o di vicinato Assi/determinanti sociali di salute

Uno degli elementi caratterizzanti il PRIS complesso è il Piano assistenziale individuale (PAI) o il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

Essi rappresentano il documento di sintesi che raccolgono e descrivono in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno con l'intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per il paziente. All'interno del PAI/PRI trovano spazio elementi di valutazione clinica, riabilitativa, assistenziale, sociale,

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie

psicologica, linguistico-comunicativa, funzionale e motoria. Tutti gli elementi derivanti dalla valutazione verranno condivisi con la persona e con il nucleo familiare e/o con i caregivers di riferimento, in modo da garantirne quanto più possibile l'empowerment.

Gli obiettivi presenti nel PAI o PRI sono soggetti a verifica ed adeguamento periodico e per questo è necessario introdurre indicatori misurabili e quantificabili che possano garantire un costante monitoraggio degli interventi che sono stati attuati.

Il progetto di salute sia esso semplice o complesso deve essere costantemente aggiornato e debitamente compilato, i controlli di follow up devono prevedere la revisione del progetto stesso sulla base dei risultati di salute raggiunti e delle competenze acquisite dalla persona. Potrà essere necessaria una revisione anticipata in caso di complicanze o riacutizzazioni della patologia. I PRIS complessi prevedono inoltre la definizione del budget di salute individuale (vedi paragrafo dedicato).

Con la sottoscrizione del PRIS con il paziente viene identificato anche il *case manager* quale gestore prevalente del caso, fermo restando che spetta al MMG/PLS la supervisione sulle attività cliniche.

L'approccio proattivo, che caratterizza il PRIS, prevede l'attivazione di percorsi volti a individuare soggetti a rischio in modo da intervenire precocemente per ridurre i fattori di rischio. Ciò comporta la necessità di valutare sia variabili cliniche che socio assistenziali (rete di supporto socio-familiare, potenzialità effettive del paziente nei programmi di self care).

Attraverso il PRIS i professionisti si impegnano formalmente a garantire a ciascuna persona l'erogazione degli interventi necessari ed appropriati, con modi e tempi predefiniti; il paziente dal canto suo si impegna al rispetto del contratto terapeutico e del follow up a cui aderisce.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie





### 12.3 Integrazione sociosanitaria e budget di salute (Fase 6.3)

L'integrazione sociosanitaria si pone come l'opzione strategica per l'attivazione integrata in merito a programmazione, organizzazione, gestione e costi di servizi e interventi dell'area sociale e sanitaria, sostenuta dalla visione multidimensionale degli interventi. Si attua, così, il passaggio dal vecchio sistema di finanziamento dei contenitori al finanziamento dei progetti personalizzati, a un diverso governo delle attività sanitarie e sociosanitarie per tutelare la salute delle persone e per promuovere il loro diritto di cittadinanza. Il budget di salute è definito dall' "Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità" quale **strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale**. È rivolto principalmente a persone con fragilità per le quali il percorso di cura e riabilitativo prevede sia aspetti sanitari che sociali. Si configura come strumento innovativo in grado di potenziare ed implementare modalità organizzative e pratiche di integrazione socio-sanitaria:

- è uno strumento organizzativo-gestionale per la realizzazione di progetti di salute personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso l'attivazione di interventi sociosanitari integrati;
- è un sistema caratterizzato da un'elevata flessibilità e soprattutto dal non essere legato a un tipo particolare di servizio o a uno specifico erogatore;
- promuove e attua il protagonismo dei cittadini/utenti, anche attraverso una maggiore consapevolezza delle risorse disponibili, alla promozione di forme consapevoli di autocura, che si realizza nella co-costruzione dei singoli progetti personalizzati e si struttura nella definizione di un contratto;
- non corrisponde meramente alle risorse economiche disponibili ma è costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali e umane, asset strutturali, il capitale sociale e relazionale della comunità locale, necessari a promuovere azioni di cura e di assistenza integrate e personalizzate, contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona.

Il raggiungimento degli obiettivi di salute comporta l'utilizzo di strumenti e metodi utili alla costruzione di risposte sanitarie e socio sanitarie personalizzate e flessibili, anche mediante l'integrazione tra risorse formali ed informali di comunità, nei quali il contributo dato dai contesti familiari, sociali e del paziente stesso siano determinanti nel raggiungimento del risultato atteso.

In particolare, il Budget di salute viene applicato alle persone con Progetti individuali di salute (PRIS) complessi di livello 4 e oltre, persone con patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente (malattie croniche e/o cronico degenerative e disabilità) o a stati di grave rischio e vulnerabilità per la prognosi, che richiedono progetti individuali caratterizzati da forte integrazione di servizi sanitari e/o tra servizi sanitari e sociali. Ciò è vero soprattutto nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria, nelle quali i soli interventi "settoriali" non sono in grado di garantire risultati positivi.

In questo ambito, come previsto dalla legislazione nazionale (DPCM 14 febbraio 2001, ripreso dalla DGR Regione Lazio 149 del 2018), si distinguono interventi "sanitari a rilevanza sociale", "socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria" e "sociali a rilevanza sanitaria". I provvedimenti sopra citati regolano le competenze delle ASL e degli Enti Locali e la conseguente compartecipazione della spesa da parte dei cittadini.

Il Budget di Salute risponde alla domanda su quali e quante risorse professionali, umane ed economiche sono necessarie per raggiungere gli obiettivi di salute previsti dal PRIS mantenendo al contempo la persona nel proprio ambito sociale, valorizzando e razionalizzando le risorse disponibili, evitando il rischio di istituzionalizzazione. È l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane, necessarie per innescare un processo di capacitazione volto a ridare alla persona una buona condizione di salute e un

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità. Il Budget di salute considera, oltre agli elementi che contribuiscono a definire il profilo “clinico-assistenziale” della persona, centrale l’attenzione ai determinanti sociali della salute: chi è privo di fattori di protezione sociale (è a basso reddito; vive in contesti familiari e sociali poveri di risorse economiche e culturali; ha reti relazionali sfilacciate ecc.) si trova più facilmente esposto a situazioni di perdita della salute. Più si è in condizioni di fragilità sociale (solitudine, povertà, ecc.), più si è a rischio di malattia. Tenendo in alta considerazione l’unitarietà della persona, il Budget di Salute esige un approccio centrato su una forte attenzione ai determinanti di salute riscontrabili nel contesto sociale, economico lavorativo, relazionale e valoriale delle singole persone, per cui è del tutto necessaria la creazione di un sistema fortemente integrato di servizi sanitari e sociali, in grado di garantire continuità e appropriatezza nelle azioni.

Promuove e incentiva forme associative territoriali, vero “capitale sociale” della comunità, e degli utenti stessi, che partecipano non più soltanto come consumatori, ma diventando a loro volta produttori di beni e servizi, perseguendo un modello di “welfare familiare e comunitario”.

Le esperienze attuative di budget di salute mettono in luce la possibilità che le risorse possano essere utilizzate perseguendo l’obiettivo generale della deistituzionalizzazione in accordo con la persona, la famiglia e i servizi utilizzando le risorse presenti sul territorio in termini di opportunità di lavoro, formazione, socialità. In particolare, il Budget di salute rappresenta un elemento centrale nella programmazione integrata tra ASL, attraverso le sue articolazioni distrettuali, Enti Locali e terzo settore.

Aree	Risorse
<ul style="list-style-type: none"> <li>- salute,</li> <li>- situazione reddituale</li> <li>- servizi fruiti</li> <li>- casa-habitat sociale,</li> <li>- formazione-lavoro,</li> <li>- apprendimento-espressività,</li> <li>- socialità-affettività.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Risorse di cura messe a disposizione dall’Azienda ASL, sia attraverso le proprie strutture organizzative, sia attraverso altro Soggetto gestore</li> <li>b) Risorse d’integrazione ed inclusione sociale messe a disposizione dall’Ente Locale attraverso le proprie strutture organizzative (es. prestazioni del personale del Servizio Sociale, alloggi di edilizia residenziale pubblica, pasti, sostegni economici, ecc.)</li> <li>c) Risorse della persona titolare del progetto costituite da risorse economiche (beni e servizi) e relazionali (familiari, amicali, vicinato)</li> <li>d) Risorse messe a disposizione dal volontariato.</li> </ul>
Le aree non sono di fatto separabili ma assumono maggiore o minore intensità, in relazione ai bisogni e alle abilità delle persone–utenti, si configurano modalità di risposta maggiormente orientate sul versante “salute”, “abitare”, o sul versante “lavoro”, o su quello “apprendimento-espressività”, ovvero sul versante “affettività-socialità”.	

La composizione del budget di salute individuale è formalizzata nella sottoscrizione del PAI.

#### 12.4 La cooperazione funzionale

La stratificazione del bisogno di salute identifica il team minimo necessario a rispondere al bisogno espresso (medico di famiglia, specialista ed infermiere di comunità); maggiore è la complessità clinico-assistenziale più numerose saranno le discipline/figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all’evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa (anche di natura sociale e psicologica).

Queste figure opereranno in un’ottica di cooperazione funzionale, con un approccio multidisciplinare nel rispetto dei ruoli e delle competenze, in cui ogni specialista sa quando e come «cedere» quote della propria competenza e abilità clinica ad altri professionisti, rimanendo comunque parte attiva dei processi.

Il nuovo modello territoriale utilizza come criterio di riferimento ambiti di valutazione per un efficace intervento di area ospedaliera quali intensità di cura, complessità assistenziale e grado di fragilità sociale.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



Inoltre, il concetto di integrazione si basa sulla cooperazione funzionale tra i diversi al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria e una proficua integrazione con i servizi socio-assistenziali.

La cooperazione funzionale prevede, oltre all'ambito delle relazioni professionali, anche quello delle relazioni tra le differenti strutture organizzative sanitarie, tecniche e amministrative che costituiscono l'azienda sanitaria a garanzia di un intervento multidisciplinare, multiprofessionale e, se necessario, intersettoriale.

Per favorire l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno, tale cooperazione funzionale si basa sullo sviluppo di modalità e di strumenti per favorire specifiche politiche attive di promozione e tutela della salute. In particolare si rivolge alle persone con disturbo mentale, al sostegno dell'autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza, alle persone con patologie croniche, con dipendenze patologiche, dei disturbi del comportamento alimentare oltre che delle cure palliative e della terapia del dolore.

La cooperazione funzionale prevede distinti livelli e ambiti: quello interno ai servizi territoriali, quello relativo alla integrazione tra ospedale e territorio, quello con settori diversi quali, ad esempio, sociale, scolastico, ecc. In questo contesto risulta centrale il ruolo della medicina generale e della pediatria di libera scelta, per garantire la efficace presa in carico delle persone in relazione alla complessità assistenziale e al livello di fragilità sociale.



<b>COOPERAZIONE FUNZIONALE</b>	
<b>MMG/PLS case manager</b>	Gestore del caso in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo cittadino in tutta la sua globalità e in tutte le fasi della vita
<b>Infermiere community manager</b>	Contempla tra le sue attività la presa in carico dell'intera famiglia da un punto di vista assistenziale e di autocura, si relaziona con tutti gli attori del processo ed è presente in tutte le fasi che vedono un'interazione della persona con il servizio sanitario
<b>Specialista clinical manager</b>	Assume un ruolo di rilevanza strategica in alcune fasi della malattia che non possono essere demandate per la complessità diagnostica e terapeutica che le caratterizza. In caso di policronicità il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di decision leader
<b>Support team</b>	Tutti gli specialisti o le altre figure professionali della UVM che durante il processo parteciperanno alla presa in carico
Queste figure presteranno la propria attività in tre sfere di azione: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Area di autonomia</li> <li>- Area di cogestione</li> <li>- Area di gestione integrata</li> </ul> l'importante è che tutte le azioni concorrano al raggiungimento di un unico obiettivo che è la miglior qualità di vita della persona per il maggior tempo possibile.	

#### **La centralità del MMG e dell'infermiere nella cogestione dei processi assistenziali e la partecipazione del cittadino ai processi di cura**

Di fronte a nuovi modelli di gestione delle patologie croniche, è necessaria la cooperazione organizzativa e professionale del MMG nei confronti dell'organizzazione sanitaria, con un ruolo di partnership per questo

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



 <b>ASL VITERBO</b> Edizione del 20/03/22	<b>MODELLO ORGANIZZATIVO SISTEMA TERRITORIALE ASL VITERBO</b> Piano territoriale per le attività sanitarie e sociosanitarie o piano cronicità	 <b>REGIONE LAZIO</b> Pag. 58 a 68
---	--	--

professionista che partecipa al governo della domanda complessiva e co-gestisce l'intero percorso assistenziale del suo assistito.

Nel contesto dell'OdC è fondamentale la sinergia tra questi e l'infermiere, facilitatore di percorso nel:

- favorire la partecipazione al lavoro di rete con gli altri professionisti
- essere promotore degli interventi per l'attivazione e lo sviluppo del capitale sociale del singolo (autocura) e della comunità (promozione della salute).

La rete dell'assistenza infermieristica deve essere strutturata per livelli di complessità, determinati dalla tipologia di prestazioni erogate e dalla presenza di infermieri "esperti" o "specialisti" in un'ottica di proattività (assistenza infermieristica proattiva API come modello assistenziale calato nell'infermieristica di comunità).

<b>SINTESI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLA PROSSIMITÀ E PROATTIVITÀ</b>
<b>Ambulatori infermieristici</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Territoriali di prossimità (primo livello) a carattere generalista, allocati in contesti geografici disagiati e distanti dai servizi sanitari o popolati da un target prevalentemente anziano o in quartieri di città molto popolose che presentano particolari contesti di fragilità</li> <li>☉ Centri di expertise (wound care, stoma care, gestione cateteri venosi, centri di secondo livello) collocati in strutture sanitarie (luogo privilegiato Case della salute e Ospedali)</li> <li>☉ Ambulatorio infermieristico della cronicità/fragilità (centro avanzato di terzo livello) collocato nell'OdC, offre prestazioni in presenza ed in teleassistenza, telemonitoraggio. Erega prestazioni diagnostiche con telereferto e teleconsulenza specialistica (Spirometria, POCCT, ECG) e prestazioni infermieristiche</li> </ul>
<b>Centrali operative territoriali</b> triage infermieristico territoriale (orientamento proattivo per la presa in carico nel rispetto della classe di rischio e di priorità, anche con l'obiettivo secondario di dimensionare le liste di attesa), monitoraggio dei bisogni di salute, facilitatore di percorso nella presa in carico, in particolare nelle fasi di transizione delle cure.
<b>Centri di attività assistenziale diurna</b> all'interno di strutture sanitarie dedicate a persone con particolari necessità assistenziali che in raccordo con i MMG/PLS possono permanere nella struttura diverse ore anche con ambiti integrati di attività (riabilitazione e socializzazione) (Ospedali di Comunità)
<b>Degenze a prevalente gestione infermieristica</b> (Ospedali di Comunità)
<b>Ambiti innovativi dell'assistenza proattiva infermieristica</b>
Lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti sociali della salute che incidono sul contesto individuale e familiare.
Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e individuazione delle eventuali soluzioni migliorative.
Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone.
Interventi di promozione di stili di vita e comportamenti salutari dell'individuo e della famiglia anche in relazione alla cura di eventuali patologie già in atto.
Coinvolgimento attivo degli individui e della famiglia nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale.
Valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi socio-sanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili.
Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.
Facilitazione delle dimissioni precoci.
Valutazione del bisogno di presidi sanitari e, qualora possibile, prescrizione diretta o attraverso il medico prescrittore.
Monitoraggio del grado di stabilità clinica e valutazione delle alterazioni delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con i MMG, i PLS e con gli altri professionisti coinvolti.
Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di MMG o al PLS.
Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure.
Adozione di eventuali strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



### 12.5 Applicazione del modello di autocura (Fase 6.5)

Il cittadino ha un ruolo sempre più attivo nei processi decisionali in ambito sanitario sia per quanto riguarda il mantenimento dello stato di salute che per la gestione della propria patologia, grazie anche alla nuova visione della medicina non più paternalistica e al livello culturale della popolazione che richiede sempre maggiori informazioni riguardo i temi della salute. Tuttavia, non sempre le persone dispongono di tali competenze e conoscenze e la diffusione di informazioni fake trasmesse dai social media spesso non aiuta nel processo, così come l'infodemia (vedi nel caso della pandemia) può rendere difficoltoso navigare tra le troppe informazioni disponibili. Per questo è importante che il personale sanitario sia da subito presente come guida e punto riferimento per la persona fin dall'inizio del percorso.

Secondo la definizione OMS il processo educativo comporta *"l'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita"*. Ciò implica un vero e proprio trasferimento pianificato ed organizzato di competenze terapeutiche ai pazienti e/o ai loro caregiver, grazie al quale si passa da dipendenza a responsabilizzazione e collaborazione attiva (self management). L'educazione rappresenta quindi un processo di scambio interattivo che ha inizio fin dal primo approccio di presa in carico ed è continuativo nel tempo al fine di consentire al paziente e/o ai suoi famigliari di:

1. Conoscere la malattia (sapere = conoscenza),
2. Gestire la terapia in modo competente (saper fare = autogestione),
3. Prevenire le complicanze evitabili (saper essere = comportamenti).

Pertanto è opportuno che tale processo abbia inizio fin dalle fasi iniziali della presa in carico sia essa in ambito ambulatoriale che ospedaliero. Nel primo caso l'obiettivo è proprio quello di evitare le ospedalizzazioni grazie ad azioni proattive coordinate di teleassistenza ed al corretto rispetto degli attori del patto di cura. Nel secondo caso l'obiettivo è di far arrivare alla dimissione il paziente e i suoi famigliari con le competenze utili al fine di saper affrontare la sfida del rientro al domicilio o saper accettare soluzioni alternative se non in grado di farsi carico della situazione. In caso di necessità o in situazioni particolari si potrà attivare un percorso di supporto in accordo con il servizio di psicologia.

Lo sviluppo in interventi atti a promuovere la partecipazione del paziente si rivela ancora più necessario quando l'esperienza di cura prevede un percorso lungo e con rilevanti conseguenze nella vita quotidiana della persona, come accade per le patologie croniche (Fogolino e Bravi et al., 2015). L'educazione terapeutica si situa a livello della prevenzione secondaria e terziaria e consiste in un vero e proprio transfert, pianificato e organizzato, di competenze dal curante al paziente e si iscrive in una prospettiva in cui la dipendenza del malato cede il posto alla sua responsabilizzazione (D'Ivernois e Gagnayre, 2009).

Altro passaggio importante è il momento della conciliazione della terapia e la definizione del contratto terapeutico (includendo in esso sia gli stili di vita che gli aspetti nutrizionali) che può essere utile per aumentare l'aderenza terapeutica dell'utente al processo di cura.

Il processo identifica tre fasi distinte e integrate tra loro: ricognizione, effettuata dal medico o dall'infermiere, identificando tutti i farmaci o sostanze che il paziente assumeva; revisione, confrontando la terapia in corso con quella che si vuol impostare, rilevando anche eventuali interazioni farmacologiche; comunicazione da dare al paziente/caregiver o al medico di medicina generale.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



### 13. Ecosistema digitale e applicazione dei sistemi di e-health (Fase 7)

Per una presa in carico globale della persona è necessario andare oltre alla costruzione di percorsi definendo delle integrazioni e delle sinergie tra gli stessi, l'interazione tra professionisti e pazienti deve avvenire in tempi rapidi e in sicurezza, ed è in questa ottica che si rende necessario una infrastruttura tecnologia di supporto sia in fase di valutazione multidimensionale, che in fase di monitoraggio del paziente e delle attività (*fase attuativa 8*). Per la persona integrazione non significa solo unitarietà e coerenza nel processo diagnostico-assistenziale, ma anche unitarietà del processo di fruizione, senza la necessità di innumerevoli passaggi, magari presso aziende diverse, o con operatori diversi, dove la storia clinico-assistenziale e sociale del cittadino è in realtà una sommatoria di frammenti di cura.

L'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata, lo sviluppo della sanità digitale trova nella Telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale ed organizzativo della rete del SSN. L'emergenza Covid-19 ha sicuramente accresciuto la consapevolezza tra cittadini, professionisti sanitari e manager delle strutture sanitarie sul contributo cruciale del digitale nel processo di prevenzione, cura e assistenza.

L'attuale sistema italiano delle cure primarie presenta una serie di criticità che impediscono una risposta effettiva ed efficiente ai bisogni di salute dei cittadini

- sia a livello clinico gestionale (presa di contatto tardiva con i pazienti quasi sempre per il trattamento di disturbi acuti, scarsa attenzione alla prevenzione, poca abitudine alla programmazione delle cure e affidamento delle stesse al solo medico, disarticolazione dei sistemi di raccolta delle informazioni)
- sia a livello di follow-up (scarsa attenzione al coordinamento delle attività ed alla comunicazione interna)
- sia a livello di empowerment del paziente (il paziente non è abbastanza informato sulla propria patologia per poter orientare consapevolmente il proprio comportamento e condividere il percorso di cura).

Il superamento delle suddette criticità è possibile tramite modalità innovative di lavoro che prevedono l'adozione di cartelle cliniche informatizzate e condivise, la pianificazione individuale delle cure, l'educazione dei pazienti al self management e la condivisione dei percorsi di cura, lo sviluppo di competenze gestionali e l'utilizzo continuo dell'audit nell'ambito del team, la disponibilità di adeguate risorse ambientali. Un tale disegno organizzativo implica un ruolo ben definito degli attori che compongono il sistema, in particolar modo necessita della reingegnerizzazione della Medicina generale e dell'assistenza infermieristica.

La personalizzazione della cura implica la considerazione della persona come portatrice di bisogni non solo clinici, questo è un aspetto fondamentale per la gestione dei pazienti con patologie a lungo termine.

In questo quadro con il termine e-health ci si riferisce a *"l'utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita"* come indicato dal Ministero della salute. L'e-health rappresenta una grande opportunità per tutti gli operatori del servizio sanitario per migliorare la cura del paziente, attraverso informazioni aggiornate, ottenibili quando e dove necessario. Nell'uso del termine telemedicina e telesalute, il concetto di distanza (*tele*) non si riferisce solo ad una mera lontananza geografica tra l'utente e l'operatore ma esprime piuttosto l'idea che l'assistenza sia prontamente accessibile all'utente in maniera virtuale se non in presenza. Va ricordato che se telemedicina è sinonimo di assistenza a distanza, tempi più rapidi e abbattimento dei costi. Questa nuova modalità sanitaria non vuole sostituire la medicina tradizionale, bensì affiancarla con tecniche innovative, moderne e efficienti in grado di ottimizzare il contatto tra medico e paziente. Quindi è bene rimarcare che i processi di

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



digitalizzazione della sanità ed i sistemi di e-health sono uno strumento a supporto del miglioramento delle cure e devono sposarsi con quelli che sono i percorsi di presa in carico

Rispetto alla sanità tradizionale, l'e-health si evolve in una direzione più integrata e disruptive, che mette al centro il paziente, che, da destinatario passivo, diventa attore attivo, grazie a strumenti che gli consentono di accedere alle cure in modo più rapido e funzionale. In parallelo, offre maggiori garanzie di trasparenza in merito ai dati sanitari, permettendo al paziente di mantenere il possesso per decidere con chi condividerli e per quali scopi. L'approccio paziente centrico permette inoltre di alimentare processi di prevenzione che si basano sull'identificare e riconoscere qual è il target di riferimento (stratificazione del rischio), così da seguirlo in maniera quanto più possibile personalizzata e proattiva.

Quando si parla di digitalizzazione non si parla dell'unico scopo di applicarla ai sistemi di e-health, quindi legandola ad aspetti clinici e di prevenzione, ma si parla anche di applicare tali sistemi alla gestione dei dati amministrativi, alla gestione del personale e ai sistemi di controllo di gestione e rendicontazione delle attività, dove tutti questi processi concorrono ad avere una sanità più a misura dei cittadini e degli operatori.

Ecco i 7 punti cardine di cui si è tenuto presente nello sviluppare il settore dell'e-health:

1. definizione delle priorità nel rispetto dei contesti locali
2. valutazione dei vincoli e delle istanze dei portatori di interesse
3. accesso e condivisione sicuri dei dati
4. definizione degli approcci di sviluppo sostenibili
5. ottimizzazione degli sforzi progettuali e degli investimenti
6. garanzia di coerenza con i percorsi di cura e di integrazione (sia sociosanitaria, sia tra ospedale/territorio)
7. garanzia della possibilità di monitorare i risultati conseguiti

Fondamentali sono il rispetto delle prerogative regionali per garantire uno sviluppo armonico, coerente e sostenibile a sostegno di un'interfaccia tra tutti i sistemi informativi attivi sul territorio, in modo da concentrare sforzi ed investimenti.

### ***La digitalizzazione e l'innovazione a supporto della rete territoriale e dell'integrazione Ospedale-Territorio***

Lo scopo è quello di tracciare la storia clinica e socio assistenziale del paziente in tutti i suoi contatti con il Sistema Sanitario per massimizzare le informazioni disponibili e renderle disponibili in real-time ai professionisti che la persona incontra nel suo percorso al fine di ottimizzare il percorso di cura, dal coinvolgimento del medico di base, del livello ambulatoriale ed ospedaliero, e di chi si occupa della gestione della fase post-acuta, ovvero di presa in carico del cittadino da parte dei servizi territoriali.

Gli obiettivi

- Migliorare efficacia, efficienza, appropriatezza grazie alla fruibilità delle informazioni e la continua comunicazione che orienta gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicità, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa. La disponibilità di informazioni tempestive e sincrone offre inoltre la possibilità di misurare e valutare i processi sanitari attraverso indicatori di processo ed esito.
- Rafforzare l'empowerment dei cittadini e l'assistenza individuale attraverso i servizi digitali, migliorando la compliance e l'aderenza ai percorsi di cura
- Garantire equità di accesso all'assistenza sanitaria, continuità delle cure e integrazione H/T
- Contribuire al contenimento della spesa

Inoltre la fruibilità di dati che possono essere elaborati e di sistemi che possono orientare i clinici nella decisioni forniscono uno strumento in più per lavorare sulla ricerca.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



## AZIONI PROPEDEUTICHE

- ⇒ Attività di *mapping* degli **eventi sanitari ospedalieri** e **eventi socio-sanitari territoriali**, con individuazione degli asset IT aziendali e regionali per la gestione dell'insieme dei processi verticali che generano informazioni utili alla gestione territoriale e domiciliare del paziente
- ⇒ **Integrazione** tra gli asset IT aziendali e regionali per massimizzare l'interscambio delle informazioni utili alla **gestione multidisciplinare** del paziente territoriale e domiciliare
- ⇒ Utilizzo dei verticali da parte dei professionisti nello specifico ambito in cui nascono, al fine di diminuire la frammentazione delle interfacce e dei sistemi in uso: gestione del **change management**
- ⇒ **Sinergia** con i progetti regionali di settore in un'ottica di **sistema Azienda-Regione**

### Obiettivi del Nuovo Piano per l'integrazione ospedale-territorio:

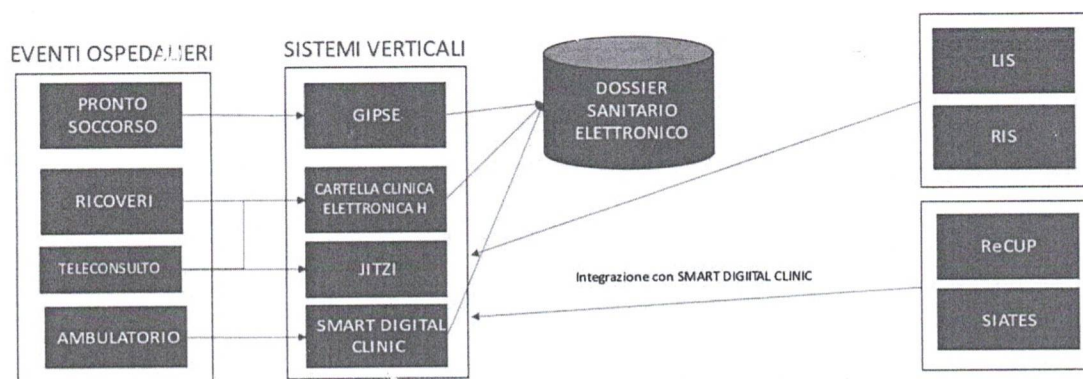
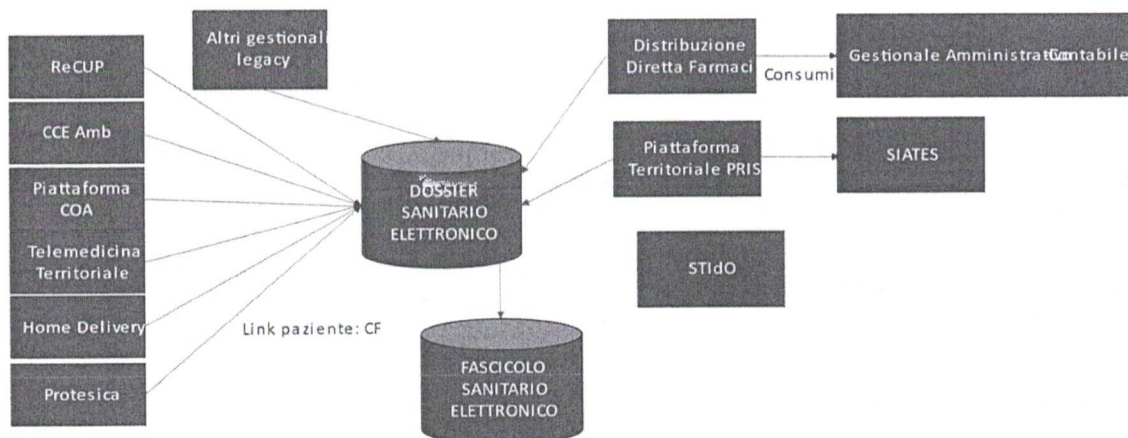
- connessione audio/video tra sedi territoriali e presidi ospedalieri per teleconsulto, meeting multidisciplinari e formazione, al fine di consentire una collaborazione a distanza tra i professionisti della rete ospedaliera e quelli della rete territoriale
- servizi di telemedicina e teleconsulto territoriali a domicilio del paziente (USCAT) per il governo delle transizioni dei cicli di cura Ospedale/Territorio in continuità assistenziale,
- miglioramento dell'aderenza terapeutica dei pazienti a domicilio, appropriatezza prescrittiva, la verifica della discontinuità di cura, la riconciliazione terapeutica, riducendo altresì gli accessi inappropriati in pronto soccorso
- miglioramento cure per i pazienti fragili attraverso un servizio di grande valenza di home delivery dei farmaci attualmente erogati dai servizi farmaceutici aziendali in distribuzione diretta (DD)

### Principali strumenti tecnologici previsti per il Nuovo Piano Integrato per la Digitalizzazione della rete territoriale e dell'integrazione Ospedale-Territorio:

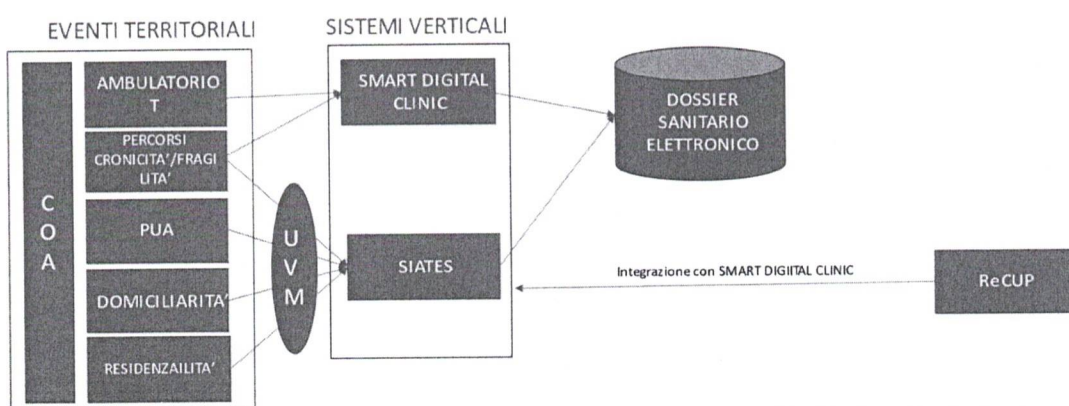
- piattaforma di telemedicina territoriale, interfacciata con device, per la cura a casa dei pazienti da parte dei team territoriali in mobilità dell'USCAT
- estensione della Cartella Clinica Elettronica Ambulatoriale SMART DIGITAL CLINIC a tutta l'offerta ambulatoriale della ASL per la gestione anche in televisita dei pazienti
- estensione dell'APP Smart Digital Clinic, utilizzata ad oggi per i PDTA, per l'integrazione con il Piano Terapeutico finalizzata ad aiutare il paziente fragile allo svolgimento del proprio piano terapeutico farmacologico
- piattaforma informatica integrata per la gestione delle COA e COT, in ambito multidisciplinare relativo all'assistenza di base, alla specialistica, alla farmaceutica e al settore delle professioni sanitarie (MMG, PLS, Specialisti e Farmacisti, infermieri), finalizzata al controllo dei processi di presa in carico territoriale del paziente
- Datawarehouse di Governo Clinico e di Controllo di Gestione
- servizio di Home Delivery farmaceutico per la richiesta e la consegna dei farmaci in erogazione diretta a domicilio dei pazienti fragili stratificati secondo il bisogno di salute e in particolare aree terapeutiche
- attivazione di un SISTEMA STIdO (Sistema Telefonico Intelligente di Orientamento - risponditore telefonico con intelligenza artificiale) in ausilio al Servizio di Recall/Governo liste di attesa e per l'orientamento all'accesso ai servizi territoriali da parte del cittadino
- realizzazione Piattaforma informatizzata, integrata con la progettazione regionale SIATES, per la gestione dei PRIS e del budget di salute
- estensione della Cartella Clinica Ambulatoriale a tutta l'offerta ambulatoriale della ASL per la gestione anche in televisita dei pazienti
- Piattaforma digitale per la presentazione delle istanze in forma digitale da parte dei cittadini ai servizi PUA e alla Medicina Legale
- Piattaforma per la gestione informatizzata dei percorsi del DSM e SERD
- Comunicazione ed interscambio dati tra tutti gli applicativi territoriali e ospedalieri per la creazione di un Dossier Sanitario Elettronico, interfacciato con il Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale, che consenta la fruizione dei dati del paziente in cura a tutti gli attori dell'SSR

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie

## Rappresentazione dell'ecosistema digitale



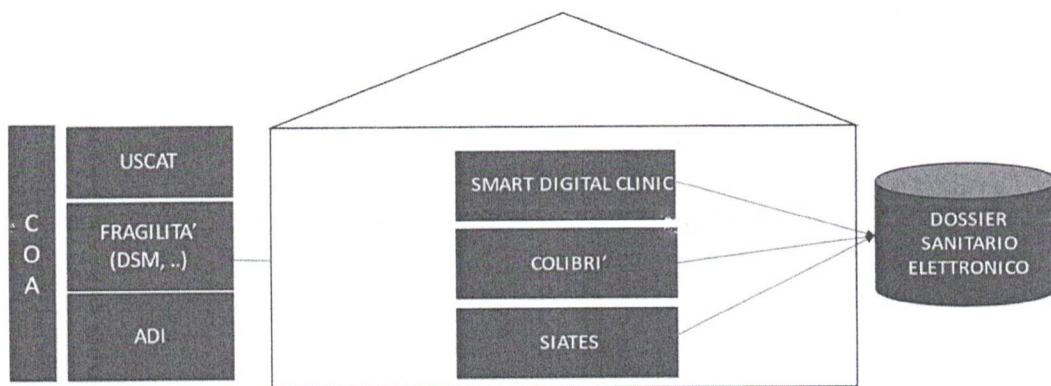
**NB: Per la riconduzione di più eventi riferiti allo stesso paziente il codice univoco di identificazione è il Codice Fiscale**



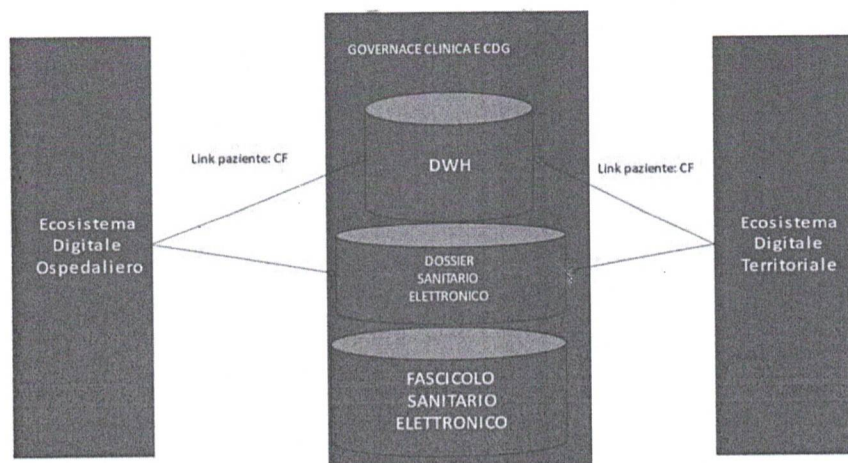
**NB: Per la riconduzione di più eventi riferiti allo stesso paziente il codice univoco di identificazione è il Codice Fiscale**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



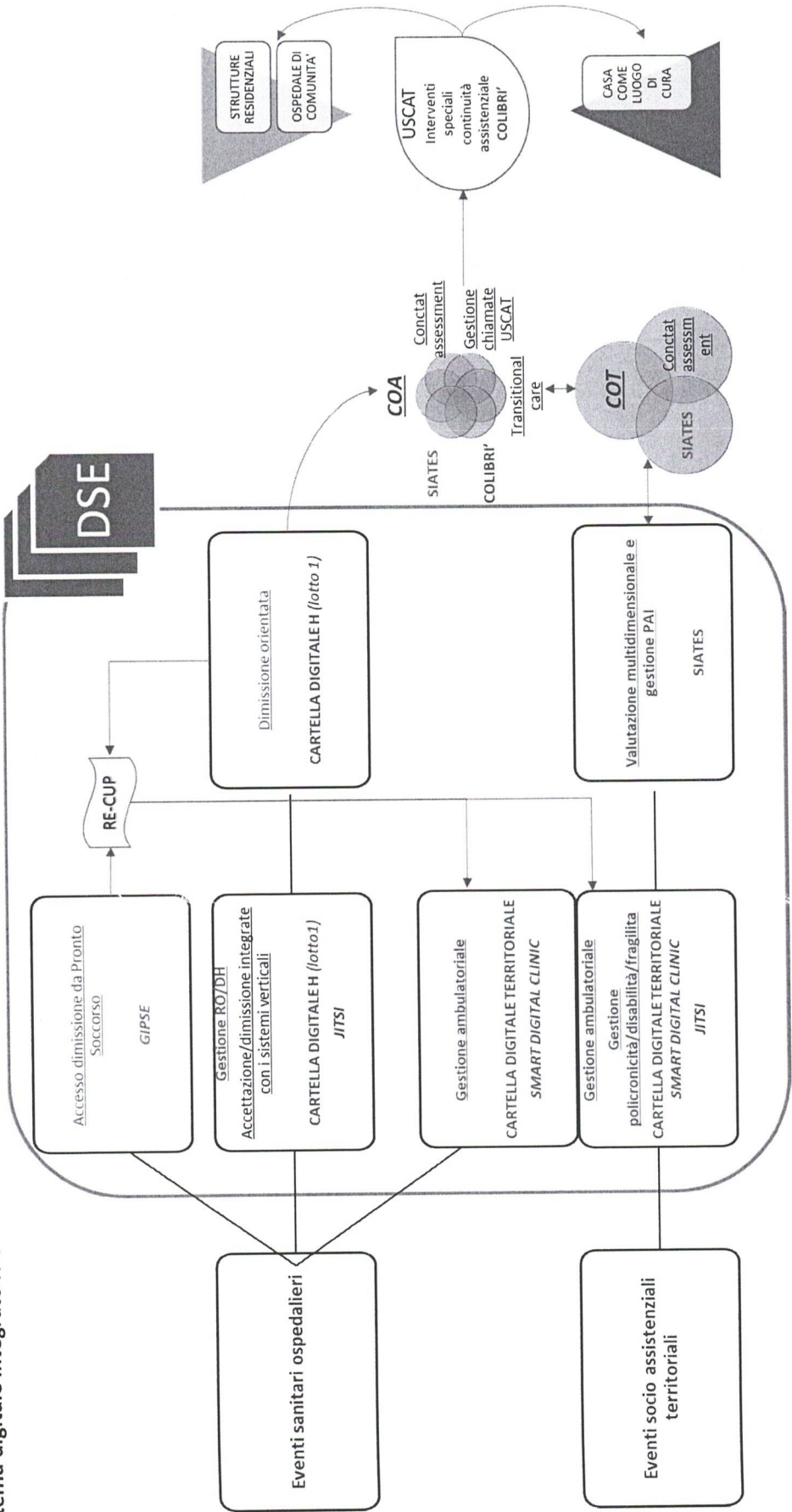


**NB: Per la riconduzione di più eventi riferiti allo stesso paziente il codice univoco di identificazione è il Codice Fiscale**



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie

L'ecosistema digitale integrato H-T



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



#### 14. Il sistema di valutazione e controllo nell'ambito distrettuale (Fase 8)

I Distretti sono articolazioni territoriali aziendali deputate al governo della domanda di salute attraverso una valutazione dei bisogni socio-sanitari individuali e collettivi e all'orientamento della produzione di servizi coerenti con i bisogni di salute rilevati.

Il modello organizzativo adottato dalla ASL di Viterbo è basato sulla separazione tra il governo della domanda e il governo dell'offerta e definisce un "Distretto committente e garante dell'accesso e dei percorsi di presa in carico dei cittadini".

Al Distretto compete quindi l'attivazione e la messa in rete di tutte le risorse e le energie della comunità volta ad una organizzazione dei servizi socio-sanitari centrata sulla "prossimità territoriale".

In tal senso si configura quale luogo privilegiato delle relazioni inter istituzionali, della garanzia di accesso e di presa in carico, di garanzia di appropriatezza e continuità delle cure, della rendicontazione verso il cittadino.

Il Distretto svolge un ruolo strategico nel governo complessivo di percorsi assistenziali che si devono realizzare in un contesto ad alta complessità quale è quello della dimensione territoriale. L'assistenza territoriale è caratterizzata dalla esigenza di integrazione tra tante categorie di professionisti e dalla necessità di coordinamento tra i diversi ambiti assistenziali (Assistenza ospedaliera, Cure primarie, Cure intermedie, Assistenza sociale) e tra i diversi soggetti erogatori (Distretto, Ospedale, Privato accreditato, Ente Locale, Volontariato, Rete assistenziale informale).

Particolare rilevanza assume il rapporto di integrazione funzionale con tutti i Dipartimenti sia ospedalieri che territoriali, dovendo il Distretto assumere il ruolo di garante per la tutela della salute della popolazione di riferimento.

Vengono pertanto individuate per il Distretto tre funzioni prevalenti e fortemente integrate tra di loro:

- valutazione del bisogno di salute
- committenza;
- valutazione e verifica dei risultati.

Il Distretto per svolgere tale mandato si avvale di strumenti di programmazione, di specifiche modalità organizzative e di strumenti operativi quali:

- strumenti di pianificazione sociosanitaria locale (Profili di Salute, Piani della Attività Territoriali, Piani di Zona);
- flussi informativi con indicatori per il monitoraggio sistematico quali-quantitativo delle prestazioni e dei percorsi clinico-assistenziali, sulle strutture di produzione ubicate nel territorio distrettuale;
- budget di distretto, anche utilizzando strumenti quali la stratificazione della popolazione per livelli di bisogno e carico assistenziale attraverso i Progetti Individuali di Salute e il Budget di salute.

In particolare, il budget di Distretto assume una rilevanza strategica rispetto al budget per struttura organizzativa, in quanto nel contesto territoriale la natura trasversale dei processi e delle attività richiede adeguati strumenti di programmazione e gestione per un utilizzo appropriato delle risorse.

Il budget di distretto, rappresenta in tal senso soprattutto uno strumento di garanzia di integrazione e di continuità delle cure del percorso assistenziale, andando ben oltre il mero significato di natura economica-finanziaria.

L'azione valutativa è ormai parte integrante dei processi di elaborazione, sviluppo ed implementazione delle politiche sanitarie: il governo della domanda è un approccio innovativo per gestire l'aumento della richiesta di servizi sanitari, affinché questo trovi una risposta in grado di soddisfare i bisogni di salute, e non solo ma anche sociali, degli individui, e in generale della popolazione, nel miglior modo possibile con le risorse disponibili con risposte e percorsi di tipo clinico, incentrati sulla comprensione dei bisogni sanitari e sull'attivazione di risposte clinicamente ed economicamente appropriate.

*Il governo della domanda consiste nell'identificare dove, come, perché e da chi origina la domanda di prestazioni sanitarie, e nel decidere come questa deve essere trattata, ridotta, modificata o accresciuta, in modo che si possa sviluppare un sistema sanitario efficiente, appropriato ed equo (Pencheon, 1998).*

La strategia, anziché focalizzarsi su forme di contenimento/riduzione della domanda, si basa sulla valutazione finalizzata a comprendere il bisogno di salute cercando piuttosto di orientare la domanda stessa.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie

Lo sviluppo e l'utilizzo di strumenti e metodologie in grado di rendere misurabili e documentabili ha un carattere sistemico, in quanto elemento fondamentale per il funzionamento del sistema, ed esercizio che rende disponibili informazioni sulla qualità dei servizi sanitari a molteplici destinatari e con molteplici finalità:

- valutazioni finalizzate ad informare coloro che rivestono specifiche responsabilità nel governo e nella amministrazione dei servizi sanitari;
- valutazioni che sono preliminari all'avvio di iniziative di miglioramento della qualità nel contesto di una organizzazione sanitaria;
- valutazioni finalizzate ad informare i cittadini e gli utenti dei servizi, affinché possano orientare le proprie scelte.

La valutazione deve anche rispondere a delle esigenze che attengono:

- al dover costantemente verificare la qualità delle prestazioni erogate e la loro capacità di raggiungere gli obiettivi di salute auspicati;
- al dover rendicontare il proprio operato ai diversi livelli di responsabilità e governo dei sistemi sanitari;
- al rafforzare relazioni fiduciarie nei confronti dei cittadini, rendendo le proprie azioni e le loro conseguenze maggiormente trasparenti e scrutinabili.

Per questo motivo nella stesura dei progetti operativi andranno definiti strumenti di misurazione e standard di riferimento inerenti

1. Promozione e valutazione dell'efficienza gestionale
2. Promozione e valutazione dell'efficacia e della qualità (valutazione degli esiti dei trattamenti e valutazione della qualità percepita)
3. Promozione e valutazione dell'appropriatezza (organizzativa e clinica)
4. Accessibilità

#### RISULTATI ATTESI

1. Garantire per i pazienti con patologie croniche), la tempestività nell' accesso ai servizi specialistici, la presa in carico e la continuità assistenziale.
2. Realizzazione di una nuova organizzazione dell'Assistenza Ambulatoriale, che pur nel rispetto degli ambiti di garanzia distrettuali, possa essere proattiva nei confronti dei pazienti ed in grado di rispondere, in modo adeguato e tempestivo, ai diversi problemi clinici.
3. Miglioramento del governo delle liste di attesa, mediante un'ottimizzazione della Rete Specialistica Ambulatoriale.
4. Maggiore appropriatezza e gradualità dei differenti setting di cura e conseguente riduzione di ricoveri inappropriati con riduzione tempo di degenza media e aumento dell'indice di rotazione dei posti letto
5. Razionalizzazione del processo di dimissione protetta con una ottimizzazione dei tempi di attesa, un efficientamento dei percorsi e una facilitazione nei processi di arruolamento nei PIC/PDTA
6. Facilitazione nei processi di attivazione e presa in carico delle strutture accreditate e contrasto al problema dei bed-blockers
7. Razionalizzazione delle risorse e coerenza con i processi produttivi anche grazie ad un'analisi puntuale dei dati di attività
8. Miglioramento della qualità assistenziale e della qualità di vita della persona

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 1	Cure primarie



