

REGIONE UMBRIA
RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE IN UMBRIA
COME INDICATO DAL DM 77/2022



SOMMARIO

PREMESSA.....3

INTRODUZIONE/ANALISI DI CONTESTO.....4

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE.....13

**FABBISOGNI DI PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI E PIANI DI
FORMAZIONE.....33**

SINTESI DELLE AZIONI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA'38

**MODALITA' DI GOVERNO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI
RIORGANIZZAZIONE.....42**

PREMESSA

La Riforma di settore del PNRR Missione 6 Component 1 - “definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale”, volta a definire modelli e standard relativi all’assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 “ Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale del PNRR - è realizzata dal Decreto ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77 , avente ad oggetto “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale”, adottato di concerto fra il Ministro della Salute e il Ministro dell’Economia e delle Finanze.

In base alle disposizioni ministeriali la Regione Umbria ha definito la dislocazione dei vari setting assistenziali relativi a Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali operative territoriali; infatti la DGR n. 152 del 28/2/2022 “PSR 2021-2025 - PNRR 2021-2026: individua in base alle risultanze dell’interlocuzione con gli uffici tecnici della Direzioni aziendali, le dislocazioni e i finanziamenti delle Case di comunità, degli Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali nella quale sono individuate 22 Case di Comunità nell’allegato 1 e 1 CdC (Foligno) riportata nel documento istruttorio, 14 Ospedali di Comunità e 9 COT.

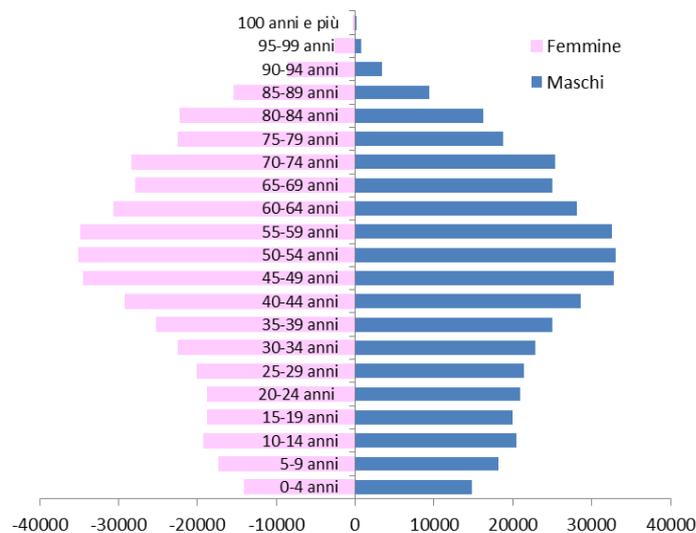
La prevista realizzazione delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità, finanziati con i fondi del PNRR, renderà possibile definire percorsi che, attraverso un’efficiente utilizzazione delle risorse, forniranno al cittadino la possibilità di ricevere risposte appropriate ai suoi bisogni, in luoghi di prossimità e ben identificabili, mettendo contestualmente a leva risorse familiari e sociali di cui lo stesso possa beneficiare. Nella DGR 152/2022 sono state previste ulteriori strutture sul territorio oltre a quelle finanziate con i fondi del PNRR; le particolari caratteristiche della popolazione umbra - che la collocano ai primi posti tra le regioni per indice di vecchiaia, le peculiarità orografiche del territorio e la bassa densità della popolazione, sparsa in piccoli borghi, oltre a quelle della viabilità regionale – sono gli ulteriori criteri richiamati e utilizzati nella DGR 152/22. Inoltre con successiva DGR n. 1024 del 5/10/2022 avente ad oggetto “Piano di Efficientamento e Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2022-2024”, sono stati individuati ulteriori due Ospedali di Comunità rispettivamente a Castiglione del Lago e ad Amelia. Infine la DGR 1182 del 11/11/2022 relativa al terzo polo sanitario regionale (presidi ospedalieri “San Giovanni Battista” di Foligno e “San Matteo degli infermi” di Spoleto), ad oggi in fase di preadozione, prevede un ulteriore Ospedale di Comunità a Spoleto.

Con queste premesse il Servizio Programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione socio sanitaria ha provveduto alla redazione della proposta di modello regionale umbro di assistenza territoriale. Il documento descrive l’analisi di contesto della Regione Umbria, definisce la riorganizzazione della rete territoriale, i fabbisogni di personale per il funzionamento dei servizi ed i piani di formazione ed una sintesi delle azioni e cronoprogramma delle attività. Vengono definiti infine le modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione.

1) INTRODUZIONE/ANALISI DI CONTESTO

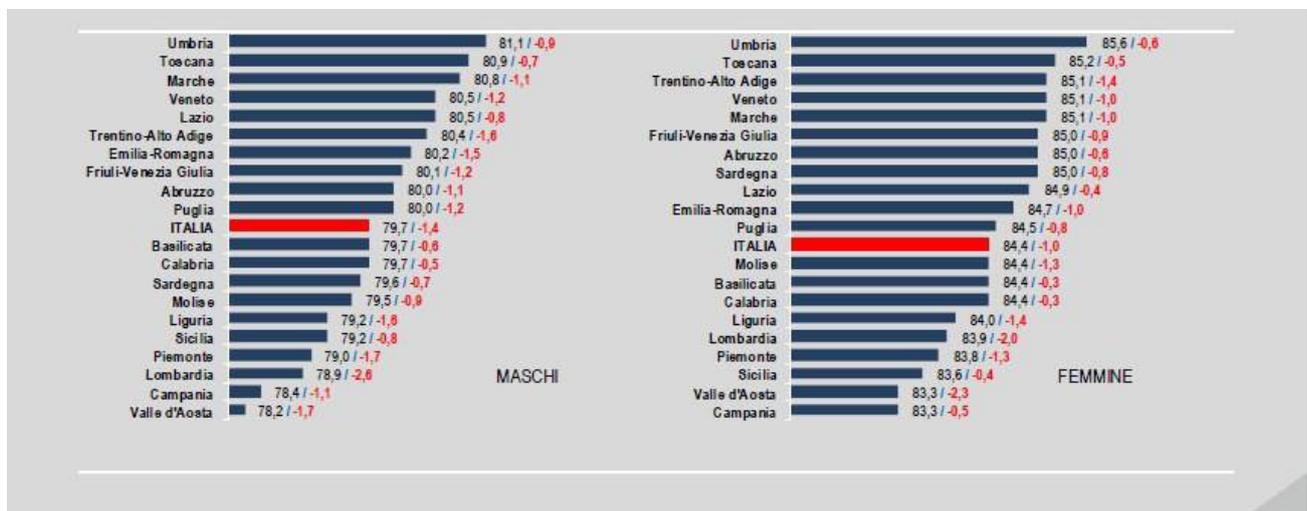
L'analisi del contesto demografico e socio-economico, insieme ai dati epidemiologici relativi allo stato di salute dei cittadini umbri, hanno costituito elemento di valutazione per comprendere e contestualizzare eventuali differenze e fornire indicazioni utili alla programmazione sanitaria. Si fa presente come ai successivi fini del calcolo dei fabbisogni si farà riferimento alla popolazione umbra al 01/01/2022 (dati provvisori: 859.572 cittadini). I grafici sottotitolati sono invece dati definitivi regionali al 01/01/2021. In Umbria la popolazione è in costante calo dal 2013 per lo squilibrio legato a dinamiche demografiche deboli sul versante del ricambio della popolazione.

Fig. 1 - Popolazione residente per sesso e fasce d'età al 01/01/2021. Umbria



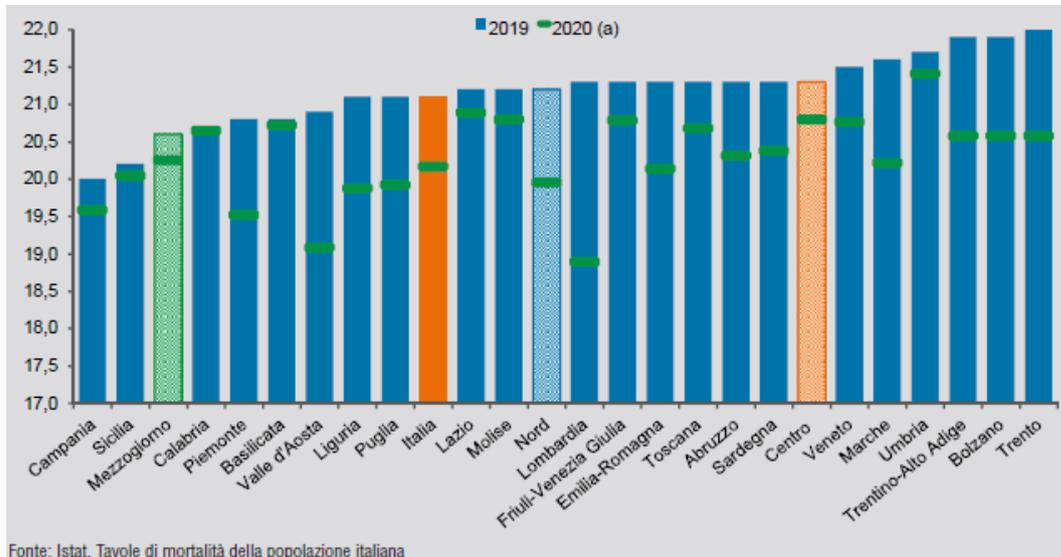
La speranza di vita alla nascita si mantiene in Umbria superiore rispetto alla media italiana (85,6 anni nelle femmine e 81,1 anni nei maschi (vs 84,4 anni nelle femmine e 79,7 anni nei maschi Italia) ma con una variazione nel 2020 rispetto al 2019 di -0,9 anni nei maschi e -0,6 nelle femmine (vs -1,4 nei maschi e -1,0 nelle femmine Italia), come d'altra parte è avvenuto in tutte le regioni per effetto della pandemia.

Fig.2- Speranza di vita alla nascita per sesso e regione. Anno 2020 e variazioni sul 2019 (rosso), in anni e decimi di anno, stima



Anche la speranza di vita a 65 anni ha subito un calo rispetto all'anno precedente, anche se molto meno consistente che in altre regioni, con valori più alti nelle femmine (22,8) rispetto ai maschi (19,4).

Fig. 3 - Speranza di vita a 65 anni per regione e ripartizione geografica. Anni 2019 e 2020 (dato stimato). In anni



La speranza di vita in buona salute alla nascita e la speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni sono in Umbria lievemente più alte rispetto alla media nazionale (rispettivamente 60 anni Umbria vs 58,9 anni Italia e 10,2 anni Umbria vs 10 anni Italia).

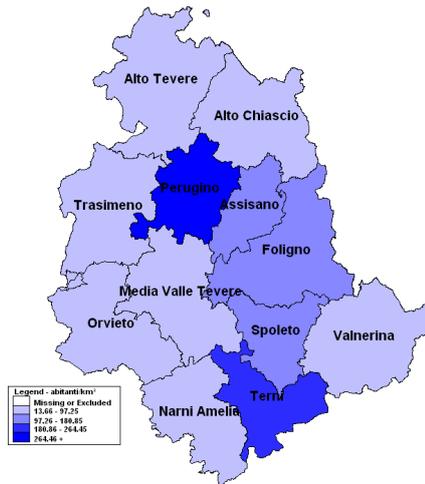
Nel 2020 la pandemia da SARS CoV-2 ha accentuato tali dinamiche: dal 01/01/2020 al 01/01/2021 la popolazione umbra è passata da 870.165 a 865.013 abitanti, con un decremento di 5.9 x 1000 residenti.

La distribuzione della popolazione, inoltre, è disomogenea all'interno del territorio regionale, con zone ad alta densità demografica (distretto del Perugino) e zone dove la popolazione è molto più ripartita (distretto della Valnerina).

Tab. 1 -Indicatori di bilancio demografico anno 2020 Tassi x 1000 residenti. Confronto Umbria Italia.

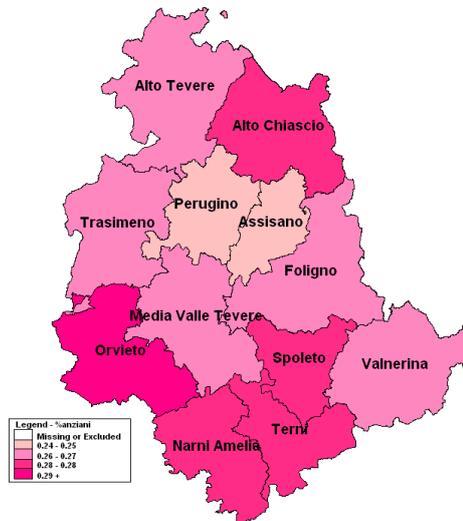
Ripartizioni	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio estero	Tasso migratorio totale
Umbria	6,0	12,8	-6,8	0,6	1,8	2,4
ITALIA	6,8	12,6	-5,8	0,0	1,3	1,3

Fig. 4 - Densità demografica (abitanti/Km²) per distretto di residenza al 01/01/2021. Umbria



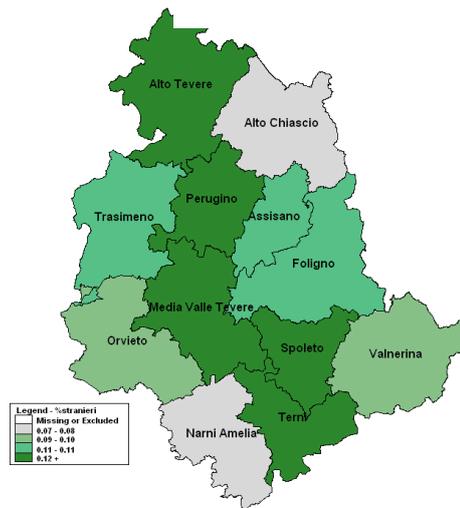
Costante è anche l'invecchiamento della popolazione umbra: nel 2020 la popolazione anziana rappresentava il 26,2%, rispetto al dato nazionale del 23,5%. Percentuale, in costante aumento, che colloca l'Umbria tra le regioni più anziane d'Italia. Anche la distribuzione di tale popolazione presenta una ampia variabilità di allocazione nel territorio regionale, andando dal 23.9% del distretto dell'Assisano, fino a raggiungere la sua maggior concentrazione nel distretto dell'Orvietano con il 29.9%.

Fig. 5 - Popolazione residente (%) di 65 anni e più per distretto di residenza al 01/01/2021. Umbria



Relativamente alla popolazione straniera, essa è pari al 10,6% della popolazione umbra, rispetto all'8,5% della media nazionale. Nella popolazione 6-10 anni, la componente straniera rappresenta in entrambi i sessi il 14% dei residenti. Anche tale popolazione si distribuisce nel territorio regionale in maniera disomogenea, dal 7.1% del distretto dell'Alto Chiascio, all' 11.9% del distretto del Perugino.

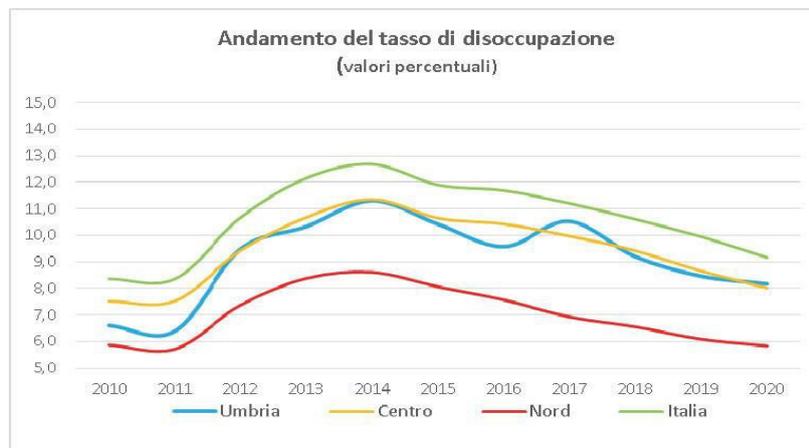
Fig. 6 - Popolazione residente (%) straniera per distretto di residenza al 01/01/2021 in Umbria



Il livello dell'istruzione in Umbria, tra il 2011 ed il 2019, è migliorato, in linea con quanto si registra a livello nazionale. La percentuale di persone con un titolo di studio secondario o superiore è il 54,1% della popolazione.

Il tasso di disoccupazione è in calo dal 2017 rimanendo comunque più alto nelle donne.

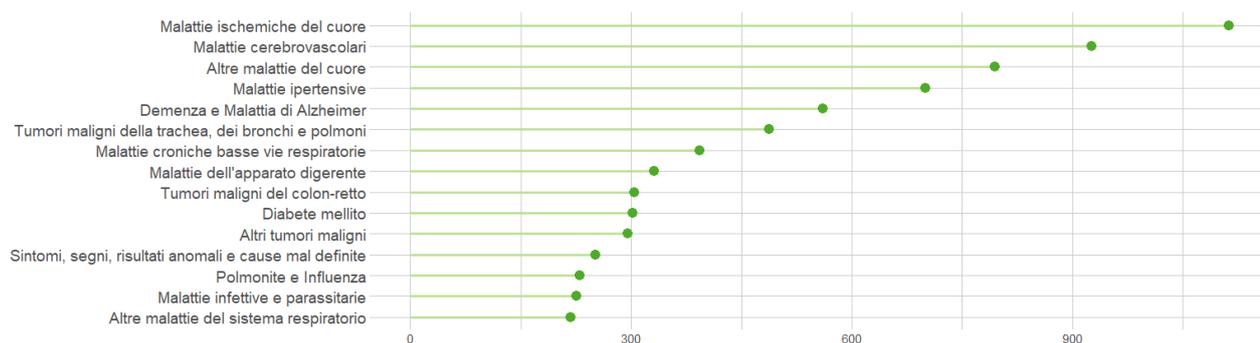
Fig. 7 – Tasso di disoccupazione



Il reddito familiare medio è superiore a quello medio nazionale ed a quello stimato per il complesso delle regioni del centro. La concentrazione dei redditi è minore rispetto al resto del paese. Anche in Umbria si rileva il progressivo assottigliamento delle dimensioni familiari: dal 2014 al 2019 il numero delle famiglie aumenta, ma il numero medio di componenti diminuisce (2,24).

Tra le cause principali di morte nel periodo 2012 – 2018 si osservano le malattie del sistema cardiocircolatorio, seguite dalle demenze e dai tumori maligni del polmone, che rappresentano la causa di morte oncologica più frequente e la quarta causa per numero di decessi in assoluto nel genere maschile. I tumori maligni del seno rappresentano la causa di morte oncologica più frequente e la settima causa per numero di decessi in assoluto nel genere femminile.

Fig. 8 – Numero decessi per causa. Umbria 2018



L'analisi delle graduatorie per maschi e femmine permette di rilevare alcune differenze di genere. Le malattie ischemiche del cuore sono la causa di mortalità più frequente negli uomini mentre tra le donne la principale causa di morte è riconducibile alle malattie cerebrovascolari. I decessi per causa demenza e malattia Alzheimer sono più frequenti tra le donne occupando in questo caso la quinta posizione della classifica mentre nella graduatoria maschile ritroviamo questa causa solo alla nona posizione a pari merito con la causa collegata ad altri tumori maligni. Tra le cause principali di morte per genere, rivestono un ruolo di rilievo cause che notoriamente caratterizzano il profilo di mortalità di ciascuno dei due sessi: il tumore maligno della prostata per gli uomini (dodicesima posizione con 130 decessi nel 2018, il 2,80% del totale dei decessi di sesso maschile) e il tumore maligno del seno tra le donne (settima posizione con 180 decessi ed oltre il 3% dei decessi totali del 2018 di sesso femminile).

Tab. 2 – Cause di morte in Umbria. Confronto di genere – Anno 2018

MASCHI			FEMMINE		
Cause di morte	Numero decessi	% su totale	Cause di morte	Numero decessi	% su totale
Malattie ischemiche del cuore	566	12,18	Malattie cerebrovascolari	548	10,27
Malattie cerebrovascolari	378	8,13	Malattie ischemiche del cuore	547	10,25
Altre malattie del cuore	329	7,08	Altre malattie del cuore	466	8,73
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni	310	6,67	Malattie ipertensive	429	8,04
Malattie ipertensive	271	5,83	Demenza e Malattia Alzheimer	403	7,55
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	219	4,71	Malattie dell'apparato digerente	182	3,41
Tumori maligni del colon-retto	176	3,79	Tumori maligni del seno	180	3,37
Altri tumori maligni	158	3,40	Tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni	177	3,32
Demenza e Malattia Alzheimer	158	3,40	Malattie croniche delle basse vie respiratorie	174	3,26
Malattie apparato digerente	149	3,21	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	173	3,24
Diabete mellito	135	2,90	Diabete mellito	167	3,13
Tumori della prostata	130	2,80	Altri tumori maligni	137	2,57
Altre malattie del sistema respiratorio	110	2,37	Malattie infettive e parassitarie	132	2,47
Tumori maligni dello stomaco	105	2,26	Tumori maligni colon-retto	128	2,40
Polmonite e Influenza	103	2,22	Polmonite e Influenza	127	2,38
Tumori maligni del pancreas	103	2,22			
Totale 16 cause	3400	73,15	Totale 15 cause	3970	74,37
Altre cause	1248	26,85	Altre cause	1368	25,63
Totale Decessi	4648	100,00	Totale Decessi	5338	100,00

Nello stesso periodo sono aumentate le malattie croniche respiratorie, le malattie infettive e parassitarie, che hanno superato i tumori del pancreas ed i tumori maligni dello stomaco. Sono in aumento anche i decessi causati da influenza e polmonite.

L'Umbria, in entrambe le province, è una delle regioni con la mortalità evitabile più bassa, soprattutto per i maschi, sia per la frazione legata alla prevenzione, che quella legata al trattamento. Le malattie cardiovascolari rappresentano la causa più frequente di mortalità. Tra i 18-69 anni, quasi 4 persone su 10 hanno almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare e solo una piccolissima quota (meno del 3%) risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.

La prevalenza di ipertensione arteriosa è circa il 21% tra i 18 e i 69 anni, mentre quella del diabete è intorno al 5%; entrambi i fattori di rischio sono più frequenti tra gli uomini, tra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche, tra i cittadini italiani e in coloro che sono eccesso ponderale. In Umbria si registrano, per il 2019, circa 6.400 nuove diagnosi di tumore maligno. Le sedi più frequenti nei maschi sono prostata, polmone, colon-retto; nelle donne mammella, colon-retto, polmone. Si assiste, negli uomini, ad un notevole calo, tra i più consistenti a livello nazionale, dell'incidenza dei tumori del colon-retto dovuto, molto probabilmente, all'introduzione dello screening a livello regionale. Viceversa, nelle donne, si osserva un trend in aumento per incidenza e mortalità per il tumore del polmone particolarmente significativo nella nostra regione.

L'indice di salute mentale in Umbria è in crescita negli ultimi anni rimanendo, tuttavia, costantemente sotto la media italiana e tra i valori più bassi a livello nazionale. Circa l'8% degli adulti di età 18-69 anni riferisce sintomi depressivi, valori tra i più elevati a livello nazionale, anche se nel tempo (dal 2012) si osserva una chiara tendenza alla riduzione di tale indice. Sono più colpiti gli anziani, le donne, le persone socialmente più svantaggiate, chi non possiede un lavoro regolare, chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica e chi vive da solo.

Conseguentemente il consumo di farmaci antidepressivi risulta tra i più elevati a livello nazionale.

Per quanto riguarda la salute materno-infantile in Umbria il maggior rischio di controlli tardivi (prima visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione) è associato alla giovane età (< 20 anni), all'essere straniera o con scolarità medio-bassa. Sotto la media nazionale la percentuale di parti con taglio cesareo (22,1%). In netta riduzione negli ultimi anni, e al di sotto dei valori medi nazionali, risulta, in Umbria, il consumo di antibiotici.

I fattori di rischio comportamentali

In Umbria, l'eccesso ponderale riguarda 1 bambino su 3, 2 adulti su 5 e 3 anziani su 5.

L'analisi dei trend mostra una leggera diminuzione dell'obesità nei bambini e una stabilità della quota di persone adulte in eccesso ponderale. Il consumo di frutta e verdura risulta costante nel tempo. Per quanto riguarda il sovrappeso, ad essere più esposti al fattore di rischio sono gli uomini di 65-74 anni. Le disuguaglianze incidono per le donne in tutte le classi di età, soprattutto per quelle nella fascia 30-44 anni. Eliminando le disuguaglianze il rischio di mortalità per il fattore sovrappeso si ridurrebbe per le donne di 55-64 anni del 2,3% e per le donne di 65-74 anni del 2,4%.

La popolazione umbra è in maggior misura attiva o parzialmente attiva; la percentuale di sedentari tra i 18-69enni risulta significativamente inferiore rispetto al dato medio nazionale. La sedentarietà è più frequente nelle donne e tra le persone svantaggiate per condizione economica o istruzione.

Le disuguaglianze incidono maggiormente per le donne nelle classi di età 45-54 e 65-74 e per gli uomini nelle classi 45-54 e 55-64 anni. Eliminando le disuguaglianze il rischio di mortalità per il fattore sedentarietà si ridurrebbe per gli uomini di 45-54 anni del 6,8% e per le donne di 45-54 anni del 5,9%. L'Umbria conferma valori migliori rispetto a quelli medi nazionali, nonostante sia ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche.

La nostra regione presenta la più alta prevalenza di fumatori: tra i 18-69 anni, infatti, circa 1 su 4 è fumatore, con un trend stabile e comunque in controtendenza rispetto al dato nazionale in costante diminuzione. La percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro e la percentuale di case "libere da fumo" sono sotto la media italiana. Per quanto riguarda l'abitudine al fumo, ad essere più esposti al fattore di rischio risultano gli uomini di 30-44 e 45-54 anni. Le disuguaglianze incidono soprattutto per le donne nella classe di età 30-44, per gli uomini maggiormente nella classe di età 65-74, ma significativamente anche in quelle 45-54 e 30-44 anni.

Eliminando le disuguaglianze il rischio di mortalità per il fattore abitudine al fumo si ridurrebbe per gli uomini di 30-44 anni del 6,8% e per quelli di 45-54 anni del 7,8%.

Il consumo di alcol a maggior rischio e il consumo binge sono in Umbria più alti della media nazionale. Molto bassa è l'attenzione degli operatori verso tale problema. Sia l'abitudine al fumo che il consumo di alcol sono più diffusi tra i giovani, gli uomini e le persone con istruzione media.

I programmi di popolazione

Per quanto riguarda le vaccinazioni, l'Umbria ha sempre registrato, nel corso degli ultimi anni, coperture vaccinali al di sopra della media nazionale. Le coperture relative alla vaccinazione anti HPV, sia nei maschi, sia nelle femmine, sono anch'esse sopra la media del paese. Inoltre, sono state introdotte nel calendario vaccinale, la vaccinazione contro l'Herpes Zoster nei sessantacinquenni e nelle categorie a rischio previste dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, la vaccinazione anti HPV alle ragazze di 25 anni, non vaccinate in precedenza, in occasione della prima chiamata per lo screening del tumore del collo dell'utero e l'offerta attiva e gratuita del vaccino anti HPV alle donne con storia documentata di lesioni da HPV recentemente trattate. I dati sulla vaccinazione antinfluenzale mostrano, nella campagna vaccinale 2020-2021, coperture decisamente migliori di quelli del periodo precedente e decisamente superiori alla media nazionale.

Le coperture dei tre screening (screening mammografico, tumore alla cervice uterina e colon retto) si confermano tra le più alte in Italia, con un andamento stabile nel tempo. Tuttavia, anche se gli screening in Umbria hanno resistito molto bene all'impatto dell'epidemia, occorre recuperare il lieve calo nell'adesione per lo screening cervicale e per quello del colon-retto.

Organizzazione rete territoriale

In Umbria l'attuale assetto è stato ottenuto attraverso un progressivo accorpamento delle Aziende Sanitarie confermato ad opera della L.R. n. 18 del 12/11/2012, confluita nel Testo unico in materia di sanità e servizi sociali (L.R. 11/2015), con cui è stato ridisegnato l'assetto istituzionale, accorpendo quattro Aziende territoriali in **due Aziende Unità Sanitarie Locali (USL Umbria 1 e USL Umbria 2)** e mantenendo le **due Aziende Ospedaliere di rilievo nazionale di alta Specialità** (Azienda Ospedaliera di Perugia Santa Maria della Misericordia e Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni).

Il modello organizzativo delle aziende Sanitarie regionali è quello Dipartimentale.

Nello specifico l'organizzazione delle Aziende Usl, oltre che in Dipartimenti, è articolata in Distretti e Presidi Ospedalieri.

Con DGR n. 793 del 01/08/2022 "Piano sanitario regionale 2022-2026" è stato approvato il disegno di legge, avente per oggetto "Piano sanitario regionale 2022-2026", e la relazione che lo accompagna con i relativi allegati, dando mandato al proprio Presidente di presentarlo, per le conseguenti determinazioni, all'Assemblea Legislativa. Il nuovo Piano Sanitario regionale 2022-2026, che quindi non ha ancora concluso il suo iter giuridico per l'approvazione, prevede l'identificazione di solo 4 Distretti sanitari rispetto agli attuali 12, valorizzandone nel contempo i servizi, in linea anche con i contenuti del recente DM 77/22.

Con il nuovo Piano Sanitario regionale 2022-2026, anche alla luce degli scenari dettati dalla pandemia, si delinea una riorganizzazione dell'assistenza territoriale anche a garanzia del superamento della forte disomogeneità nelle modalità di erogazione delle prestazioni, conseguenza anche delle eccessive articolazioni territoriali distrettuali, imponendo un cambio di prospettiva verso un sistema sanitario più vicino alla comunità.

Per quanto attiene all'organizzazione della rete territoriale presente nella Regione Umbria si illustra sinteticamente che sono presenti due ASL territoriali ognuna articolata in 6 Distretti e in 2 Dipartimenti di Prevenzione.

Nell'ambito degli attuali 6 Distretti, attraverso le articolazioni degli ambulatoriali e delle strutture gestione diretta e indiretta, sono garantiti i livelli essenziali di assistenza territoriali:

- assistenza sanitaria di base
- emergenza sanitaria territoriale
- assistenza farmaceutica
- assistenza integrativa
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza protesica
- assistenza termale
- assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale:
 - cure domiciliari
 - cure palliative domiciliari
 - assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie;
 - assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro-sviluppo;
 - assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali;
 - assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità;
 - assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche;
 - assistenza sociosanitaria alle persone non autosufficienti;
 - assistenza sociosanitaria alle persone nella fase terminale della vita;

Nell'ambito dei due Dipartimenti di Prevenzione, attraverso le articolazioni organizzative, sono garantiti i livelli essenziali di assistenza di prevenzione collettiva e sanità pubblica:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; attività medico legali per finalità pubbliche.

In un'ottica di riorganizzazione, per sviluppare un linguaggio uniforme a garanzia di equità di accesso e omogeneità di presa in carico, diventa cogente e contingente l'adozione di un **modello di stratificazione** comune sul territorio regionale. Il modello di stratificazione, con lo strumento informatico di cui la regione si è dotata, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che poi devono essere definiti nel Progetto di Salute.

Il Progetto di Salute è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, la modalità di presa in carico e di assistenza, in raccordo con i servizi sociali.

L'intento è quello di seguire la persona prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificata come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSR, alimentando in modo coerente e tempestivo il proprio FSE.

Il Progetto di Salute non è solo strumento per il cittadino e l'operatore sanitario che se ne prenderà cura, ma rappresenta anche uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico. Definisce infatti azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e ai bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale e di rivalutazioni periodiche.

Si insiste sul bisogno socio assistenziale e non solo sanitario, perché per l'individuazione dei bisogni complessivi che portano alla definizione del Progetto di Salute impongono il coinvolgimento (creazione là dove non esistono ancora) di équipes multiprofessionale. Tali équipes dovranno essere formate perlomeno di un medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, di un medico specialista ed di un infermiere, ma maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali da prevedere, con la possibilità di avere anche una implementazione e un maggior coinvolgimento di figure professionali in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità del paziente.

La base per la programmazione delle attività è quindi quella di effettuare prima possibile una stratificazione della popolazione di riferimento (regionale, aziendale, distrettuale).

Con il sistema adottato dalla regione Umbria sono previsti sei livelli di stratificazione del rischio, sulla base dei bisogni socioassistenziali: dalla persona in salute a quella in fase terminale, passando per differenti gradi di complessità clinico-assistenziale.

2) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE

In Umbria, come già esplicitato, le due AUSL sono divise in attualmente 12 Distretti socio-sanitari il cui territorio coincide con un ambito sociale territoriale di riferimento per i piani di zona e come già detto in precedenza il nuovo piano sanitario regionale, ancora in fase di completamento dell'iter giuridico per l'approvazione, prevederà l'articolazione in quattro distretti.

I Distretti garantiscono le attività di informazione, educazione e orientamento all'utenza, nonché all'accoglienza e alla presa in carico dei problemi socio sanitari della popolazione di riferimento e in particolare delle persone fragili con problematiche complesse, prestando particolare attenzione alla famiglia e al suo contesto di vita, con la nuova articolazione interna in case di comunità e ospedali di comunità, contribuendo alla realizzazione della rete d'offerta territoriale.

I distretti nella logica della presa in carico della cronicità e fragilità in maniera proattiva, interagiscono con tutti i soggetti erogatori insistenti sul territorio di competenza, al fine di realizzare la rete d'offerta territoriale. Il Distretto infatti, come articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda UsI sul territorio, funge da collettore di tutti i luoghi e le figure professionali e costituisce il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi della USL.

Al suo interno dovrà essere così organizzato:

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

In particolare, l'organizzazione del Distretto, deve garantire complessivamente:

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

2.1 Recepimento ed integrazione delle forme organizzative dell'assistenza primaria ai sensi dell'art. 8 del ACN della medicina generale del 28 Aprile 2022 con il nuovo modello organizzativo delineato.

La Regione Umbria, con proprio atto deliberativo n. 903 del 28/07/2017, ha istituito le AFT dei medici di assistenza primaria, adottando i criteri stabiliti all'epoca dall'ACN dei medici di medicina generale del 23

marzo 2005 e, s.m.i. (popolazione assistita di riferimento non superiore a 30.000 e numero medici di MG non inferiore a 20 inclusi i medici titolari di convenzione a quota oraria ex C.A.).

Le Aziende USL, recepito l’atto deliberativo sopra citato hanno costituito, con propri atti deliberativi, le AFT dei medici di medicina generale; nr. 20 sono state costituite dall’Azienda USL Umbria 1 e nr. 16 dall’Azienda USL Umbria 2.

Allo stato attuale è in programmazione l’attualizzazione/rivisitazione delle AFT sopra richiamate in coerenza con le nuove norme in materia (Decreto 23 maggio 2022, n.77).

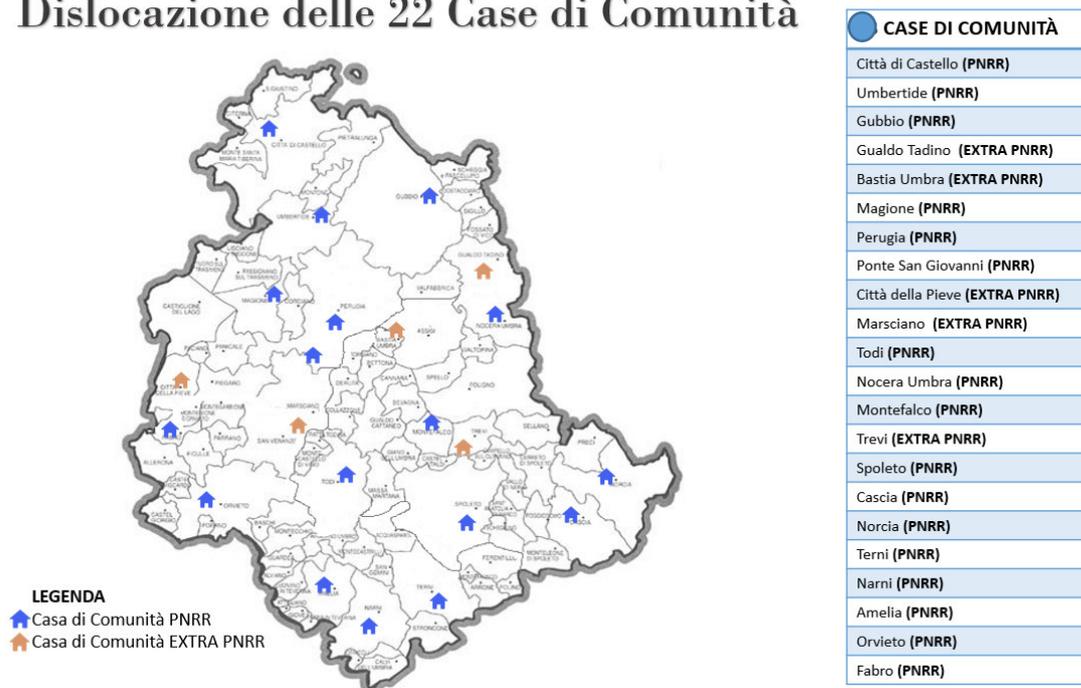
In tale contesto verrà avviata anche la programmazione relativa alle AFT della medicina pediatrica di libera scelta nonché le forme organizzative (UCCP) della medicina generale e quelle della pediatria di libera scelta.

2.2 Recepimento ed attuazione degli standard previsti dal DM 77/2022 per i diversi servizi:

2.2.1 - CASA DELLA COMUNITÀ

La Casa della Comunità (CdC) (22 previste in Umbria come da allegato 1 della D.G.R. N.152 del 28/02/2022 e tutte Hub alle quali si aggiungerà la 23esima c/o Foligno secondo il documento istruttorio sempre della D.G.R. n.152 del 28/02/2022 avente come oggetto: “PSR 21-25 – PNRR 21-26: dislocazione Case di Comunità, Ospedali di comunità e Centrali Operative Territoriali”) è il luogo fisico di riferimento per la comunità su cui insiste, è un luogo di prossimità dove la comunità può accedere per poter entrare per un primo contatto con il sistema di assistenza sanitaria e trovare risposta al proprio bisogno di salute.

Dislocazione delle 22 Case di Comunità



Nella Regione Umbria, ad oggi, è iniziata l’attivazione di due Case di Comunità. La prima presso Città della Pieve (Distretto del Trasimeno) e la seconda presso Trevi (Distretto di Foligno).

La CdC introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso un’équipe multiprofessionale territoriale. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l’erogazione di interventi sanitari.

La CdC rappresenta il luogo in cui il SSR si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull’integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai

bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. Indispensabile quindi il raccordo con i Comuni e il Terzo settore.

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, le case di comunità sono collegate in rete con il modello hub e spoke. Gli standard di personale rispondono a quelli dettate dal DM 77.

1 Casa di Comunità hub prevede la dotazione di:

- 7-11 Infermieri,
- 1 assistente sociale,
- 5-8 unità di Personale di Supporto, (Sociosanitario, Amministrativo).

A partire dal DM 77, nello specifico dall'elenco delle funzioni delle CdC elencate nella Tabella 4 (DM 77, pp. 29 e 30), i servizi sono stati classificati secondo 4 macro-aree omogenee:

- Macro-Area SPECIALISTICA che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali servizi di diagnosi e cura con la presenza di diagnostica di base, area prelievi, servizi ambulatoriali e quelli specialistici;
- Macro-Area CURE PRIMARIE che accoglie tutti gli spazi per la Medicina di Gruppo, tra cui i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatria di Libera Scelta (PLS) e gli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), ecc.;
- Macro-Area ASSISTENZA DI PROSSIMITA' che ospita Assistenza medica H24/12, servizi infermieristici, il Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo, nonché uno sportello e uffici sede dei servizi socio-sanitari quali quelli sociali con la presenza di un assistente sociale, di prevenzione, di assistenza domiciliare, ecc.;
- Macro-Area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area può essere suddivisa in:
 - *servizi di accoglienza per gli utenti* (area CUP, area amministrativa, ecc.);
 - *servizi di accoglienza per il personale sanitario e non* (spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, ecc.);
 - *servizi logistici* (archivi, magazzini, depositi, ecc.);
 - *locali tecnici* (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

Unità Funzionali della CdC		Indicazioni CdC		
MACROAREA	AREE FUNZIONALI	METAPROGETTO		
		HUB	SPOKE	
SPECIALISTICA	AREA DIAGNOSTICA DI BASE			
	<i>Servizi di diagnosi e cura</i>	DIAGNOSTICA di BASE (retinografo, spirometro, ecografo, ecc.)	Obbligatorio	Facoltativo
	AREA PRELIEVI			
	<i>Area prelievi e PO</i>	AREA PRELIEVI	Obbligatorio	Facoltativo
	ATTIVITA' AMBULATORIALE SPECIALISTICA			
	<i>Servizi ambulatoriali specialistici</i>	AREA AMBULATORIALE SPECIALISTICA (diabetologo, cardiologo, ecc.)	Obbligatorio	Obbligatorio
CURE PRIMARIE	AREA CURE PRIMARIE			
		AMBULATORI per Medici di Medicina Generale (MMG)	Obbligatorio	Obbligatorio
		AMBULATORI per Pediatri di Libera Scelta (PLS)	Obbligatorio	Obbligatorio
		AMBULATORI per Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
ASSISTENZA DI PROSSIMITA'	SERVIZI INFERMIERISTICI			
		AMBULATORI INFERMIERISTICI (IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
	ASSISTENZA MEDICA H24 / H12			
	<i>Assistenza medica</i>	ASSISTENZA MEDICA H24 / H12	Obbligatorio (H24)	Obbligatorio (H12)
	PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)			
		PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)	Obbligatorio	Obbligatorio
	INTEGRAZIONE con i SERVIZI SOCIALI			
		Spazi per ASSISTENTI SOCIALI	Obbligatorio	Obbligatorio
	ASSISTENZA DOMICILIARE			
		ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	Obbligatorio	Obbligatorio
	UNITA' CONTINUITA' ASSISTENZIALE (UCA)	Obbligatorio	/	
	SERVIZI PER LA COMUNITA'			
		SALA RIUNIONI POLIVALENTE	Obbligatorio	Obbligatorio
SERVIZI GENERALI LOGISTICI	AREA SERVIZI GENERALI			
	<i>Servizi urbani per utenti esterni e per il personale medico sanitario</i>	ACCOGLIENZA UTENTI - URP-CUP	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PERSONALE	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA DIREZIONALE e AMMINISTRATIVA	Obbligatorio	Obbligatorio
	AREA SERVIZI LOGISTICI			
	<i>Servizi logistici per il funzionamento della struttura socio-sanitaria</i>	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio	Obbligatorio
		SERVIZI INFORMATIVI e TELEMEDICINA	Obbligatorio	Obbligatorio
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PULIZIA	Obbligatorio	Obbligatorio
	AREE LOCALI TECNICI			
<i>CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.</i>	LOCALI TECNICI, CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTA, ecc.			

La CdC hub garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e teleassistenza e relative competenze professionali:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7; - Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di

telemedicina (es. telerefertazione, ecc.); - Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);

- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali.

In particolare modo il DM/77 stabilisce che " le CdC Hub al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto: 1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali, 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute, 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza"

La **CdC spoke** garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

2.2.2. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

L'Infermiere di Famiglia o di Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (D.L. 34/2020, art.1 c.5) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria.

L'IFoC interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali, è responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario e, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.

In sintesi, l'Infermiere di Famiglia o di Comunità è il case manager del paziente:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;

- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

La Regione Umbria, in attesa dell'istituzione di Master Universitari e altresì nelle more del Decreto Attuativo della figura professionale sopra descritta, ha organizzato corsi di formazione utili ad omogeneizzare l'inserimento di questa nuova professionalità nella riorganizzazione dei servizi territoriali. Ad oggi sono stati formati 45 Infermieri di Famiglia o Comunità appartenenti alle aziende sanitarie territoriali della Regione. Lo standard prevede 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola e per la Regione Umbria rispetto alla popolazione al 01/01/2022 pari a 859.572 (provvisori) abitanti questo numero si attesta intorno alle 287 unità.

2.2.3 - CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

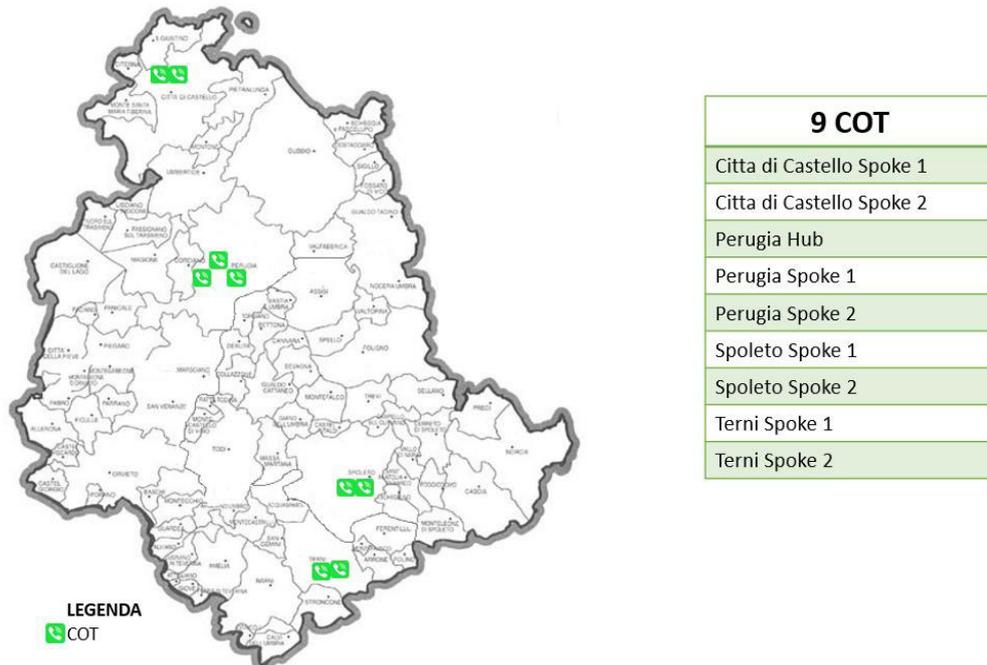
La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi (compreso il servizio di emergenza urgenza) e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina (ad esempio una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate...) L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria tramite la gestione delle transizioni tra un setting e l'altro.

Le COT sono punti di accesso territoriali, fisici e digitali, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete di offerta socio sanitaria all'interno del distretto ed è rivolta a tutti gli attori che possono richiederne l'intervento: MMG, PLS; continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali e dei servizi sociali. Dal punto di vista operativo le COT afferiscono ad un coordinatore infermieristico, che ne detiene la responsabilità di gestione e funzionamento. Inoltre, per una COT standard ogni 100.000 abitanti, devono essere previsti 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto (sanitario e/o amministrativo).

Attualmente, l'attivazione di modelli organizzativi riconducibili a quello delle COT, risulta frammentata e incompleta su tutto il territorio nazionale e anche all'interno delle stesse Regioni, in cui le Aziende procedono con diversi livelli di velocità all'attivazione delle stesse. La Regione Umbria (insieme a Veneto e Toscana) aveva attiva, già da prima dell'inizio dell'emergenza Covid-19, un modello organizzativo per la gestione della transizione ospedale-territorio e delle dimissioni protette di assistiti anziani e/o fragili. Questa tipologia di Centrale è attiva dal 2017 nell'Usl Umbria 1 come strumento di raccolta e classificazione del bisogno espresso, di prima analisi della domanda, di attivazione delle risorse e delle strutture più appropriate della rete assistenziale e di garanzia delle transizioni da un luogo di cura all'altro.

Nella DGR n. 152 del 28/2/2022 e nel PSR (al momento pre-adottato), è prevista la seguente localizzazione di COT Hub e COT Spoke, con la funzione di coordinare quanto succitato.

Dislocazione delle 9 Centrali Operative Territoriali



La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti; può essere definita come la piattaforma organizzativa necessaria per garantire le transizioni tra i vari setting assistenziali previsti nel percorso del paziente definito dal Piano assistenziale formulato dalla equipe multidisciplinare:

- dimissioni protette**: presa in carico di tutte le dimissioni protette sia dalle Aziende Ospedaliere, che dagli ospedali DEA, che dagli ospedali di prossimità, verso le residenze sanitarie assistite o il domicilio – in generale verso il setting più appropriato per quel determinato bisogno della persona con peculiari caratteristiche clinico/assistenziali (secondo il modello utilizzato da regione Umbria);
- gestione dell'ADI**: gestione delle richieste di prestazioni ADI sia per i pazienti ordinari che per i pazienti Covid interfacciandosi con le UCA e le altre articolazioni organizzative interessate dalla gestione dei pazienti in ADI (in raccordo con le case di comunità);
- gestione delle cronicità**: organizzazione dei percorsi dei pazienti cronici definiti dagli specialisti interessati (MMG/PLS, Medici territoriali o medici specialisti ospedalieri) in base al piano di cura previsto per la specifica patologia (GESTITI DA CASE DI COMUNITA' O OSPEDALI DI COMUNITA') (oltre che coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale in maniera tanto tempestiva quanto appropriata);
- continuità Assistenziale**: Gestione delle chiamate alla Continuità Assistenziale e attivazione dei medici di CA per la gestione dei pazienti
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- monitoraggio**, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno (oltre che avere contezza rispetto al tracciamento, management, delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico – assistenziale all'altro).

Tutti gli attori del sistema, come già rappresentato, possono richiedere l'intervento della COT, che implementando la propria operatività diventa garante e chiave di volta per tutte le funzioni precedentemente esplicitate.

La COT è operativa H24 e le suddette funzioni trovano applicazione diurna o notturna come di seguito rappresentato:

Funzione	Diurna	Notturna
<i>dimissioni protette</i>	X	
<i>gestione dell'ADI</i>	X	
<i>gestione delle cronicità</i>	X	
<i>Continuità Assistenziale</i>		X

Le COT Hub hanno il compito di relazionarsi con le Aziende Ospedaliere e con le altre Aziende territoriali. Le COT Spoke operano per il territorio di competenza in raccordo con la COT Hub di competenza.

2.2.4. - CENTRALE OPERATIVA 116117

Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117. Quest'ultima, sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti e di continuità assistenziale, cioè di bassa intensità e priorità, offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. La Centrale Operativa NEA 116117 offre un servizio diretto, per un bacino di utenza non inferiore a 1-2 milioni di abitanti, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi accordi di prossimità e la istituzione di centrali interregionali. Il servizio è aperto, gratuito e attivo h24 7/7 giorni, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

La NEA 116117 eroga servizi:

- che garantiscono una risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio erogabile obbligatorio) per:
 - prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale,
 - individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112.
- che garantiscono la risposta di tipo informativo (servizio erogabile obbligatorio). Può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata per:
 - modalità di accesso a MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento,
 - consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118,
 - modalità di accesso alla Guardia medica turistica.

Queste funzioni potranno essere esercitate tramite le risorse di un team multiprofessionale costituito da:

- Medici
- Infermieri
- Amministrativi

L'organizzazione del team, con funzioni di copertura H24, in termini di FTE (Full time Equivalent) è la seguente:

	Medici	Infermieri	Amministrativi	CA
Mattina	1	3	3	
Pomeriggio	1	3	3	
Notte		2	2	6
Notte e festiva		2	2	6/8 in funzione dei volumi di chiamate

La suddetta impostazione dei turni di lavoro, coerenti con le funzioni e l'ipotesi di carico di lavoro per le quattro funzioni individuate, richiede le seguenti risorse umane:

- 3 FTE (Full time Equivalent) di personale Medico,
- 15 FTE (Full time Equivalent) di personale Infermieristico,
- 15 FTE (Full time Equivalent) di personale.

Il personale della Continuità Assistenziale che sarà inserito nella Centrale Operativa è quello attualmente presente nei diversi punti di CA.

Come si può intuire la gestione dovrà essere affrontata con flessibilità e propositività del modello funzionale e orientate all'integrazione dei sistemi ed alla comunicazione e scambio automatico dei dati con le altre realtà organizzative interessate.

Volendo affrontare la problematica della non emergenza, non come semplice instradamento di comunicazioni vocali verso operatori sul territorio bensì come razionalizzazione di interventi e di risorse ed un innalzamento del servizio percepito ed erogato verso i cittadini, occorre sviluppare modelli che contemplino una Centrale Operativa evoluta, presidiata e di monitoraggio di risorse e di necessità in evoluzione sul territorio.

Per tutto quanto esposto tra i possibili modelli organizzativi attuabili finalizzati alla gestione della Non Emergenza Sanitaria (116117) si ritiene fondamentale implementare il modello che utilizzi necessariamente personale sanitario (medico ed infermieristico) presso la COT affiancato da Amministrativo.

Le varie componenti professionali saranno tra loro integrate anche se la gestione delle quattro funzioni dovrà prevedere competenze ben delineate alle diverse componenti professionali.

Il personale Medico, Infermieristico e Amministrativo avranno ruoli diversi come illustrato nella tabella sottostante:

Funzioni	Coordinamento e programmazione	Gestione e attuazione	Supervisione
<i>Dimissioni protette</i>	Medici	Infermieri Amministrativi (supporto al personale Infermieristico)	Medici
<i>Gestione dell'ADI</i>	Medici	Infermieri Amministrativi (supporto al personale Infermieristico)	Infermieri
<i>Gestione delle cronicità</i>	Medici	Infermieri Amministrativi	Medici
<i>Continuità Assistenziale</i>	Infermieri	Infermieri	Infermieri

Per quanto riguarda l'attività sanitaria si ritiene che nel modello prescelto la Centrale Operativa 116117 debba con sufficiente certezza filtrare, tramite intervista supportata da specifici protocolli, l'effettiva necessità di intervento della Guardia Medica o personale sanitario a casa del paziente (ed in questo caso gestirne le componenti informative raccolte e logistiche a supporto del personale sul territorio) e/o indirizzare il paziente verso le attività o strutture limitrofe al suo territorio per la risoluzione della problematica (es. MMG o PLS, Farmacia, Casa della Salute, etc.).

Quale strumento a supporto di tale attività degli operatori/sanitari in Centrale si prevede l'utilizzo di protocolli a larga diffusione e riconosciuti a livello internazionale, integrati con il sistema informativo. Questo strumento deve essere in grado di supportarli durante le attività di valutazione del caso raccogliendo l'anamnesi, discriminandone la gravità e favorendo il riconoscimento della probabile casistica o patologia suggerendo domande e comportamenti supportati da protocolli scientificamente validati. I protocolli debbono facilitare il riconoscimento di casistica inappropriata per la tipologia di Centrale Operativa 116117 e rimandare le attività suggerite verso le strutture più appropriate.

Il modello prevede quindi che il personale sul territorio abbia dalla Centrale Operativa 116117 (e veicolato tramite un device mobile e relativi software a supporto) un importante aiuto non solo relativamente alla componente logistica (identificazione del paziente, localizzazione e percorso per raggiungerlo, sequenza degli interventi da effettuare, supporto per la sicurezza personale, etc.), ma anche informativa sanitaria antecedente sul paziente (quando reperibile) e soprattutto sull'intervista protocollare effettuata dalla Centrale 116117.

Il modello organizzativo prevede quindi che la Centrale Operativa 116117 faccia intervenire gli operatori sul territorio solo se necessario fornendo loro, presso la base o fuori sede su un apparato mobile, tutte le informazioni necessarie per affrontare e risolvere al meglio il caso alleggerendoli per quanto possibile dalle attività di tipo amministrativo e formali di tipo sanitario.

2.2.5. - UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. L'équipe UCA afferisce al Distretto ed è composta da almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP, può essere eventualmente integrata con altre figure professionali sanitarie. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri e deve essere dotata di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) utili all'inquadramento e al monitoraggio dell'assistito a domicilio.

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

- Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Sanitaria;
- Supporto all'assistenza domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
- Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- Programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il dipartimento di prevenzione e sanità pubblica (ondate di calore, vaccinazioni c/o RSA/Case di Riposo, interventi mirati nelle scuole...)

La sede operativa dell'UCA è la Casa di Comunità hub alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo. Nella Regione Umbria attualmente, e fino al 31 Dicembre 2022, nelle more dell'attuazione della riorganizzazione prevista dal DM 77/2022 in ottemperanza agli standard UCA succitati, sono presenti un totale di 23 medici organizzati secondo il modello USCA utilizzato durante lo stato emergenziale Covid-19 correlato.

2.2.6. - ASSISTENZA DOMICILIARE

Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell’ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell’assistenza nell’ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Con DGR del 02/03/2022 n.172 la Regione Umbria ha attivato il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l’erogazione delle cure domiciliari, così come stabilito dalla Intesa 151/CSR del 04/08/2021.

In generale, le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l’assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI).

Le casistiche sono di due tipi:

- ADI prestazionale
- ADI per pazienti cronici con presa in carico in un PDTA (medicina di iniziativa)

Per quanto all’ADI valgono le regole dell’attivazione dei percorsi di presa in carico da parte del Distretto di competenza in particolare:

- o in caso di dimissione ospedaliera si fa riferimento al percorso previsto dal sistema di dimissioni protette con attivazione della COT di riferimento,
- o in caso di attivazione dal domicilio è il MMG/PLS che valuta l’opportunità di tale percorso e attiva la Casa di Comunità del proprio territorio o la COT,
- o l’organizzazione ed il supporto per la gestione dei pazienti cronici presi in carico per i quali è necessario prenotare un insieme di prestazioni come previsto dai piani di cura prescritti dai diversi specialisti che hanno attivato la presa in carico del paziente cronico. In funzione della patologia (es. Diabete tipo II, BPCO, scompenso, ecc.) il PDTA deve prevedere la tipologia di specialista che deve organizzare la presa in carico in occasione della quale viene redatto il piano di cura. Dopo la programmazione delle prestazioni previste nel piano di cura, il personale Infermiere di Comunità per la Casa di Comunità, l’Infermiera territoriale per i medici territoriali o l’Infermiera dello specialista ospedaliero provvedono a comunicare alla COT, anche con l’utilizzo di opportuni strumenti informatici/informativi, le prestazioni da prenotare e monitorare per garantire il rispetto di quanto previsto nel PDTA e nel piano di cura specifico. La COT procederà quindi a prenotare il pacchetto di prestazioni per il periodo e a monitorare, anche con l’ausilio del paziente tramite APP dedicate per patologia, l’applicazione da parte del paziente del percorso a lui personalizzato. Di seguito la tabella con le fasi e le responsabilità per la gestione dei cronici:

Fasi del processo delle medicina di iniziativa per la gestione dei cronici	Il Medico dipende dal target (es. Diabete, BPCO, scompenso, ecc.)			
	MMG / PLS	Medico del Distretto	Specialista Ospedaliero	COT
Selezione dei pazienti target	✓	✓	✓	
Invito e prenotazione pazienti	✓	✓	✓	
Presa in carico e prescrizione Piano di cura	✓	✓	✓	
Prenotazione prestazioni del Piano di cura				✓
Erogazione delle prestazioni	✓	✓	✓	
Monitoraggio adesione del Piano di cura				✓
Rivalutazione Piano di Cura	✓	✓	✓	

2.2.7. - OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità (OdC) svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

L'OdC è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare).

L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20, può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

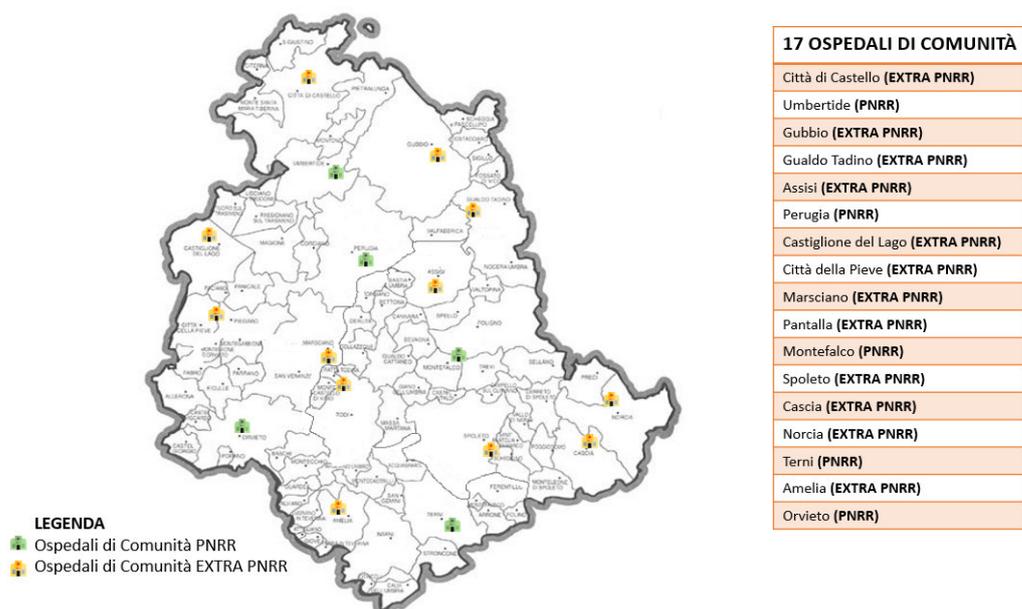
1. pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
2. pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
3. 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;
4. pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

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

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

L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali.

Dislocazione dei 17 Ospedali di Comunità



2.2.8. - RETE CURE PALLIATIVE

La Regione Umbria con la DGR 1772/2012 ha dato piena attuazione alla Legge 38/2010 definendo l'articolazione della rete regionale delle cure palliative con l'obiettivo di aumentare la conoscenza, l'efficacia e la diffusione omogenea dei relativi servizi sul territorio. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

L'obiettivo generale è quello di qualificare ulteriormente la rete delle cure palliative già esistente e l'implementazione delle cure palliative pediatriche al fine di una migliore e precoce presa in carico delle persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di prolungamento significativo della vita.

La rete regionale è composta dal Coordinamento per le cure palliative come struttura di supporto alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria, monitora e valuta l'appropriatezza degli interventi. A livello aziendale opera la rete locale attraverso il Servizio di Unità di Cure Palliative (UCP) così come indicato nella Legge 38/10 e successivi Accordi Stato Regioni. L'UCP, articolata in équipe multiprofessionali, è un'aggregazione funzionale ed integrata di attività di cure palliative erogate in ospedale, in struttura residenziale dedicata – hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali (RSA o altre).

La struttura di base dell'équipe multiprofessionale è costituita da medici e infermieri in possesso di adeguata formazione ed esperienza e dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta del singolo malato, che sono insostituibili nei loro rispettivi ruoli. A queste figure fondamentali si aggiunge, in funzione dei bisogni del malato e dei familiari, la presenza in équipe di altri professionisti (psicologo, assistente sociale, operatore socio-assistenziale, fisioterapista, assistente spirituale...), integrati da volontari formati e competenti.

In Umbria sono presenti tre hospice che fanno parte integrante del Servizio di cure palliative, a Perugia, Spoleto e Terni per complessivi 28 posti letto.

La governance della Rete locale di cure palliative, è quindi demandata a livello aziendale, dal Coordinamento locale che nella falsa riga del Coordinamento regionale succitato, è composto dal responsabile della UCP, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

Rispetto agli standard nazionali di dotazione di posti letto negli hospice, l'Umbria, come indicato sopra, ha n. 28 posti letto nei tre hospice, non raggiungendo quindi lo standard dei 47 posti letto individuati dal DM 43 del 22 febbraio 2007.

Quanto sopra detto quindi dovrà evolversi in base a quanto stabilito dal DM 77/2022 che indica i seguenti standard:

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

La Rete locale di cure palliative, attraverso la/e UCP

- Coordina ed integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, con i Punti unici di accesso e l'Assistenza domiciliare integrata e l'Assistenza Primaria;
- Definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- Adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e di controllo dei percorsi di cura erogati;
- Raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
- Attiva percorsi formativi aziendali specifici;
- Partecipa ad iniziative di ricerca

La RLCP agisce sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

- nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso equipè di cure palliative che erogano consulenza, facilitano l'attivazione ai percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale – territorio, supportano l'equipè dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
- nell'ambito ambulatoriale, da equipè dedicate e specificatamente formate per cure palliative precoci e simultanee;
- a domicilio del paziente, attraverso le Unità di cure palliative domiciliari (UCP-DOM), in integrazione con il MMG e/o l'Assistenza domiciliare integrata, per assicurare continuità 24 ore per 7 giorni su 7;
- nelle strutture residenziali e negli Hospice

Ruolo strategico sarà sicuramente rappresentato dalla COT che fungerà da snodo e al contempo da raccordo per tutte quelle attività che devono mettere in relazione diversi setting e quindi diversi professionisti. A maggior ragione nell'ambito delle cure palliative in cui l'avvicinarsi e il continuo scambio di informazioni sulle condizioni dell'assistito risulta cruciale per una migliore qualità assistenziale.

L'intervento della Rete locale di cure palliative può essere richiesto da tutto il personale medico, distrettuale e ospedaliero: MMG, PLS (per le CPP), medici specialisti, nonché personale medico delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semi-residenziali.

L'intervento palliativo si caratterizza, di norma, ad assistiti afferenti al Distretto/Territorio di appartenenza (malati di qualunque età non solo affetti da patologia terminale, ma anche pazienti con patologie cronico-degenerative nella fase precoce per prevenire o attenuare gli effetti del declino funzionale) per le seguenti fasi:

- Segnalazione del caso da parte delle figure succitate;
- Valutazione multidimensionale del bisogno fisico, psichico, sociale e spirituale;
- Presa in carico del malato e della sua famiglia ed elaborazione ed attuazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
- Riunione d'equipè (anche in telemedicina) per la discussione del caso (di ogni singolo malato);

- Misurazione della qualità della vita del paziente e della sua famiglia con strumenti specifici validati ed omogenei;
- Coinvolgimento della famiglia per renderla parte integrante del processo di cura
- Gestione delle fasi del decesso del paziente e dell'elaborazione del lutto da parte dei familiari

2.2.9. - CONSULTORI FAMILIARI

In Umbria il Consultorio familiare rappresenta il punto nodale per la presa in carico della gravidanza fisiologica, nonché il punto di partenza e di arrivo di tutto il percorso nascita. E' inoltre il servizio di promozione e prevenzione di riferimento per garantire le cure primarie nell'area della salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della donna, della coppia e del minore. Svolge quindi un ruolo centrale nell'integrazione socio sanitaria in collaborazione con altri servizi del territorio e dell'ospedale, nonché con istituzioni pubbliche diverse quali le Scuole, associazioni di volontariato, organi giudiziari. Fondamentale per lo svolgimento di tutte le funzioni attribuite dalla normative, è la presenza di adeguate equipe costituite da medici ginecologi, ostetriche, psicologi, assistenti sociali, infermieri e mediatori culturali.

In Umbria le sedi consultoriali sono 51 rispettivamente n. 23 nell'Azienda USL 1 e n. 28 nell'Azienda USL 2.

Il Consultorio rappresenta la struttura aziendale a libero accesso e gratuita. Si incardina all'interno della rete dei servizi territoriali ed è in grado di assicurare capillarmente la presa in carico delle persone e delle comunità, garantendo l'accessibilità e la continuità delle cure. Rappresenta un ulteriore nodo strategico nella riorganizzazione territoriale, in un'ottica di valorizzazione della tutela e della promozione della salute. I consultori familiari sono dei servizi di vicinanza e sostegno che hanno, anche per mandato istituzionale, la possibilità di mettersi in modo competente a fianco delle comunità.

L'indebolimento dei legami familiari sta portando inevitabilmente ad un maggiore carico per i servizi socio-educativi e sanitari, che si fanno più specialistici e professionalmente competenti, divenendo gioco forza dei contesti privilegiati nei quali le famiglie entrano in relazione, per lo più per necessità. Le famiglie richiedono, in modo costante e coerente, ulteriori e contemporanee presenze ed interventi soprattutto nella sfera delle relazioni orizzontali e di comunità, nella logica della sussidiarietà e della promozione sociale.

Si evidenzia pertanto il bisogno e la necessità di offrire alle diverse componenti familiari (donne, adolescenti, coppie ...) occasioni stabili d'incontro, confronto e protagonismo al fine di uscire dalla mera logica dell'utenza, ricollocando i servizi, insieme alla corresponsabilità delle comunità, come contesti relazionali, prima ancora che di erogazione di prestazioni.

L'obiettivo vuol essere quello di sviluppare una presenza forte sul territorio nell'ambito di competenza, che porti a fornire delle risposte adeguate ed efficaci rispetto ai reali bisogni di cui la comunità viene investita. Investendo quindi nel loro potenziamento strutturale, tecnologico e di personale specialmente medico.

L'approccio multidisciplinare li rende presidi di straordinaria attualità e potenzialità per la salute pubblica, proprio per la capacità di cogliere i nuovi bisogni emergenti nella popolazione. È dunque importante ripensare ai consultori familiari come servizi che operino secondo la modalità dell'offerta attiva ai cittadini e non si limitino a coloro che spontaneamente si presentano allo sportello. Un'offerta rivolta dunque non al singolo, quanto, appunto, alla comunità.

Lo standard previsto dal DM 77/2022 è:

- 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case di Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

2.2.10 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il territorio applicando la logica della presa in carico complessiva e globale del paziente, della famiglia e della comunità, soprattutto per applicare in concreto alla medicina di iniziativa e la proattività deve necessariamente fare della prevenzione e promozione della salute uno strumento quotidiano e di qualità. Attraverso il coordinamento con il dipartimento di prevenzione e sanità pubblica aziendale potrà realizzare iniziative proattive progettate in coerenza con le caratteristiche dei diversi territori e in line con quanto ben delineato e programmato nel Piano di Prevenzione regionale.

Anche nel Piano Nazionale della Prevenzione, viene ribadito con forza come l'azione dei servizi di prevenzione debba essere sempre più intersettoriale e multidisciplinare, nell'ottica della salute in tutte le politiche.

Operare in raccordo con reti strutturate ed estendere gli ambiti di intervento quali prevenzione universale, medicina predittiva, medicina di genere prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze delle recidive di malattie, utilizzando in maniera coordinata le risorse a disposizione, è il focus principale della visione olistica della salute in grado, altresì, di implementare strategie per acquisire consapevolezza e autodeterminazione della persona (empowerment).

Quanto sopra riportato è ulteriormente esplicitato dal PNP 2020-2025 che considera la salute come il risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health) e considera quanto disposto nel DPCM 12 gennaio 2017 riguardo il LEA "prevenzione collettiva e sanità pubblica".

La Regione Umbria con il PRP 2020-2025 adottato con DGR n. 1312/2021 ha fatto propri i principi ispiratori del PNP 2020-2025, anche per dare attuazione e concretezza ai LEA.

Come è noto alcune attività di promozione della salute, si esplicitano con le attività di stewardship nei confronti degli stakeholder (Enti locali, Istituzioni, Terzo settore, Associazioni sportive e altri) mediante iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti (scuola, lavoro, comunità).

A tal fine il Piano regionale della Prevenzione prevede la ricognizione delle offerte per l'adozione di un corretto stile vita presenti sul territorio dei diversi distretti, la costruzione di una mappa delle opportunità esistenti sul territorio e il coinvolgimento e la formazione di medici (MMG e specialisti) affinché effettuino sempre di più attività di counselling nei confronti dei propri assistiti (scuole che promuovono salute, comunità attive, dipendenza, sicurezza negli ambienti di vita, promozione della salute materno-infantile e dei primi 1000 giorni di vita, screening oncologici...).

Pertanto, in un'ottica di riorganizzazione/potenziamento dell'ambito territoriale, si considera necessario potenziare le attività per la promozione della salute, al fine di recuperare le collaborazioni già in atto, ampliare la diffusione delle buone pratiche e incrementare gli interventi che hanno dimostrato di essere efficaci e ben accettati.

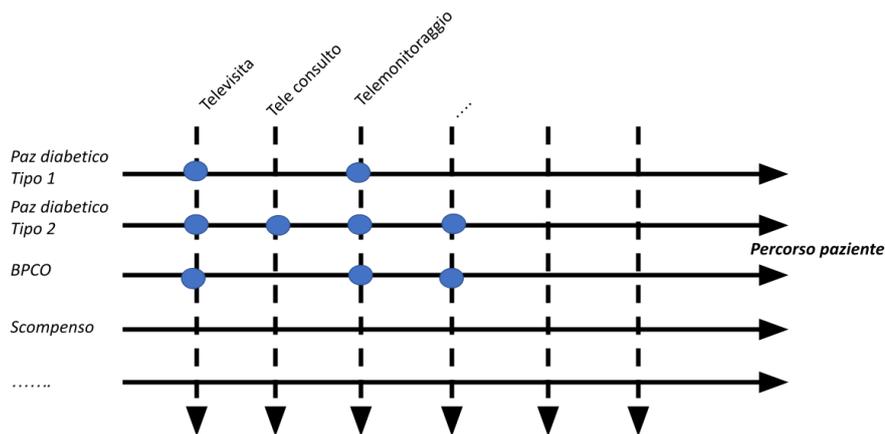
Alla luce della complessità nella realizzazione dei programmi del PRP è stato inoltre necessario ridefinire con chiarezza ruoli e strumenti per il governo del sistema nell'intero arco temporale di implementazione del Piano (DGR n. 903/2022), definendo tra l'altro la composizione della Cabina di regia regionale e l'organizzazione territoriale prevedendo, per ciascuna Azienda, un Responsabile per il PRP, Referenti Aziendali per l'attuazione di ciascun Programma Predefinito e ciascun Programma Libero e un Referente per la comunicazione.

2.2. 11 – TELEMEDICINA

Il ruolo della telemedicina nei processi organizzativi rappresenta elemento fondante per la presa in carico nel cittadino coerentemente con quanto definito nel DM 77 ed inoltre si introduce la stretta sua stretta connessione con l’Ecosistema Digitale dei Servizi Socio Sanitari che include al suo interno FSE.

Il SSR deve passare da una strategia di adozione di strumenti della telemedicina reattive al COVID-19, alla creazione proattiva di una strategia coerente all’ecosistema dei servizi che includa l'implementazione simultanea di un'ampia gamma di servizi virtuali come chatbot, consultazioni video, rilevazione parametri per il monitoraggio remoto dei pazienti, servizi ospedalieri a domicilio. Sebbene l'adozione di strumenti della telemedicina sia in aumento, la maggior parte delle soluzioni riflette ancora casi d'uso ristretti, basati su soluzioni verticali. Il SSR deve permettere l'implementazione simultanea di più casi d'uso, identificando e implementando piattaforme tecnologiche neutrali rispetto al fornitore in grado di integrare più livelli di servizio dell’ecosistema, utilizzando un approccio metodologico che consenta di rendere la tecnologia abilitante e di essere attrattivi nei confronti degli operatori sanitari. Questi vantaggi si possono ottenere attraverso lo sviluppo della telemedicina nell’ottica del percorso paziente; i bisogni derivanti dalla condizione e dalla patologia (es. per la cronicità il diabete, la BPCO, lo scompenso cardiaco, ecc.) guideranno la revisione dei processi. (percorso verticale illustrato in Figura successiva).

Fonte: Tecnologie digitali e cronicità: un binomio imprescindibile



Come evidenziato, prendendo a riferimento il paziente diabetico di Tipo 2 seguito dal Medico di Medicina Generale (MMG) il percorso del paziente potrebbe necessitare del telemonitoraggio per seguire le condizioni del paziente, la tele-visita in caso di necessità per l’aggravarsi di un parametro clinico e forse anche di un teleconsulto tra MMG e specialista ospedaliero (Diabetologo) per un confronto tra specialisti sulla gestione del paziente. Nell’ottica del paziente saremo quindi in grado di monitorare:

- lo stato di salute (es. servizio dedicato tramite SanitApp);
- l’adesione al Piano di Cura prescritto dal MMG;
- il miglioramento dei parametri clinici.

Il modello che si intende adottare per la realizzazione di servizi verticali (es. gestione delle malattie croniche, tele-visita, ecc.) che si appoggiano sulla piattaforma EDSS si sviluppa nelle seguenti fasi:

1. definizione del modello organizzativo, necessario a supportare il cambiamento introdotto dall’introduzione di nuove tecnologie e nuove modalità di lavoro;
2. identificazione dei requisiti tecnici, gestionali e clinici dell’app in relazione ai diversi ambiti in cui la stessa verrà utilizzata;
3. valutazione della compliance rispetto alle normative vigenti (focus su fase di privacy e raccolta dati e modalità con cui l’app si integra con i sistemi sanitari regionali già presenti);

4. implementazione e sperimentazione su un gruppo ristretto di utenti al fine di valutare l'efficacia dell'app, prima di essere dispiegata e rilasciata a tutti gli utenti.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), attraverso la Missione 6 "Salute", intende rendere le strutture italiane più moderne, digitali e inclusive, favorendo equità di accesso ai migliori servizi sanitari del nostro Paese per tutti i cittadini. In questo piano, la trasformazione digitale si pone come un tassello fondamentale per uniformare opportunità e standard su tutto il territorio nazionale e fonda la sua strategia su due pilastri architettonici e di processo: il nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico e la piattaforma di telemedicina.

Le piattaforme FSE e di telemedicina sono mutuamente connesse e concorrono nel realizzare processi clinici, di governo anche tecnologico, di raccolta dati e messa a disposizione di servizi verso i cittadini e verso i professionisti, appoggiandosi su strutture cloud e logiche a microservizi come definito nel PSR e nel modello EDSS. Tale impostazione tecnologica abilita il riuso di servizi e funzioni comuni alle due piattaforme e un governo più efficace o operativo del processo di riuso di nuovi servizi che potranno aggiungersi a quelli essenziali indicati ad oggi nelle linee guida di attuazione.

In aggiunta alla raccolta dei documenti e dei dati, la progettazione e realizzazione progressiva della gestione degli eventi, sulle due piattaforme, è propedeutica a questa visione di prospettiva, ma è anche funzionale nel fornire a breve-medio periodo servizi basati sul dato concretamente più evoluti rispetto a quelli basati sul documento. Ciò deve essere quindi indirizzato già nelle prime fasi progettuali.

La piattaforma FSE sarà abilitante per la raccolta dei dati e documenti e per l'erogazione di servizi "non specializzati" (cioè non incardinati in workflow di presa in carico specifici) verso cittadini e professionisti sanitari. La piattaforma di telemedicina, invece, dovrà via via realizzare tutti i servizi, identificati e futuri, di presa in carico territoriale e domiciliare.

La Piattaforma Nazionale di Telemedicina in Cloud è composta da due componenti, integrate ma chiaramente distinte nel processo di esecuzione:

- Infrastruttura Regionale di Telemedicina (indicata nell'allegato "indicazioni metodologiche per la perimetrazione delle proposte di PPP per la piattaforma nazionale di telemedicina" come servizi minimi) che, nelle sue istanze regionali, realizza almeno i servizi minimi della Piattaforma Nazionale di Telemedicina;
- Piattaforma/Infrastruttura Nazionale di Telemedicina (PNT) che, gestita da Agenas, è costituita dai servizi abilitanti di cui all'avviso PPP pubblicato sul sito di Agenas.

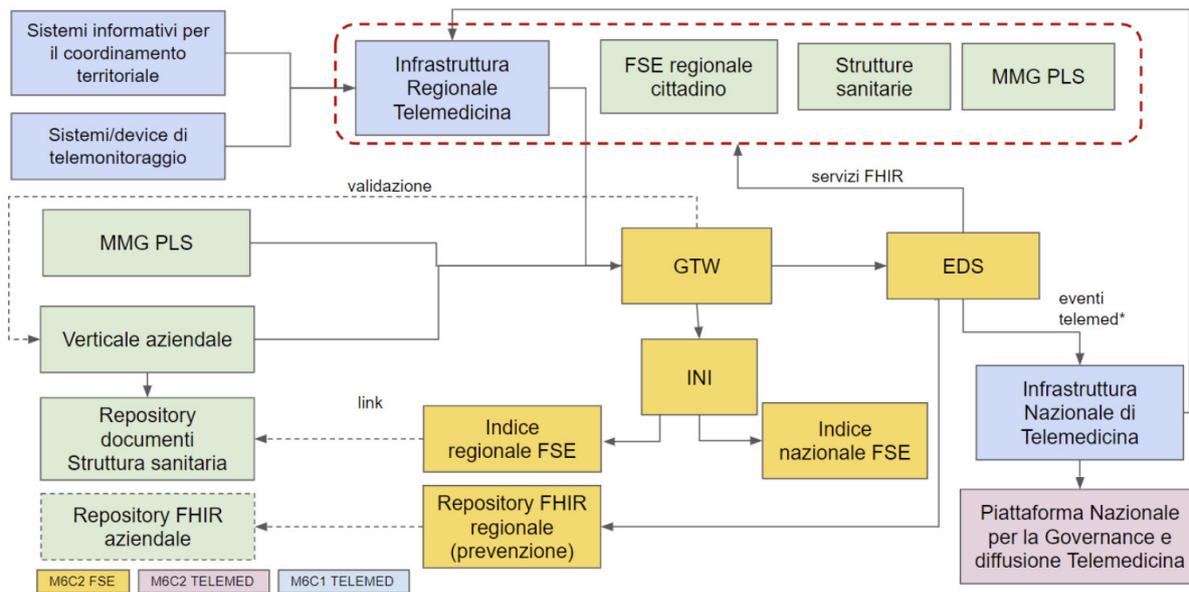
L'Infrastruttura Regionale di telemedicina è un insieme di verticali che, tramite il gateway, alimentano EDS e l'FSE con dati, documenti ed eventi legati ai percorsi di telemedicina. Gli eventi caratterizzano i contesti di asset assistenziale in cui i dati e documenti sono prodotti e sono definiti tramite un set di dati.

Rappresentano ad esempio l'inizio e la fine di un percorso assistenziale che si protrae nel tempo ma anche un evento puntuale, come una visita o la segnalazione di un valore anomalo. Essi sono utili per:

- il professionista medico per poter realizzare servizi di accesso al dato più efficaci, in particolar modo per assistiti complessi o comunque con comorbidità,
- l'assistito consentendo l'organizzazione dei dati e documenti sul proprio FSE in modo più adatto alle esigenze specifiche.

Il verticale regionale di telemedicina realizza almeno i servizi di telemedicina minimi applicando standard per la produzione dei dati e documenti secondo le Linee Guida FSE, applica codifiche e workflow di processo secondo quanto previsto dalla Linee Guida Telemedicina che sono verificate dall'Infrastruttura nazionale di telemedicina con il quale è integrato. Inoltre si integra con i servizi centrali, di autenticazione, prenotazione e pagamento delle prestazioni.

Il modello logico di riferimento è di seguito riportato:



Modello logico di interazione a regime

La regione Umbria sta avviando lo sviluppo dell'EDSS che implementa con la logica a microservizi al suo interno anche la piattaforma di Telemedicina funzionale all'attuazione del DM 77.

2.2.12. - INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Il modello d'integrazione socio sanitaria regionale che verrà sviluppato con l'attuazione della riorganizzazione del territorio (alla luce delle indicazioni del DM 77) riprende e sviluppa l'esperienza positiva maturata nell'ambito della non autosufficienza con il Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) che ha conosciuto il ruolo delle organizzazioni e delle formazioni sociali che tutela i cittadini nella costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, assumendo il confronto e la concertazione come metodi di relazioni connesse.

L'integrazione socio sanitaria in Umbria è attualmente articolata su tre livelli di intensità: un livello alto rappresentato da un'integrazione che si realizza nell'area della non autosufficienza. E' un sistema integrato che sebbene presenti ancora criticità dovute alla disomogeneità territoriali, consente di ristrutturare completamente le modalità di accesso, di valutazione e di presa in carico di cittadini non autosufficienti, facendo fronte alle necessità di rivalutazione e di riprogettazione degli interventi già in essere; un livello medio di integrazione socio sanitaria nell'area della tutela minorile, strutturato per equipe specialistiche di intervento; un livello basso rappresentato dai servizi e interventi su specifici progetti individuali o su azioni che hanno valenza limitata, seppur di ampio respiro.

E' necessario raggiungere il livello di integrazione di sistema più elevato estendendo, quanto già realizzato nell'area della non autosufficienza, anche alle altre aree. Un modello che coinvolga il livello istituzionale, organizzativo e gestionale (fra i servizi dello stesso ente e di enti diversi) e quello professionale.

Gli assi su cui si base l'integrazione socio sanitaria sono:

- il Piano di zona e il Piano attuativo locale i quali, per la parte relativa ai servizi e interventi socio sanitari, oltre ad avere uno stesso progetto, seguono iter di approvazione simili;
- -a coincidenza territoriale tra distretto socio sanitario e zona sociale e tra centro di salute e ufficio della cittadinanza, che facilita il processo di definizione e gestione degli atti di programmazione;

- livelli di responsabilità della programmazione definiti con precisione, che consente l'elaborazione trasparente e partecipata di piani e programmi;
- la strutturazione di livelli operativi integrati, dall'accesso alla presa in carico, ciò consente di minimizzare il rischio di incertezza decisionale e di duplicazione degli interventi.

Proprio per raggiungere un livello di integrazione più elevato e coerente con i principi del DM 77, diventa ancor più stringente una collaborazione strutturata con Enti Locali (Comune...), Enti di volontariato, Terzo settore, con i quali saranno stipulati specifici accordi per portare avanti, secondo proprie responsabilità e competenze, le modalità di lavoro uniformemente a livello regionale.

Al fine di facilitare l'attuazione delle politiche regionali di integrazione socio-sanitaria questi Uffici inoltre stanno predisponendo la costituzione di un *Gruppo tecnico di lavoro*.

2.2.13 - INTERAZIONE DEGLI ALTRI SERVIZI NON DELINEATI NEL DM 77

Il DM 77 indica un cambio di prospettiva verso un Sistema Sanitario più vicino alla comunità, in grado di garantire equità nell'accesso ai servizi, appropriatezza, tempestività. Il raggiungimento di tale obiettivo, si realizza attraverso l'attuazione di operazioni di rafforzamento e valorizzazione dei servizi territoriali nel loro complesso e anche tramite l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio. In tal modo si garantisce una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, assicurando uniformità dei livelli di assistenza in un contesto di pluralità dell'offerta. La presa in carico globale dell'utente mette in gioco non solo case di comunità e ospedali di comunità, ma anche dipartimento di salute mentale e dipendenze, sistema della residenzialità e semi-residenzialità e ogni altro setting assistenziale presente sul territorio. Ulteriore evoluzione nell'abito delle cure primarie sarà anche l'ampliamento e lo sviluppo delle farmacie dei servizi utili per uscire dalla mera e unica logica di attività di dispensazione di farmaci, a favore di una più ampia operosità rispetto alle attività assistenziali di pertinenza territoriale: potranno essere punto di riferimento della persona con cronicità e dei suoi familiari, configurandosi come il più agevole e frequente punto di accesso andando a rappresentare l'essenza della prossimità propriamente intesa.

3)FABBISOGNI PERSONALE PER IL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI E PIANI DI FORMAZIONE

PERSONALE INFERMIERISTICO

	MACRO-AREE	DISTRETTI ATTUALI	POPOLAZIONE	Cdc	Inf. CDC		Odc	Inf. OdC		COT	Inf. COT		UCA	Inf. UCA		Fabbisogno Complessivo Infermieri	
				A	B		C	D		E	F		G	H		B+D+F+H	
					Min	Max		Min (di cui 1 Coordinatore)	Max (di cui 1 Coordinatore)		Min (più 1 Coordinatore/COT)	Max (più 1 Coordinatore/COT)		Min	Max	Min	Max
AUSL Umbria 1	Nord-Est	Alto Tevere	74383	2	14	22	2	14	18	2	6	10	-	-	-	34	50
		Alto Chiascio	52194	2	14	22	2	14	18	0	0	0	-	-	-	28	40
		Assisano	60768	1	7	11	1	7	9	0	0	0	-	-	-	14	20
	Centro-Ovest	Perugino	191689	2	14	22	1	7	9	3	9	15	-	-	-	30	46
		Trasimeno	56317	2	14	22	2	14	18	0	0	0	-	-	-	28	40
		Media Valle Tevere	55688	2	14	22	2	14	18	0	0	0	-	-	-	28	40
AUSL Umbria 2	Sud - Est	Foligno*	93608	3*	21	33	1	7	9	0	0	0	-	-	-	28	42
		Spoletto	47660	1	7	11	1	7	9	2	6	10	-	-	-	20	30
		Valnerina	11186	2	14	22	2	14	18	0	0	0	-	-	-	28	40
	Sud-Ovest	Terni	126950	1	7	11	1	7	9	2	6	10	-	-	-	20	30
		Narni/Amelia	49742	2	14	22	1	7	9	0	0	0	-	-	-	21	31
		Orvieto	39387	2	14	22	1	7	9	0	0	0	-	-	-	21	31
TOTALE:		859572	22	154	242	17	119	153	9	27	45	9	9	9	309	449	

* alle quali si aggiungerà quella esplicitata dal documento istruttorio della DGR n.152 del 28/02/2022.

ALTRO PERSONALE

	MACRO-AREE	DISTRETTI ATTUALI	POPOLAZIONE	CdC		Assistente Sociale		Personale di Supporto (Socio Sanitario e Amministrativo)		OdC	Operatori Socio Sanitari		Personale Sanitario Riabilitativo		Medico**	COT	Personale di Supporto		UCA	Medico
				A	B		C		D		E		F				G	H		
					Min	Max	Min	Max		Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min			Max	
AUSL Umbria 1	Nord-Est	Alto Tevere	74383	2	2	2	10	16	2	8	12	2	4	-	2	2	4	-	-	
		Alto Chiascio	52194	2	2	2	10	16	2	8	12	2	4	-	0	0	0	-	-	
		Assisano	60768	1	1	1	5	8	1	4	6	1	2	-	0	0	0	-	-	
	Centro-Ovest	Perugino	191689	2	2	2	10	16	1	4	6	1	2	-	3	3	6	-	-	
		Trasimeno	56317	2	2	2	10	16	2	8	12	2	4	-	0	0	0	-	-	
		Media Valle Tevere	55688	2	2	2	10	16	2	8	12	2	4	-	0	0	0	-	-	
AUSL Umbria 2	Sud - Est	Foligno*	93608	3*	3	3	15	24	1	4	6	1	2	-	0	0	0	-	-	
		Spoletto	47660	1	1	1	5	8	1	4	6	1	2	-	2	2	4	-	-	
		Valnerina	11186	2	2	2	10	16	2	8	12	2	4	-	0	0	0	-	-	
	Sud-Ovest	Terni	126950	1	1	1	5	8	1	4	6	1	2	-	2	2	4	-	-	
		Narni/Amelia	49742	2	2	2	10	16	1	4	6	1	2	-	0	0	0	-	-	
		Orvieto	39387	2	2	2	10	16	1	4	6	1	2	-	0	0	0	-	-	
TOTALE:		859572	22	22	22	110	176	17	68	102	17	34	-	9	9	18	9	9		

* alle quali si aggiungerà quella esplicitata dal documento istruttorio della DGR n.152 del 28/02/2022

** 4,5 ore al giorno, 6 giorni su 7

Formazione

La Regione Umbria ha sempre posto al centro delle sue iniziative, a sostegno della qualità e sicurezza delle cure, la formazione quale fattore strategico necessario per il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione regionale.

La DGR n. 716/22 *“Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane. Architettura del governo della formazione continua in Regione Umbria”* con la quale questa Regione dava avvio al periodo di sperimentazione del piano unico regionale della formazione.

Nel piano unico di formazione sono inclusi tutti i corsi che accompagnano lo sviluppo, l’attuazione dei progetti regionali anche in applicazione del PSR e del PNRR, come ad esempio la sanità digitale, il fascicolo sanitario elettronico, le infezioni ospedaliere, ecc. Tutti questi macro argomenti trovano progettazione e realizzazione della formazione congiunta tra le Aziende Sanitarie, che ricevono stesse informazioni, stesse conoscenze e in maniera omogenea, riportano su tutto il territorio i nuovi apprendimenti.

Nel Piano Sanitario regionale 2022-2026 (al momento pre-adottato), si evince che le progettualità del PNRR e la nuova visione dei servizi per la salute basata sul modello “One Health”, modificano in modo significativo l’assetto istituzionale e i modelli organizzativo-assistenziali del nostro Sistema Sanitario, richiedendo una profonda riqualificazione dell’offerta formativa, in grado di sostenere davvero l’innovazione e il cambiamento necessari alla realizzazione degli obiettivi prefissati.

Alla fine della sperimentazione del piano unico di formazione, che sta volgendo al termine della realizzazione dei 102 corsi pianificati, è di facile affermazione quanto è stato importante e strategico rivolgersi alla platea degli operatori sanitari su tutto il territorio umbro valorizzando le specificità di ogni singolo distretto, e al contempo estendendo a tutti conoscenze e saperi.

Alla luce di ciò, ne consegue che la formazione si pone come leva strategica del cambiamento dell’intero sistema sanitario attraverso metodologie innovative, strumenti utili a potenziare le competenze tecniche, digitali e manageriali dei professionisti, in maniera appropriata rispetto alle esigenze della comunità e al contempo coerente con i contenuti esplicitati dal PNRR stesso.

Pertanto, questo processo già iniziato con il progetto di sperimentazione continuerà in maniera consolidata al fine della nuova organizzazione e gestione, delle integrazioni ospedale e territorio.

La contingenza e la cogenza sarà quella di sviluppare e gestire processi per la persona e per la comunità, all’interno del setting territoriale creando una rete, ancor più a maglie strette, in grado di operare efficacemente all’interno di equipe multiprofessionali o, a maggior misura, interprofessionali.

La formazione diventa un asset strategico sul quale intervenire in maniera tanto decisa quanto rapida. La riqualificazione delle competenze di chi si occupa e si occuperà della salute territoriale, deve permettere di valorizzare le capacità di assistenza, di gestione, di monitoraggio, di digitalizzazione... E’ diventata ormai evidente la necessità di pensare il territorio come uno “spazio” organizzato, strutturato, in grado di rispondere in maniera efficace, efficiente ed appropriata ai bisogni della comunità in toto, mantenendo elevati standard di qualità e sicurezza. Proprio questa dinamicità di azioni, questa circolarità di interventi deve essere governata. Come? Sicuramente ampliando le competenze digitali ed informatiche che diventano un ulteriore pilastro fondamentale ed imprescindibile. Ben venga la tecnologia in Sanità, soprattutto la nuova tecnologia, purché sia al servizio dell’uomo. Occorrerà quindi strutturare percorsi, azioni che permettano alla stessa di fare veramente la differenza.

La formazione permetterà di valutare quale modello di Governance possa essere maggiormente spendibile, utilizzabile e funzionale; dovrà porre particolare attenzione al Welfare Sociale e quindi sanitario facendo conoscere le reti disponibili sul territorio per favorire l’attivazione delle stesse in maniera consona; uno dei focus centrali dovrà essere il tema della prevenzione come strumento utile per non arrivare al bisogno espresso, piuttosto conosciuto e proposto come misura utile alla tutela della salute della comunità.

Informare e comunicare con i cittadini

Prima di parlare sul “come” trasferire nozioni di salute ai cittadini, è opportuno discernere il significato dei termini “informare” e “comunicare”, perché ci consente di cogliere l’essenza di ciascuna attività. “Informare” significa letteralmente “dare forma”, “plasmare”. L’ “informazione” è la notizia, il dato che fornisce elementi di conoscenza, ciò che “informa” su qualcosa. “Comunicare” significa letteralmente “che svolge il suo compito insieme ad altri”, ciò che è “proprio di almeno due persone o cose”. Quindi, se da un lato l’informazione permette di “dare forma” alla realtà, al mondo (laddove circolano informazioni è più agevole muoversi, lavorare, vivere...) e prevale il rapporto fra un soggetto e la realtà, dall’altro la comunicazione indica ciò che è proprio di due o più persone, di un gruppo o, appunto, di una comunità. In questo caso, quindi, diventa fondamentale il rapporto fra i soggetti. Naturalmente esiste un continuum fra informare – comunicare e viceversa. Il passaggio dalla forma al significato e di nuovo alla forma è sempre possibile in qualsiasi momento, poiché entrambe le attività utilizzano la stessa materia prima, le informazioni; basta modificare lo scopo per cui esse vengono fatte circolare e si passa dalla mera informazione alla comunicazione e viceversa.

L’apertura delle informazioni ai cittadini, gli obblighi di comunicazione imposti alle amministrazioni al fine di rendere partecipi i privati e il processo di modernizzazione dei servizi amministrativi, costituiscono il rinnovamento delle pubbliche amministrazioni. L’informazione e la comunicazione sono concetti connaturati all’idea di un’amministrazione democratica in quanto partecipata ed accessibile, e configurano ormai una vera e propria funzione delle amministrazioni, cui è correlato un diritto dei cittadini ad essere adeguatamente informati e messi nelle condizioni di conoscere l’operato delle amministrazioni pubbliche. Al pari di qualsiasi impresa che offre servizi, la pubblica amministrazione è tenuta a far conoscere alla collettività le opportunità che ciascuno di noi è in grado di ricevere. Per un efficace comunicazione alla comunità, sarà fondamentale individuare il target e gli obiettivi di comunicazione, quindi scegliere “come” comunicare: con quale messaggio, con quali canali, con quale budget, con quale strumenti operativi. Occorrerà, inoltre, gestire e coordinare l’intero processo in ottica di comunicazione integrata e, infine, misurare i risultati. Integrando le diverse attività della comunicazione si attende la soddisfazione del cliente/utente che sarà attratto, manterrà l’interesse, solleciterà il desiderio e sarà quindi propenso a mettere in pratica l’azione.

Rispetto a comunicazioni sulla salute, i rapporti Censis, dimostrano come la salute e la medicina figurino in testa agli argomenti che maggiormente interessano gli italiani lettori. Quasi il 60% ha dichiarato di prestare sempre attenzione quando si parla di salute, sia nei rapporti quotidiani sia sui media e quasi il 75% degli italiani ritengono di essere abbastanza o molto informati sui temi della salute. Al contempo però un terzo della popolazione italiana, a prescindere dal livello di istruzione, identifica il principale difetto dell’odierna comunicazione sulla salute nell’eccessiva complessità delle informazioni, che non sempre risultano immediatamente comprensibili.

Diventa quindi fondamentale strutturare dei percorsi anche - e soprattutto - a livello comunicativo che possano dare le giuste indicazioni ai cittadini rispetto alla nuova organizzazione territoriale, all’accessibilità dei servizi, alle figure presenti in ambito territoriale, alle modalità di soddisfacimento del bisogno, alla capacità di intercettare il bisogno prima che questo diventi manifestazione. Tra i luoghi attesi per questo accrescimento della “Health Literacy” vi è certamente la Casa di Comunità che oltre ad essere ambiente di cura, sarà soprattutto luogo di prevenzione dove i cittadini potranno sviluppare competenze con l’obiettivo di prendere parte ai processi decisionali che interessano la salute del singolo e della comunità. Un cittadino adeguatamente informato e formato sarà una risorsa per la comunità, una chiave di volta per l’intero processo che trova nella popolazione “non sanitaria” una possibilità di governance più consapevole e partecipata, con la diretta conseguenza di una riduzione di richieste inappropriate, di prestazioni oviabili, di attività non coerenti e quindi di costi.

Anche in questo ambito diventa fondamentale e di sicuro successo lo strumento tecnologico a supporto della comunità che permetta di arrivare in maniera capillare a quanti più soggetti possibili. La comunicazione digitale abbraccia ormai un'ampia fetta di popolazione che vede in questo strumento il primo accesso ad una determinata informazione. Gli stessi social media potrebbero potenzialmente migliorare la capacità degli utenti di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni relative alla salute e ai servizi sanitari per muoversi in maniera più consapevole. Potrebbero giocare – se ben gestiti e coordinati – un ruolo importante nei programmi di educazione e promozione della salute e di assistenza (oltre a fornire ottime opportunità di sostegno tra pari). Hanno il vantaggio di far diventare il sistema sanitario più “mobile” e al contempo più partecipativo con la diretta conseguenza di avere potenziale significativo per la riduzione dei costi del sistema sanitario e nel migliorare gli esiti clinici. Di contro, però, presentano rischi maggiori in quanto i messaggi veicolati hanno un raggio d'azione più rapido ed ampio e sono per natura in parte incontrollabili ed incontenibili e chiunque può pubblicare ciò che vuole. Onde evitare che la cattiva informazione si diffonda e acquisisca potere molto velocemente, occorre una corretta governance degli stessi, delle precise regole, delle linee guida rispetto al “cosa” e “come” pubblicare.

Se strutturata quindi, la comunicazione digitale, potrebbe risultare uno mezzo utile per arrivare al “core” della comunità.

4) SINTESI DELLE AZIONI E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

Tabella 1 Cronoprogramma attivazione Case di Comunità (Ex DGR 26/05/2022, n. 516)

AZIENDA SANITARIA	TITOLO DELL'INTERVENTO	INDIRIZZO DEL PRESIDIO	2023				2024				2025				2026			
			T1	T2	T3	T4												
AUSL Umbria n.1	Casa della comunità di Umbertide	via Largo Cimabue																
AUSL Umbria n.1	Casa della Comunità di Città di Castello	via Vasari Città di Castello																
AUSL Umbria n.1	Casa della Comunità di Magione	piazza Simoncini Magione																
AUSL Umbria n.1	Casa della Comunità di Gubbio	piazza 40 Martiri Gubbio																
AUSL Umbria n.1	Casa della Comunità di Perugia (c/o Via XIV Settembre)	via XIV Settembre Perugia																
AUSL Umbria n.1	Casa della Comunità di Perugia - Ponte San Giovanni	via Cestellini																
AUSL Umbria n.1	Casa della Comunità di Todi	Todi via G. Matteotti																
AUSL Umbria n.2	Fabro - casa della comunità, intervento di manutenzione straordinaria e rifunzionalizzazione	via Gramsci																
AUSL Umbria n.2	Nocera Umbra-casa della comunità, intervento di manutenzione straordinaria della copertura e rifunzionalizzazione	Via Martiri della libertà																
AUSL Umbria n.2	Spoletto -casa della comunità, intervento di manutenzione straordinaria e rifunzionalizzazione	Via Manna																
AUSL Umbria n.2	Orvieto - casa della comunità: intervento di recupero funzionale	Piazza Duomo																
AUSL Umbria n.2	Terni - viale Trieste casa della comunità, intervento di ristrutturazione e nuova costruzione	Viale Trieste																

REGIONE UMBRIA

Tabella 2 Cronoprogramma attivazione Centrali Operative Territoriali (Ex DGR 26/05/2022, n. 516)

AZIENDA SANITARIA	TITOLO DELL'INTERVENTO	INDIRIZZO	2023				2024				2025				2026			
			T1	T2	T3	T4												
AUSL Umbria n.1	Centrali Operative Territoriali (COT) – HUB - Perugia (Via XIV Settembre)	Via XIV Settembre																
AUSL Umbria n.1	Centrali Operative Territoriali (COT) – Spoke Modulo 1 Perugia (Via XIV Settembre)	Via XIV Settembre																
AUSL Umbria n.1	Centrali Operative Territoriali (COT) Spoke Modulo 2 Perugia (Via XIV Settembre)	Via XIV Settembre																
AUSL Umbria n.1	Centrali Operative Territoriali (COT) Città di Castello - Spoke Modulo 1	via Vasari Città di Castello																
AUSL Umbria n.1	Centrali Operative Territoriali (COT) – Città di Castello - Spoke Modulo 2	via Vasari Città di Castello																
AUSL Umbria n.2	Spoletto Centrale Operativa Territoriale Spoke Modulo 1	Via Manna																
AUSL Umbria n.2	Spoletto Centrale Operativa Territoriale Spoke Modulo 2	Via Manna																
AUSL Umbria n.2	Terni Centrale Operativa Territoriale Spoke Modulo 1	Viale Trieste																
AUSL Umbria n.2	Terni Centrale Operativa Territoriale Spoke Modulo 2	Viale Trieste																

REGIONE UMBRIA

Tabella 3 Cronoprogramma attivazione Ospedali di Comunità (Ex DGR 26/05/2022, n. 516)

AZIENDA SANITARIA	TITOLO DELL'INTERVENTO	INDIRIZZO DEL PRESIDIO	2023				2024				2025				2026			
			T1	T2	T3	T4												
AUSL Umbria n.1	Ospedale di Comunità di Umbertide	via Cavour																
AUSL Umbria n.1	Ospedale di Comunità di Perugia (c/o Centro Servizi Grocco)	via della Pallotta																
AUSL Umbria n.2	Orvieto - ospedale di comunità, intervento di recupero funzionale	Piazza Duomo																
AUSL Umbria n.2	Terni (geriatrico) - viale Trento, 34 ospedale di comunità, intervento di ristrutturazione e completamento nuova costruzione	Viale Trento																
AUSL Umbria n.2	Montefalco - Ospedale di comunità, intervento di recupero funzionale e arredi	via Ringhiera Umbra																

Per quanto riguarda il cronoprogramma di attivazione delle strutture extra PNRR si rimanda a successivi incontri con le Direzioni aziendali delle Aziende Sanitarie regionali al fine di individuare il percorso e le tempistiche di messa in funzione delle strutture stesse.

5) MODALITA' DI GOVERNO E MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI RIORGANIZZAZIONE

L'organizzazione delle attività che saranno intraprese nell'ambito dello sviluppo del sistema che porterà ad un nuovo assetto del territorio regionale, sarà governata da un Nucleo di valutazione e monitoraggio regionale permanente che avrà il compito di orientare e definire le strategie, la coerenza dei modelli organizzativi e tecnologici e di misurare e monitorare l'avanzamento delle diverse iniziative intraprese.

Nella attività di governance, saranno coinvolti la Direzione Salute della Regione Umbria, il gruppo di lavoro regionale per l'attuazione della Missione 6 del PNRR, il gruppo di coordinamento del PRP, il gruppo tecnico di lavoro per non autosufficienza, le Direzioni delle aziende sanitarie regionali ed i rispettivi staff tecnici e amministrativi.

Per ogni iniziativa prevista dal presente documento sarà necessario definire un responsabile ed un piano di progetto che sia:

- coerente con la programmazione complessiva prevista da questo documento,
- coerente con le azioni ed i contenuti previsti dal PSR 2022-2026
- allineato alle tempistiche previste dalle progettualità del PNRR missione 6.

Il Nucleo utilizzerà, oltre al monitoraggio dei progetti, i flussi amministrativi, la rete informatizzata che ci permetterà di governare il territorio, utilizzando le soluzioni applicative appositamente create per la messa in rete dei servizi. Gli strumenti di riferimento per la governance dei processi e degli esiti degli interventi faranno riferimento a quelli di indirizzo nazionale, volti a misurare la completezza, la tempestività, la qualità dei dati e dei documenti conferiti nel sistema informativo territoriale e nel fascicolo sanitario, rispetto al momento e alla modalità dell'erogazione, e della fruizione dei servizi, e gli indicatori di accesso e gradimento dei servizi anche digitali erogati.

Uno strumento innovativo di monitoraggio e valutazione di impatto - messo a punto tramite un percorso laboratoriale multi-stakeholders che ha coinvolto partecipanti provenienti da pubbliche amministrazioni locali (Comuni), USL Umbria 1 e Usl Umbria 2 e diverse cooperative sociali del territorio- è da considerarsi **l'Impact framework sull'Assistenza Domiciliare Integrata** che serve a definire i cambiamenti di medio/lungo periodo che il servizio riesce a generare sul territorio umbro DGR 362/2022.

Le 5 macro aree identificate che terremo in considerazione per l'assistenza domiciliare e la presa in carico di assistiti e famiglie all'interno delle case di comunità e degli altri setting assistenziali territoriali sono:

1. Migliore partecipazione al progetto personalizzato.
2. Aumento del benessere psico-fisico e sociale del beneficiario.
3. Maggiore supporto alla funzione sociale e familiare.
4. Razionalizzazione/efficientamento dei costi di ospedalizzazioni/residenzialità.
5. Miglioramento delle condizioni lavorative degli operatori.

Ognuna di queste 5 macro-aree è composta da diversi **outcome**, che vanno a comporre il quadro dei cambiamenti generati dalla nuova modalità di erogazione dei servizi di assistenza domiciliare.

Inoltre, per ciascuno degli **outcome** sono stati individuati uno o più indicatori, le fonti dove reperire le informazioni (in alcuni casi già esistenti, in altri sono stati costruiti degli strumenti ad hoc), e le proxy finanziarie ossia un'approssimazione che permette di dare all'outcome una metrica finanziaria

Per la misurazione delle macro-aree di outcome sopra descritte si utilizzeranno

- strumenti di monitoraggio già esistenti relativamente al servizio di assistenza domiciliare e relativi flussi informativi Atlante (in particolare le schede S.Va.M.Di. e ICF)
- di strumenti di raccolta dati costruiti ex novo per alimentare gli indicatori individuati nelle singole aree di outcome.

La Regione negli anni ha sviluppato un sistema informativo territoriale socio-sanitario, in linea con il Piano Sociale e con il Piano Sanitario Regionale, che permette di mettere in rete tutte le attività sanitarie del territorio. Punto di forza è che lo strumento utilizzato, centrato sul paziente, permette di seguirlo e monitorarlo in tutte le attività e prestazioni che gli sono offerte. La stessa piattaforma è utilizzata anche in campo sociale. La ottimizzazione del sistema e la sua integrazione completa permetterà con facilità e semplificando i percorsi anche per gli operatori sanitari e degli enti locali, di monitorare e valutare la presa in carico del cittadino sia nel campo sanitario che sociale

Le piattaforme gestite sono:

- Piattaforma Atl@nte
- Sistema Informativo Sociale (S.I.SO)

La prima piattaforma implementa le funzioni di presa in carico, progettazione, programmazione ed erogazione delle prestazioni in ambito socio-sanitario da parte delle due Aziende USL regionali organizzate in Centri Salute e Punti di Erogazione distribuiti capillarmente sul territorio, quindi adesso anche di Case di comunità e ospedali di comunità, anche attraverso strumenti certificati dal consorzio internazionale nonprofit InterRAI. Sono inoltre in esercizio diversi servizi condivisi tra Ospedali e territori con un focus particolare riguardante le dimissioni protette, le dimissioni riabilitative, le strutture residenziali, la sanità penitenziaria e la Centrale Operativa territoriale. In ultimo, sempre a livello della piattaforma Atlante, è stato creato il format per l'utilizzo omogeneo dei PDTA a livello Regionale, ai fini del miglioramento della presa in carico e dell'uniformità dell'assistenza a parità di condizione.

La Piattaforma S.I.SO vede come utenti i comuni umbri, organizzati nelle dodici zone sociali regionali, ed è asservita alla gestione dell'accoglienza e della presa in carico dei cittadini che si rivolgono ai servizi sociali comunali. Fornisce servizi anche alla Regione nell'ambito dei debiti informativi da parte dei comuni verso i servizi regionali nonché nell'ambito delle attività di programmazione delle politiche sociali regionali; cruscotti strategici sono forniti per ciascun livello amministrativo.