CARD
Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto
*Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali*

**21-23 OTTOBRE 2021**

**NAPOLI**
**Sede Congressuale**
**Complesso di Santa Maria la Nova**
Via Santa Maria la Nova, 44

# XIX CONGRESSO NAZIONALE CARD

## VI CONFERENZA NAZIONALE SULLE CURE DOMICILIARI NEI DISTRETTI

# TITOLO: **IL DISTRETTO DEL FUTURO**

RELATORE: ***Massimo De Fino***

**XIX CONGRESSO NAZIONALE CARD**

**Cabina di Regia – Patto per la Salute 2019-2021**

**GdL – Assistenza Territoriale**

**1° Incontro 13/04/2021**

Coordinatore: dott. Domenico Mantoan
Vice-Coordinatore: Dott. Andrea Urbani

Alice Borghini – Francesco Enrichens a supporto trasversale

Francesco Longo

**Ipotesi sottogruppi:**

Daniela Donetti - Antonio Brambilla

Massimo De Fino - Serena Meloni

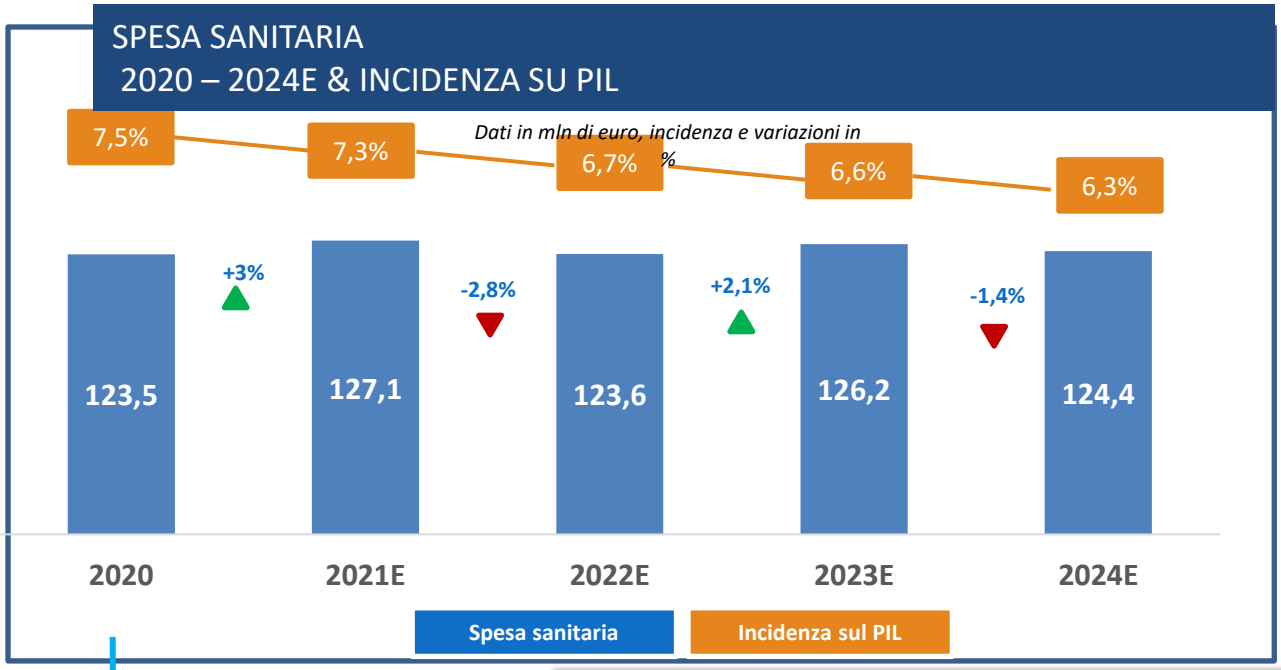
Lucia Di Furia - Antonio D'Amore

Claudio Perratone - Enrica Orsi

Maria Cristina Ghiotto – Mariadonata Bellentani

Rosanna Mariniello - Francesco Enrichens

## Boom spesa sanitaria nel 2020-2021 ma dal 2022 il rapporto spesa/Pil inizia a calare




***Impennata Spesa Sanitaria nel 2020 che ha portato l'incidenza sul Pil al 7,5% dovuta sia ai finanziamenti per l'emergenza Covid che al calo del PIL.***

**SPESA SANITARIA 2020**

**123,5 mld € (+6,7%)**

- ***Redditi da lavoro*** → *37,2 mld € (+1,4%)*
- ***Consumi intermedi*** → *39,7 mld (+12,7%)*
- ***Prestazioni sociali in natura (beni e servizi prodotti da produttori market)*** → *41,6 mld € (+3%)*
  - *Assistenza farmaceutica convenzionata* → *7,3 mld € (-3,6%)*
  - *Assistenza medico-generica* → *7,5 mld € (+12,7%)*
  - *Altre prestazioni ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative e altra assistenza acquistate da produttori market* → *26,8 mld € (+2,4%)*
- ***Altre componenti di spesa*** → *4,9 mld € (+47%)*

*Fonte: NetConsulting cube su DEF, Aprile 2021*

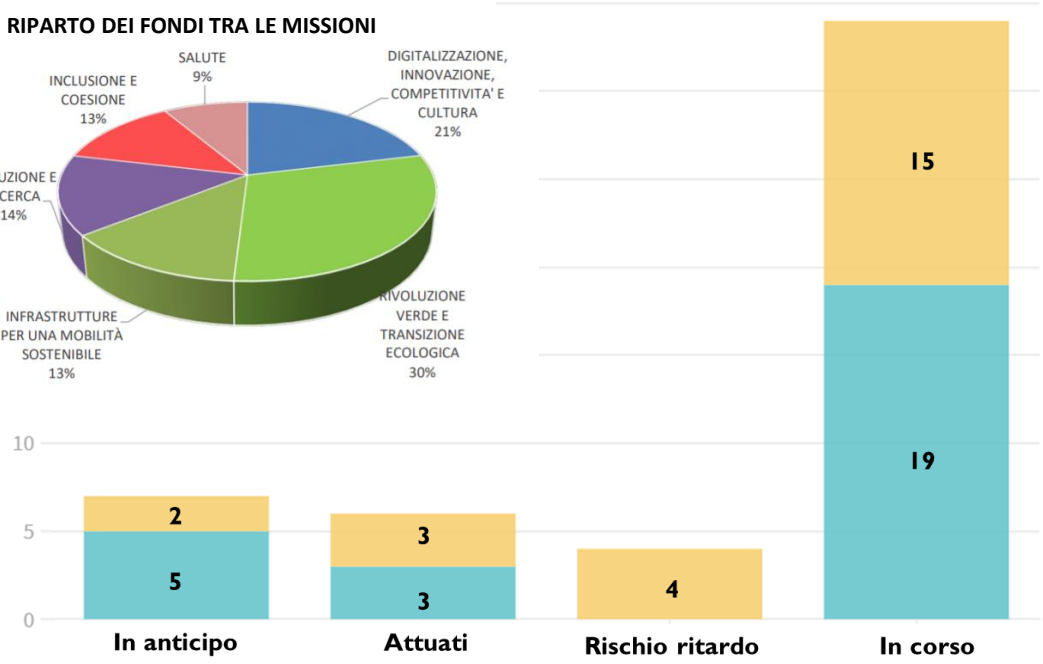
# Pnrr e cronoprogramma dei 51 interventi previsti per il 2021

**RISORSE DEL DISPOSITIVO PNRR**
**191,5 miliardi € per la realizzazione di 142 progetti**

## Focus sugli interventi previsti per il 2021

**RIPARTO DEI FONDI TRA LE MISSIONI**




Per poter sbloccare la prossima tranche di finanziamenti europei, il Pnrr prevede **51 interventi (27 riforme e 24 investimenti) da attuare entro il 2021**, 13 dei quali sono già stati approvati. La maggior parte delle misure (41) ha come data di scadenza il trimestre in corso.

Il **calendario delle 27 riforme previste per il 2021 è stato rispettato**: le cinque previste per il secondo trimestre sono state approvate, mentre per il terzo non ne era prevista alcuna. **Sono inoltre già state adottate tre delle riforme previste per il quarto trimestre 2021.**

**L'attuazione dei 24 investimenti previsti per il 2021 procede più a rilento**: i due previsti per il secondo trimestre sono stati attuati, mentre dei cinque che il programma indica per il terzo trimestre (entro settembre) uno era operativo a meta settembre.

Gli interventi previsti per il 2021 coprono varie aree del Pnrr. Quella più rappresentata è legata **all'ammodernamento della Pubblica amministrazione;** seguono "turismo e cultura 4.0" e "tutela del territorio e della risorsa idrica"

*Fonte: elaborazioni NetConsulting cube su PNRR*

## LE RISORSE DESTINATE ALLA SANITA' : PNRR E NON SOLO

***A questi si aggiungono le risorse del REACT-EU e del Fondo Nazionale Complementare per ulteriori 4,6 miliardi.***

***L'intervento per la Missione Salute, pertanto, ammonta a 20,22 miliardi da spendere nel periodo 2021-2026.***

| Missione 6: SALUTE | Totale PNRR | REACT-EU | Fondo complementare | Totale |
|---|---|---|---|---|
| C1 - Le reti di prossimità, le strutture e la telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale | 7,00 | 1,50 | 0,50 | 9,00 |
| C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale | 8,63 | 0,21 | 2,39 | 11,22 |
| **Totale Missione Salute** | **15,63** | **1,71** | **2,89** | **20,22** |

*Fonte: elaborazioni NetConsulting cube su PNRR*

# il Distretto Sanitario: **funzione di "garanzia e committenza"**

**Il Distretto è l'ambito "territoriale" ideale per garantire una risposta assistenziale integrata sanitaria e sociale, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali.**

- allocazione delle risorse economiche e fattori produttivi ai diversi centri erogativi territoriali (Case della Comunità, Ospedale di Comunità, Hospice)
- il distretto **alloca** le risorse e gli altri setting hanno dei **gradi di libertà per utilizzarle**, soprattutto nel service design
- provvede alla programmazione in materia di logistica, accesso, offerta di servizio.
- è il luogo dell'integrazione socio-sanitaria nella pianificazione locale nella programmazione dei servizi, della spesa socio-sanitaria;
- monitora l'accesso ai servizi degli utenti per garantire equità a tutti i cittadini;
- è l'interfaccia della rete delle associazioni di volontariato
- analizza i risultati

# il Distretto Sanitario: **funzione di "garanzia e committenza"**

- Assume il rapporto di integrazione funzionale con tutti i Dipartimenti sia ospedalieri che territoriali
- assumere il ruolo di garante locale per i seguenti programmi/percorsi/attività:
  - programmi di prevenzione, promozione e tutela della salute
  - percorsi della fragilità, non autosufficienza
  - medicina di iniziativa e la presa in carico della cronicità e fragilità
  - percorsi nascita e salute materno infantile
  - percorsi relativi alle dipendenze e alla salute mentale
  - transional care e integrazione ospedale territorio
  - salute della popolazione carceraria in quanto popolazione insistente su uno specifico territorio

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

- la funzione di committenza
- la funzione di integrazione socio-sanitaria
- la funzione di garanzia dell'equità di accesso e dei percorsi di presa in carico

# Articolazioni e strumenti a supporto della programmazione e delle attività del Distretto

- L'approccio alla Population Health Management attraverso:
  - la stratificazione per condizioni di rischio della popolazione
  - la presa in carico integrata attraverso interventi di medicina di iniziativa
  - la personalizzazione delle cure
  - la valutazione degli esiti per la riprogrammazione

  PHM e medicina di iniziativa per ridurre variabilità tra pazienti omogenei e governare i consumi

- La digitalizzazione differenziata e la multicanalità dei servizi in funzione delle caratteristiche e delle preferenze degli utenti

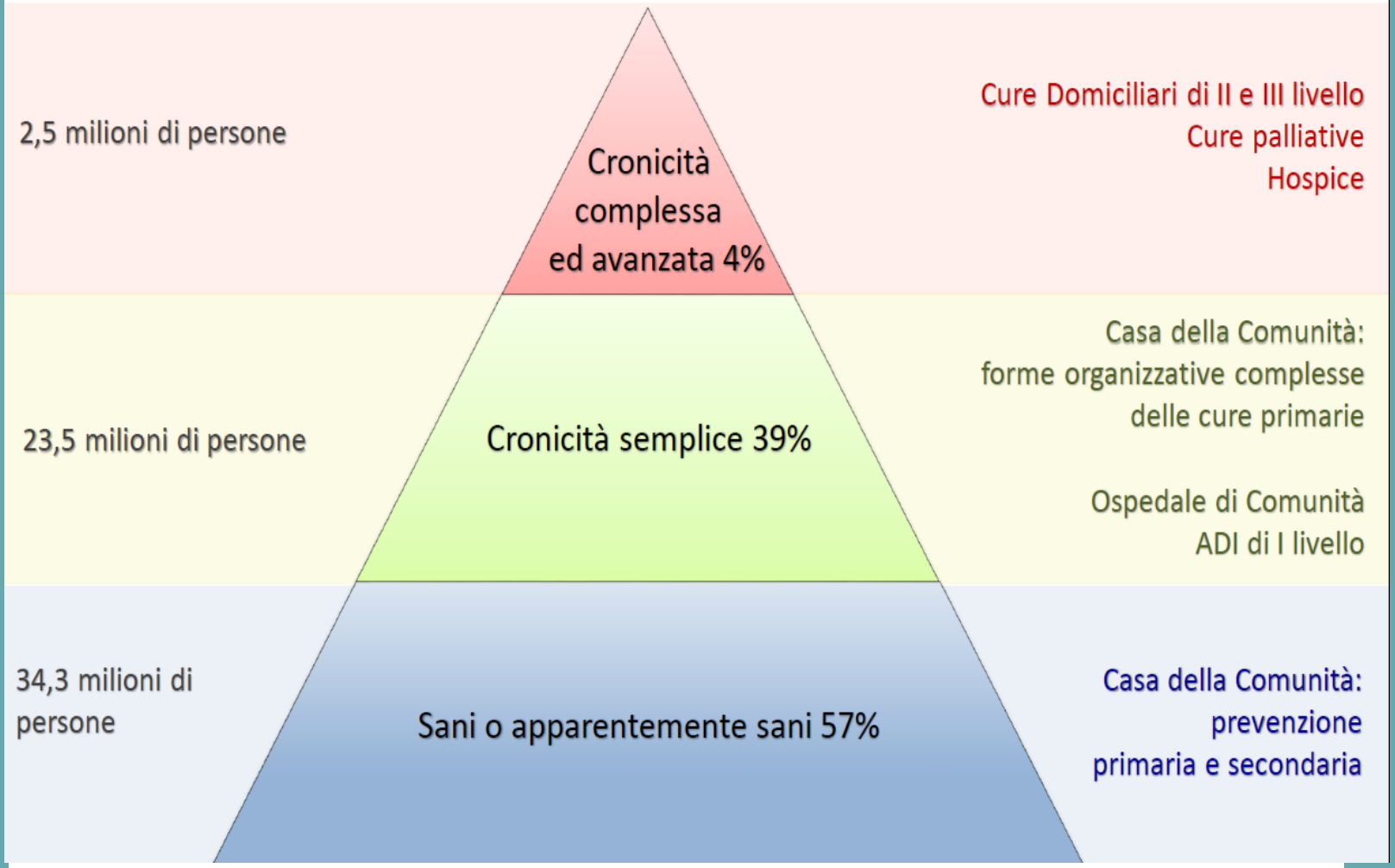
- Il budget di salute

# DISTRETTO

CASA DELLA COMUNITÀ
TEAM MULTIPROFESSIONALI
CASE DELLA COMUNITÀ
TEAM MULTIPROFESSIONALI
Referente/coordinatore
CURE DOMICILIARI
CURE DOMICILIARI
CASA DELLA COMUNITÀ
Centrale operativa cure domiciliari
TEAM MULTIPROFESSIONALI

# L'assistenza per bisogni assistenziali

**Setting Assistenziale**



# DISTRETTO FORTE

Distretto Socio-Sanitario di circa 100.000 ab, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione deve prevedere:

- 1 Casa della Comunità *hub* per ogni Distretto e almeno 3 Case della Comunità *spoke* (1 ogni 30/35.000 nelle aree metropolitane; 1 ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e sub-urbane; 1 ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali) per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali.

- Le aggregazioni della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, quali le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (unità complesse delle cure primarie), medicine di gruppo integrate, con sede fisica all'interno delle Case della Comunità, oppure a questa collegate funzionalmente, in qualità di strutture *spoke*, per quei territori disagiati e a minore densità abitativa;

- 1 Infermiere di Comunità ogni 2.000-2.500 abitanti, afferenti alle Case di Comunità;

- 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;

- 2 Ospedali di Comunità (20 posti letto ogni 50.000 abitanti), da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale;

- 1 Hospice fino a 10 posti letto all'interno della rete aziendale delle cure palliative;

- 1 Centrale Operativa Territoriale (1 ogni 100.000 abitanti).

# Direttore di Distretto

Figura carismatica

Figura competente

Figura formata

Figura di garanzia

# Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto è il responsabile dell'attività di **programmazione del distretto**, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e di competenze professionali.

È inoltre **garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi** che gli sono stati assegnati dalla Direzione Generale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento al cittadino, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona.

Il Direttore del Distretto è **responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati** in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.

Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la **funzione di garanzia** attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.

A motivo dell'incarico strategico ricoperto, al Direttore di Distretto sono richieste specifiche competenze manageriali e professionali, oltre ad una maturata esperienza nell'ambito dell'assistenza territoriale, dell'epidemiologia e della sanità pubblica.

***A tal fine, per l'accesso al ruolo si prevede la partecipazione ad un corso di formazione specifico obbligatorio, per ampliare il bagaglio di conoscenze e competenze necessarie.***

DIRETTORE DI DISTRETTO
Comitato dei Sindaci
DISTRETTO
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
CURE PRIMARIE
ATTIVITÀ SPECIALISTICHE
SOCIALE
DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA
INFANZIA L'ADOLESCENZA, LA FAMIGLIA E I CONSULTORI
ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE
DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE
CURE PALLIATIVE
NUCLEO DI CURE PALLIATIVE
CASA DELLA COMUNITÀ
CASA DELLA COMUNITÀ
CASA DELLA COMUNITÀ
Ambulatori di prossimità
CURE DOMICILIARI
DIMENSIONE PROFESSIONALE
DIMENSIONE ORGANIZZATIVA

# I livelli istituzionali di integrazione

## IL MODELLO DI GOVERNANCE AZIENDALE

COSA

PIANIFICAZIONE → GOVERNO → GESTIONE

COMMITTENZA | PRODUZIONE

CHI

DIREZIONE STRATEGICA | DIRETTORE DISTRETTO | DIPARTIMENTI H/T

COME

**DIREZIONE STRATEGICA**

- missione
- linee strategiche generali
- organizzazione, compiti e responsabilità
- risorse

**DIRETTORE DISTRETTO**

- valutazione dei bisogni di salute
- individuazione delle priorità
- orientamento della produzione
- valutazione dei risultati

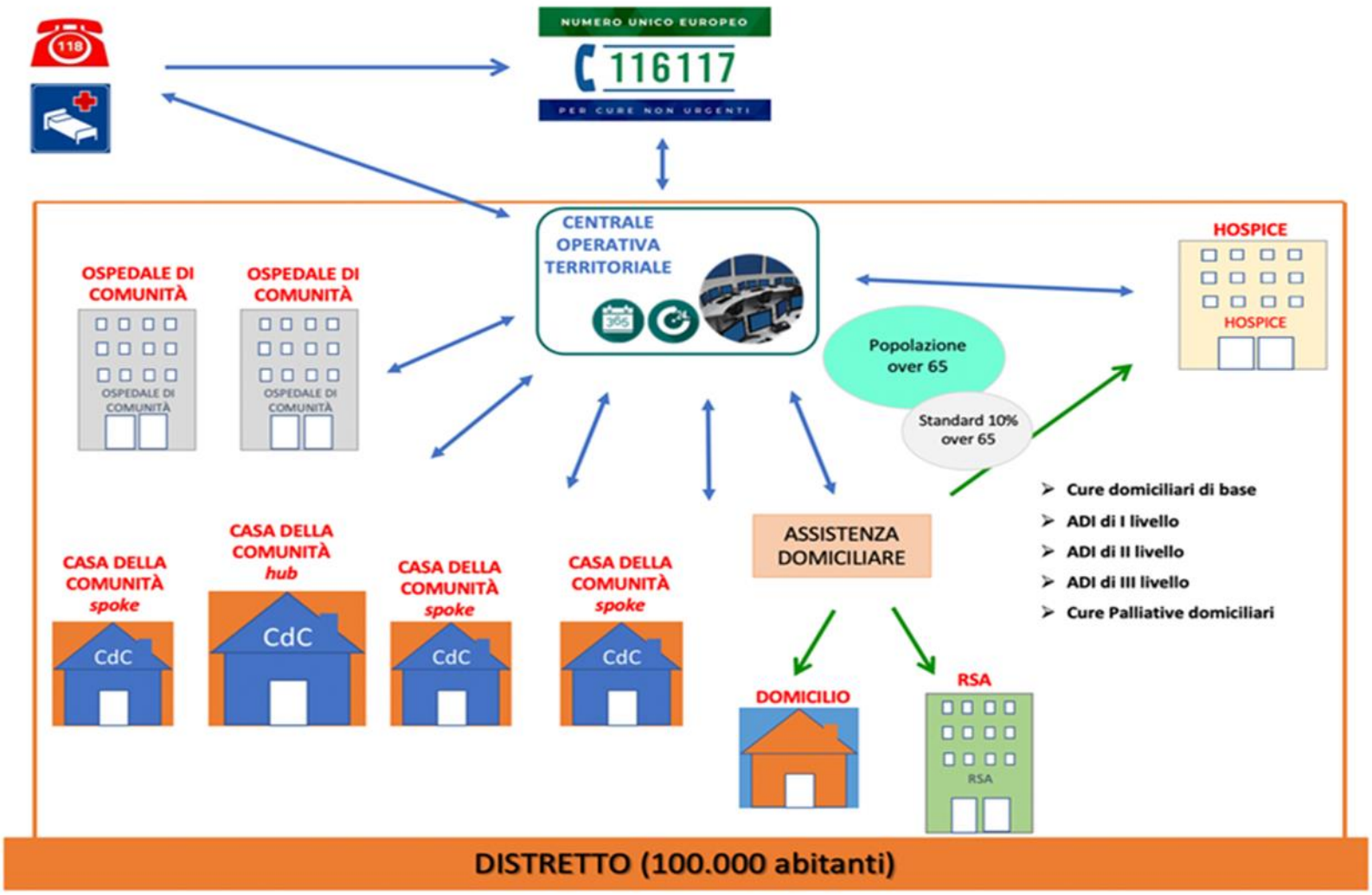
**DIPARTIMENTI H/T**

Strumenti organizzativi per garantire l'assistenza sanitaria a tutta la popolazione del territorio di riferimento

Si esplica in diverse attività:

- assistenza primaria,
- specialistica territoriale,
- gestione NAS territoriale,
- attività consultoriali
- programmi di raccordo con l'ospedale

# Organizzazione di un Distretto ideale/tipo di 100.000 abitanti di un'area urbana.



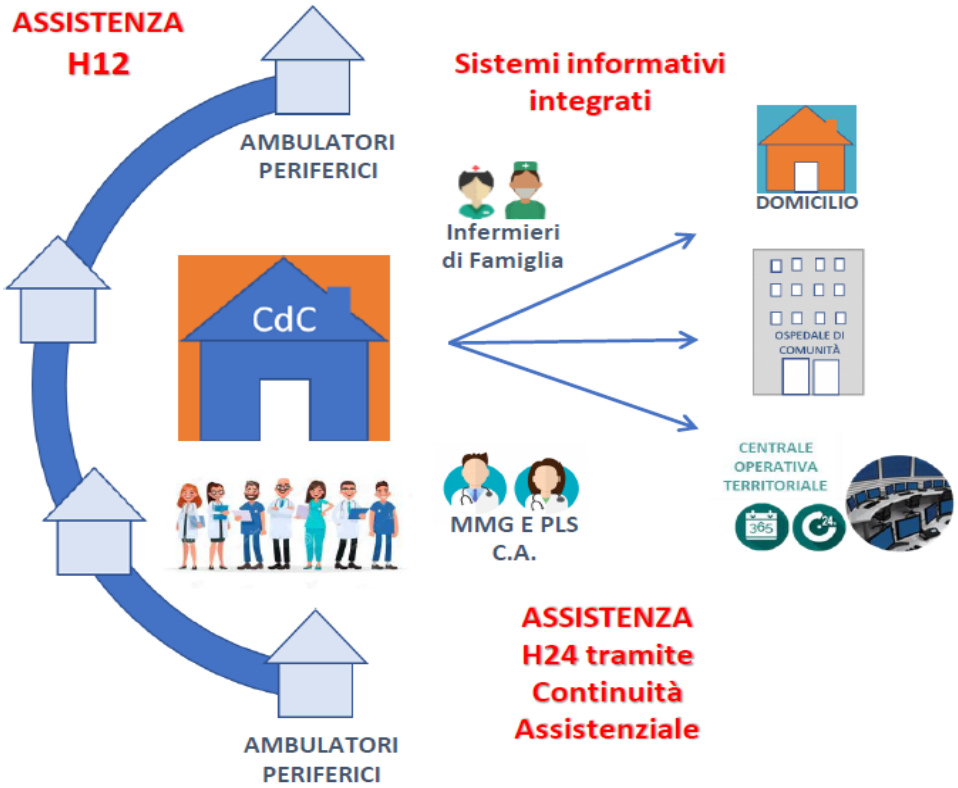
# Le Strutture del Distretto (ca. 100.000 abitanti)

- **3 Case della Comunità di cui 1 ad alta complessità (preferibilmente nel Comune più popoloso) che coprono circa 100.000ab**
- **Le aggregazioni della Medicina Generale e PLS (UCCP, Medicine integrate ecc) almeno di 5/6 mila ab per la capillarità del territorio in particolare nelle aree disagiate – spoke delle Case della Comunità**
- **1/2 Ospedali di Comunità**
- **1 Hospice – hub della rete delle cure palliative**
- **1 Centrale Operativa Territoriale**
- **1 Centrale 116117**
- **Infermieri di Comunità**
- **USCA**
- **Potrebbe insistere sul Distretto anche un Ospedale**

**Il dimensionamento e la numerosità delle strutture sono in funzione del fabbisogno locale**

# Submisura 1.1: **Casa della Comunità al centro del territorio**

**Standard: 1 ogni 15.000-25.000 ab**




- **Organizzazione capillare** su tutto il territorio.
- Una struttura fisica in cui opera un **team multidisciplinare** di: MMG, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e può ospitare anche assistenti sociali.
- Un punto di **riferimento continuativo per la popolazione** che, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.

agena.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

# CASE DELLA COMUNITÀ

## OBIETTIVI

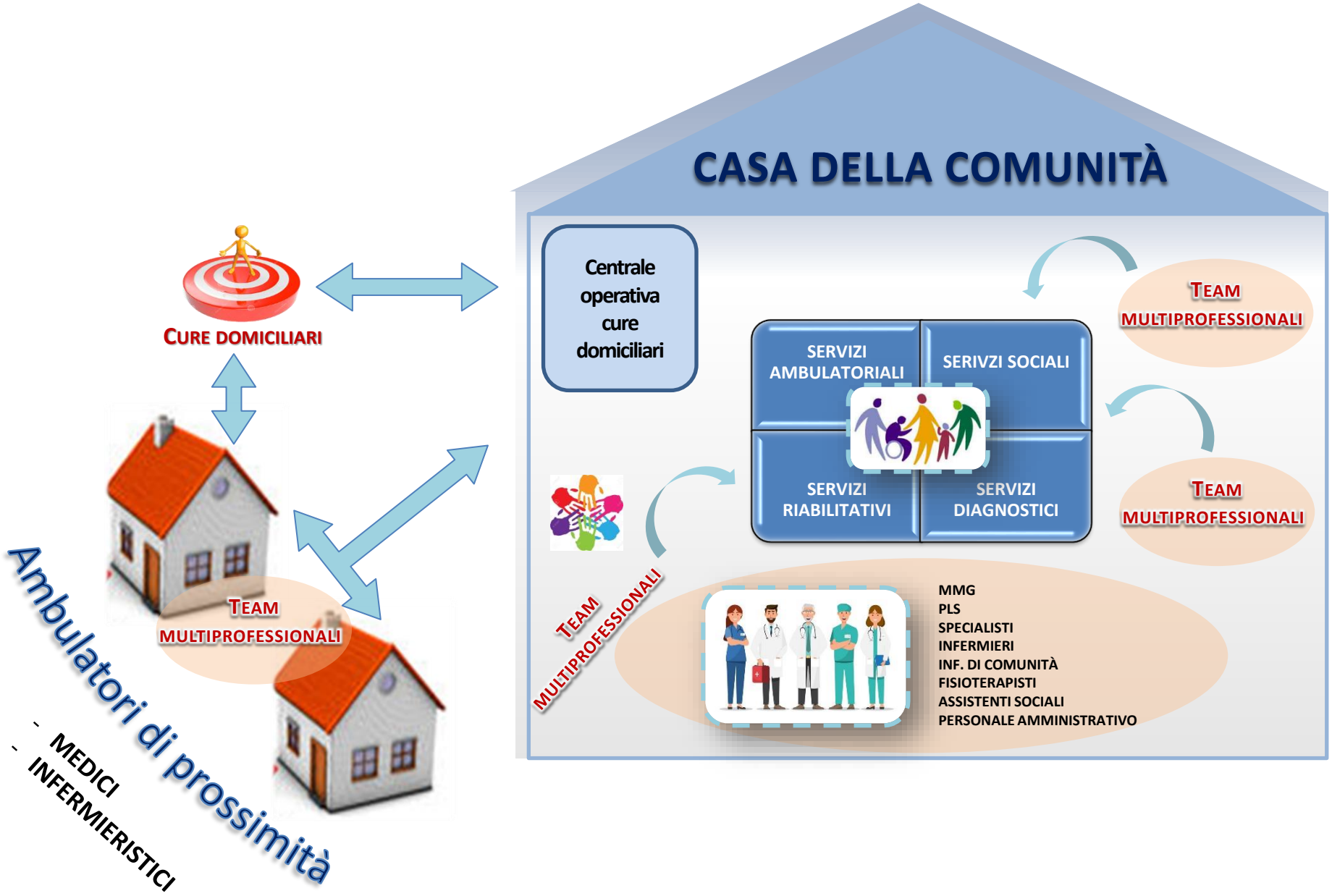
Accessibilità, prossimità
Promozione e prevenzione salute
Presa in carico della cronicità
Integrazione dei servizi e semplificazione dei percorsi
Promozione di un modello integrato e multidisciplinare
Partecipazione della comunità

## PORTAFOGLIO DEI SERVIZI – PROFESSIONISTI – STRUMENTI

Team multiprofessionali
Punto prelievi
Servizi diagnostici (strumentazione RX, mammografo, ecografi, elettrocardiogarfo, retinografo, spirometro)
Centrale operativa della cure domiciliari
Servizi ambulatoriali: specialistici per le patologie a più elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.)
Programmi di screening
Servizi riabilitativi fisioterapici (fisioterapisti)
Servizi Sociali (assistenti sociali)
Punto unico di accesso
Comunità, associazioni di cittadini, volontariato

## MODELLO ORGANIZZATIVO

- Lavoro in equipe
- Garanzia della presenza medica e infermieristica h12/h24 7 giorni su 7 (??)
- Accesso ai servizi in maniera programmata (con prenotazione), ma anche diretta
- Numero di contatto sempre attivo (116/117?)
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale


CASA DELLA COMUNITÀ
Centrale operativa cure domiciliari
SERVIZI AMBULATORIALI
SERIVZI SOCIALI
SERVIZI RIABILITATIVI
SERVIZI DIAGNOSTICI
TEAM MULTIPROFESSIONALI
TEAM MULTIPROFESSIONALI
TEAM MULTIPROFESSIONALI
MMG
PLS
SPECIALISTI
INFERMIERI
INF. DI COMUNITÀ
FISIOTERAPISTI
ASSISTENTI SOCIALI
PERSONALE AMMINISTRATIVO
CURE DOMICILIARI
TEAM MULTIPROFESSIONALI
Ambulatori di prossimità
- MEDICI
- INFERMIERISTICI

# Submisura 1.2: **La Casa come primo luogo di cura per il cittadino – Assistenza Domiciliare Integrata**

**Standard: 10% della popolazione over 65**

## Metodologia:

Lo standard è stato costruito tenendo conto delle esperienze regionali più virtuose, come Emilia-Romagna e Veneto, che attraverso la rete territoriale assistono a domicilio più del 10% della popolazione. Un'analisi di dettaglio della popolazione in assistenza domiciliare di queste 2 regioni ha permesso di ripartire la popolazione italiana over 65 nei seguenti livelli di intensità assistenziale:

- 60% in cure domiciliari di base (836.817 persone);
- 20% in cure domiciliari integrate di I livello (278.939 persone);
- 10% in cure domiciliari integrate di II livello (139.470 persone);
- 4% in Cure domiciliari integrate di III livello (55.788 persone);
- 6% in Cure palliative domiciliari (83.682 persone).

Per raggiungere lo standard del 10% della popolazione italiana over 65 è stato calcolato l'incremento delle prese in carico in ADI sulle proiezioni di popolazione al 2026.

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

# Cure Domiciliari

## OBIETTIVI

- Favorire il mantenimento della persona assistita nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio, garantendo la continuità dell'assistenza ai pazienti con patologie croniche trattabili a domicilio, evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale

## PORTAFOGLIO DEI SERVIZI – PROFESSIONISTI - STRUMENTI

Centrale operativa dell'ADI

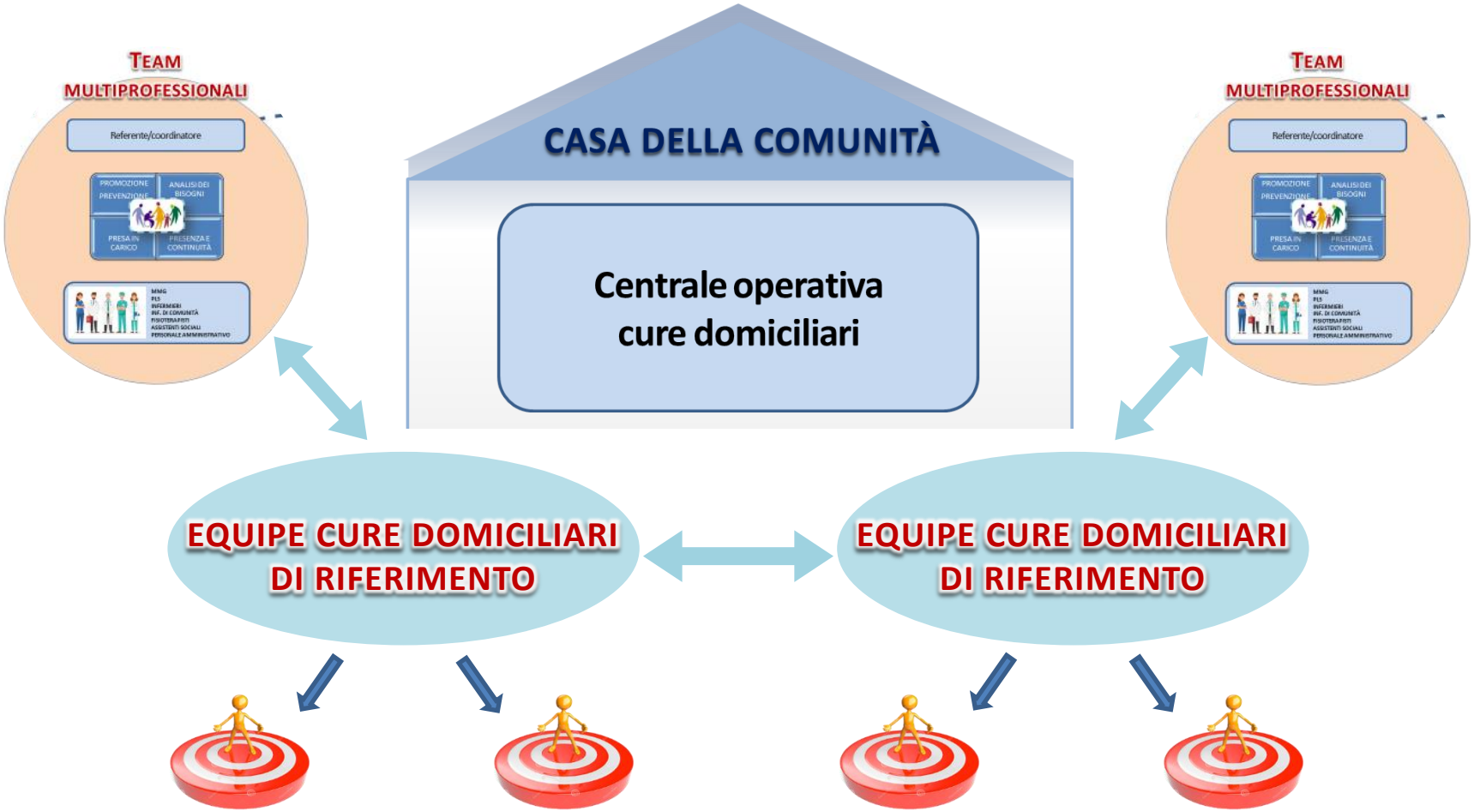
Equipe infermieristiche ADI

Team multiprofessionali (specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, ecc.)

## MODELLO ORGANIZZATIVO

- Lavoro in equipe dei diversi professionisti, integrazione
- Servizio con programmazione degli accessi per h14 sette giorni su sette
- Contattabilità telefonica attraverso numero di riferimento dedicato
- Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) porta d'accesso per le Cure Domiciliari, analisi del bisogno dell'assistito e definizione del PAI.
- Organizzazione tenendo conto della necessità che gli assistiti afferenti ad uno stesso team multiprofessionale abbiano come riferimento un'unica équipe ADI

# CURE DOMICILIARI



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

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

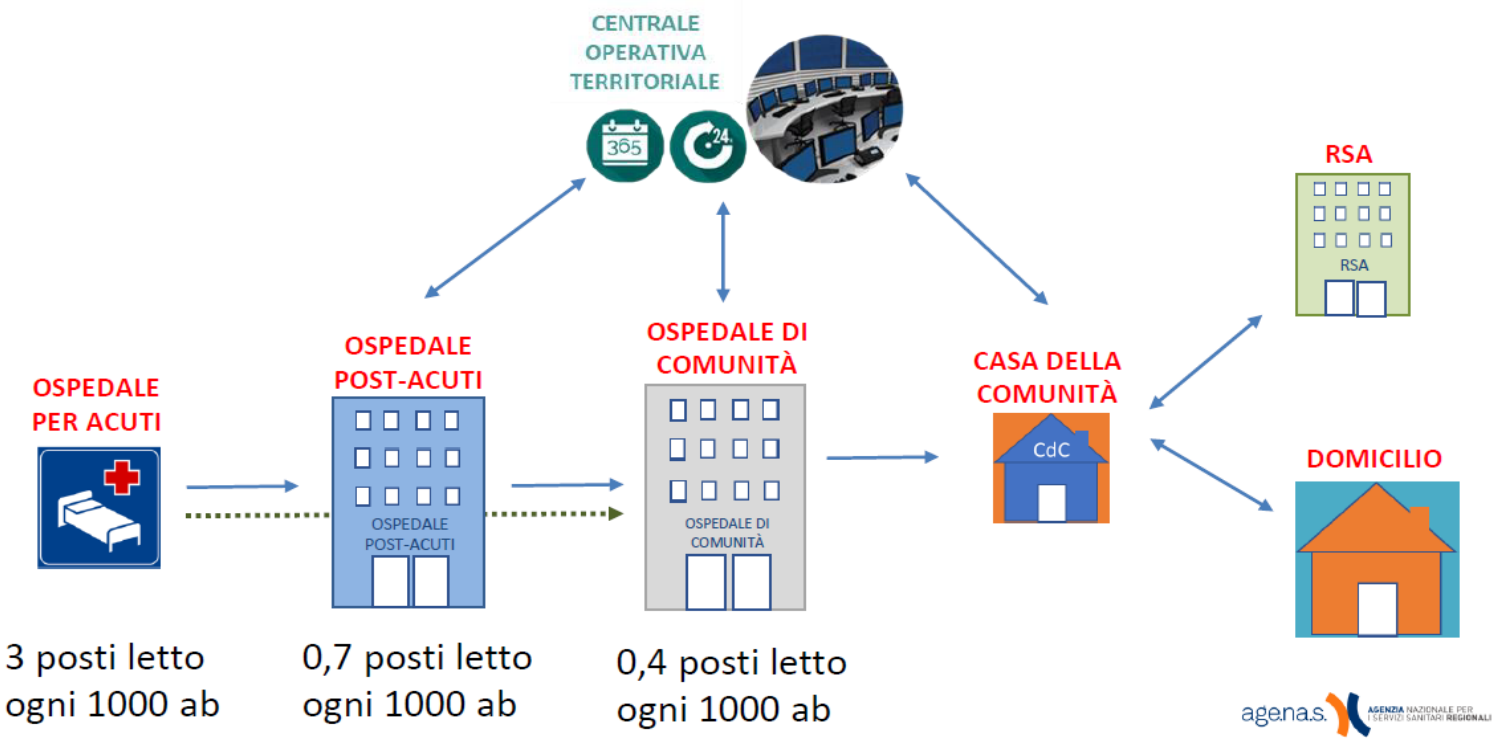
- **Strutture sanitarie** della rete territoriale a **ricovero breve** e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a **bassa intensità clinica.**
- Strutture intermedie tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto).
- Struttura a **gestione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

OSPEDALE DI COMUNITÀ

agena.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

# Submisura 1.3: **Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (Ospedale di Comunità)**

**Standard 1 OdC (20 PL) ogni 50.000 abitanti**

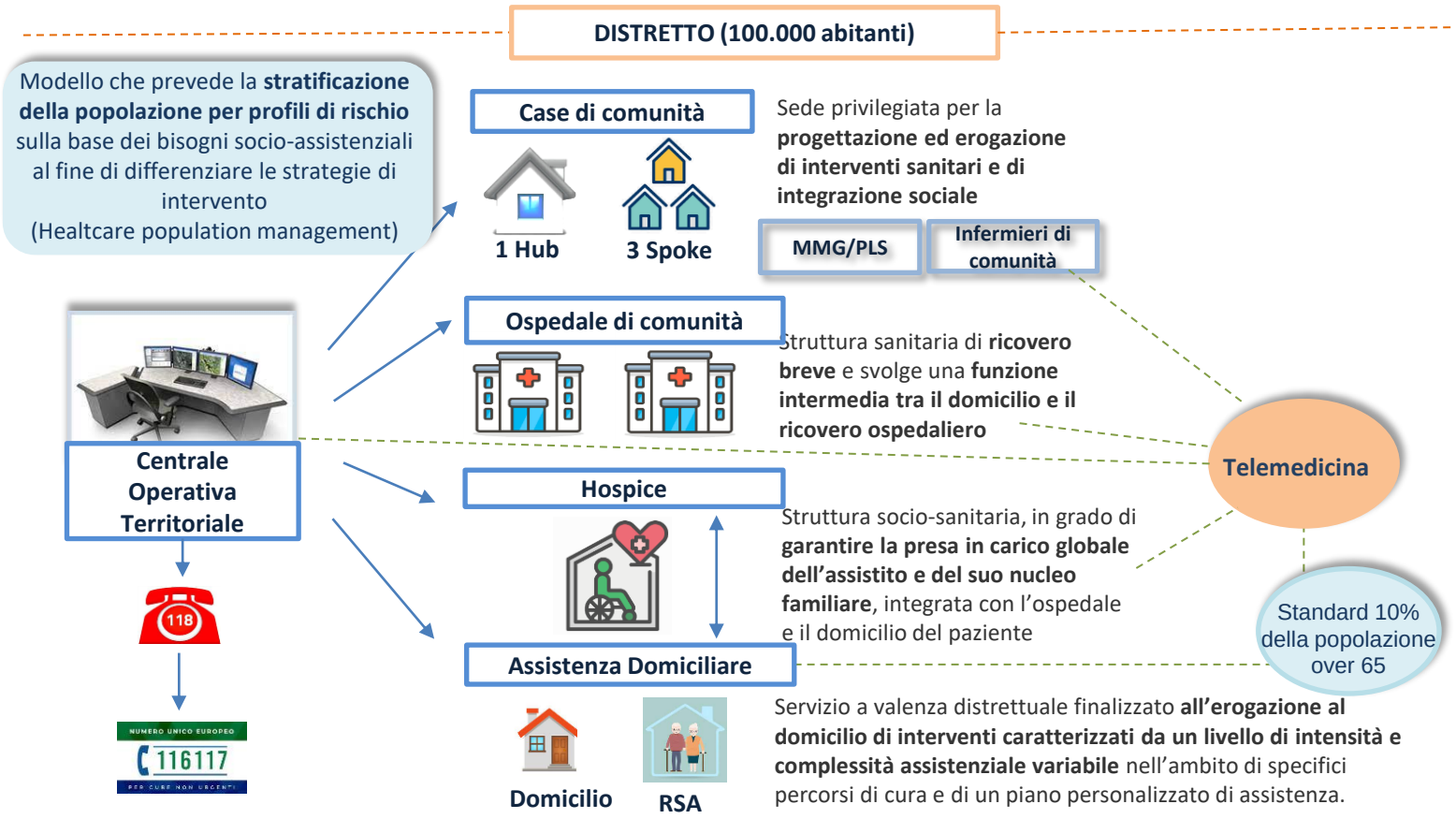


# LA VERA SFIDA DEL DISTRETTO DEL FUTURO

## LA COT
## CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

XIX CONGRESSO NAZIONALE CARD

# COT


DISTRETTO (100.000 abitanti)
Modello che prevede la **stratificazione della popolazione per profili di rischio** sulla base dei bisogni socio-assistenziali al fine di differenziare le strategie di intervento
(Healtcare population management)
Case di comunità
1 Hub
3 Spoke
Sede privilegiata per la **progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale**
MMG/PLS
Infermieri di comunità
Ospedale di comunità
Struttura sanitaria di **ricovero breve** e svolge una **funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero**
Centrale Operativa Territoriale
Telemedicina
Hospice
Struttura socio-sanitaria, in grado di **garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare**, integrata con l'ospedale e il domicilio del paziente
118
NUMERO UNICO EUROPEO
116117
PER CURE NON URGENTI
Standard 10% della popolazione over 65
Assistenza Domiciliare
Domicilio
RSA
Servizio a valenza distrettuale finalizzato **all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile** nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

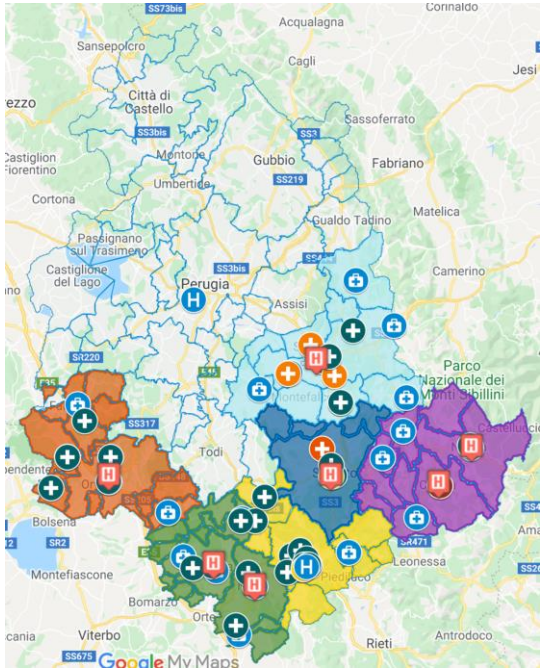
# LA COT NELLA USL UMBRIA 2

- Progettazione dell'attivazione di **due Centrali Operative Territoriali nella USL Umbria 2**, definendo il **modello organizzativo di riferimento per la rete territoriale** e la sua interconnessione con le altre reti con l'obiettivo di assicurare la **continuità, l'accessibilità, l'uniformità di servizi offerti sul territorio**.

- La COT dovrà avere una funzione di **coordinamento e raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nelle transizioni del processo assistenziale** (operatori sanitari e sociosanitari del distretto) dotandosi di una **piattaforma di interconnessione digitale in grado di gestire anche il setting di telemedicina.**

# Rete dei servizi territoriali

**Rete dei servizi territoriali della USL Umbria 2**

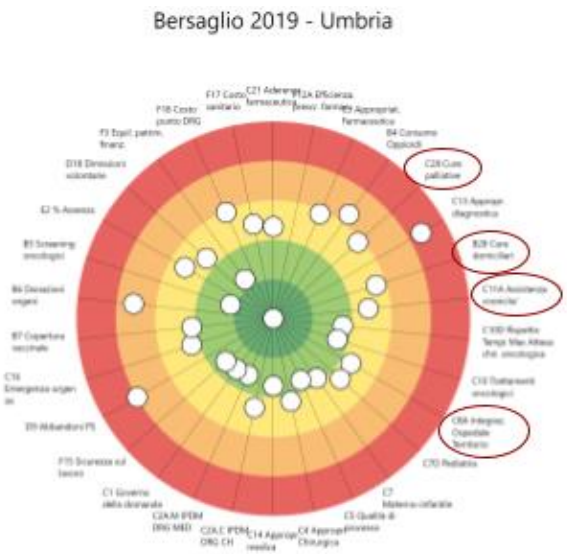


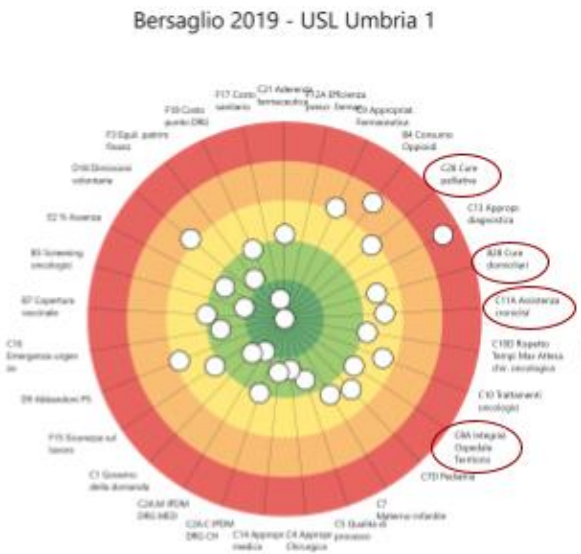

| | Ospedali | | | C.A. | MMG | AFT | Centri di Salute | PES | PUA | Pronto soccorso | Hospice | RSA | RP | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DEA II | DEA I | BASE | | | | | | | | | | Pub | Conv |
| **Distretto di Terni** | 1 | 0 | 0 | 2 | 105 | 5 | 3 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 6 |
| **Distretto di Foligno** | 0 | 1 | 0 | 6 | 73 | 4 | 4 | 13 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 |
| **Distretto di Narni-Amelia** | 0 | 0 | 2 | 5 | 39 | 2 | 2 | 7 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| **Distretto di Spoleto** | 0 | 1 | 0 | 2 | 36 | 2 | 2 | 8 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| **Distretto di Orvieto** | 0 | 1 | 0 | 3 | 31 | 2 | 2 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| **Distretto della Valnerina** | 0 | 0 | 1 | 5 | 7 | 1 | 2 | 9 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| **Totale** | **1** | **3** | **3** | **23** | **291** | **16** | **15** | **51** | **4** | **6** | **2** | **4** | **3** | **23** |

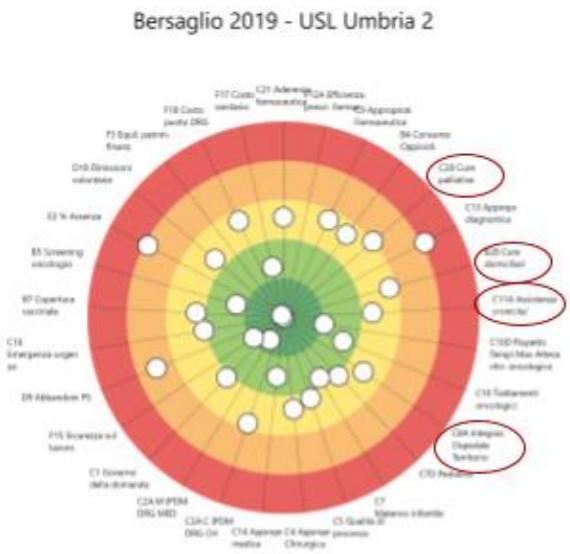
## CRITICITÀ' OPERATIVE

- frammentazione e polverizzazione di luoghi in cui le persone si devono recare;
- una segmentazione del percorso;
- le UVM si attivano solo al distretto e una volta dimesso il paziente.
- CA non coordinata e polverizzata

# Sistema di valutazione delle Performance - 2019 (AS IS)

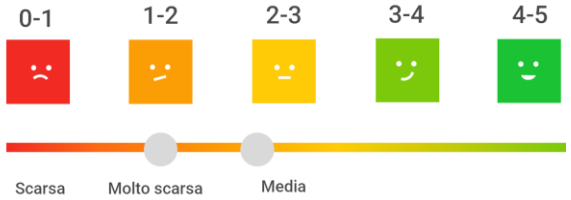


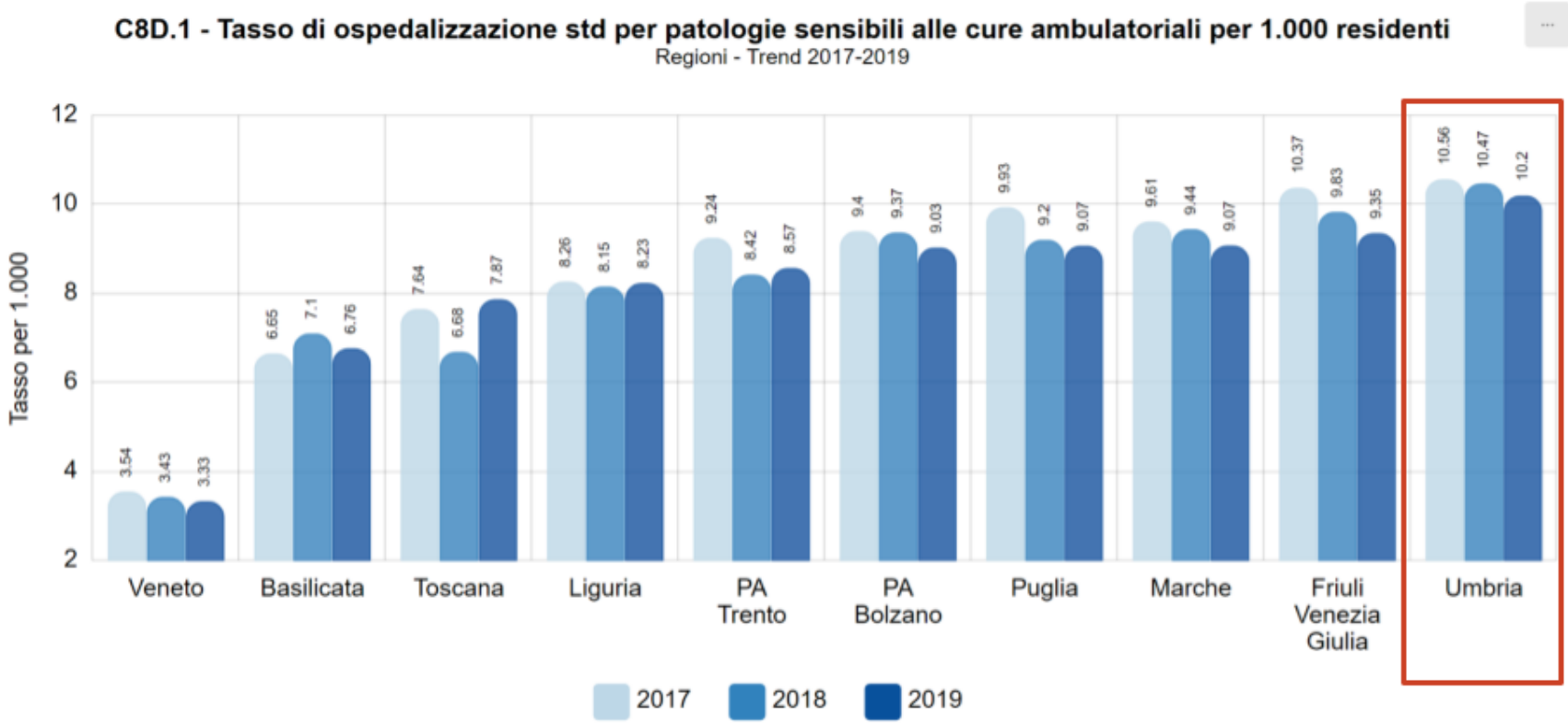




Indicatori:

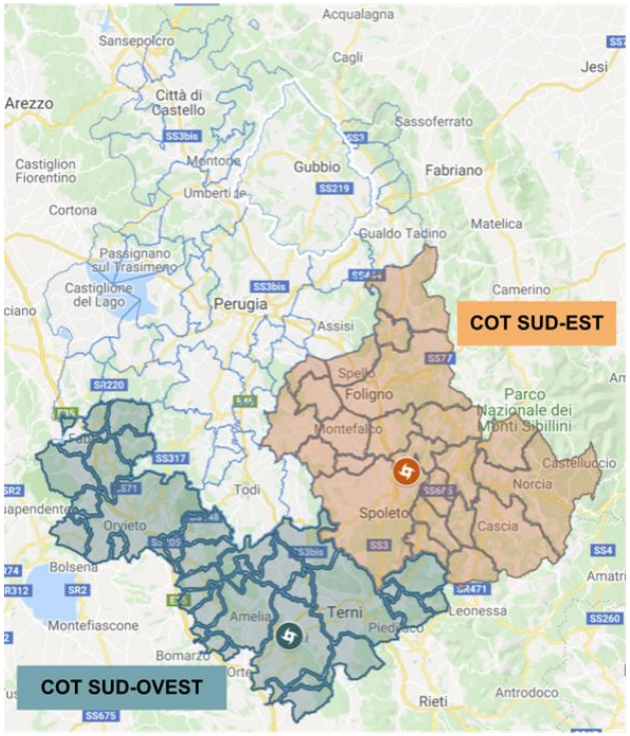
- C8A Integrazione Ospedale Territorio
- C11A Assistenza alla cronicità
- B28 Cure domiciliari
- C28 Cure palliative.



# C8D.1 Tasso di ospedalizzazione Std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1.000 residenti (AS IS)



# Definizione delle COT (TO BE)




| COT | COT SUD-EST | COT SUD-OVEST |
|---|---|---|
| **DISTRETTI** | FOLIGNO, SPOLETO, VALNERINA | TERNI, ORVIETO, NARNI-AMELIA |
| **POPOLAZIONE** | **156394** | **223813** |
| **SUPERFICIE Km2** | 2202 | 1957 |
| **DENSITÀ' Ab / km2** | 71 | 114 |
| **% Popolazione** | 17,67 % | 25,30 % |
| **Indice di vecchiaia Pop > 65 a. / pop. 0-14 a** | 222,64 % | 244,80 % |
| **Indice di invecchiamento Pop > 65 a. / tot. Pop-** | 27,83 % | 26,10 % |
| **Comuni** | 22 | 32 |

# Funzioni, attività, figure, attivazione delle COT (TO BE)

| | | ATTIVITA' | | | Ruolo e tipo di figura | | | Attivazione entro M12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Diurna | Notturna | Diurno Festivi | Coordinamento e programmazione | Gestione e attuazione | Supervisione | |
| Funzioni | Continuità Assistenziale | | | | Medici | Medici<br>Infermieri (funzione di filtro) | Medici | |
| | Dimissioni protette | | | | Infermieri | Infermieri<br>Amministrativi (supporto) | Medici | |
| | Gestione dell'ADI | | | | Medici<br>Infermieri | Infermieri<br>Amministrativi (supporto) | Infermieri | |
| | Gestione delle cronicità* | | | | Medici<br>Infermieri | Infermieri<br>Amministrativi (supporto) | Medici | |

***** si prevede di attivare l'infrastruttura tecnologica per la gestione della telemedicina e la sperimentazione di strumenti di Intelligenza Artificiale e Machine Learning a supporto della gestione clinica e organizzativa dei pazienti

| COT | POPOLAZIONE | IFeC da standard | Coordinatore | Medici CA | Amministrativi | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|
| COT SUD-EST | 156394 | 8 | 1 | 3 | 4 | **9** |
| COT SUD-OVEST | 223813 | 12 | 1 | 3 | 3 | **13** |
| | **380207** | **20** | **2** | **6** | **7** | **22** |

# Obiettivi generali ed obiettivi specifici (TO BE)

## Definizione del modello COT e attivazione

1. Definizione delle **sedi operative delle COT** e adattamento delle condizione operative dalle sedi
2. **Selezione del personale**
3. **Formazione** del personale sul funzionamento della COT e piattaforma digitale utilizzata
4. Revisione ed omogeneizzazione dei **percorsi per gli ingressi in residenza**
5. Revisione ed omogeneizzazione dei percorsi per le attivazione ADI
6. Revisione ed omogeneizzazione dei percorsi per l'**attivazione delle UVM pre-dimissione**
7. Definizione delle **transizioni di ammissione**
8. **Monitoraggio mensile** delle attività delle due COT ed interventi correttivi

## Riorganizzazione della CA della USL Umbria 2

1. **Razionalizzazione dei punti del servizio di CA**
2. Centralizzazione delle **chiamate telefoniche sulle due COT**

## Istituzione e organizzazione della rete dei bed manager Ospedalieri

1. **Definizione degli ospedali in cui individuare BM**
2. Individuazione del **personale** all'interno
3. **Formazione** del personale

## Adozione della piattaforma di interconnessione della COT

1. **Attivazione del CRM per delle chiamate della CA** con sistema automatizzato
2. Evoluzione della **piattaforma Atl@nte ad una logica a servizi**
3. Introduzione di uno strumento **basato su ML a supporto alla COT per individuazione del setting ottimo**
4. Abilitazione del **servizio di teleconsulto tra BD e IFeC della COT**
5. Attivazione del CRM + EDSS
6. **Monitoraggio mensile stato di utilizzo dei servizi**

.

# grazie

## agli operatori tutti della sanità

*Massimo De Fino*

XIX CONGRESSO NAZIONALE CARD