La nuova organizzazione della presa in carico territoriale alla luce del DM 77/2022

Autori: Margheritta Barbara, Marin Meri, Grassi Deborah, Bertossi Tiziana, Pecini Dina, Pittini Elisa, Caporale Loretta, Doimo Ylenia, Fabbro Emanuela, Odasmini Bruna, Agnoletto Anna Paola, Revelant Elena, Cattani Giovanni, Mentil Silvia, Panzera Angela, Dri Cinzia, Branca Barbara, Petean Marco. Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale email: barbara.margheritta@asufc.sanita.fvg.it





INTRODUZIONE

Il Friuli Venezia Giulia ha una popolazione di 1.192.295 abitanti, suddivisa in 215 comuni le cui dimensioni hanno un'ampia variabilità sia in termini di popolazione che di superficie e le aree montane rappresentano il 43% dell'intera superficie regionale. Dal 2012 al 2022 inoltre, si è evidenziato uno spostamento significativo delle piramidi di età verso le classi di età più anziane, con un trend di aumento costante nel tempo. Le caratteristiche oro geografiche del territorio e la tipologia dei bisogni di salute correlati alle classi di età della popolazione, hanno pertanto orientato l'organizzazione territoriale del FVG secondo tre linee prevalenti di indirizzo e di sviluppo della capillarità dell'offerta, dell'assistenza domiciliare e di un sistema residenziale di cure intermedie.

Questi livelli organizzativi sono attraversati da processi operativi orientati a dare al cittadino la possibilità di accedere ad una rete unitaria di servizi attraverso lo sviluppo del Punto Unico di Accesso (PUA), già attivo in tutti i contesti aziendali ASUFC nel 2022; realizzare una valutazione dei bisogni con modalità integrata con Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e una progettazione individuale del percorso di cura (PAI) e a garantire la continuità della cura e la presa in carico.

Il PUA ha l'obiettivo di avvicinarsi al cittadino attraverso il lavoro di equipe tra Medico di Medicina Generale (MMG), Medico di Distretto, Infermiere di Famiglia o Comunità, Fisioterapista, Assistente Sociale. A seconda delle caratteristiche socio demografiche sono stati creati dei modelli di offerta diversi, che hanno adattato lo schema professionale di base con il territorio di afferenza. Partendo da questo contesto e in conformità alle indicazioni del DM 77/20222 e della Delibera Regionale FVG 2042/2022 è stata definita una nuova organizzazione della presa in carico del paziente nell'ambito dell'assistenza territoriale a livello Regionale e di riflesso nell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), integrando e definendo le specifiche funzioni della Centrale Operativa Territoriale (COT) e del PUA.

OBIETTIVO GENERALE

Definire la nuova organizzazione della presa in carico del paziente nell'ambito dell'assistenza territoriale nell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale ASUFC in conformità alle indicazioni del DM 77/20222 e della Delibera Regionale FVG 2042/2022.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Definire le nuove funzioni del PUA nella presa in carico del paziente.
- Definire le funzioni della COT nella presa in carico del paziente.
- Costruire un cruscotto di indicatori quali/quantitativi per valutare l'efficacia della presa in carico dell'utente da parte del PUA e della COT nei Distretti dell'ASUFC.

METODI E STRUMENTI

E' stata utilizzata la metodologia del Project Management con l'obiettivo di facilitare ed accompagnare i cambiamenti organizzativi attraverso la realizzazione di progetti e di gruppi di lavoro assegnati a tale scopo.

Sono stati organizzati dei focus group con la partecipazione degli incarichi di posizione delle Piattaforme Assistenziali Distrettuali, delle funzioni organizzative delle COT dell'ASUFC e degli altri professionisti impiegati nell'ambito della presa in carico dei pazienti. Le domande core utilizzate nei focus group sono state:

- Quali sono le modalità della gestione della presa in carico del paziente da parte del PUA all'interno dei singoli Distretti (prima del DM 77/2022)?
- Qual è lo strumento di segnalazione del paziente, in uso nei singoli Distretti (prima del DM 77/2022)?
- Alla luce del DM 77/2022 come prevederesti la suddivisione delle funzioni del PUA e della COT?
- Come valuteresti l'efficacia della presa in carico del paziente da parte di PUA e COT?
- Quali indicatori o metodi di valutazione utilizzeresti per valutare l'efficacia del nuovo percorso di presa in carico?

Il processo di cambiamento organizzativo della presa in carico territoriale è partito dall'analisi delle attività dei PUA già presenti in ASUFC, specificatamente in merito alla loro organizzazione ed alle funzioni agite. Alla luce del DM 77/2022 e della DGR 2042/2022 queste funzioni sono state declinate e affidate alle nuove articolazioni dell'organizzazione territoriale (PUA/COT). E' stato identificato un cruscotto di indicatori quali/quantitativi per valutare l'efficacia della presa in carico da parte del PUA e della COT nei Distretti dell'ASUFC.

RISULTATI

A partire da giugno 2024 sono state attivate 5 COT presso le Piattaforme Assistenziali Distrettuali dell'ASUFC e 1 PUA per ogni Casa della Comunità (totale 10 PUA), come previsto dal DM 77/2022 e dalla DGR 2042/2022.

In questa fase, la struttura sperimentale è stata la COT di Palmanova afferente al Distretto Agro Aquileiese, nel periodo dal 28/06/2024 al 1/12/2024 ha presentato i seguenti indici di attività:

- Numero persone prese in carico = 1060
- Numero transizioni Ospedale Territorio = 920
- Numero transizioni Territorio Territorio = 297

Contestualmente sono state determinate le funzioni del PUA e della COT confluite in un documento condiviso con gli operatori di tutti i servizi coinvolti, attraverso degli incontri dedicati.

		PROCESSI DI PRESA IN CARICO							
	СОТ	PUA	MMG/PLS	SID/SRD	RSA	HOSPICE	SSA		
DIMISSIONE DA OSPEDALE VERSO DOMICILIO	Riceve la segnalazione dal Gestionale dedicato (per le strutture ospedaliere attualmente abilitate) oppure con le consuete modalità cartacee Identifica il bisogno Informa i MMG/PLS, servizi territoriali sanitari (IFoC – SRD ecc) e sociali coinvolti e riceve le informazioni relative alle ev prese in carico sanitarie e sociali territoriali e specialistiche Progetta il percorso di dinissione con le ICA di reparto coinvolgendo PUA se dimissione complessa e SID/SRD se semplice e le Residenze per disabili o per non autosufficienti In caso di trasferimento in RSA o in Hospice, attivazione Budget Di Salute (BDS), avvio urgente di riconoscimento di ADS, prepara la documentazione necessaria, UYM e consenso-patto per l'accoglimento compresi, per le situazioni previste, la trasmette alla struttura segnalante e informa il MMG/PLS, servizi territoriali coinvolti, monitora i tempi di attesa per l'ingresso (attraverso le liste d'attesa)	Se dimissione complessa, elabora la segnalazione trasmessa dalla COT, effettua l'approfondimento valutativo contatta i MMG/PLS, servizi territoriali sanitari e sociali coinvolti e il caregiver, propedeutico all'eventuale UVM, attiva le UVM ritenute opportune Collabora con la COT durante il percorso di dimissione Riceve comunicazione dalla COT del trasferimento in RSA o Hospice del paziente, dell'attivazione BDS o avvio ADS, contatta i MMG/PLS servizi territoriali sanitari e sociali coinvolti e il caregiver	Riceve la segnalazione dalla COT e collabora per l'approfondimento valutativo conseguente relativamente alla dimissione protetta Riceve comunicazione della programmazione di dimissione	Se dimissione semplice, riceve la segnalazione dalla COT (notifica dal Gestionale, apertura PIC su Cartella Distretto, mail alla sede di IFoC/SRD di riferimento con allegata segnalazione in PDF) e prende i contatti con il paziente o il caregiver Se dimissione complessa riceve la segnalazione dalla COT e collabora con il PUA alla valutazione del trasferimento in RSA o Hospice, avvio BDS e eventuale ADS, del paziente dalla COT e collabora con il PUA alla valutazione del caso Riceve comunicazione del trasferimento in RSA o Hospice, avvio BDS e eventuale ADS, del paziente dalla COT e collabora con il PUA alla valutazione del caso	Riceve la documentazi one dalla COT, compreso il verbale UVM Accoglie il paziente	Riceve la documentazione dalla COT, compreso il verbale UVM Accoglie il paziente	Riceve la segnalazione dalla COT se ci sono necessità assistenziali da soddisfare Riceve la segnalazione anche in caso di necessità assistenziali soddisfatte ma con una situazione di fragiliti		
DIMISSIONE DA RSA/HOSPICE	Riceve aggiornamenti dalla struttura Valuta le eventuali richieste di Proroga dell'accoglimento in RSA e le relative UVM	Riceve aggiornamenti dalla COT Organizza il rientro a domicilio del paziente in	Riceve aggiornamenti dalla COT Collabora con il PUA e gli altri servizi sanitari e	Riceve aggiornamenti dalla COT Collabora con il PUA e gli altri servizi sanitari e	Collabora con la COT con il PUA e con i servizi territoriali sanitari e	 Collabora con la COT, con il PUA e con i servizi territoriali sanitari e sociali alla progettazione 	Riceve aggiornamenti dalla COT Collabora con il PUA e gli alti servizi sanitari e sociali territoriali nell'organizzazion del rientro a domicilio in cas		

	Aggiorna i MMG/PLS, servizi territoriali sanitari e sociali coinvolti Progetta il percorso di dimissione con le ICA di reparto coinvolgendo PUA se dimissione complessa e SID/SRD se dimissione semplice	collaborazione con i MMG/PLS, servizi sanitari e sociali territoriali Collabora con la COT alla progettazione della dimissione (tenendo conto anche dell'eventuale necessità di proroga dell'accoglimento in RSA)	sociali territoriali nell'organizzazione del rientro a domicilio Riceve la segnalazione anche in caso di necessità assistenziali soddisfatte ma con una situazione di fragilità	sociali teritoriali nell'organizzazi one del rientro a domicilio	sociali alla progettazion e della dimissione	della dimissione	di necessità assistenziali Riceve la segnalazione anch in caso di necessità assistenziali soddisfatte ma con una situazione di fragilit
INVIO IN OSPEDALE (CON PROPOSTA DI RICOVERO DA PARTE DEL MMG/PLS, UCA, specialista cronicità e cure palliative territoriali)	Informa il PS della richiesta di ricovero ospedaliero da parte del MMG/ UCA, spedalista cronicità e cure palliative territoriali e trasmette le informazioni relative alle ev prese in carico sociali e sanitarie territoriali e specialistiche Se l'accesso non esità in ricovero ospedaliero riceve segnalazione di dimissione dal PS	Riceve aggiornamenti dalla COT Se l'accesso in PS esita in una dimissione complessa contatta il MMG/PLS, i servizi territoriali sanitari e sociali coinvolti e il caregiver per un approfondimento valutativo che potrebbe esitare anche in un'UVM Collabora con la COT durante il percorso di dimissione	Informa la COT dell'invio in ospedale Riceve aggiornamenti dalla COT OTICALE RICEVE RICEV	Informa la COT dell'invio in ospedale Riceve aggiornamenti dalla COT Sel'accesso in PS esita in una dimissione semplice riceve la segnalazione dalla COT e prende i contatt con il paziente o il caregiver Sed dimissione complessa riceve la segnalazione dalla COT e collabora con il PUA alla valutazione del caso			Informa la COT dell'invio in ospedale Riceve aggiornamenti dalla COT Riceve la segnalazione dalla COT se ci sono necessità assistenziali da soddisfare Riceve la segnalazione anch in caso di necessità assistenziali soddisfatte ma con una situazione di fragili
ACCOGLIMENTO IN RSA/HOSPICE DA DIMISSIONE OSPEDALIERA	Monitora la lista d'attesa (attraverso il Gestionale della dimissione che si interfaccia con il Gestionale RSA/HOSPICE) di RSA/Hospice aziendali	Viene informato dalla COT dell'accoglimento	Viene informato dalla COT dell'accoglimento	Viene informato dalla COT dell'accogliment o se presenti bisogni sanitari e/o sociali	Programma l'accoglimen to nell'RSA/hos pice individuati	Programma l'accoglimento nell'RSA/hospice individuati	Viene informato dalla COT dell'accoglimento se preser bisogni sociali
ACCOGLIMENTO IN RSA/HOSPICE DAL DOMICILIO	Riceve la documentazione dal PUA Monitora la lista d'attesa di RSA/Hospice aziendali (dal Gestionale RSA/HOSPICE)	 Riceve la richiesta d'accoglimento, coinvolge il MMG/PLS, i servizi sociali per l'approfondimento del bisogno 	Segnala il bisogno del proprio assistito Partecipa al percorso di approfondimento valutativo	Segnala il bisogno dell'utente incarico Partecipa all'approfondim ento valutativo	Riceve la documentazi one dalla COT Accoglie il paziente	Riceve la documentazione dalla COT Accoglie il paziente	 Segnala il bisogno dell'uten Partecipa all'approfondime Viene informato dal PUA dell'invio della documentazione alla COT p l'ingresso

Sono stati individuati gli indicatori che saranno misurati nel 2025 per valutare l'efficacia del percorso di presa in carico.

	i	
. INDICATORI	.DESCRIZIONE DEGLI INDICATORI	.VALORE ATTESO
Compliance sulla compilazione della documentazione prevista nelle transizioni tra i vari setting assistenziali	Presenza di uno strumento (check list) di valutazione della qualità documentale	.Si presente
N° di incident reporting che coinvolgono il percorso di transizione tra setting compilati	•N° di incident reporting compilati mensili	•Da definire
•N° audit su casi critici tenuti	N° audit su casi critici tenuti al mese	Da definire
N° di pazienti presi in carico dalla COT	N° di pazienti presi in carico dalla COT al mese	Da definire
N° di transizioni gestite dalla COT	N° di transizioni gestite dalla COT al mese	Da definire
N° di transizioni gestite dal PUA	N° di transizioni gestite dal PUA al mese	Da definire
•Tempo di attesa medio delle transizioni tra setting PUA/COT	•Analisi dei tempi di attesa medi (in giorni) delle transizioni tra setting su base mensile	Da definire
N° di casi co-progettati con attività sociosanitarie	N° di casi co-progettati con attività sociosanitarie al mese	Da definire
Degenza media nei reparti ospedalieri di pazienti segnalati	Analisi dei tempi di degenza medi (in giorni) nei reparti ospedalieri dei pazienti segnalati su base mensile	•Da definire
•N° di operatori di PUA e COT che chiedono il trasferimento in altra Struttura Operativa	Analisi del numero di operatori di PUA e COT che chiedono in trasferimento su base trimestrale	Da definire
•Tempo medio di assenza degli operatori assegnati ai servizi PUA e COT per malattia	•Analisi del tempo medio di assenza degli operatori di PUA e COT per malattia su base trimestrale	•Da definire



CONCLUSIONI

Come evidenziato dai dati sopra esposti, l'estrazione degli indici di attività è relativa alla sola attività svolta dalla COT. Come obiettivo per il 2025, ci si propone di rilevare anche i dati relativi all'attività svolta dai PUA, nonché la misurazione e la valutazione degli indicatori sopra riportati. Verranno inoltre analizzate le criticità emerse, a cui seguirà la definizione di un progetto di miglioramento delle funzioni dei servizi e l'eventuale riorganizzazione di COT e PUA.

BIBLIOGRAFIA

- ASUFC Modello organizzativo della Centrale Operativa Territoriale (COT) ASUFC. Dipartimento Assistenza Territoriale DAT_PR_06 del 20.06.2024. DM 23 maggio 2022, n.77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.
- Delibera di Giunta Regionale n. 1896 del 7 dicembre 2022 «Programma Regionale dell'assistenza territoriale». Delibera di Giunta Regionale n. 2042 del 29 dicembre 2022 «Programma Regionale dell'assistenza territoriale» (ex art. 1, comma 2 del decreto del Ministero Salute 23 maggio 2022, n. 77 – Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario
- Forti D, Masella F. Lavorare per progetti. Raffaello Cortina Editore. Milano 2004
- Quaderni di Monitor, novembre 2022 «La centrale operativa territoriale: dalla realizzazione all'attivazione». Turra E, Vielmetti A. Manuale di Project Management – Processi e strumenti di Project Management nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. APSS Trento 2008.