



DISTRETTO PROMOTORE DI SALUTE

Le migliori esperienze assistenziali

GOVERNO DELLA TRASIZIONE CARE NELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL ROMA 1

Autori: Paolo Parente (1), Elisa Gullino (1), Giuseppe Quintavalle (1), Gennaro D'agostino (1), Roberta Volpini (1), Andrea Barbara (1,3), Silvia Ippolito (1), Leonardo Villani (1,2), Maria Teresa Riccardi (1,2), Maria Lucia Luzzi (1), Sonia Cattaneo (1), Lavinia Camilla Barone (1,3)
Affiliazioni: (1) ASL Roma 1, Roma (2) Sezione di Igiene – Dipartimento di scienze e salute pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma (3) Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

Roma 13 giugno 2023

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Rete Servizi e Coordinamento

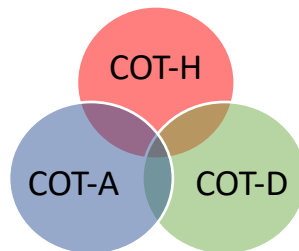
Delibera del Direttore Generale n.15 del 12/01/2023



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 15 del 12/01/2023

OGGETTO: Istituzione delle Centrali Operative ASL Roma 1 in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 - Approvazione del "Documento tecnico esplicativo Centrali Operative ASL Roma 1"		
STRUTTURA PROPONENTE: AREA GOVERNO DELLA RETE - UOC COMMITTENZA		
Centro di Costo: DL03	L'Estensore: ALESSANDRO ANTICOLI	Il presente Atto non contiene dati sensibili
Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.		
Il Responsabile del Procedimento	UOC COMMITTENZA	AREA GOVERNO DELLA RETE
Dott. PAOLO PARENTE	Dott.ssa RITA LUCCHETTI	Dott.ssa RITA LUCCHETTI
Firmatario: PAOLO PARENTE	Firmatario: RITA LUCCHETTI	Firmatario: RITA LUCCHETTI
Data: 10/01/2023 10:46:25 CET	Data: 10/01/2023 12:20:40 CET	Data: 10/01/2023 12:22:10 CET



COT-H

- Gestione di pazienti con difficoltà clinico-assistenziali
- Valutazione dei bisogni sociali e/o sociosanitari

COT-A

- Facilitare e monitorare il percorso di transitional care
- Governance del cambio di setting
- Gestione uniforme delle liste di attesa
- Integrazione con la Rete Locale Cure Palliative

COT-D

- Interventi di presa in carico casi complessi
- Tracciamento e monitoraggio transizioni
- Supporto informatico e logistico
- Monitoraggio pazienti (telemedicina, ecc.)

Obiettivi primari e secondari

- ❖ Identificazione percorsi tra gli snodi della rete
- ❖ Analisi multidimensionale della complessità clinica, assistenziale e sociale
- ❖ Integrazione H-T*
- ❖ Continuità delle cure da un setting all'altro/ all'interno dello stesso setting
- ❖ Favorire la permanenza nel proprio ambito familiare e sociale evitando fenomeni di emarginazione sociale
- ❖ Favorire la deistituzionalizzazione
- ❖ Rafforzare commitment degli operatori mediante processi partecipativi
- ❖ Sviluppo e implementazione di buone pratiche
- ❖ Condivisione della Vision aziendale



* ospedale-territorio

STEP DOWN E STEP UP IPOTESI DI PERCORSI ATTIVABILI



Cod.56, cod.60, cod.28,
cod.75, ex art.26

Presidi ospedalieri a gestione diretta



Dimissioni a domicilio



RSA



Cure palliative



Strutture estensive
temporanee





CAMPO APPLICAZIONE: Residenti/Assistiti sul territorio Asl Roma 1

STEP DOWN: dall' Ospedale

Gestione Diretta (GD) e Non diretta (GND)



PRE-VALUTATIVA: Primo contatto SSN → interconnessione setting provenienza/setting ricevente

(I) TRIAGE ASSISTENZIALE E SOCIALE < 48h → Presenza/Assenza fattori di rischio ospedalizzazione prolungata e/o dimissione difficile

(II) PRIMO CONTATTO CON IL TERRITORIO: ipotesi di setting condiviso H-T

FASE VALUTATIVA: Distinta in base ai percorsi di presa in carico

A) Unità per gravi cerebrolesioni acquisite - UCGA (Cod. 75); post-acuzie medica (Cod.60); post-acuzie riabilitativa (Cod.56); lesioni midollari-unità spinali (Cod. 28) e riabilitazione territoriale estensiva (ex Art. 26) GD

B) Dimissioni a domicilio GD/GND

C) RSA: Strutture Residenziali Assistenziali GD/GND

D) Cure Palliative Non distinte in relazione al presidio di provenienza del paziente

PROCESSO STEP DOWN (2)

FASE PREVALUTATIVA

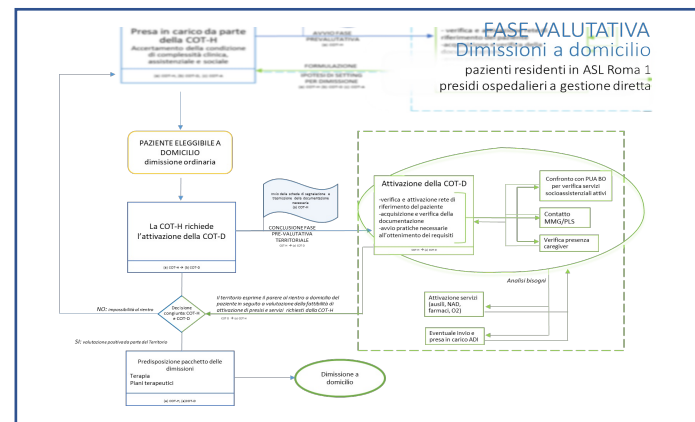
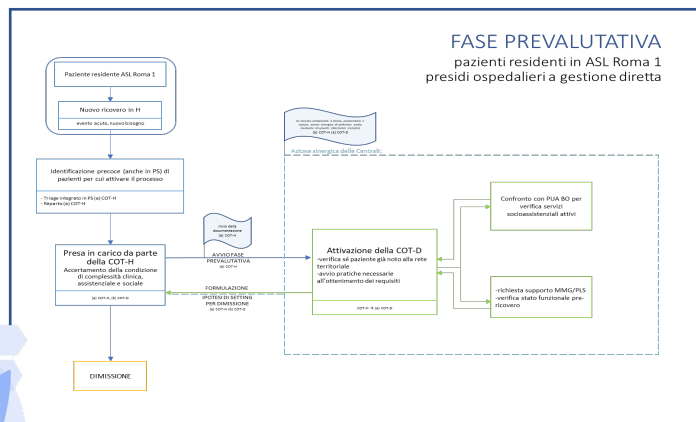
TRIAGE OSPEDALIERO

CONTATTO CON IL TERRITORIO

FASE VALUTATIVA

IPOTESI DI SETTING

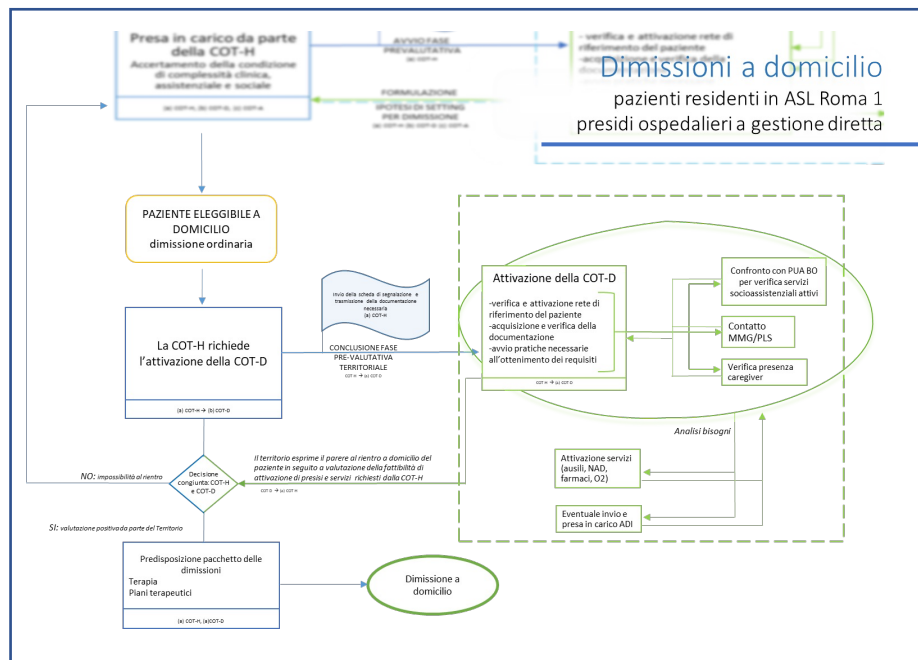
CONDIVISO



PROCESSO STEP DOWN (3)

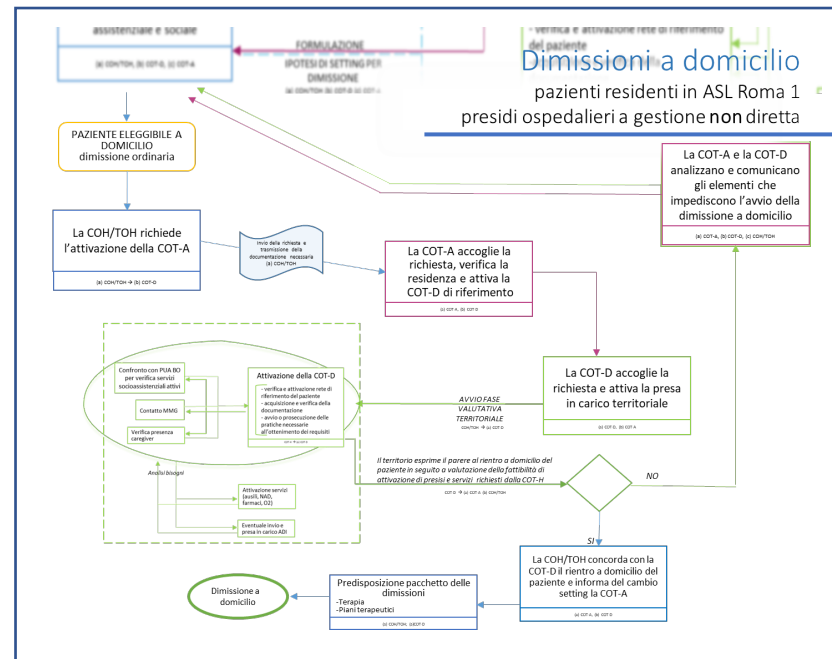
P.O. A GESTIONE DIRETTA

Ospedale e territorio comunicano direttamente tra loro



P.O. A GESTIONE NON DIRETTA

Ospedale e territorio comunicano mediante l'azione facilitante della Centrale Operativa Territoriale Aziendale



CAMPO APPLICAZIONE: Residenti/Assistiti sul territorio Asl Roma 1

STEP UP: dal Territorio

FASE PRE-VALUTATIVA:

TRIAGE CLINICO SOCIALE ASSISTENZIALE < 48h → Presenza/Assenza fattori di rischio ospedalizzazione prolungata e/o dimissione difficile

- ❖ **CONTATTO CON PUA:** porta accesso ai servizi sanitari e socio sanitari, servizi Asl, il Municipio, il Terzo Settore, istituzioni varie..
- ❖ **CONTATTO CON ATTIVITA' O SERVIZI DISTRETTUALI**
- ❖ **CONTATTO CON IL MMG**

FASE VALUTATIVA :

IN USCITA:

La COT- D provvede ad effettuare la verifica della documentazione e dei dati anagrafici e di residenza, un'analisi e decodifica del bisogno di salute individuando gli attori ed i servizi da coinvolgere all'interno della rete in relazione al bisogno/i bisogni prevalenti (CAD; Protesica, NAD, PUA, MMG/PLS, Centrali operative interne ed esterne all'azienda, etc ..).

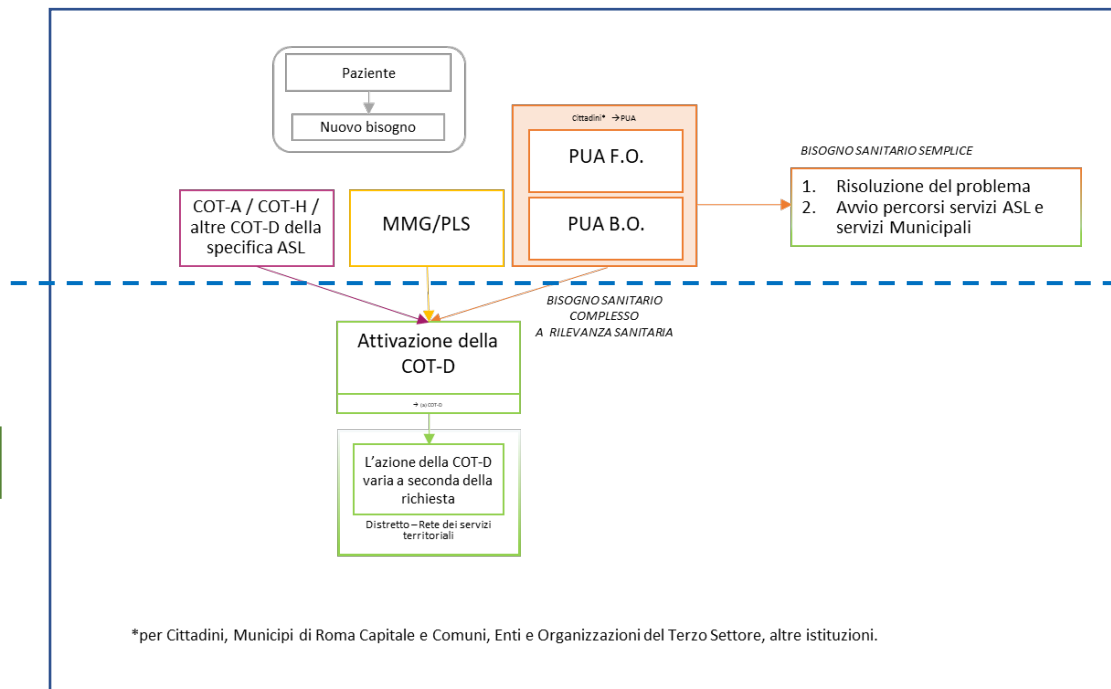


PROCESSO STEP UP (2)

FASE PREVALUTATIVA



FASE VALUTATIVA



DECRETO MINISTERIALE 23.05.2022 n.77: «La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale.

Lo sviluppo e l'implementazione di sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del rischio andranno, pertanto, a costituire ed alimentare una piattaforma che contiene informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile.

Tale piattaforma comprenderà altresì gli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza sanitaria e all'aderenza alle linee guida per alcune patologie specifiche e sarà di supporto nei programmi di sorveglianza proattiva nell'ambito del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale»



EIMAS: Piattaforma informatica che conferisce gli strumenti di monitoraggio del processo

INDICATORE MONITAGGIO TRANSITIONAL CARE ASL ROMA 1

Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4	Indicatore 5	Indicatore 6	Indicatore 7	Indicatore 8	Indicatore 9	Indicatore 10
Tasso di segnalazioni inoltrate a COTH in lavorazione entro 24h (%)	Tasso di segnalazioni inoltrate a COT-A in lavorazione entro 24h (%)	Tasso di segnalazioni inoltrate a COT-D in lavorazione entro 24h (%)	Tempo medio di presa in carico del paziente in seguito a segnalazione pervenuta da COT-H (ODG)* FASE VALUTATIVA	Tempo medio di presa in carico del paziente da parte di COT-D in seguito a segnalazione pervenuta dalla COT-A (ONDG)* FASE VALUTATIVA	Percentuale (%) ipotesi di setting concordati (prevalutativa)/setting individuati (valutativa) ODG*	Percentuale (%) ipotesi di setting concordati (prevalutativa) /setting individuato (valutativa) ONDG*	Percentuale di setting idonei a 3 mesi dall'identificazio ne	Percentuale di setting idonei a 6 mesi dall'identificazio ne	Percentuale di setting idonei a 12 mesi dall'identificazi one
Tempo intercorrente tra il momento della ricezione e l'inizio della gestione della richiesta	Tempo intercorrente tra il momento della ricezione e l'inizio della gestione della richiesta	Tempo intercorrente tra il momento della ricezione e l'inizio della gestione della richiesta	Tempo medio in cui la COT-D attiva i servizi competenti in fase valutativa per pazienti provenienti da Ospedali a diretta gestione (ODG) (Paziente potenzialmente dimissibile)	Tempo medio in cui la COT-D attiva i servizi competenti in fase valutativa su segnalazione inviata dalla COT-A per pazienti provenienti da ONDG (Paziente potenzialmente dimissibile)	N° di setting individuati in fase prevalutativa confermati in fase valutativa (indicatore di monitoraggio di performance nella comunicazione COT-H/COT-D e definizione di setting idoneo nel contesto del processo di STEP-DOWN con ospedali a gestione diretta)	N° di setting individuati in fase prevalutativa confermati in fase valutativa (indicatore di monitoraggio di performance nella comunicazione COT-H/COT-/COT-D e definizione di setting idoneo nel contesto del processo di STEP-DOWN con ospedali a gestione non diretta)	PRIMA VALUTAZIONE: Numero di setting idonei a 3 mesi sul totale dei setting identificati (%). Tale monitoraggio viene effettuato in prima istanza dagli infermieri della COT-D e richiede in caso di rivalutazione del setting (non idoneo) l'intervento del coordinatore medico della Centrale Distrettuale.	SECONDA VALUTAZIONE: Numero di setting idonei a 6 mesi sul totale dei setting identificati (%). Tale monitoraggio viene effettuato in prima istanza dagli infermieri della COT-D e richiede in caso di rivalutazione del setting (non idoneo) l'intervento del coordinatore medico della Centrale Distrettuale.	TERZA VALUTAZIONE: Numero di setting idonei a 12 mesi sul totale dei setting identificati (%). Tale monitoraggio viene effettuato in prima istanza dagli infermieri della COT-D e richiede in caso di rivalutazione del setting (non idoneo) l'intervento del coordinatore medico della Centrale Distrettuale.

*ODG: Ospedale Gestione Diretta/Ospedale a Gestione Non diretta

Risultati

Sviluppo di una logica adattativa per risoluzione della complessità dovuta alla co-presenza di problematiche clinico-assistenziali e sociale, alle difficoltà riguardanti le diverse dimensioni dell'individuo ed alla forte frammentazione degli interventi



Criticità

(1) Rappresentazione puntuale di un processo dinamico

(2) In corso di sviluppo i sistemi informativi interconnessi a livello aziendale

Punti di forza

(1) Facilitazione interazione Stakeholder interni/esterni all'azienda

(2) Definizione e implementazione processi Transitional Care

Sviluppi futuri

- (1)** Ottenimento di sistema monitoraggio Real Time
- (2)** Applicazione omogenea su tutti i livelli di assistenza (trasversale e orizzontale)
- (3)** Creazione di indicatori di esito
- (4)** Accessibilità del modello e interoperabilità con enti del terzo settore per favorire integrazione socio-sanitaria



Conclusioni

L'applicazione del nuovo modello facilita la creazione di risposte continuative ai molteplici bisogni di salute secondo un approccio centrato sulla persona, garantendo:

- ❖ **omogeneità di trattamento**
- ❖ **trasparenza**
- ❖ **equità nell'accesso alle cure**

