



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute

18

21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

Ilaria Vescarelli

Direttore Distretto dUSL Umbria 1



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

18

Le reti clinico-assistenziali sul territorio il modello Umbria

Drssa Ilaria Vescarelli

Direttore del Distretto di Assisi

UslUmbria1



La rete clinico assistenziale

- **La Rete clinico-assistenziale è un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente** mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa
- **La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini**
 - Agenas 2018

Il 30/10/2017 l'Ufficio di Coordinamento delle Attività della Segreteria della Conferenza Permanente tra lo stato e le Regioni e PA insieme ad Age.nas ha declinato:
«L'accordo, ai sensi del punto 8.1 dell'allegato 1 al DM n.70 del 2015, sul documento
«Linee Guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti»»

«Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti»

- *Cardiologica per l'emergenza,*
- *la rete per la neonatologia e i punti nascita,*
- *la rete ictus,*
- *la rete trauma*

nel 2019 Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)

- Revisione delle Linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra il DM 70 del 2015

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera
DM70/2-4-2015

Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate

ALLEGATO 1: PREMESSA, OBIETTIVI ED AMBITI DI APPLICAZIONE

I cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria ed in particolare in quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), partendo da alcune tematiche prioritarie

- l'implementazione del governo clinico e la sicurezza delle cure,
- la ricerca e l'innovazione
- e la **necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino di utenza, complessità delle prestazioni erogate**
- Tutte le strutture sanitarie devono operare secondo gli standards di efficacia, qualità e sicurezza delle cure, efficienza, centralità del paziente e umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona

DM 70/2015

ALLEGATO 1 :

Punto 4: La riduzione del fabbisogno di posti letto
deriva

sia dal percorso di appropriatezza che prevede una **conversione** di ricoveri
ordinari in day hospital e **prestazioni territoriali** e

sia dal **calcolo dei posti letti normalizzati** nel caso di scarso utilizzo dei posti
letti esistenti.

DM 70/2015
ALLEGATO 1 :

Punto 4.1 : La necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, **comporta** necessariamente una

riconversione di servizi, strutture ed ospedali,

per far fronte ai mutati bisogni sociali, demografici ed epidemiologici, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 135/2012, in materia di reti ospedaliere.

In tal senso, elementi determinanti sono rappresentati dai **volumi** di attività e dalla valutazione degli **esiti**.

DM 70/2015 introduce

8. Reti ospedaliere

8.1. Aspetti generali

8.1.1. All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione **delle reti per**

patologia

che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale

- rete infarto
- rete ictus
- rete traumatologica
- rete neonatologica e punti nascita
- rete medicine specialistiche
- rete oncologica
- rete pediatrica
- rete trapiantologica
- rete terapia del dolore
- rete malattie rare

Quadro Epidemiologico di Popolazione e l'analisi dei fabbisogni del bacino di utenza determina la pubblicazione di arts di Legge rivolti alla revisione della rete ospedaliera e territoriale

Art. 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311

decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135

Legge n.189/2012 (Balduzzi)

D.M 70/2015

**articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre
2004, n. 311**

per le prestazioni ,, anche al fine di **garantire** che le **modalita'** di erogazione delle stesse siano **uniformi sul territorio nazionale**, coerentemente con le **risorse** programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dal Ministro della salute, che si avvale della **commissione** di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, **sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza**, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Con la medesima procedura sono individuati le **tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale**.
In fase di prima applicazione gli standard sono fissati entro il 30 giugno 2005

Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135

..in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c), il quale **dispone** che, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, **che le Regioni e PA adottano**, entro il 31 dicembre 2012, **provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, secondo i parametri indicati dal medesimo articolo 15, comma 13, lettera c**

- **Modello di Governance della Rete clinico-assistenziale**
 - formalizzata con Atto Regionale
 - visione di politica sanitaria
 - aspetti programmatori e di indirizzo per la realizzazione
 - è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi ai cittadini

Per garantire:

- Equità e tempestività di accesso alle cure
- Qualità e umanizzazione delle cure

Coordinamento Regionale della Rete:

Organismo regionale , che governa la RETE rappresentativo delle componenti istituzionali e professionali e dei principali stakeholder

I compiti del Coordinamento Regionale di rete sono:

- **garantire il governo e l'integrazione organizzativa e professionale** di tutte le componenti e i professionisti coinvolti nella Rete;
- validare il Piano di Rete;
- **definire le modalità organizzative** per realizzare la connessione tra i nodi di Rete;
- **monitorare e validare** i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (**PDTA**);
- verificare il raggiungimento degli obiettivi con gli strumenti previsti nell'accordo;
- **verificare il rispetto di parametri temporali, organizzativi, clinico assistenziali e di appropriatezza delle prestazioni erogate, per garantire il mantenimento di adeguati livelli di qualità e sicurezza delle attività di Rete;**
- **redigere**, sulla base degli esiti del monitoraggio della Rete, **una relazione annuale** sul suo funzionamento;
- definire, all'interno del **Piano di Rete**, le modalità operative e gli strumenti per l'ottimizzazione dell'uso delle risorse professionali, tecnologiche e di struttura;
- **definire il piano delle attività formative di Rete** prestando attenzione ai livelli di responsabilità e alle specifiche attività dei nodi (Hub & Spoke) di Rete e **favorendo l'integrazione tra i professionisti dei diversi nodi.**

Governance tra il livello programmatico regionale ed
organizzativo-gestionale delle Aziende Sanitarie Regionali
=
coerenza tra la Programmazione Regionale, gli obts di rete e
gli obts dei Direttori Generali

Per favorire l'efficienza della Rete e l'integrazione effettiva tra i vari nodi, secondo le linee guida è opportuno mettere in atto strumenti per la condivisione delle risorse (tecnologiche, di personale ed economiche) e il loro utilizzo da parte dei nodi, secondo modalità organizzative flessibili ma ben definite

Rete clinico-assistenziali prevede costituzione di equipe multiprofessionali e multidisciplinari (mobile team) che, attraverso il reclutamento di professionisti, possono consentire l'erogazione di prestazioni sanitarie ad alta intensità assistenziale e per periodi di tempo definiti

Una componente fondamentale del funzionamento della Rete è basata su specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) relativi alle principali patologie della cui realizzazione si fa carico la stessa rete clinico-assistenziale

A questi percorsi deve a sua volta essere conformato il Piano di Assistenza Personalizzato relativo al singolo assistito per la corretta presa in carico del percorso assistenziale:

definizione di **specifici protocolli e procedure** per l'integrazione organizzativa e professionale tra i singoli nodi della Rete per garantire **la continuità assistenziale tra ospedale e territorio**

Monitoraggio:

sistema di raccolta dati per la corretta valutazione e monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, qualità e sicurezza delle attività svolte.

I flussi informativi devono essere coerenti con:

indicatori
check-list

indicatori di primo livello: implementati dai flussi informativi

indicatori di secondo livello: non implementati dai flussi -overo *proxy* della
valutazione territoriale
registri di patologia – registri tumori



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute

21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

18

Regione
Umbria

Con *DGR n. 793 dello 01.08.2022* è stato adottato DDL avente ad oggetto
“Piano sanitario regionale 2022-2026”,
attualmente all’esame dell’Assemblea Legislativa,
che prevede la ridefinizione, riorganizzazione e ammodernamento della rete
assistenziale ospedaliera e della rete assistenziale territoriale

per promuovere la qualità dell’assistenza, la sicurezza delle cure,
l’uso appropriato delle risorse, l’integrazione tra i servizi ospedalieri e nel
contempo l’integrazione tra la rete ospedaliera e la rete dei servizi territoriali



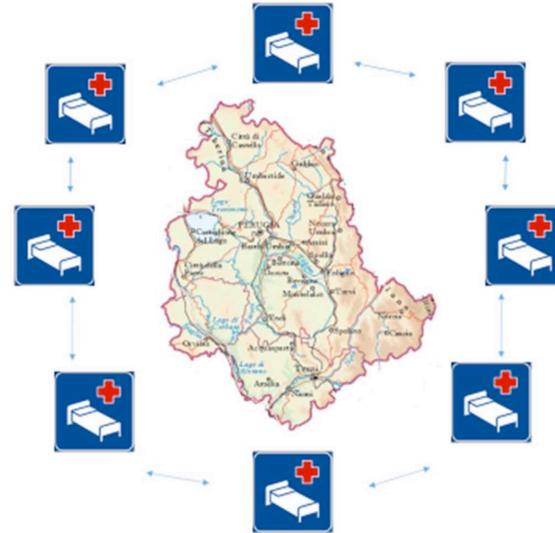
Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute

21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

18

DGR n. 1024 del 05/10/2022
ha approvato “Piano di Efficientamento e Riqualficazione del Sistema
Sanitario Regionale 2022- 2024”



**PROVVEDIMENTO GENERALE DI PROGRAMMAZIONE
DELLA RETE OSPEDALIERA REGIONALE AI SENSI DEL
DM 70/2015
Revisione 2022**

PROVVEDIMENTO GENERALE DI
PROGRAMMAZIONE
DELLA RETE OSPEDALIERA REGIONALE AI SENSI DEL
DM 70/2015
Revisione 2022

DGR n. 1174 del 09/11/2022, che, con revoca parziale di quanto previsto dalla DGR n. 812 dello 01.09.2021, ha istituito presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia,
il DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE REGIONALE DI EMERGENZA URGENZA
al fine di agevolare la definizione del modello organizzativo
della relativa rete, riconducendovi la CENTRALE OPERATIVA UNICA REGIONALE 118

DL 34/2020
Determinazione fabbisogni
posti letto con incremento
dei posti letto di Terapia
intensiva
(monitoraggio ministeriale)

Popolazione		Posti letto per acuti	Posti letto post-acuti	Posti letto totali
pesata	921.861	2.850	651	3.501
ISTAT al 1.1.2015		Posti letto per acuti	Posti letto post-acuti	Posti letto totali
(attuale tab. 1)		X 1.000 abitanti	X 1.000 abitanti	X 1.000 abitanti
		3,09	0,71	3,8

- 0,14 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia Intensiva, che porterà a regime a 8.679 posti letto complessivi, di cui 3.500 di nuova attivazione;
- 0,07 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia semintensiva, di cui il 50% dei posti letto dotati di strumentazione di ventilazione invasiva e monitoraggio per l'immediata conversione in posti letto di Terapia Intensiva, che porterà a regime 4.225 posti letto complessivi, di cui 2.113 convertibili in posti letto di Terapia Intensiva

Tale programmazione ha previsto **un aumento di posti letto per acuti pari ai 58 di terapia intensiva (cod. 49)**, la riconversione di un numero di posti letto pari a 62 posti letto per acuti in posti di semi-intensiva (cod. 94)

**Rete neonatale -
Punti nascita
Regione Umbria**

Legge Regionale 12 novembre 2012 n. 18 ha intrapreso azioni volte alla razionalizzazione dell'assetto istituzionale della rete ospedaliera, ivi compresa l'articolazione territoriale dei Punti Nascita (PN)

DGR n. 609/2012

DGR 970/2012 «Misure di riordino e razionalizzazione dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale di cui alla DGR n. 609/2012»

Con la DGR 1344/2013 “Riorganizzazione area materno-infantile e razionalizzazione della rete dei punti nascita della Regione Umbria” –

è stato realizzato l'assetto attuale con un modello operativo di **tipo HUB e SPOKE dei PN.**

**Rete neonatale -
Punti nascita
Regione Umbria**

Con DGR 1344/2013:

Riorganizzazione dei PN dei Presidi Ospedalieri Territoriali in forma integrata con le Aziende Ospedaliere di Perugia e di Terni, attraverso **2 protocolli operativi,**

- 1. uno tra l'Azienda ospedaliera di Perugia e la USL 1**
- 2. l'Azienda ospedaliera di Terni e la USL 2;**

tali protocolli individuavano le necessarie azioni di integrazione implementando un modello operativo a rete dei PN di 1° e di 2° livello del tipo HUB & SPOKE.

- 1. Gli HUB** (PN di 2° livello delle Aziende ospedaliere di Perugia e Terni)
- 2. gli SPOKE** (PN di 1° livello di Città di Castello, Branca, Pantalla (MVT), Foligno, Spoleto, Orvieto)

costituiscono le strutture integrate denominate “Area Funzionale Omogenea interaziendale materno infantile” (AFOI-MI), rispettivamente per l'Area Nord e per l'Area Sud

**Rete neonatale -
Punti nascita
Regione Umbria**

la riorganizzazione della rete materno-infantile si completa con

1. lo STEN (Servizio di trasporto per l'emergenza neonatale) a garanzia della sicurezza del trasporto neonatale di emergenza
2. Lo STAM (Servizio di trasporto assistito materno)

Allo stato attuale la Rete neonatologica prevista dall'atto di programmazione, confermata nel modello HUB e SPOKE e le AFOI, ha subito delle evoluzioni in relazione al rispetto degli standard del numero di parti per sede, nonché all'emergenza COVID che ha influenzato due sedi ospedaliere di I livello ovvero

i Presidi Ospedalieri di Spoleto e Media Valle del Tevere che, convertite in COVID HOSPITAL nel 2021, hanno interrotto l'attività neonatologica.

**Le reti cliniche
tempo-
dipendenti
previste sono:**

- La rete IMA;
- La rete Stroke;
- La rete Traumatologica;
- La rete Neonatologica con i punti nascita.

Le reti sono costruite secondo il modello hub e spoke, previsto su due o tre livelli.

**DEA 2° livello
Azienda
Ospedaliero-
Universitaria
Perugia**

21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

18

L'ospedale funge da Hub nella rete Trauma con Centro Traumi Specializzato
Hub di I° livello nella rete cardiologica con Laboratorio di Emodinamica,
Hub di II ° livello nella rete Ictus con Stroke Unit di II livello,
Hub di II ° livello nella Rete PN e Neonatologica e UTIN,
Hub di II ° livello nella Rete Oncologica medica e chirurgica e sede di Breast
Unit

DL 34/2020, vengono incrementati i posti letto di terapia intensiva cod. 49
per arrivare al numero complessivo di 33 e riconvertiti in terapia
semintensiva cod. 94 un numero di posti letto pari a 14

n.2 posti letto di Neuropsichiatria Infantile (cod.33) per quanto previsto dalla
specifica rete

DEA 1° Livello
Città di Castello

Spoke di I° livello nella rete Trauma con Centro Trauma di Zona,
Spoke di I° livello nella rete cardiologica,
Spoke di I° livello nella rete Ictus con Stroke Unit di I livello,
Spoke nella Rete PN e Neonatologica con PN di I° livello,
Spoke nella Rete Oncologica medica con sede di Breast Unit

DL 34/2020, vengono incrementati i posti letto di terapia intensiva cod. 49 per arrivare al numero complessivo di 18 e riconvertiti in terapia semintensiva cod. 94 un numero di posti letto pari a 14

DEA 1° Livello

**L'Ospedale di
Gubbio-Gualdo
Tadino**

L'Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino nel quale vengono strutturate le discipline previste per questo livello ad **eccezione del SDPC ma è previsto il collegamento funzionale con il CSM territoriale**

Spoke di I° livello nella rete cardiologica,
Spoke nella rete Ictus con Stroke Unit di I livello,
Spoke nella Rete PN e Neonatologica con PN di I° livello,
Spoke nella Rete Oncologica medica. Nell'ospedale,

DL 34/2020, vengono incrementati i posti letto di terapia intensiva cod. 49 per arrivare al numero complessivo di 122 n. 4 posti letto di terapia semintensiva cod. 94 non finanziati dal DL 34/2020 ma strutturati nel periodo covid e da mantenere per le necessità di un DEA di avere posti letto di semintensiva L'Ospedale prevede un numero di posti letto pari a 137 cui si aggiungono 15 posti letto di Ospedale di Comunità

DEA 2° Livello

Azienda Ospedaliera di Terni

L'ospedale funge da Hub nella rete Trauma con Centro Traumi Specializzato, Hub di I° livello nella rete cardiologica con Laboratorio di Emodinamica, Hub nella rete Ictus con Stroke Unit di II livello, Hub nella Rete PN e Neonatologica con PN di II° livello con Neonatologia e UTIN, Hub nella Rete Oncologica medica e chirurgica e sede di Breast Unit.

DL 34/2020, vengono incrementati i posti letto di terapia intensiva cod. 49 per arrivare al numero complessivo di 39 e riconvertiti in terapia semintensiva cod. 94 un numero di posti letto pari a 7.

E' presente l'SPDC (cod. 40) pur restando attivo dentro l'Ospedale come flussi (HSP e SDO) è di pertinenza della USL Umbria 2

**USL Umbria 2 e Azienda :
n.3 DEA 1 Livello
Foligno -Spoleto**

Integrati fra loro ma operativi in due sedi
come previsto dalla ipotesi di
strutturazione del Terzo Polo (DGR n.
1182/2022) nei quali
vengono strutturate le discipline previste
per questo livello con SDPC presente nella
sede di Foligno

Foligno

Foligno più orientato verso l'emergenza urgenza :

Spoke nella rete Trauma con Centro Trauma di Zona,
Hub nella rete cardiologica con Laboratorio di
Emodinamica,

Spoke nella rete Ictus con Stroke Unit di I livello,

Spoke nella Rete PN e Neonatologica con PN di I° livello
con Neonatologia,

Spoke nella Rete Oncologica medica con sede di Breast
Unit.

DL 34/2020, vengono incrementati i posti letto di terapia
intensiva cod. 49 per arrivare al numero complessivo di 13
e riconvertiti in terapia semintensiva cod. 94 un numero di
posti letto pari a 15.

DEA 1° Livello
Foligno -Spoleto

Spoleto

Orientato verso l'attività programmata
Spoke nella rete cardiologica in struttura dedicata allo scompenso con unità di riabilitazione cardiologica,
Spoke nella Rete Oncologica medica con sede di Radioterapia, sede di Medicina interna a vocazione geriatrica per la gestione delle patologie dell'anziano (sia croniche che nelle loro riacutizzazioni) anche in collaborazione con la scuola di specializzazione di geriatria dell'UniPg,
sede di Chirurgia Robotica per le patologie di interesse.

DL 34/2020, vengono incrementati i posti letto di terapia intensiva cod. 49 per arrivare al numero complessivo di 6 e riconvertiti in terapia semintensiva cod. 94 un numero di posti letto pari a 6.
n18 pl per l' Ospedale di Comunità

DEA 1° Livello

Orvieto

Funge da Spoke di I° livello nella rete cardiologica,
Spoke nella rete Ictus con Stroke Unit di I livello,
Spoke nella Rete PN e Neonatologica con PN di I° livello,
Spoke nella Rete Oncologica medica.

DL 34/2020, vengono incrementati i posti letto di terapia
intensiva cod. 49 per arrivare al numero complessivo di 6 e
riconvertiti in terapia semintensiva cod. 94 un numero di posti
letto pari a 6

Nei PROVVEDIMENTI GENERALI DI PROGRAMMAZIONE
DELLA RETE OSPEDALIERA REGIONALE AI SENSI DEL DM 70/2015 - Revisione
2022
*sia la costruzione della rete ospedaliera e che la rete emergenza-urgenza
vengono dettagliate*

la revisione reti clinico-assistenziali tempo-dipendenti saranno di prossima
pubblicazione

**l'articolazione
della rete
emergenza-
urgenza
In Umbria**

DGR 07/07/2021, n. 649 la Giunta regionale, preso atto del “Progetto di fattibilità per la realizzazione del **Servizio di Elisoccorso regionale in Umbria: Linee di indirizzo**” incardinato in una delle Aziende Sanitarie territoriali

Con DGR 01/09/2021, n. 812, recante “**CENTRALE OPERATIVA UNICA REGIONALE 118 (COUR 118)** veniva previsto il trasferimento della COUR 118 dall’Azienda ospedaliera di Perugia alla USL Umbria 1
Con DGR 09/11/2022, n. 1174 “**ISTITUZIONE DEL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE REGIONALE DI EMERGENZA URGENZA - NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLA RETE REGIONALE DELL’EMERGENZA- URGENZA. DETERMINAZIONI**” la Giunta regionale ha previsto l’istituzione di un Dipartimento interaziendale funzionale, istituito presso l’Azienda ospedaliera di Perugia in quanto soggetto capofila della sperimentazione fin dal 2017 e Dea di II livello con il maggior numero di accessi al pronto soccorso

Inoltre con DGR 03/08/2022, n. 803 la Giunta Regionale ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 01 agosto 2019 sui documenti

"Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero",

"Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva«

e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso".

**DGR 108 17 /02/2021:
POTENZIAMENTO DELLA
RETE PER LE CURE
PALLIATIVE E LA
TERAPIA DEL DOLORE
PER ADULTI E
IMPLEMENTAZIONE
RETE
CURE PALLIATIVE E
TERAPIA DEL DOLORE IN
ETA' PEDIATRICA.
APPROVAZIONE
PROGETTO**

La DGR 1772/2012 la Regione Umbria aveva dato piena attuazione in Umbria alla Legge 38/2010 approvando le

“Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»

Con la DGR n. 943 del 28 luglio 2014 **“Istituzione rete cure palliative e terapia del dolore come disposto dalla L. 38 del 15/3/2010** per assicurare la continuità nel percorso di cura del paziente in ospedale, nella struttura residenziale (Hospice) e in ambito domiciliare, per mezzo dell’integrazione di queste strutture sul territorio.

DGR 108 17/02/2021

una migliore precoce presa in carico delle persone minori affette da patologie anche non oncologiche, ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie

Attualmente viene svolta la Formazione a MMG -PLS –UCP- Inf CP - Nutriz- FKT /FST – ...per la integrazione della rete multiprofessionale

DGR n. 661/2022
Rete regionale per
l'Organizzazione dei
Servizi Territoriali
e Ospedalieri di
Neuropsichiatria
Infantile. Istituzione
Rete

- **Le patologie psichiatriche in età evolutiva rappresentano un bisogno emergente, per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e di presa in carico;**
- **interventi che hanno un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica nell'età adulta si basa sull'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, per la corretta attribuzione di ruoli e funzioni**

Il fulcro della rete è garantire la presa in carico del paziente nei modi e nei tempi appropriati

**DGR n. 661/2022 Rete
regionale per
l'Organizzazione dei
Servizi Territoriali
e Ospedalieri di
Neuropsichiatria
Infantile. Istituzione Rete**

le disabilità nel campo dei disturbi neuropsichici in **infanzia ed adolescenza**, gravissime, nuove, ad **elevata dipendenza** dalla tecnologia ed elevatissimo carico assistenziale, richiedono l'utilizzo di **strategie di intervento innovativo**, che per essere efficaci necessitano di un'azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale, che tenga conto delle peculiarità e specificità dei bisogni in questa fase della vita

Con Determinazione Direttoriale della Regione Umbria n. 3435 DEL 29/03/2023 e' stato Costituito e Nominato il Coordinatore del Comitato di Coordinamento della Rete (con allargamento ai componenti PLS del Territorio)

DM 77/2022
**“Regolamento recante la
definizione di modelli
e standard per lo sviluppo
dell’assistenza territoriale
nel Servizio Sanitario
Nazionale”**

Si tratta di un atto molto importante ed atteso perché:

1. Per la prima volta vengono forniti degli standard per l’assistenza territoriale che costituiscono sia degli indispensabili punti di riferimento sia un argine alla prolungata fase di depauperamento dell’assistenza territoriale di questi ultimi anni (Pesaresi 2022);

Il Distretto come centro organizzativo ed attuatore dei LEA e dei LEPS

2. Vengono introdotti dei modelli organizzativi ed assistenziali nuovi come le Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT, UCA, Cure Domicilari;...

Modello di stratificazione, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel **Progetto di Salute**

DM 77/2022

“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”

PNRR M6.1
M6.2

3. Con il Decreto viene fornito il contesto organizzativo e professionale entro il quale si sviluppano gli investimenti del PNRR;

4. Attorno all’attuazione di questo atto dovrebbe svilupparsi la riorganizzazione e il rilancio dell’assistenza territoriale.

le Regioni sono chiamate a completare il nuovo assetto entro il 2026

DM 77/2022

“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”

L’integrazione con i servizi sociali

L’integrazione con i servizi sociali come definita, da ultimo, dall’articolo 1, comma 163, della **legge 31 dicembre 2021, n.234 rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle case di comunità**, ulteriore rispetto al Piano di zona già previsto dall’articolo 19 della legge n. 8 novembre 2000, n. 328 da definirsi a cura dei comuni, con le risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari, **previa intesa con le aziende sanitarie.**

Preso in carico OLISTICA: Planetary Health

DM 77/2022

“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”

L’integrazione con i servizi sociali

Fondo Non Autosufficienza
164, 165

LEPS di
Erogazione Art 162 (a,b,c) -
164

Processo (163)

In tali termini, ai fini della relativa **operatività**, si **sottoscrive l’intesa/accordo** da ai sensi dell’articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e l’accordo previsto all’articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 anche **al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall’altro** anche con riferimento agli ATS, mediante l’impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente.

Decreto del 3 Ottobre 2022 (GU Dicembre 2022): Fondo della Non Autosufficienza

Distretto e la rete dei servizi sociali

Fondo Non Autosufficienza
164, 165
LEPS di
Erogazione Art 1 c. 162
(a,b,c) -164
Processo : Art 1.- c 163

Decreto del 3 Ottobre 2022 (GU Dicembre 2022): Fondo Nazionale della Non Autosufficienza (FNNA)

DGR 409/2023: Piano Integrato Per la Non Autosufficienza (PRINA 22-24)- Assegnazione risorse alle Aziende Sanitarie
Deliberazione Assemblea Legislativa n. 342 del 26/9/2023: Atto di programmazione – Piano Regionale Integrato della Non Autosufficienza (PRINA) - 2022-2024

DDG 1369 del 16/11/2023: Piano Attuativo Triennale PRINA 2022-2024 con articolazione annuale tra Aziende Sanitarie e Zone Sociali

PDTAS: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e Sociali

LEPS di Erogazione: Assist. Domiciliare Sociale e Ass Domiciliare Integrata con i serv Sanitari, Serv Sociali di Sollievo e di supporto, contributi per il sostegno alla domiciliarità e all'autonomia personale (progetti di vita indipendente) -Tavoli interistituzionali

LEPS di Processo: Attuazione del percorso assistenziale integrato

DM 77/2022

“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”

Livello di Stratificazione dei Bisogni socio-assistenziale

**Equipe multidisciplinari
Casa di Comunità
PUA
UVM distrettuali**

Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

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

**DRG 1329/2022:
RIORGANIZZAZIONE
ASSISTENZA TERRITORIALE IN
UMBRIA
COME INDICATO DAL
DM 77/2022**

Recepimento delle indicazioni dettate dal DM 77/2022 per la realizzazione degli Ospedali di Comunità, case della comunità, COT,

così come recepite con DGR 14.12.2022, n. 1329

Riconversione di posti letto ospedalieri in pl ospedali di comunità derivanti dalle eccedenze del valore standard per gli acuti o da posti letto di lungodegenza per inserirli nelle stesse strutture ospedaliere **al fine di ottimizzare le dimissioni protette** e l'utilizzo dei posti letto per acuti.

8 Giugno 2023:

Firmato il decreto di istituzione del Tavolo di Lavoro Ministeriale lavoro istituito dal Dicastero e dal Capo di Gabinetto del Ministro della Salute, Avv Morace Pinelli, per l'aggiornamento dei provvedimenti allo scopo di rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio:

obiettivo:

Rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio anche attraverso l'aggiornamento del DM 70/2015 sugli standard dell'assistenza ospedaliera e il DM 77/2021 sugli standard dell'assistenza territoriale.

Conclusione dei lavori programmata per il 31 Ottobre 2023

Tavolo di lavoro ministeriale di revisione DM70/2015 – DM77/2021 :

per l'analisi delle criticità dei due provvedimenti sugli standard in un'ottica di integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale, con una particolare attenzione al tema delle disuguaglianze e dell'accesso appropriato, sostenibile e semplificato alle cure per tutti

Reti socio-sanitarie integrate
nel territorio

Il 26 Ottobre 2023 presso la Sala Conciliare del Comune di Assisi è stato firmato il

PROTOCOLLO D'INTESA PER LA REALIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE DI CONTRASTO ALLA VIOLENZA ASSISTITA

Zona Sociale n.3 - USL Umbria 1 – Distretto dell'Assisano - USL Umbria 1 - Dipartimento di Salute Mentale - Centro Salute Mentale Assisano-Bastia U. - Ordine degli Avvocati di Perugia - Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Umbria - Tribunale per i Minorenni dell'Umbria - Corpo di Polizia di Stato di Assisi - Pari Opportunità della Provincia di Perugia - Ministero di Grazia e Giustizia: Ufficio di Servizio Sociale per Minorenni , scuole , Associazioni , Centri Antiviolenza, Cooperative sociali

**PROTOCOLLO D'INTESA PER LA
REALIZZAZIONE DELLA RETE
TERRITORIALE DI CONTRASTO
ALLA VIOLENZA ASSISTITA:**

**1° protocollo sulla violenza di
Genere ed assistita firmato nella
Regione Umbria**

Per violenza assistita intrafamiliare si intende l'esperienza da parte della/del bambina/o e adolescente qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale, economica e atti persecutori (c.d. stalking) su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minorenni

Medici, Ass Sociali, Psicologi del Centro antiviolenza: Preparazione del percorso formativo di Educazione alla Affettività e al riconoscimento della condizione di pericolo da introdurre nelle Classi di 3° media e 1-2 superiore nelle scuole del Distretto dell'Assisano che aderiranno agli incontri



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute

21-24 NOVEMBRE 2023
AREZZO FIERE E CONGRESSI

18

Grazie per l'attenzione