



AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO
Via Oderisio 1 - 82100 Benevento

Deliberazione N. 88 del 11/02/2026

PROPONENTE: U.O.C. Assistenza Domiciliare e Coordinamento Socio-sanitario

OGGETTO: PERCORSO ORGANIZZATIVO AZIENDALE DIMISSIONI PROTETTE – IL RUOLO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

In pubblicazione dal 11/02/2026 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia - art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi

Atto immediatamente esecutivo

Elenco firmatari

Daniela De Luca - UFFICIO DELIBERE

Maria Calandra - U.O.C. Assistenza Domiciliare e Coordinamento Socio-sanitario

Antonio Mennitto - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Maria Rosaria Troisi - DIREZIONE SANITARIA

Tiziana Spinosa - DIREZIONE GENERALE



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO

Deliberazione N. ____ del _____

PROPONENTE: UOC Assistenza Domiciliare e Coordinamento Sociosanitario

OGGETTO: PERCORSO ORGANIZZATIVO AZIENDALE DIMISSIONI PROTETTE – IL RUOLO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

In pubblicazione dal _____ e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia – art. 8
D.Lgs 14/2013, n. 33 e smi

Atto immediatamente esecutivo

Elenco firmatari

Daniela De Luca - UFFICIO DELIBERE
Maria Calandra - U.O.C. Assistenza Domiciliare e Coordinamento Sociosanitario
Antonio Mennitto - DIREZIONE AMMINISTRATIVA
Maria Rosaria Troisi - DIREZIONE SANITARIA
Tiziana Spinosa - DIREZIONE GENERALE

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ del _____

UOC PROPONENTE: UOC Assistenza Domiciliare e Coordinamento Socio-Sanitario

OGGETTO: PERCORSO ORGANIZZATIVO AZIENDALE DIMISSIONI PROTETTE – IL RUOLO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

LA PRESENTE DELIBERAZIONE SI COMPONE DI N. 05 PAGINE CON N. 02 ALLEGATI CHE FORMANO PARTE INTEGRANTE E SOSTANZIALE DELLA STESSA

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE

Si attesta la regolarità giuridico-amministrativa del presente atto e di adeguata istruttoria (artt. 4, 5 e 6 L. 241/90)

Si attesta che il costo/ricavo di € _____ imputato al conto n. (denominazione del conto) del Bilancio

_____ ha capienza nel budget assegnato n. _____

Si attesta che il presente atto comporta/ non comporta costi per l'Azienda

Il Dirigente Responsabile f.f. UOC

Assistenza Domiciliare e Coordinamento Socio-Sanitario

Dott.ssa Maria Calandra

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE	ESECUTIVITA'	RELATA DI NOTIFICA
Si ATTESTA che la presente delibera viene esposta all'Albo Pretorio informatico dell'Ente il _____ e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi. Benevento, _____ li _____ Il Funzionario incaricato Ufficio Delibere	ORDINARIA <input type="checkbox"/> IMMEDIATA X Dal _____	Si ATTESTA che la presente delibera è stata affissa in modalità telematica all'Albo Pretorio informatico dell'Ente, dal _____ al _____ Benevento, li _____ Il Responsabile della Pubblicazione Il Funzionario Ufficio Delibere

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO

Il Direttore Responsabile f.f. dell'Unità Operativa Complessa ADI e Coordinamento Socio-Sanitario, alla stregua dell'istruttoria compiuta ai sensi degli art. 4, 5 e 6 della Legge 241/90, delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità amministrativo-contabile resa a mezzo della sottoscrizione della presente; Dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D. Lgs 30 giugno 2003, n.196, con consequenziale esclusiva assunzione di responsabilità; Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla Legge 6 novembre 2012, n.190;

PREMESSO che

Il Decreto Ministeriale n. 77 del 2022 (DM 77/2022) definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, con l'obiettivo di potenziare i servizi di prossimità e integrare ospedale e territorio;

CONSIDERATA

La Missione 6 del PNRR "Salute", Componente 1, che mira a rafforzare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) potenziando l'assistenza territoriale per rendere la sanità più vicina ai Cittadini, garantendo equità nell'accesso alle cure e rispondendo meglio ai bisogni di salute attraverso la realizzazione di Case della Comunità, Ospedali di Comunità, il potenziamento dell'assistenza domiciliare (**ADI**), lo sviluppo della telemedicina per il supporto ai Pazienti cronici, l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali (**COT**).

VISTO

Il Decreto Dirigenziale n. 428 del 08 maggio 2024 della Regione Campania *"Approvazione del modello operativo delle Centrali Operative Territoriali (COT)"* in cui vengono riportate le linee guida per la definizione del Modello Operativo delle Centrali Operative Territoriali COT della Regione Campania e in cui vengono definite le linee operative da seguire durante le dimissioni protette dei pazienti fragili dall'Ospedale al Territorio, dal Territorio all'Ospedale e dal Territorio al Territorio;

VISTO

Il modello operativo delle Centrali Operative Territoriali Addendum che integrano le linee guida per la definizione del Modello Operativo delle Centrali Operative Territoriali (COT) della Regione Campania, definite nel Decreto Dirigenziale n. 428 del 08 maggio 2024, in conformità alle disposizioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 con l'obiettivo di approfondire il modello operativo delle COT rispetto a tre specifiche tematiche: integrazione tra COT e la rete dell'emergenza – urgenza; Rinuncia da parte del paziente della struttura individuata dalla COT; Rifiuto da parte della struttura di prendere in carico il paziente;

CONSIDERATO

Che il nuovo modello delle Centrali Operative Territoriali della Regione Campania, così come previsto dal Decreto Dirigenziale n. 428 del 08 maggio 2024, svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie, sociosanitarie e ospedaliere;

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO

ATTESO:

- **che la dimissione protetta** è una modalità di dimissione che assicura la continuità delle cure ai Pazienti fragili affetti da malattie croniche e degenerative e da altre problematiche sociali e/o sociosanitarie, favorendo la presa in carico globale della Persona;
- **che la dimissione protetta** si basa su un percorso organizzato e predefinito, che coinvolge le strutture di ricovero per acuti e le Strutture territoriali, garantendo che il Paziente transiti dal regime di assistenza ospedaliera a quella territoriale senza soluzione di continuità;

PROPONE

- di procedere alla definizione del **Percorso Organizzativo Aziendale Dimissioni Protette – Il ruolo delle Centrali Operative Territoriali (COT)** allo scopo di favorire la presa in carico degli Assistiti della ASL Benevento che necessitano di dimissione protetta. Il Percorso organizzativo aziendale in questione è rivolto alle Aziende ospedaliere per una condivisione del processo, ai Presidi Ospedalieri Aziendali e a tutte le Strutture di ricovero per acuti Provinciali ed extra provinciali, nonché alle Articolazioni Aziendali Territoriali ASL BN coinvolte nel processo di transizione “Ospedale-Territorio”
- di adottare il documento allegato alla presente Delibera “**Percorso Organizzativo Aziendale Dimissioni Protette – Il ruolo delle Centrali Operative Territoriali (COT)**”
- di dare atto che il documento allegato rappresenta l’unico percorso organizzativo aziendale per le dimissioni protette;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

Il Direttore Responsabile f.f.
UOC Assistenza Domiciliare e Coordinamento Sociosanitario
Dott.ssa Maria Calandra

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Tiziana Spinosa, in virtù dei poteri conferitigli con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 431 del 26.06.2025 e del D.P.G.R.C. n. 99 del 07.08.2025 e dell’atto Deliberativo n. 361 del 09.08.2025 con il quale veniva immessa nelle funzioni con decorrenza 9.08.2025;

Visti i pareri del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario che con la sottoscrizione del presente provvedimento si intendono favorevoli:

Il Direttore Amministrativo
Avv. Antonio Mennitto

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Maria Rosaria Troisi

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO

DELIBERA

per tutti i motivi di cui in premessa, che si intendono integralmente riportati, di adottare il presente provvedimento, sulla scorta ed in conformità della proposta e, in particolare:

- **di adottare** il documento allegato alla presente Delibera “**Percorso Organizzativo Aziendale Dimissioni Protette – Il ruolo delle Centrali Operative Territoriali (COT)**”
- **di dare atto** che il documento in Allegato rappresenta l’unico percorso organizzativo aziendale per la dimissione protetta;
- **di dichiarare** il presente provvedimento immediatamente esecutivo;
- **DI TRASMETTERE IL PRESENTE ATTO A:**

- Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale della Giunta Regionale della Campania;
- Collegio Sindacale;
- Direzioni Generali delle AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU. e I.R.C.C.S. della Regione Campania;
- Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP) Regione Campania;
- Direttore Dipartimento Prevenzione;
- Direttore Dipartimento Salute Mentale;
- Direttore UOC Farmaceutica Territoriale;
- Direttori dei Distretti Sanitari di base;
- Responsabili UUOOSS Assistenza Sanitaria e, per il loro tramite, ai Coordinatori A.F.T., ai Medici di Medicina Generale, ai Pediatri di Libera Scelta e agli Specialisti Ambulatoriali;
- Responsabili UU.OO.SS. Fasce Deboli
- Direttore U.O.C. Cure Primarie
- Direttore U.O.C. Assistenza Domiciliare e Coordinamento Sociosanitario -
- U.O.C. Ingegneria Clinica, HTA, Telemedicina e Evoluzione Digitale

DISPORRE la pubblicazione dello stesso sul sito web aziendale nella sezione “Albo Pretorio online” e, in conformità agli obblighi di cui agli articoli 37 del d.lgs. n. 33/2013, 1, comma 32, della L. n. 190/2012 e 29, comma 1 del d.lgs. n. 50/2016, nella Sezione “Amministrazione Trasparente”;

RENDERE la stessa immediatamente esecutiva;

Il Segretario Verbalizzante avrà l’obbligo di curare la trasmissione in prima persona del presente provvedimento nonché verificare l’assolvimento in materia di pubblicità e di trasparenza previsti dagli artt.26 e 27 del D.Lvo 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i.. assumendo, nel contempo, la responsabilità di verificare l’effettiva ricezione della presente da parte degli Uffici succitati.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Tiziana Spinosa

Il Segretario verbalizzante
Dott.ssa Daniela De Luca



REV.	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
1.0	10.02.2026	U.O.C. Assistenza Domiciliare e Coordinamento Sociosanitario	Direttore Sanitario	Direttore Generale

PERCORSO ORGANIZZATIVO AZIENDALE DIMISSIONI PROTETTE DEL PAZIENTE

IL RUOLO DELLE COT

PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

Il Documento “Percorso organizzativo aziendale Dimissioni Protette del Paziente – Il ruolo delle Centrali Operative Territoriali (COT)” è stato redatto dal Management Aziendale alla luce delle nuove Direttive Europee, Nazionali e Regionali riguardanti la Medicina Territoriale, quali il DM 77 del 2022, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, e il Decreto Dirigenziale 428 del 08 maggio 2025 “*Modello operativo delle Centrali Operative Territoriali Regione Campania*”.

Il Documento si rivolge a tutti gli operatori impegnati nei servizi sanitari con lo scopo di garantire che il Paziente, in stato di dimissione protetta, transiti dal regime di assistenza ospedaliera a quello territoriale attraverso un percorso organizzato e predefinito svolto in modo integrato dalle **COT Distrettuali**.

Il Documento è indirizzato anche alle Strutture Aziendali (Territoriali e Presidi Ospedalieri e di ricovero privati accreditati), nonché a tutte le Strutture di ricovero per acuti della Regione Campania per implementare un percorso condiviso di dimissione protetta per il Paziente residente nel territorio della A.S.L. Benevento.

Direttore Amministrativo

Avv.to Antonio Mennitto

Direttore Sanitario

Dr.ssa Mariarosaria Troisi

Il Direttore Generale Asl Benevento

Dr.ssa Tiziana Spinosa

SOMMARIO

- 1. Premessa**
- 2. Scopo e campo di applicazione del Percorso Organizzativo**
- 3. La Centrale Operativa Territoriale (COT) e il Punto Unico di Accesso (PUA)**
- 4. Le Cure Domiciliari e il ruolo delle COT**
- 5. Integrazione tra COT e la Rete dell’Emergenza – Urgenza**
- 6. Modalità Operative e Fasi Attuative del Percorso**
- 7. Normativa**
- 8. Acronimi**
- 9. Allegati**

1. PREMESSA

La dimissione protetta del Paziente dall'Ospedale al Territorio rappresenta uno strumento indispensabile per garantire **la continuità delle cure** assistenziali **ai pazienti fragili affetti da malattie croniche e degenerative** e da altre problematiche sociosanitarie che necessitano di una continuità assistenziale.

Il modello delle Centrali Operative Territoriali della Regione Campania (Decreto Dirigenziale n.428 del 08 maggio 2024) alla luce del DM 77/2022 e del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), **definisce le funzioni delle COT per facilitare il percorso più appropriato da attuare per le dimissioni protette** dei Pazienti fragili che necessitano di diversi setting assistenziali per il percorso di cura.

Le COT rappresentano i punti di coordinamento sociosanitario che integrano servizi ospedalieri e territoriali rivolti a Pazienti cronici e fragili, facilitandone la continuità assistenziale e l'accesso alle cure domiciliari e di ricovero intermedio, grazie anche all'ausilio di piattaforme digitali adeguate. Sono definite "Hub fisici e digitali" che collegano medici di Assistenza primaria, Ospedali, Assistenza domiciliare e Presidi di cure intermedie, quali Ospedali di Comunità, RSA/SIR, Lungodegenza, SUAP, Hospice e la rete dei Servizi sociali, gestendo percorsi complessi e garantendo una adeguata transizione del Paziente da Ospedale a Territorio, da Territorio ad Ospedale, da Territorio a Territorio. L'obiettivo è quello di garantire assistenza sanitaria e sociosanitaria continua e coordinata.

Sul Territorio della A.S.L. di Benevento sono presenti Strutture Assistenziali Territoriali a gestione diretta e accreditate (Ospedali di Comunità, Sistema delle Cure Domiciliari, R.S.A/SIR., Hospice, Istituti di riabilitazione, Lungodegenza), e si rende necessario, pertanto, procedere alla stesura del presente Percorso Organizzativo Aziendale "Dimissioni Protette del paziente e il ruolo delle COT" rivolto agli operatori territoriali compresi i Medici di Assistenza Primaria e i Servizi sociali Territorialmente competenti.


2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE DEL PERCORSO ORGANIZZATIVO

Il presente Percorso Organizzativo Aziendale attribuisce un ruolo cruciale alle funzioni svolte dalla COT **per garantire una corretta presa in carico territoriale e una gestione appropriata dei Pazienti** in condizione di fragilità sociosanitaria e in stato di dimissione dalle Aziende Ospedaliere, dagli Ospedali Aziendali o Classificati, e dalle Case di Cura Accreditate, i quali necessitano di interventi di continuità assistenziale erogabili presso le Strutture Territoriali Provinciali della ASL Benevento ed extraprovinciali.

L'intero percorso interessa i seguenti attori SIA INTERNI AZIENDALI CHE ESTERNI TERRITORIALI:

- Direttori dei Distretti Sanitari di base
- COT e PUA Distrettuali
- Dirigenti Medici distrettuali
- UUOOSS Fasce Deboli distrettuali
- Medici di Assistenza Primaria
- Coordinatori AFT
- Specialisti Ambulatoriali
- Infermieri, Assistenti Sociali e altre professioni sanitarie operanti nei distretti;
- Direzioni Sanitarie di Aziende/Presidi Ospedalieri/Direzioni Sanitarie di Ospedali Classificati
- Unità Operative Ospedaliere di degenza
- Direzioni Sanitarie di Strutture di ricovero private accreditate ed IRCS
- UOC 118
- UOC Ingegneria Clinica HTA Telemedicina, Evoluzione Digitale
- UOC Farmaceutica Territoriale
- UOC Cure Primarie
- UOC Assistenza Domiciliare e Coordinamento Sociosanitario
- UOSD Riabilitazione
- Dipartimento Salute Mentale

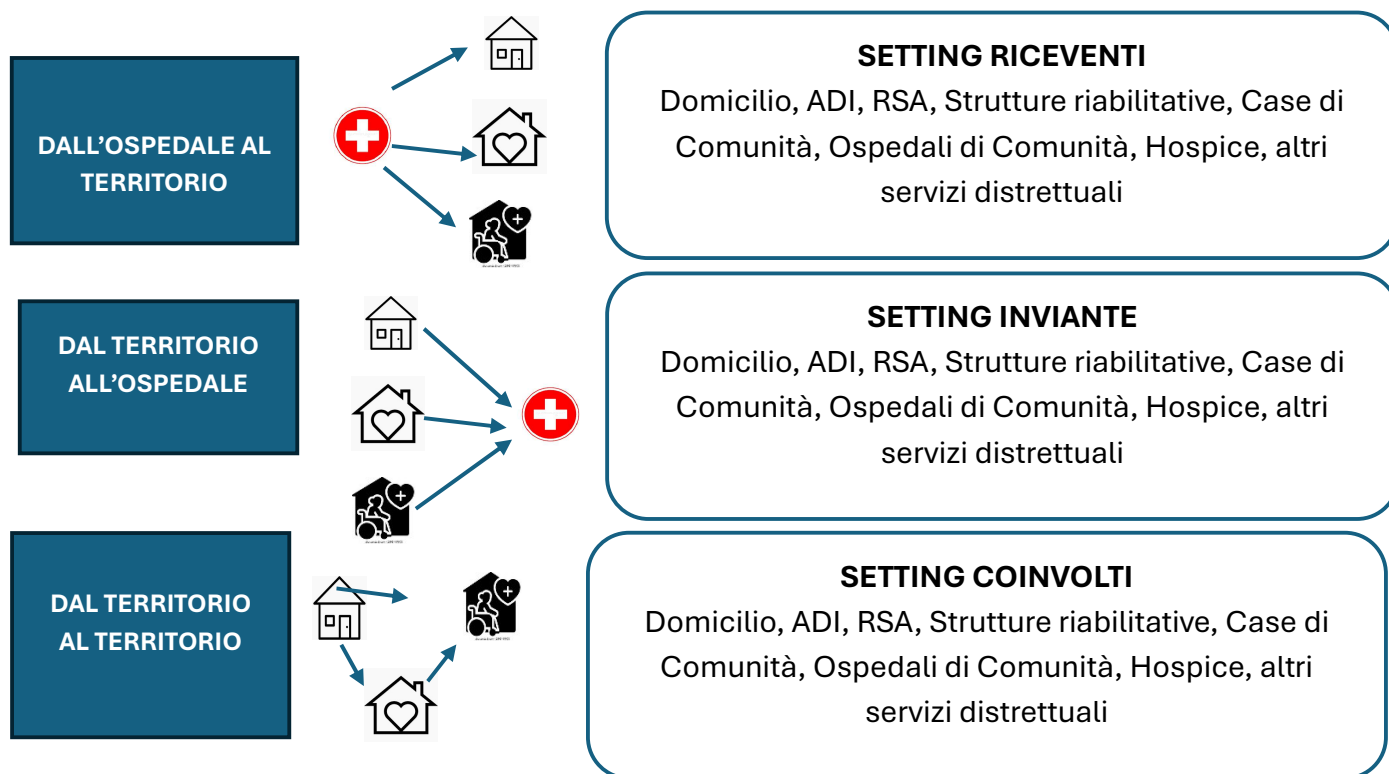
Il Documento intende superare la frammentazione dei servizi garantendo un percorso assistenziale completo e unitario, **che pone al centro del processo il ruolo strategico di raccordo delle COT**, rispondendo all'esigenza di garantire **una corretta presa in carico territoriale** e una gestione appropriata dei pazienti in **dimissione protette** nei seguenti setting:

- 
- Da Ospedale a Territorio
 - Da Territorio ad Ospedale
 - Da Territorio a Territorio.

Le transizioni del Paziente verso setting di cura più appropriati possono essere di due tipologie:

STEP / DOWN (DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO)
L'obiettivo è quello di accompagnare le dimissioni dei Pazienti (potenziali Pazienti con fragilità fisica e/o sociale) verso la presa in carico nei servizi e setting di Cure Domiciliari e cure ospedaliere intermedie.
STEP/UP (DAL TERRITORIO ALL'OSPEDALE E DAL TERRITORIO AL TERRITORIO)
L'obiettivo è quello di guidare il passaggio dei Pazienti verso strutture adeguate alla presa in carico di bisogni più complessi.

In generale è possibile identificare complessivamente 3 tipologie di transizioni di cura dei pazienti nei diversi setting assistenziali come indicato nel Modello Operativo delle Centrali Operative Territoriali Regione Campania “Decreto Dirigenziale 428 del 08 maggio 2024”:



3. LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT) ED IL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

La **COT (Centrale Operativa Territoriale)** e il **PUA (Punto Unico di Accesso)** sono due nodi cruciali del sistema sanitario territoriale italiano (Missione 6 Componente 1 del PNRR), dove il **PUA** (allocato nelle Case della Comunità) è il **punto di ingresso fisico/digitale per il cittadino** per accedere a servizi sanitari, sociali e socio-sanitari, e la **COT** è la **"cabina di regia" che coordina** i Professionisti e i servizi sul territorio, gestendo la continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio e integrando le funzioni del PUA per una risposta unitaria e globale ai bisogni rilevati.

Le **Dimissioni Protette (DP)** sono un percorso integrato sociosanitario per pazienti dimessi dall'Ospedale/Strutture di ricovero, gestito territorialmente attraverso il **PUA** (Punto Unico di Accesso) e dalle **COT** (Centrali Operative Territoriali), con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale appropriata, tramite una valutazione attenta dei bisogni assistenziali e attraverso l'attivazione di servizi socio-sanitari territoriali, integrando **LEA** (Livelli Essenziali di Assistenza) e **LEPS** (Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali).

Alla luce delle recenti normative **"COT-PUA-UVI-PAI"** rappresentano quattro acronimi chiave nella medicina territoriale:

<u>COT</u> Centrale Operativa Territoriale	Coordina la presa in carico e i passaggi del Paziente in dimissione protetta dall'Ospedale al Territorio. Coordina i servizi territoriali (domiciliari, ospedalieri, specialistici) per Pazienti con bisogni complessi e cronici, facendo da collante tra i professionisti dei vari setting.
<u>PUA DISTRETTUALE</u> Punto Unico di Accesso	E' il punto di contatto per tutte le richieste sociosanitarie per i cittadini che necessitano assistenza, accoglie la domanda e la indirizza verso i servizi adeguati del territorio.
<u>UVI /UVM</u> Unità di Valutazione Integrata Unità di Valutazione Multidimensionale	Team multidisciplinare (Medico Assistenza primaria, medico Specialista, Infermiere, Assistente sociale aziendale e dei servizi sociali) che valuta in modo approfondito i bisogni della persona per elaborare un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)
<u>PAI</u> Progetto Assistenziale Individuale (PAI)	E' il piano personalizzato che ne deriva, creando un percorso integrato e semplificato per l'Utente, gestito tramite sistemi informatici e interconnesso con ospedali e servizi domiciliari ed intermedi. Il piano terapeutico e assistenziale personalizzato elaborato dopo la valutazione dell'UVI guida il percorso di cura ed è oggetto di periodica rivalutazione.

Tali strumenti devono operare in modo integrato e sinergico, così come previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) con l'obiettivo di semplificare l'accesso ai servizi per cittadini, anziani e persone con bisogni complessi.

Come interagiscono?



1. **Il cittadino** si rivolge al **PUA**, direttamente o tramite il Medico di Assistenza Primaria e/o i servizi Sociali del Comune di residenza, per iniziare l'attivazione del percorso di presa in carico.



2. Il **PUA** valuta il bisogno e attiva l'**UVI/UVM** (quando necessario) che redige un piano personalizzato sanitario e/o sociosanitario (**PAI**) oppure attiva attraverso il Medico di Assistenza Primaria le cure domiciliari di I° livello.



3. La **COT** prende in carico il Paziente, coordinando l'attuazione del **PAI** tra i vari servizi (es. medico di assistenza primaria, medico specialista, assistenza domiciliare, ricovero in strutture intermedie) e gestendo i passaggi critici (es. dimissioni ospedaliere, attivazione setting extra provinciali).

Il presente percorso proposto sottolinea l'esigenza aziendale di integrare PUA e COT creando un back office di secondo livello al fine di migliorare l'accesso e la gestione delle cure come nel caso delle dimissioni protette del Paziente.

Il target dei Pazienti da prendere in carico è costituito prevalentemente, ma non esclusivamente, da pazienti fragili, in particolare pazienti cronici over 65, multi-patologici, oncologici e malati terminali, la cui condizione è oggetto del monitoraggio degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

La dimissione protetta costituisce il passaggio programmato e concordato dal ricovero per acuti ad un altro setting assistenziale a media/elevata intensità di tipo non ospedaliero e si attua nelle seguenti indicazioni:

a) Dimissione Protetta con valenza prevalentemente sanitaria

b) Dimissione Protetta con bisogni sociosanitari integrati e complessi (soggetto non autosufficiente con problematiche sociosanitarie).

4. LE CURE DOMICILIARI E IL RUOLO DELLE COT

(Procedura regionale per il rafforzamento del sistema di erogazione delle cure domiciliari in applicazione alle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal DM 77 del 2022 – Obiettivi e Target - Nota prot. Regione Campania n. 074 3248 del 30.12. 2025)

Il DM 77 del 2022 sottolinea che la **"casa diventa il luogo privilegiato dell'assistenza"**, che ingloba ed estende **"le cure domiciliari"** previste nell'ambito dei LEA: ogni intervento idoneo a contrastare la malattia e la fragilità deve essere erogato in primis nel "luogo ove si trovino a vivere le persone fragili e solo in presenza di ostacoli significativi di natura clinica o socio-ambientale, quali l'assenza per un Paziente non autosufficiente di un Caregiver o di adeguato supporto familiare o situazioni similari bisogna valutare altri setting assistenziali che possono comportare la istituzionalizzazione del Paziente e rendere difficoltoso il rientro nel proprio habitat familiare.

Nella seguente tabella- desunta dal documento "Il Sistema Dei Servizi Domiciliari In Campania "Profili Di Cura E Standards Qualificanti – fonte: Delibera della Giunta Regionale n. 41 del 14/02/2011 - Approvazione Del Documento Recante "Linee Di Indirizzo, Profili E Standard In Materia Di Servizi Domiciliari: "Il Sistema Dei Servizi Domiciliari In Campania"- sono stati definiti i profili e gli standard di cura domiciliari sanitari e sociosanitari. Essi sono riferiti all'intensità ed alla complessità delle cure da erogare, relativamente al grado di intensità assistenziale sanitario. Inoltre, al fine di qualificare le cure domiciliari sono state inserite le figure professionali non solo al fine di individuare gli standard qualificanti dei diversi profili assistenziali ma anche il mix assistenziale.

Tab. 1 – Profili di cura e standards qualificanti delle cure domiciliari

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA= GEA/GDC*	ATTIVAZIONE UVI	Durata media	Complessità	
					Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio*** (fascia oraria 8-20)
CD prestazioni (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico funzionale		No		Infermiere (min.15-max30') Professionisti della riabilitazione (30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di primo livello (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,30	Si	180 giorni	Infermiere (max: 30') Professionisti della riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di secondo livello (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,50	Si	180 giorni	Infermiere (min.30-max.45') Professionisti della riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD integrate di terzo livello (già OD)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,50	In relazione al bisogno espresso	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA= GEA/GDC*	ATTIVAZIONE UVI	Durata media	Complessità	
					Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio*** (fascia oraria 8-20)
					Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (min.60-max.90')	pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure palliative malati terminali ⁵ (già OD CP)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,60	In relazione al bisogno espresso	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (min.60-max.90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica 24 ore

* CIA= coefficiente intensità assistenziale; GEA= giornata effettiva assistenza; GDC= giornate di cura (durata PAI).

** Figure professionali previste in funzione del PAI; se non specificato in tabella i minuti indicati si ritengono quale tempo medio per accesso domiciliare.

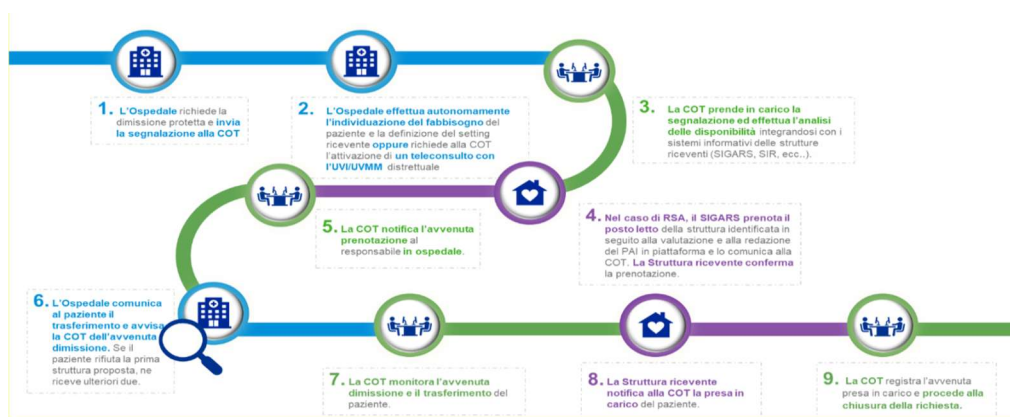
*** Per l'operatività del servizio ci si riferisce ovviamente ai giorni di apertura, non al monte ore giornaliero erogate

A seguito del recepimento della *Procedura prevista dalla Regione Campania per il rafforzamento del sistema di erogazione delle cure domiciliari in applicazione alle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal DM 77 del 2022 – Obiettivi e target* – l'Asl di Benevento, per l'anno 2026, considera l'obiettivo di presa in carico in cure domiciliari **degli anziani ultrasessantacinquenni** in misura pari al **10% della popolazione residente** della medesima fascia di età. A tale obiettivo concorrono anche le cure domiciliari palliative.

In tale scenario riveste carattere strategico il ruolo delle COT – Centrali Operative Territoriali disciplinato dal Decreto Direttoriale Regione Campania n.482 del 2024 nello sviluppo del sistema di presa in carico domiciliare e nella realizzazione del modello di gestione delle cure di transizione del Paziente nei diversi setting assistenziali.

Ruolo della COT nelle cure domiciliari:

- Coordinamento: Gestisce l'accesso ai servizi territoriali, coordinando professionisti (infermieri, medici, assistenti sociali) e strutture (domicilio, distretto).
- Interfaccia: Funge da collegamento tra i servizi territoriali, ospedali e il sistema di emergenza-urgenza (es. 118).
- Gestione transizioni: Assicura la continuità assistenziale per pazienti cronici, complessi e non autosufficienti nel passaggio tra diversi livelli di cura.
- Cabina di regia: Coordina i processi di presa in carico, specialmente per i casi complessi, e favorisce la teleassistenza e il teleconsulto.



5. INTEGRAZIONE TRA COT E LA RETE DELL'EMERGENZA – URGENZA

L'integrazione tra **COT (Centrale Operativa Territoriale)** e **RETE (Rete di Emergenza-Urgenza)** è fondamentale per creare un continuum assistenziale: la COT funge da "nodo di rete" strategico che coordina i servizi territoriali (domiciliari, distrettuali) e si interfaccia con la Rete di Emergenza-Urgenza (pronto soccorso, 118) e gli ospedali, garantendo una presa in carico efficace e la continuità delle cure per pazienti complessi, cronici e fragili, specialmente nella gestione delle transizioni tra setting assistenziali, come previsto anche dal DM 77/2022, per evitare ricoveri inappropriati e ottimizzare le risorse.

La COT registra tutti i passaggi del Paziente da un setting all'altro (ad esempio, da RSA a ospedale), monitorando l'intero processo di transizione per assicurare la continuità e l'efficacia dell'assistenza. Integrazione con la Rete di Emergenza-Urgenza (RETE):

- **Prevenzione dei ricoveri:** La COT può gestire Pazienti che altrimenti andrebbero in pronto soccorso, decongestionando gli ospedali.
- **Gestione del territorio:** In caso di bisogno urgente ma non critico, la COT indirizza correttamente il cittadino verso il servizio più appropriato, evitando accessi impropri al PS.
- **Raccordo strutturato:** La COT diventa il punto di raccordo formale tra il territorio e il sistema ospedaliero/emergenza.
- **Risposta integrata:** Assicura una risposta unitaria alla domanda di salute, dalla cronicità all'emergenza, migliorando l'efficienza e la qualità delle cure.

6. MODALITÀ OPERATIVE E FASI ATTUATIVE DEL PERCORSO

Gli attori e le strutture coinvolte nel processo svolgono attività specifiche a seconda delle diverse Fasi attuative.

FASE OSPEDALIERA - TRANSIZIONE DA OSPEDALE A TERRITORIO

Nella fase Ospedaliera gli attori coinvolti sono:

Direttori Medici Degli Ospedali/Strutture di Ricovero Provinciali e Regionali

Istituiscono con atto interno, nell'ambito della Direzione Medica di presidio, il **Nucleo di Valutazione di Dimissione Protetta** quale articolazione funzionale che si fa carico dell'invio della segnalazione di dimissione protetta al Distretto Sanitario di base competente per residenza del Paziente. **La segnalazione deve essere trasmessa almeno 72 ore** prima della data prevista per la dimissione attraverso la Piattaforma COT-Sinfonia, compilando la “scheda di valutazione dei bisogni” (allegato 1) presente in piattaforma, allegando eventualmente tutte le informazioni utili alla presa in carico territoriale in dimissione protetta. Il Nucleo Ospedaliero di Valutazione di Dimissione è garante del corretto andamento della fase ospedaliera del percorso. Partecipa alle riunioni periodiche con la ASL Benevento per monitorare l'andamento del processo.

Direttori Medici degli Ospedali/Strutture di ricovero extra-regionali e strutture che al momento non accedono alla rete COT-Sinfonia

Nel caso in cui la Dimissione Protetta provenga da Strutture Ospedaliere extra regionali oppure da strutture sanitarie che, benché del territorio della Regione Campania, non accedono alla piattaforma COT-Sinfonia, il percorso si potrà svolgere nella modalità che segue:

-invio alla COT/PUA del Distretto di residenza del Paziente della scheda di presa in carico in dimissione protetta (allegato 1) via mail o mail-Pec, con l'indicazione di tutto quanto necessario per la transizione ai servizi domiciliari o ospedalieri intermedi, con l'indicazione delle attività sanitarie (assistenza infermieristica e/o assistenza FKT) per consentire una prima attivazione del servizio in attesa della valutazione in UVI.

-il resto del percorso è sovrapponibile alla presa in carico attraverso COT.

Di seguito si riportano i contatti delle COT/PUA Distrettuali Asl Benevento

COT ASL BENEVENTO

DISTRETTO	SEDE	CONTATTO
BENEVENTO	Benevento - ex CPA via delle Puglie	<u>cotbn@aslbenevento.it</u>
SAN GIORGIO DEL SANNIO	San Giorgio del Sannio V. Manzoni 19 Pietrelcina Cda Guardiola 50	<u>cot.sgs@aslbenevento.it</u>
TELESE TERME	Cerreto Sannita Via Cesine ex Ospedale	<u>cot.tt@aslbenevento.it</u> <u>cot.cerreto@aslbenevento.it</u>
MONTESARCHIO	Montesarchio Via Ignazio Silone	<u>cot.ms@aslbenevento.it</u>
ALTOSANNIO FORTORE	S. Bartolomeo in Galdo Via Costa (ex Ospedale)	<u>cot.dsasf@aslbenevento.it</u> <u>cot.sbg@aslbenevento.it</u>

PUA ASL BENEVENTO

DISTRETTO	SEDE	CONTATTO
BENEVENTO	Benevento – Via Perasso	<u>pua.bl@aslbenevento.it</u>
SAN GIORGIO DEL SANNIO	San Giorgio del Sannio V. Manzoni 19	<u>pua.sgs@aslbenevento.it</u>
TELESE TERME	Cerreto Sannita Via Cesine ex Ospedale	<u>pua.tt@aslbenevento.it</u>
MONTESARCHIO	Montesarchio Via Ignazio Silone	<u>pua.ms@aslbenevento.it</u>
ALTOSANNIO FORTORE	S. Bartolomeo in Galdo Via Costa (ex Ospedale)	<u>pua.asf@aslbenevento.it</u>

FASE TERRITORIALE DIMISSIONI PROTETTE - TRANSIZIONE DA OSPEDALE A TERRITORIO E DA TERRITORIO A TERRITORIO

Nella fase territoriale gli Attori coinvolti sono i seguenti:

COT AZIENDALI

-Ricevono, per competenza territoriale di residenza del Paziente, attraverso la piattaforma COT Sinfonia dedicata, le segnalazioni di dimissione ospedaliera da Ospedali per acuti della provincia di Benevento (AORN San Pio e Ospedale Religioso Fatebenefratelli di BN) e extra provinciali.

-Ricevono attraverso la mail COT specifica oppure attraverso il PUA distrettuale, per competenza territoriale di residenza del Paziente, le transizioni dagli Ospedali extra regione e dalle strutture che non accedono alla piattaforma COT-Sinfonia

-Le segnalazioni, inviate almeno 72 ore prima della dimissione, dal lunedì al giovedì per permettere tempestivamente la corretta presa in carico, prevedono la compilazione e l'invio su piattaforma COT o su mail, di apposita scheda di dimissione con indicazione dei bisogni assistenziali emersi durante il ricovero e dettagliati per la presa in carico del territorio (ALLEGATO 1).

-Attivano, attraverso il collegamento informatico con SIGARS, i setting assistenziali in RSA Anziani e Disabili, identificando in piattaforma i posti letto disponibili nelle strutture provinciali ed extraprovinciali, previo assenso del Paziente e/o dei familiari al trasferimento, assenso che viene richiesto nella fase immediatamente pre-dimissione dal Personale ospedaliero preposto.

-Attivano il PUA Distrettuale per le transizioni in Cure Domiciliari e, attraverso le UUOOS Fasce Deboli distrettuali, i Pazienti sono inseriti sulla piattaforma Cure Domiciliari dell'ASL e il servizio è attivato entro 24 ore, prevedendo esclusivamente le attività sanitarie riportate nella dimissione ospedaliera. Contemporaneamente il PUA distrettuale avvia l'iter valutativo in UVI e la redazione del PAI nonché la definitiva presa in carico sanitaria o sociosanitaria a seconda del bisogno emerso.

-Attivano il PUA Distrettuale per le transizioni in strutture intermedie aziendali (Ospedale di Comunità) o specialistiche (SIR, SUAP e Hospice) e, attraverso le UUOOS Fasce Deboli che si fanno parte attiva del processo, i Pazienti vengono trasferiti nel setting richiesto; il servizio è attivato nei tempi concordati con le strutture riceventi, sempre previo assenso al trasferimento del Paziente e/o dei familiari. Anche in questa evenienza il PUA distrettuale avvia l'iter valutativo in UVI per la redazione del PAI e la definitiva presa in carico a seconda del bisogno emerso.

-Monitorano il processo di presa in carico:

- Quotidianamente, per 12 ore al giorno e per cinque giorni a settimana, **l'invio delle segnalazioni** sulla piattaforma COT Sinfonia da parte delle strutture Ospedaliere di ricovero;
- **La tempistica** della presa in carico dei vari percorsi assistenziali, verificando il rispetto dei tempi previsti;
- **Lo stato di avanzamento** delle transizioni in atto, fino alla chiusura dell>alert.

Di seguito due evenienze che la COT può trovarsi a gestire in caso di transizione

Rinuncia da parte dell'assistito

Nell'ambito della transizione Ospedale - Territorio, nella fase di comunicazione da parte dell'ospedale all'assistito della struttura identificata per il proseguimento delle cure ed il suo pronto trasferimento, potrebbero sopraggiungere due scenari:

- 1) Il Paziente accetta la struttura identificata dalla COT;
- 2) Il Paziente rinuncia di ricevere le cure nella struttura proposta.

Per il proseguo del flusso, la COT procederà diversamente a seconda dei possibili scenari:

Nel primo caso, la COT esegue le sue funzioni percorrendo il flusso in maniera ordinaria, procedendo, dunque, alla prenotazione del posto letto nella struttura accettata dal Paziente e al successivo monitoraggio del trasferimento. Il tutto dovrà completarsi auspicabilmente in 72 ore.

Nel secondo caso, la COT procede alla ricerca di una nuova struttura da proporre all'assistito. Qualora il Paziente rinunci anche a questa ulteriore struttura individuata, la COT propone un'ultima struttura. Pertanto, il Paziente ha la possibilità di scegliere tra le strutture proposte fino ad un massimo di tre volte, inclusa la prima proposta. Se il paziente rifiuta tutte le strutture proposte, la transizione verrà chiusa, poiché il trasferimento a un diverso setting non potrà essere ritenuto concluso con successo. La motivazione sarà "rifiuto delle strutture proposte da parte dell'assistito". Inoltre, in caso di mancata risposta da parte del paziente la COT effettua la chiusura forzata della transizione.

Rifiuto da parte della struttura destinataria

Nell'ambito della transizione Ospedale – Territorio, durante la fase di selezione della struttura di destinazione da parte della COT, sulla base dei servizi erogati esposti da ognuna sulla piattaforma verticale di riferimento (ad es. le RSA sul SIGARS), la struttura individuata deve confermare la propria disponibilità ad accogliere l'assistito prima che lo stesso e/o il suo caregiver possano accettare o meno il trasferimento.

La struttura può rifiutare la presa in carico del Paziente ma deve fornire una motivazione oggettiva di tale rifiuto. Tale motivazione deve essere documentata e comunicata alla COT.

Nel caso in cui la struttura ricevente rifiuti di prendere in carico il paziente, la COT procede con l'individuazione di un'altra struttura disponibile.

PUA Punto Unico di Accesso

- **È il primo punto di accoglienza** e orientamento del cittadino per semplificare l'accesso ai servizi sociosanitari del Paziente, e gestire la complessità assistenziale (cronicità, fragilità)
- **Lavora in sinergia con la COT** per una presa in carico globale della persona.
- **Riceve dalla COT** le segnalazioni di transizione dall'Ospedale al territorio.
- **Attiva i servizi sanitari distrettuali** attraverso le UUOSS Fasce Deboli per la immissione dei Pazienti segnalati nel setting assistenziale più adeguato, entro 24 ore;
- **Attiva l'iter valutativo**, convocando in UVI il Medico di Assistenza Primaria del Paziente, lo Specialista distrettuale di branca, i servizi Sociali distrettuali e dell'Ambito sociale, per la redazione del PAI e la presa in carico definitiva.

U.O.S. Fasce Deboli Distrettuale:

- La U.O.S. Fasce Deboli territorialmente competente, a seguito di segnalazione COT/PUA effettua la presa in carico del Paziente e, in caso di ulteriori, necessarie valutazioni si raccorda con l'U.O. ospedaliera che dimette.

- Comunica al Medico di Assistenza Primaria la presa in carico in dimissione protetta del Paziente;
- La U.O.S. Fasce deboli territorialmente competente, nel contempo si attiva attraverso il PUA distrettuale per la convocazione della Unità di Valutazione Integrata e la determinazione del Progetto Assistenziale Individualizzato sanitario o sociosanitario, attivando direttamente il team di Cure Domiciliari sul Portale dedicato per
 - Le Cure Domiciliari di I-II livello
 - Le Cure Domiciliari di III livello e le Cure Palliative in raccordo con il Team delle cure Palliative domiciliari.
- La UOS Fasce Deboli distrettuale, dopo la dimissione protetta attraverso COT per i primi trenta giorni, in raccordo con l'ufficio Sociosanitario del Distretto, se necessario, attiva la procedura valutazione per la conferma del ricovero in
 - RSA Adulti non autosufficienti R3,
 - RSA Disabili RD3
 - Strutture di ricovero intermedie SUAP e Hospice

La COT di competenza ha già richiesto alle strutture suddette la disponibilità di posto letto e l'autorizzazione al ricovero, non essendovi in ASL strutture a gestione diretta, ad esclusione di una RSA Anziani nel DS Alto Sannio Fortore;
- La UOS Fasce Deboli distrettuale, in raccordo con l'ufficio Sociosanitario del Distretto attiva la procedura di ricovero in
 - ospedali di comunità (di prossima attivazione).
- Monitorano la presa in carico e programmano le rivalutazioni.

Direttori Responsabili dei Distretti Sanitari:

Sono garanti del corretto andamento della fase territoriale del percorso e monitorano le attività.

Medici di Assistenza Primaria (MMG)

Svolgono un ruolo fondamentale e insostituibile nel processo con la presa in carico globale del Paziente nell'assistenza primaria e per la conoscenza della storia clinica dello stesso. Si interfacciano con le strutture aziendali competenti ed esplicano un ruolo fondamentale per l'elaborazione del PAI e la gestione domiciliare del Paziente, in qualità di Case Manager;

Coordinatori AFT

Fungono da raccordo tra i M.M.G. delle A.F.T. e la Direzione del Distretto Sanitario di base, anche al fine di segnalare ogni eventuale problematica, garantendo la corretta attuazione del percorso affidato ai M.A.P;

Specialisti Ambulatoriali:

Partecipano alle attività cliniche specialistiche collaborando con la UUOOSS Fasce Deboli alla stesura del P.A.I., condividendo le varie fasi del percorso con il M.M.G e con gli specialisti delle Unità Operative Territoriali ed Ospedaliere interessate;

Responsabile Rete Cure palliative Domiciliari

Si fa carico dell'attivazione delle Cure Domiciliari di III livello e delle Cure palliative in stretta collaborazione con la UOC Assistenza Domiciliare e CSS e con le UUOSS Fasce Deboli distrettuali. Garantisce supporto, tutoraggio e formazione al Personale impegnato nelle cure domiciliari;

STRUTTURE CENTRALI AZIENDALI COINVOLTE NEL PROCESSO

Direttore U.O.C. Assistenza Domiciliare e Coordinamento Sociosanitario

Monitora l'intero percorso delle Dimissioni protette, in particolar modo delle Cure Domiciliari in stretta relazione con tutte le Strutture Aziendali coinvolte e monitorando le attività attraverso la valutazione degli indicatori (allegato 2) ed implementando ogni necessaria azione di miglioramento, promuovendo riunioni periodiche con i Direttori Medici delle Strutture di dimissione, per monitorare l'andamento del processo.

Relaziona alla Direzione Strategica sullo stato di attivazione del percorso. Coordina le attività sociosanitarie per le proprie competenze; si interfaccia con la UOC Cure Primarie, le UUOSS Fasce Deboli Distrettuali, i P.U.A., gli Enti locali e gli Ambiti Sociali competenti, per ottimizzare il raccordo con le strutture coinvolte nelle dimissioni protette.

Riceve le segnalazioni dei casi di particolare fragilità sociale per il seguito di competenza.

Direttore U.O.C. Cure Primarie

Riceve dalle articolazioni aziendali ogni elemento utile ai fini della predisposizione di atti di programmazione e della revisione del percorso. Monitora il percorso, in sinergia con la UOC AD e CSS, con particolare riferimento ai rapporti con la Medicina Generale e la Specialistica ambulatoriale, e relaziona alla Direzione Strategica sullo stato di attivazione del percorso.

Direttore U.O.C. Ingegneria Clinica e HTA Telemedicina ed Evoluzione Digitale

Sovrintende alle attività di sviluppo dei necessari sistemi informativi e informatici, ivi inclusa la cartella clinica territoriale informatizzata e la sua integrazione con la cartella clinica ospedaliera e con i software della Medicina Generale. Fornisce alle Unità Operative aziendali ogni necessario supporto per gli aspetti di competenza, ivi incluse le attività di telemedicina.

Direttore Dipartimento Salute Mentale

E' garante del corretto andamento della fase territoriale del percorso di transizione per quanto attiene la Dimissione protetta di pazienti psichiatrici/dipendenze patologiche in specifici setting assistenziali e in strutture residenziali specifiche.

(questa procedura sarà oggetto di un ulteriore documento redatto in collaborazione con il DSM/Dipendenze Patologiche).

Direttore UOC Farmaceutica Territoriale:

Cura la gestione degli approvvigionamenti e la custodia dei farmaci e dei presidi necessari, nonché il relativo monitoraggio dei consumi e della spesa.

DIMISSIONE PROTETTA PER PAZIENTI CON BISOGNO DI TIPO RIABILITATIVO

Per gli Utenti con bisogni sanitari di tipo riabilitativo la U.V.B.R. ospedaliera, laddove presente, provvederà ad elaborare il P.R.I (Piano Riabilitativo Individuale), tenendo conto dei parametri di menomazione, della limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella International Classification of functioning Disability and Health (ICF) e la invia alla Direzione Medica di presidio. La Direzione Medica di Presidio, al fine di consentire la presa in carico territoriale già in fase di ricovero ospedaliero, invierà alla COT del Distretto di base di residenza:

- la scheda di segnalazione
- Piano riabilitativo individuale (P.R.I.) redatto dalla UVBR ospedaliera.

A seguito di quanto contenuto nel P.R.I., la U.O.S. Fasce Deboli attiva i seguenti percorsi:

-Utenti con bisogni sanitari di tipo riabilitativo semplici ex articolo 4

la U.O.S. Fasce Deboli invia a domicilio del Paziente il Terapista della riabilitazione nel setting assistenziale di cure prestazionali domiciliari.

Per le cure domiciliari di I o II livello e Cure Palliative il trattamento riabilitativo viene effettuato dal Terapista della Riabilitazione assegnato a tali percorsi, ottemperando a quanto prescritto nel PAI elaborato dall'UVI, comprensivo del Piano Riabilitativo Individuale.

-Utenti con bisogni sanitari di tipo riabilitativo complessi

In questo caso prima delle dimissioni del Paziente la U.V.B.R. elabora il PRI e contatta la U.V.B.R. territoriale al fine della condivisione del PRI. Le prestazioni previste nel P.R.I. (ex art. 26 L. 833/78) al fine dell'erogazione devono ottemperare a quanto di seguito riportato:

- prescrizione delle prestazioni da parte del Medico prescrittore della U.V.B.R.;
- disponibilità di un Centro di riabilitazione accreditato dalla Regione in cui insiste il Centro;
- autorizzazione del servizio riabilitazione.

Qualora dalla valutazione multidisciplinare dell'U.V.B.R. ospedaliera dovesse risultare che il Paziente non è eleggibile nelle cure domiciliari, la stessa provvederà ad individuare un altro setting assistenziale (ricovero in strutture accreditate per i cod. 75 - 56 - 60 o a richiedere l'attivazione dell'UVI sociosanitaria distrettuale per eventuale R.S.A.), quindi la Direzione Medica di Presidio contatterà le strutture accreditate cod. 75 - 56 - 60 per la verifica di disponibilità e invierà la scheda di dimissione protetta alla struttura accettante, corredata di PRI e segnalando il ricovero al Distretto di residenza.

Il trasporto del soggetto sarà a carico dell'ospedale che dimette.

Concluse le attività di riabilitazione estensiva territoriale, che prevedono la realizzazione del raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal P.R.I. oppure la verifica dell'impossibilità del raggiungimento dei medesimi obiettivi ipotizzati, le strutture accreditate per i cod. 75 - 56 - 60

possono richiedere attraverso la COT/PUA Distrettuale all'UOS Fasce Deboli territorialmente competenti l'inserimento del soggetto in cure domiciliari o strutture residenziali per dimissione ordinaria (non può essere riconosciuta ed accettata la "dimissione protetta" in quanto il soggetto ha già effettuato un ciclo di ricovero presso struttura accreditata per la fase post acuzie.)

Paziente ricoverato in Struttura di ricovero per acuti senza U.V.B.R.
--

La Direzione Medica di Presidio/Direzione Sanitaria, su indicazione del reparto che ha in cura il Paziente, richiede alla Direzione Distrettuale di competenza la consulenza dell'U.V.B.R./Fisiatra prescrittore del Distretto Sanitario di base territorialmente più vicino all'Ospedale o di residenza del Paziente, al fine di effettuare l'analisi del bisogno riabilitativo del Paziente con elaborazione del P.R.I.

7. NORMATIVA

1. D. Lgs. N. 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale"
2. D.G.R.C. n. 41 del 14.02.2011 "Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: Il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania"
3. D.G.R.C. n.323 del 03.07.2012 "Adozione Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone Adulte e Anziane-SVAMA Campania;
4. D.G.R.C. n. 324 del 03.07.2012 "Adozione Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone Adulte Disabili-SVAMDI Campania"
5. D.C.A. n. 128 del 10.10.2012 "Presa d'atto del parere ministeriale n. 146 del 18.05.2011 Modifica del decreto 4 del 10 gennaio 2011 - Determinazione tariffe prestazioni residenziali per l'assistenza al Malato terminale. Rif. Punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri de 24.07.2009 e approvazione del documento recante Linee d' indirizzo per l'accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali;
6. D.C.A. n. 1 del 07.01.2013 "Approvazione documento recante "sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania;
7. D.C.A. n. 84 del 05.07.2013 "Recepimento D.G.R.C. n.790 del 27.12.2012 "Approvazione delle Linee operative per l'accesso Unitario ai servizi sociosanitari – PUA”;
8. D.C.A. n.97 del 16.11.2018 Assistenza sociosanitaria territoriale: Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3), per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), e per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3). Attuazione Programma Operativo 2016-2018 Intervento 19.1 DCA 14/2017.
9. D.C.A. n. 83 del 31.10.2019 “Piano Regionale della rete di Assistenza territoriale 2019-2021”;
10. 23/11/2021 DM Economia e Finanze PNRR area intervento M6C1
11. DGRC n. 6 del 2021 “Approvazione Linee Guida per l’erogazione dei Servizi Sanitari a distanza (Telemedicina)
12. Ministero della Salute – Decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”
13. Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 682 del 13.12.2022 "Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022”
14. Decreto Dirigenziale n. 428 del 08/05/2024 “Il modello operativo delle Centrali Operative Territoriali Regione Campania”
15. Decreto Dirigenziale n. 1191 del 30 dicembre 2024 – ADDENDUM Modello Operative delle Centrali Operative Territoriali”
16. Accordo Collettivo Nazionale 4 Aprile 2024 - Disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni - Triennio normativo 2019-2021
17. Delibera D.G. n. 156 dell’11/05/2022, individuazione n. 11 Case della Comunità, n. 5 Centrali Operative Territoriali e n. 5 Ospedali di Comunità;

8. ACRONIMI

A.D.I.	Assistenza Domiciliare Integrata
A.F.T.	Aggregazione Funzionale Territoriale
A.O.R.N.	Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
C.O.T.	Centrale Operativa Territoriale
D.P.	Dimissione Protetta
D.S.B.	Distretto Sanitario di base
D.S.M.	Dipartimento Salute Mentale
L.E.A.	Livelli Essenziali Assistenza
L.E.P.S.	Livelli Essenziali Prestazioni Sociali
M.A.P.	Medico di Assistenza Primaria
P.A.I.	Piano Assistenza Individuale
P.R.I.	Piano Riabilitativo Individuale
P.U.A.	Punto Unico di Accesso
R.S.A.	Residenza Sanitaria Assistenziale
S.I.G.A.R.S.	Sistema Informativo Gestione Assistenza sociosanitaria Residenziale e Semiresidenziale
S.I.R.	Struttura Intermedia Residenziale
S.U.A.P.	Speciale Unità Accoglienza Permanente
U.O.C.	Unità Operativa Complessa
U.O.S.	Unità Operativa Semplice
U.O.S.D	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
U.V.B.R.	Unità Valutativa Bisogno Riabilitativo
U.V.I.	Unità di valutazione Integrata

9. ALLEGATI

- 1) Scheda transizione COT
- 2) Indicatori distrettuali NSG

AUCATO A
di 10 14,1 M3

Centrale Operativa Territoriale della Campania

ALERT

NOTIFICHE



Centrale Operativa Territoriale della Campania

REGIONE CAMPANIA

Menu

Home / Gestione Transizioni /

/ Transizione

Codice Transizione

Tipo Richiesta
Dimissioni protette

Setting Inviante

Setting Ricevente

Stato
Da prenotare

Note Compilazione PAI

Processo Manuale

Indietro

Assegna

Ricerca Structure

Chiudi Transizione

Dettagli

Questionari

Notifiche

Workflow

Alert

Prenotazioni

Note gestione

Assistenza Infermieristica

Sensorio e Comunicazione

= 11,10

Sensorio e Comunicazione

Linguaggio comprensione

- ☒ Normale (0)
- ☐ Comprende Solo Frasi Semplici (1)
- ☐ Comprensione Non Valutabile (2)
- ☐ Non Comprende (3)

Linguaggio produzione

- ☒ Parla Normalmente (0)
- ☐ Linguaggio Menomato, Ma Esprime Comunque Il Suo Pensiero (1)
- ☐ Si Comprendono Solo Parole Isolate (2)
- ☐ Non Si Esprime (3)

Udito

- ☒ Normale (0)
- ☐ Deficit, Ma Udito Adeguato Alle Necessità Personali (1)
- ☐ Grave Deficit Non Correggibile (2)
- ☐ Sordità Completa (3)

Vista

- ☒ Normale (0)
- ☐ Deficit, Ma Vista Adeguata Alle Necessità Personali (1)
- ☐ Grave Deficit Non Correggibile (2)
- ☐ Cecità E Bisogno Di Assistenza (3)

Valutazione sintetica della situazione di Non Autosufficienza

Valutazione sintetica delle situazione di non autosufficienza

Situazione cognitiva

- ☐ Lucido (1)
- ☒ Confuso (2)
- ☐ Molto Confuso, Stuporoso (3)

Problemi comportamentali

- ☐ Assenti/Lievi (1)
- ☒ Moderati (2)
- ☐ Gravi (3)

Grado mobilità

- ☐ Si Sposta Da Solo (1)
- ☒ Si Sposta Assistito (2)

Supporto sociale

- ☐ Ben Assistito (1)
- ☒ Parzialmente Assistito (2)

Autonomia

- ☐ Autonomo O Quasi (1)
- ☒ Parzialmente Dipendente (2)
- ☐ Totalmente Dipendente (3)

Necessità assistenza sanitaria

- ☐ Bassa (1)
- ☒ Intermedia (2)

= 2/40 =

☐ Non Si Sposta (3)

☐ Non Assistito (3)

☐ Elevata (3)

Bisogni assistenziali

Bisogni assistenziali rilevati

Autonomia

- ☐ Autonomo
- ☐ Parzialmente Autonomo
- ☐ Totalmente Dipendente
- ☐ Stato Vegetativo

Riabilitazione

- ☐ Nessuna Riabilitazione
- ☐ Riabilitazione Neurologica
- ☐ Afasia
- ☐ Riabilitazione Ortopedica
- ☐ Mantenimento in presenza di disabilità
- ☐ Motorio

Apparato respiratorio

- ☐ Normale
- ☐ Tosse e secrezioni(aspirazione)
- ☐ Ossigenoterapia
- ☐ Ventiloterapia
- ☐ Tracheostomia

Apparato nutrizionale

- ☒ Normale
- ☐ Dimagrimento
- ☐ Disidratazione
- ☐ Nutrizione/difagia

Cognitivo comportamentale

- ☐ Normale
- ☒ Disturbo cognitivo moderato
- ☐ Disturbo cognitivo grave
- ☐ Disturbo comportamentale (BPSD)
- ☐ Condizioni di salute psichiatrica

Ritmo sonno veglia

- ☒ Normale
- ☐ Ritmo sonno/veglia alterato
- ☐ Rischi infettivo personale
- ☐ Febbre

Apparato gastrointestinale

- ☒ Normale
- ☐ Incontinenza fecale
- ☐ Vomito
- ☐ Sanguinamento gastrointestinale

Apparato urinario

- ☒ Normale
- ☐ Incontinenza urinaria
- ☐ Cateterismo vescicale
- ☐ Urostomia

Apparato tegumentario

- ☒ Normale
- ☐ Ulcere cutanee 1° e 2° Grado
- ☐ Ulcere cutanee 3° e 4° Grado
- ☐ Stato più grave di ulcera - non stadiabile

= 3/10 =

- ☐ Stomia
- ☐ Stipsi
- ☐ Diarrea

- ☐ Ematuria
- ☐ Esitato
- ☐ Dialisi

- ☐ Cura della ferita
- ☐ Altri problemi cutanei
- ☐ Lacerazione o tagli non chirurgici
- ☐ Lesioni Cute
- ☐ Rischio Sanguinamento Acuto

Oncologico terminale

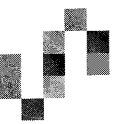
- ☒ Non oncologico/non terminale
- ☐ Terminalità non oncologica
- ☐ Terminalità oncologica
- ☐ Oncologico
- ☐ Chemioterapia
- ☐ Radioterapia Acuto
- ☐ Dolore Presente

Prestazioni

- ☐ Prelievo venoso non occasionale
- ☐ ECG
- ☐ Telemetria
- ☐ Trasfusioni
- ☐ Terapia Endovenosa
- ☐ Terapia intramuscolo/sottocutanea
- ☐ Gestione CVC
- ☒ Altri Trattamenti
- ☐ Educazione Terapeutica
- ☐ Supporto al Caregiver
- ☐ Catetere Centrale

Fragilità familiare

- ☐ Assente
- ☒ Presente



= 4 | 10 =



Menu

Home / Gestione Transizioni /

/ Transizione

Codice Transizione	Tipo Richiesta Dimissioni protette	Setting Inviante
Setting Ricevente	Stato Da prenotare	
Note Compilazione PAI		

Processo Manuale

Indietro

Assegna

Ricerca Strutture

Chiudi Transizione

-  Dettagli
-  Questionari
-  Notifiche
-  Workflow
-  Alert
-  Prenotazioni
-  Note gestione

Anagrafica Assistito

= 6/10 =

Dati Anagrafici

Codice Fiscale*	Nome*	Cognome*	Data Nascita*
Luogo di Nascita*	Genere*	N° Tessera Sanitaria*	
Invalità*	Telefono	Email	Titolo di studio*
Scegli un'opzione		Inserire email	
Professione*	Nucleo Convivente - Componenti*	Nucleo Non Convivente - Componenti*	Misure*

Residenza

Comune	Indirizzo	Distretto

Domicilio

Comune	Indirizzo	Distretto
Inserire comune domicilio	Inserire indirizzo domicilio	Inserire distretto

MMG

Nome	Cognome	CF Medico
Telefono	Cellulare	Email Istituzionale
Inserire telefono	Inserire cellulare	Inserire email

= 7120 =

Contatti di Riferimento dell'assistito

Nome*		Cognome*		Telefono*	
<div></div>		<div></div>		<div></div>	
Email		Tipo Contatto*		Caregiver*	
<div>Inserire email</div>		<div></div>		<div></div>	
Note					
<div>Inserire note</div>		<div></div>			

Tutore legale

Nessun tutore inserito

Dettaglio Richiesta

Tipologia richiesta		
Tipologia della richiesta*	Setting assistenziale Proposto*	Tipologia prestazione*
<div>Dimissioni protette</div>	<div>RSA</div>	<div></div>
Data Prevista Trasferimento*		
<div></div>		
Provenienza (inviata da)		
Luolo di cura di provenienza*	Struttura di Provenienza*	Reparto U.O. Inserire reparto u.o.
<div></div>	<div></div>	<div></div>

= 8/10 =

Contatti medico richiedente

Tipo Medico Richiedente		Nome Medico Richiedente*		Cognome Medico Richiedente*	
Scegli un'opzione		↳		↳	
CF Medico Richiedente*		Telefono Medico Richiedente*		E-mail Medico Richiedente*	
↳		↳		↳	
COT di destinazione					
ASL *		Distretto*		COT*	
ASL BENEVENTO		↳		↳	
↳		↳		↳	
Note					
↳					
↳					

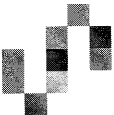
Informazioni Trasporto

Richiesta di trasporto

Trasporto Pubblico del Paziente*		Comune Luogo di Partenza		Provincia Luogo di Partenza	
↳		↳		↳	
Indirizzo Luogo di Partenza		CAP Luogo di Partenza			
↳		↳			
Note					
Inserire note					
↳					
↳					

Motivo di accesso*	>	Tipologia Servizi Attivi*	>	Indennità Acc/Frequenza*	>	Benefici Legge 104*	>
Invalidità Civile*	>	Tipologia del bisogno*					
Condizioni del paziente / Trattamenti							
Problemi Sociali							
Motivo del Trasferimento							

Protesi



ALLEGATO 2
Pg 5



Ministero della Salute

Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco
e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale
Ex Direzione generale della programmazione sanitaria
Ufficio 6

Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia

Relazione 2023

Maggio 2025

= 1 | 5 =



b) Assistenza distrettuale

N° Indicatore	Descrizione Indicatore	Valorizzazione Indicatore (x=valore indicatore; y=punteggio indicatore)	Validità Indicatore	Peso
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	$y = 100, x \in [0 - 14,55]$ $y = -6,6335 * x + 196,5174, x \in [14,55-29,62]$ $y = 0, x \in [29,62-100]$ Soglia: (20,58 ; 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: DECRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C "Obblighi informativi" (Flusso Informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "buona" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0	1
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	$y = 100, x \in [0 - 14,05]$ $y = -6,3593 * x + 189,3482, x \in [14,05-29,78]$ $y = 0, x \in [29,78-100]$ Soglia: (20,34 ; 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: DECRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C "Obblighi informativi" (Flusso Informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "buona" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0	1
D04C*	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	$y = 100, x \in [0 - 56,38]$ $y = -1,5792 * x + 189,0328, x \in [56,38 - 119,705]$ $y = 0, x \in [119,705 - 100000]$ Soglia: (81,71 ; 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: DECRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C "Obblighi informativi" (Flusso Informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "buona" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0	2
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	$y = 100, x \in [0-18]$ $y = -4,4444 * x^2 + 160 * x - 1340, x \in [18-22,7434]$ $y = 0, x \in [22,7434-27]$ Soglia: (21 ; 60) Soglia di significatività : 0,1 Verso: DECRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C.12 "Sistema Informativo per il Monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR 118)", i dati sono considerati validi se la copertura e la qualità ottengono una valutazione "adempiente". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.	2
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	$y = 0, x \in [0-50]$ $y = 6 * x - 300, x \in [50-60]$ $y = 1,3333 * x - 20, x \in [60-90]$ $y = 100, x \in [90-100]$ Soglia: (60 ; 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C.5 "Monitoraggio ex post delle prestazioni incluse nel flusso informativo ex articolo 50 della legge 326/2003", i dati sono considerati validi se la copertura ottiene una valutazione "buona/adempiente". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.	1
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	$y = 100, x \in [0 - 4762,74]$ $y = -0,03307 * x + 257,5221, x \in [4762,74 - 7786,28]$ $y = 0, x \in [7786,28 - 10000]$ Soglia: (5972,16 ; 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: DECRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C.14-C.15 "Flussi Informativi relativi alla farmaceutica" i dati sono considerati validi se la copertura delle ASL invianti/ASL attese è pari al 100%. Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.	1



N° Indicatore	Descrizione Indicatore	Valorizzazione Indicatore (x=valore indicatore; y=punteggio indicatore)	Validità Indicatore	Peso
D22Z**	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) [CIA=Coefficiente d'Intensità Assistenziale]	<p>CIA 1 $y = 0, x \in [0-0,5]$ $y = 28,5714 * x - 14,2857, x \in [0,5-4)$ $y = 100, x \in [4-1000]$ Soglia: (2,6; 60) Soglia di significatività : 0,1 Verso: CRESCENTE</p> <p>CIA 2 $y = 0, x \in [0-1]$ $y = 66,6667 * x - 66,6667, x \in [1-2,5]$ $y = 100, x \in [2,5-1000]$ Soglia: (1,9; 60) Soglia di significatività : 0,1 Verso: CRESCENTE</p> <p>CIA 3 $y = 0, x \in [0-0,75]$ $y = 80 * x - 60, x \in [0,75-2)$ $y = 100, x \in [2-1000]$ Soglia: (1,5; 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE</p>	Con riferimento all'Adempimento C.7 "Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare", i dati sono considerati validi se la copertura e la qualità ottengono una valutazione "adempiente". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.	1
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	$y = 100, x \in [0-4)$ $y = -4,7562 * x^2 + 38,0499 * x + 23,9001, x \in [4-8,5853]$ $y = 0, x \in [8,5853-100]$ Soglia: (6,9 ; 60) Soglia di significatività : 0,1 Verso: DECRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C "Obblighi informativi" (Flusso Informativo SDO), i dati sono considerati validi se la copertura ottiene la valutazione "buona" e la qualità una valutazione almeno "sufficiente". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.	1
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	$y = 0, x \in [0-5)$ $y = 2 * x - 10, x \in [5-55]$ $y = 100, x \in [55-100]$ Soglia: (35 ; 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C.7 "Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" e all'Adempimento C.9 "Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice" i dati sono considerati validi se la copertura e la qualità ottengono una valutazione "adempiente". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.	1
D33Za	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	$y = 2,439 * x, x \in [0-41)$ $y = 100, x \in [41-1000]$ Soglia: (24,6 ; 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C.8 "Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale", i dati sono considerati validi se la copertura e la qualità ottengono una valutazione "buona/adempiente". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.	1
<p>*L'indicatore è da considerare ad anni alterni con l'indicatore D03C (utilizzato nel 2022).</p> <p>**Il punteggio finale dell'indicatore è dato dalla somma pesata dei punteggi delle 3 componenti CIA1, CIA2 e CIA3, pesati rispettivamente con i valori 0,15, 0,35, 0,50.</p>				

= 3/5



2.3 L'EVOLUZIONE DEL SOTTOINSIEME DEGLI INDICATORI CORE

Il sottoinsieme degli indicatori CORE è rimasto stabile per il periodo 2020-2022, in coerenza con le previsioni del D.M. 12 marzo 2019 sul primo triennio di applicazione. Dal 2023, quindi, sono stati apportati i primi aggiornamenti del sottoinsieme degli indicatori CORE, a garanzia della flessibilità del sistema di valutazione. Nella tabella 2 si riporta l'evoluzione del sottoinsieme degli indicatori CORE dall'anno 2020 all'anno 2023 (la X indica la presenza dell'indicatore nel sottoinsieme per l'anno di riferimento), utilizzato a fini valutativi a partire dall'anno 2022. Rispetto al triennio 2020-2022, nel 2023 sono stati introdotti gli indicatori D01C e D02C per l'area della distrettuale e gli indicatori H03C, H08Zb e H23C per l'area ospedaliera, mentre l'indicatore D04C è stato sostituito dall'indicatore D03C poiché è previsto un meccanismo di rotazione tra gli stessi indicatori. Per l'area dell'ospedaliera nel 2023 non è stato confermato l'indicatore H01Z, mentre non ha subito aggiornamenti il sottoinsieme di indicatori CORE dell'area della prevenzione.

Tabella 2. Evoluzione del sottoinsieme degli indicatori CORE, anni 2020-2023

Indicatori	2020	2021	2022	2023
Area Prevenzione				
P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	X	X	X	X
P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	X	X	X	X
P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	X	X	X	X
P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	X	X	X	X
P14C - Indicatore composito sugli stili di vita (fonte ISTAT)	X	X	X	X
P15Ca, P15Cb, P15Cc - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, per mammella, per colon retto	X	X	X	X
Area Distrettuale				
D01C - Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)				X
D02C - Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico				X
D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	X	X	X	



Indicatori	2020	2021	2022	2023
D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	X	X		X
D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	X	X	X	X
D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	X	X	X	X
D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti - Antibiotici	X	X	X	X
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1) (CIA 2) (CIA 3)	X	X	X	X
D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	X	X	X	X
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	X	X	X	X
D33Za - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	X	X	X	X
Area Ospedaliera				
H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	X	X	X	
H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	X	X	X	X
H03C - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella				X
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	X	X	X	X
H05Z - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	X	X	X	X
H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)				X
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	X	X	X	X
H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	X	X	X	X
H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	X	X	X	X
H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico				X

Fonte: elaborazione Ministero della Salute

= 5/5 =

