

REGIONE
ABRUZZO



LINEE DI INDIRIZZO DELLA REGIONE ABRUZZO

Linee di indirizzo per l'aggiornamento dei
processi di accesso, valutazione e presa in
carico nei percorsi di cura

Sommario

Acronimi/Abbreviazioni	2
Premessa e obiettivo del documento	3
Sezione 1 – Contesto di riferimento	6
1. Principi, definizioni e quadro generale del sistema di assistenza territoriale	7
1.1 Principi generali	7
1.2 Definizioni e concetti trasversali.....	8
1.3 Modello organizzativo “macro” del sistema territoriale	9
2. La Centrale Operativa Territoriale (COT).....	11
2.1 Funzioni operative e ambiti di intervento della COT.....	11
2.2 Assetto organizzativo e modello di funzionamento	12
2.3 Modalità di attivazione e gestione dei percorsi assistenziali.....	15
3. Il Punto Unico di Accesso (PUA).....	17
3.1 Funzioni operative e ambiti di intervento del PUA.....	18
3.2 Assetto organizzativo e modello di funzionamento	19
3.3 Modalità di attivazione del PUA e gestione dei percorsi assistenziali.....	20
4. Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).....	21
4.1 Assetto organizzativo e modello di funzionamento	22
4.2 Attività della UVM	24
4.3 Valutazione del bisogno complesso	24
Sezione 2 – Procedure di accesso e attivazione dei percorsi assistenziali	27
1. Procedure di accesso alle Strutture residenziali e semiresidenziali (RSA/RP/RADA/CDI)	27
2. Adempimenti delle strutture che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali (RSA/RP).....	31
3. Procedure di accesso ai Centri di Riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978	32
4. Adempimenti delle strutture che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978.....	35
5. Procedure di accesso alla Medicina Riabilitativa (codice 56) – Lungodegenza (codice 60) – Unità Spinale (codice 28) – Gravi Cerebrolesioni Acquisite (codice 75)	37
6. Adempimenti delle Strutture Riabilitative (codice 56) – Lungodegenza (codice 60) – Unità Spinale (codice 28) – Gravi Cerebrolesioni Acquisite (codice 75)	39
7. Procedure di accesso alle Strutture Riabilitative Psichiatriche.....	39
8. Adempimenti delle Strutture Riabilitative Psichiatriche	40
9. Procedure di accesso al Sistema delle Cure Domiciliari - ADI.....	41
10. Accesso a strutture extraregionali e pazienti extraregionali	41

Acronimi/Abbreviazioni

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ATS	Ambito Territoriale Sociale
CdC	Case della Comunità
CDI	Centro Diurno Integrato
CIS	Contratto Istituzionale di Sviluppo
COT	Centrale Operativa Territoriale
CSM	Centro di Salute Mentale
DHR	Day Hospital Riabilitativo
DM	Decreto Ministeriale
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
GACEP	Gestione Accordi Contrattuali Erogatori Privati
IFoC	Infermieri di Famiglia o Comunità
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
L.R.	Legge Regionale
MAP	Medico di Assistenza Primaria (=MMG/RUAP)
OdC	Ospedale di Comunità
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PAT	Piano dell'Assistenza Territoriale
PLS	Pediatria di Libera Scelta
PLNA	Piano Locale per la Non Autosufficienza
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PRI	Progetto Riabilitativo Individuale
PUA	Punto Unico di Accesso
PNC	Piano Nazionale della Cronicità
RADA	Residenze per Anziani Disabili
RP	Residenza Protetta
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
S.Va.M.A.	Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano
S.Va.M.Di	Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UCPDOM	Unità di Cure Palliative Domiciliari
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale
UVMD	Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali
UVMO	Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera

Premessa e obiettivo del documento

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 107/2013, recante *“Attività e procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e della Unità di Valutazione Multidimensionale – Linee guida regionali”*, ha rappresentato un provvedimento fondamentale in materia di organizzazione dei percorsi di accesso, valutazione e presa in carico nell’ambito dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria, definendo il quadro di riferimento per il Punto Unico di Accesso (PUA) e per l’Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

L’impianto delineato dal DCA n. 107/2013 è stato successivamente oggetto di modifiche e integrazioni con DGR n. 615 del 30/09/2024, recante *“Modifiche e integrazioni al DCA 107/2013 – Attivazione intraospedaliera della presa in carico del paziente con bisogni complessi: UVM Ospedaliera”*, prevedendo un riassetto procedurale circoscritto alla valutazione multidimensionale e la presa in carico dei pazienti con bisogni complessi in ambito ospedaliero, senza modificare in modo organico l’impianto complessivo del modello delineato dal DCA 107/2013.

L’evoluzione normativa e programmatica intervenuta negli ultimi anni rende oggi necessario procedere ad un aggiornamento di tale assetto, anche in considerazione della disciplina dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), definiti dal DPCM 12 gennaio 2017 recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”* e del nuovo modello di assistenza territoriale definito a livello nazionale dal *Decreto Ministeriale (DM) 23 maggio 2022, n. 77*, che ha ridisegnato il sistema territoriale introducendo una rete strutturata fondata sui principi di prossimità, multidisciplinarietà, sanità di iniziativa, continuità assistenziale e integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Il DM 77/2022 ha, infatti, definito un quadro unitario di indirizzo per il riordino dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), individuando modelli organizzativi e standard strutturali, tecnologici e operativi a supporto dell’attuazione della riforma. In tale ambito, il Decreto ha introdotto e disciplinato organismi e funzioni cardine della sanità territoriale, quali le Case della Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC), le Centrali Operative Territoriali (COT) e la figura dell’Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), nonché fornito indicazioni operative per l’integrazione e il funzionamento di servizi già esistenti, tra cui il Numero Europeo Armonizzato 116117 e le Unità di Continuità Assistenziale (UCA).

A supporto dell’attuazione del nuovo modello di assistenza territoriale, AGENAS ha pubblicato nel 2022 il Quaderno di Monitor *“La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all’attivazione”*, che ha fornito indicazioni organizzative e funzionali per la progettazione e l’attivazione delle COT, valorizzandone il ruolo nel coordinamento delle transizioni assistenziali, nell’integrazione tra i servizi e nel supporto alla continuità della presa in carico.

Più recentemente, nel mese di luglio 2026, AGENAS ha inoltre pubblicato le *Linee di indirizzo tecniche per le équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità*, volte a promuovere modelli organizzativi fondati sulla collaborazione strutturata tra professionisti sanitari e sociali, sulla lettura integrata dei bisogni della persona, sulla valutazione multidimensionale, sulla continuità assistenziale e sul coordinamento dei percorsi di presa in carico.

Le indicazioni ivi contenute costituiscono un rilevante riferimento metodologico per la definizione degli assetti organizzativi regionali e hanno orientato l’elaborazione delle presenti Linee di indirizzo, che ne recepiscono e declinano i principi nell’ambito del modello organizzativo dell’assistenza territoriale della Regione Abruzzo.

Inoltre, il DM 77/2022 ha riconosciuto la telemedicina quale modalità abilitante e trasversale per l'erogazione dell'assistenza territoriale, quale strumento funzionale al rafforzamento della continuità assistenziale, al monitoraggio clinico a distanza e al supporto dei percorsi di presa in carico, in particolare delle persone affette da patologie croniche e condizioni di fragilità.

Il quadro normativo nazionale in materia di telemedicina si è progressivamente consolidato attraverso l'adozione di specifici provvedimenti, tra cui il Decreto del Ministero della Salute del 21 settembre 2022, recante le Linee guida per i servizi di telemedicina, e il più recente Decreto del Ministero della Salute del 19 novembre 2025, relativo alla disciplina del trattamento dei dati personali nell'ambito dell'infrastruttura della Piattaforma Nazionale di Telemedicina.

In tale percorso evolutivo si collocano gli indirizzi programmatori del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 – Salute, che costituisce il principale strumento di attuazione della riforma dell'assistenza territoriale delineata dal DM 77/2022. Il PNRR individua il rafforzamento dell'assistenza territoriale quale ambito strategico di intervento per accrescere la capacità del SSN di rispondere in modo appropriato, continuo e integrato ai bisogni di salute della popolazione, promuovendo il superamento della frammentazione dei servizi e il potenziamento della presa in carico.

In tale contesto, il PNRR rappresenta per le Regioni non soltanto una rilevante opportunità di investimento, ma anche un forte impulso al riordino dei processi organizzativi e dei modelli di governance dell'assistenza territoriale, richiedendo l'adeguamento e l'aggiornamento degli assetti regionali preesistenti per assicurarne la piena coerenza con il nuovo impianto nazionale.

In attuazione di tali indirizzi, la Regione Abruzzo ha definito il quadro degli interventi previsti dal PNRR, Missione 6 – Salute, mediante la presa d'atto e l'approvazione, con DGR n. 263 del 24/05/2022, del Piano Operativo Regionale (POR) e dello schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), e successive modificazioni.

Nell'ambito di tale programmazione sono state previste azioni volte al potenziamento dell'assistenza territoriale e allo sviluppo di modelli organizzativi integrati e uniformi sull'intero territorio regionale, programmando la realizzazione di CdC, COT e OdC, nonché il rafforzamento della rete dei PUA, dell'assistenza domiciliare e dei servizi integrati.

Al fine di consolidare tale assetto programmatico, la Regione Abruzzo ha inoltre recepito gli standard del DM 77/2022 attraverso l'approvazione, con DGR n. 773 del 13/12/2022, del Piano dell'Assistenza Territoriale (PAT), quale strumento di programmazione regionale volto a definire l'assetto organizzativo dell'assistenza territoriale e a declinare nel contesto regionale i modelli e gli standard previsti a livello nazionale.

Il PAT è stato elaborato a partire da un'analisi approfondita del contesto regionale, caratterizzato da forte orografia montana (65% del territorio), bassa densità abitativa, presenza di aree interne, disomogeneità nei collegamenti viari e *digital divide*, elementi che condizionano l'accessibilità ai servizi e impongono modelli organizzativi specifici e differenziati.

Il Piano ha inoltre evidenziato una crescente pressione sul sistema dei servizi territoriali riconducibile all'evoluzione demografica della popolazione, confermata anche dai dati ISTAT¹ aggiornati all'annualità 2025, per cui si evince che la popolazione con età pari o superiore a 65 anni rappresenti circa il 26,1% della popolazione regionale (+1,1% rispetto alla rilevazione dell'anno 2022), valore in progressivo aumento, superiore alla media nazionale e destinato a crescere ulteriormente nei prossimi anni. Tale dinamica si accompagna a una diffusione strutturale delle patologie croniche e della

¹ Fonte: [Indicatori demografici – Anno 2025 – Istat](#)

multicronicità (presenza di due o più patologie croniche concomitanti), che configurano uno dei principali fattori di fabbisogno assistenziale del territorio.

I dati della Sorveglianza PASSI d'Argento² (biennio 2023–2024) indicano, infatti, che nel territorio abruzzese una quota rilevante della popolazione adulta convive con almeno una patologia cronica e che, tra gli over 65, oltre la metà presenta una o più condizioni croniche, con una significativa presenza di multicronicità.

In coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 23 ottobre 2025, il tema della gestione integrata della cronicità e della multicronicità assume pertanto un ruolo centrale nell'evoluzione dell'organizzazione dei servizi sociosanitari regionali: la diffusione di condizioni croniche multiple richiede il superamento di modelli assistenziali frammentati e orientati alla singola patologia, a favore di percorsi di presa in carico continuativi e personalizzati, capaci di garantire alla persona interventi terapeutici appropriati e coerenti con la complessità dei bisogni espressi. In tale prospettiva, il PNC rafforza il modello di sanità d'iniziativa, promuovendo stratificazione del bisogno, presa in carico proattiva e integrazione sociosanitaria, in coerenza con l'organizzazione territoriale e i nuovi modelli assistenziali.

Inoltre, la Regione Abruzzo ha progressivamente integrato il predetto impianto programmatico mediante l'adozione di specifici atti di indirizzo, finalizzati al consolidamento dei modelli organizzativi della sanità territoriale.

In particolare, con DGR n. 270 del 17/05/2024, la Regione Abruzzo ha approvato il documento tecnico recante le Linee di indirizzo per gli Ospedali di Comunità, definiti quali strutture sanitarie intermedie collocate tra l'assistenza domiciliare e quella ospedaliera, di natura pubblica o privata, e in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal DM 70/2015 e dal DM 77/2022.

Nella medesima data, con DGR n. 953, la Regione ha preso atto e approvato le Linee di indirizzo delle Cure Domiciliari - ADI, definendo il quadro dei requisiti strutturali, organizzativi e operativi per l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata quale livello essenziale di assistenza e componente fondamentale della rete territoriale, in raccordo funzionale con le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità.

Con DGR n. 404 del 08/07/2024, è stato approvato il Modello organizzativo regionale delle Centrali Operative Territoriali, riconoscendole come strutture di coordinamento della presa in carico e di raccordo tra servizi territoriali, ospedalieri e domiciliari.

Successivamente, con DGR n. 46 del 31/01/2025 sono stati definiti gli indirizzi regionali per l'attuazione delle Case della Comunità, individuate quali luoghi fisici di facile accesso per i cittadini e quali modelli organizzativi dell'assistenza di prossimità, finalizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a valenza sanitaria per la popolazione di riferimento; tali indirizzi sono stati integrati con DGR n. 55 dell'11/02/2026.

Inoltre, la Regione Abruzzo, al fine di rafforzare l'infrastruttura tecnologica territoriale, ha definito il perimetro organizzativo, tecnologico e operativo dei servizi di telemedicina, mediante specifici atti di indirizzo e programmazione – tra cui la DGR n. 481 del 05/08/2020, la DGR n. 15 del 01/01/2022, la DGR n. 523 del 30/08/2023 e la DGR n. 402 del 08/07/2024.

In tale contesto, e nell'ambito del Progetto “Evoluzione dei sistemi informativi territoriali”, approvato con DGR n. 117 del 15 febbraio 2024, è stata prevista l'adozione di una piattaforma per la gestione

² Fonte: [Istituto Superiore di Sanità – Passi d'Argento 2023-2024](#)

informatizzata, la trasmissione e il monitoraggio dei percorsi di cura (di seguito come Piattaforma Unica Regionale).

Nel loro insieme, tali provvedimenti hanno delineato il perimetro organizzativo e funzionale dell'assistenza territoriale regionale e tracciato una direttrice evolutiva che rende oggi necessario un ulteriore consolidamento e coordinamento dei modelli organizzativi e dei processi di presa in carico.

Le presenti Linee di indirizzo si pongono pertanto l'obiettivo di rafforzare e sistematizzare il quadro di riferimento esistente, in coerenza con il ruolo centrale della COT e dei diversi soggetti coinvolti, quali PUA, UVM Ospedaliera (UVMO) e Distrettuale (UVMD), definendo principi organizzativi, ruoli, responsabilità, flussi operativi e riferimenti procedurali omogenei a livello regionale.

Tali elementi costituiscono il quadro di riferimento unitario per l'organizzazione e la gestione dei processi di accesso, valutazione e presa in carico sull'intero territorio regionale. Resta ferma la possibilità per le Aziende Sanitarie Locali di disciplinare, nell'ambito di proprie procedure operative e disposizioni organizzative aziendali, gli aspetti attuativi e le modalità operative necessarie a garantirne l'applicazione nei diversi contesti territoriali e organizzativi, nel rispetto dei principi, delle responsabilità, dei processi, dei flussi informativi e degli standard definiti dal presente documento.

Al fine di orientare in modo unitario l'attuazione dei principi di assistenza territoriale, il presente documento di indirizzo è articolato in due sezioni e costituisce la cornice di riferimento per l'organizzazione e l'armonizzazione delle strutture e dei processi dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Il documento intende definire un quadro condiviso di funzioni, relazioni e responsabilità, ponendo le basi per una progressiva modellizzazione dei processi assistenziali, finalizzata a rendere coerenti e maggiormente strutturati i percorsi di accesso, valutazione e presa in carico:

- ✓ **Sezione 1 – Contesto di riferimento**, dedicata alla ricostruzione del contesto normativo e organizzativo, a livello nazionale e regionale dell'assistenza territoriale, offrendo una lettura della realtà abruzzese coerente con i principi e gli indirizzi del DM 77/2022. La Sezione individua, inoltre, le linee evolutive del sistema e i riferimenti comuni per una governance integrata dei servizi territoriali, ridefinendo in modo organico concetti, funzioni e responsabilità dei principali attori dell'assistenza territoriale – COT, PUA e UVM – aggiornandone il perimetro operativo in continuità con il percorso di riordino e aggiornamento della DCA n. 107/2013;
- ✓ **Sezione 2 - Procedure di accesso e attivazione dei percorsi assistenziali**, volta a definire i processi di accesso ai *setting* assistenziali territoriali, residenziali, semiresidenziali, riabilitativi e domiciliari, garantendo appropriatezza, tempestività e continuità della presa in carico, con un ruolo centrale della COT e delle UVM nel coordinamento delle valutazioni e nel raccordo tra ospedale, territorio e servizi di prossimità.

Sezione 1 – Contesto di riferimento

La presente Sezione introduce un aggiornamento significativo del modello di assistenza territoriale regionale, ponendosi l'obiettivo di ridefinire in modo organico ruoli, funzioni e responsabilità dei

soggetti coinvolti nei processi di accesso, valutazione e presa in carico in risposta alle trasformazioni normative, programmatiche e organizzative intervenute negli ultimi anni e alla crescente complessità dei bisogni assistenziali della popolazione.

La principale novità del documento risiede nella riprogettazione degli assetti tra gli attori della rete territoriale, finalizzata a migliorare in modo strutturale la gestione delle transizioni tra i diversi *setting* assistenziali. In questa prospettiva, la Sezione chiarisce e riallinea il ruolo della COT, del PUA e delle UVMO e UVMD, in coerenza con l'attuale assetto dell'assistenza territoriale.

Elemento qualificante di tale ridefinizione è il ruolo attribuito alla COT, quale snodo unico di coordinamento delle transizioni e dei percorsi di presa in carico, oggi pienamente abilitato dalla Piattaforma Unica Regionale, che consente la gestione unitaria, la tracciabilità e il monitoraggio dei percorsi assistenziali.

La Sezione 1 fornisce così il quadro di riferimento che fonda le declinazioni operative sviluppate nella Sezione 2, rafforzando integrazione, continuità assistenziale e chiarezza delle responsabilità.

1. Principi, definizioni e quadro generale del sistema di assistenza territoriale

1.1 Principi generali

Il modello di assistenza territoriale regionale si fonda sui principi delineati dal DM 77/2022, così come recepiti nel PAT approvato con DGR n. 773 del 13/12/2022, che orientano la programmazione, l'organizzazione e il funzionamento dei servizi, al fine di garantire uniformità ed integrazione delle risposte assistenziali sull'intero territorio regionale. Tali principi costituiscono l'impianto di riferimento entro cui si sviluppa l'evoluzione dell'assistenza territoriale, come di seguito declinati:

- *Centralità della persona e dei bisogni di salute*: presa in carico della persona e dei suoi bisogni di salute nelle dimensioni sanitaria, sociosanitaria e sociale, in un'ottica globale e continuativa;
- *Continuità assistenziale*: integrazione funzionale e tempestiva tra i diversi *setting* assistenziali lungo l'intero percorso di cura;
- *Prossimità e capillarità dei servizi*: accessibilità fisica e digitale ai servizi attraverso una distribuzione territoriale equa dei punti di erogazione, nel rispetto delle specificità orografiche e del contrasto al *digital divide*;
- *Multidisciplinarietà*: risposta ai bisogni complessi mediante equipe multiprofessionali e intersettoriali, in raccordo con enti locali, terzo settore e comunità;
- *Sanità di iniziativa e prevenzione*: orientamento proattivo alla prevenzione, all'identificazione precoce dei bisogni e alla gestione della fragilità, anche tramite stratificazione della popolazione;
- *Integrazione sociosanitaria*: coordinamento strutturato tra ambito sanitario e sociale, fondato su governance congiunte, responsabilità condivise e procedure uniformi;

- *Digitalizzazione e interoperabilità*: utilizzo integrato di sistemi informativi, Fascicolo Sanitario Elettronico e strumenti di telemedicina a supporto della presa in carico e della qualità del dato;
- *Responsabilità, governance e monitoraggio*: le strutture territoriali operano all'interno di un sistema di governance chiaro, orientato ai risultati e fondato su responsabilità definite, monitoraggio continuo, valutazione degli esiti e trasparenza nei processi.

1.2 Definizioni e concetti trasversali

L'assistenza territoriale regionale si fonda su un quadro unitario di concetti e definizioni che orientano l'organizzazione, la programmazione e il funzionamento delle strutture e dei servizi del sistema regionale.

In primo luogo, la collaborazione strutturata tra professionisti sanitari e sociali costituisce il presupposto organizzativo fondamentale dei processi di accesso, valutazione e presa in carico disciplinati dal presente documento che si sviluppano secondo un approccio multiprofessionale orientato alla lettura integrata dei bisogni della persona e alla definizione condivisa dei percorsi assistenziali. In tale prospettiva, PUA, COT e UVM costituiscono strumenti organizzativi funzionali a garantire l'integrazione delle competenze professionali la continuità degli interventi e l'appropriatezza dei percorsi nei diversi setting di cura.

In tale cornice, la valutazione multidimensionale rappresenta uno degli elementi qualificanti del percorso assistenziale, in quanto consente una lettura complessiva della persona e dei suoi bisogni attraverso l'analisi integrata delle dimensioni cliniche, funzionali, psicologiche e sociali. L'esito della valutazione, formalizzato dalla UVM, definisce il livello di complessità e di intensità del bisogno, le priorità di intervento e i servizi da attivare, fornendo l'indirizzo assistenziale di riferimento.

La presa in carico costituisce la naturale prosecuzione del processo valutativo e si configura come il percorso unitario attraverso cui la persona viene accolta e accompagnata lungo l'intero itinerario assistenziale. Essa si realizza mediante il coinvolgimento dei professionisti competenti e dell'equipe multidisciplinare dedicata, la definizione del *setting* di cura più appropriato e il coordinamento tra i diversi livelli di assistenza. L'esito della valutazione UVM rappresenta il presupposto tecnico-professionale per l'elaborazione del Piano Assistenziale di riferimento e per l'orientamento e la gestione delle transizioni tra i diversi *setting* di cura.

La normativa vigente, sia a livello nazionale che regionale, riconosce la gestione delle transizioni come componente strutturale del modello di assistenza territoriale, prevedendo che essa avvenga all'interno di un sistema integrato di servizi e attraverso strumenti di coordinamento che garantiscano tempestività, tracciabilità e continuità del percorso assistenziale. Tale gestione si basa su meccanismi organizzativi e informativi condivisi che consentono di accompagnare la persona nel passaggio tra domicilio, servizi territoriali, cure intermedie e ospedale, nel rispetto dei principi di prossimità, appropriatezza e integrazione socio-sanitaria.

Ciò premesso, la Regione Abruzzo individua la COT quale struttura deputata alla gestione e al coordinamento delle transizioni assistenziali tra differenti *setting* e servizi, in particolare per i pazienti con bisogni complessi, assicurando al contempo la disponibilità, la qualità e la circolarità del dato clinico-assistenziale.

1.3 Modello organizzativo “macro” del sistema territoriale

All'interno del sistema territoriale regionale, il modello di governance, come delineato dal DM 77/2022, si concretizza attraverso la figura del Distretto sanitario, che costituisce il punto di riferimento per il governo della rete territoriale. In quanto responsabile della programmazione locale, il Distretto assicura coerenza e omogeneità nell'erogazione dei servizi, promuovendo l'integrazione tra area sanitaria, sociosanitaria e sociale e l'uso efficace delle risorse professionali e organizzative. In tale ruolo, favorisce l'adozione di strumenti digitali condivisi per la valutazione e la presa in carico e modula l'organizzazione dei servizi in funzione delle caratteristiche demografiche e territoriali delle diverse aree regionali. In questa prospettiva, l'assistenza territoriale è da intendersi come un processo unitario, articolato nelle fasi di accesso, valutazione multidimensionale, presa in carico e coordinamento delle diverse componenti assistenziali. Tali fasi, pur distinte, devono essere strettamente interconnesse attraverso un sistema capace di assicurare coerenza decisionale, tempestività degli interventi e continuità assistenziale nella transizione tra i diversi momenti del percorso. All'interno di tale sistema, la telemedicina svolge un ruolo cruciale quale modalità trasversale di supporto alla presa in carico territoriale, attraverso l'erogazione di servizi quali televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio, teleconsulenza, telecontrollo, teleriabilitazione e telerefertazione.

Pertanto, la piena efficacia del modello dipende dalla capacità delle sue componenti di operare in modo coordinato e complementare, quale sistema unitario orientato alla gestione strutturata dei flussi assistenziali tra i diversi contesti di cura. Il percorso della persona all'interno della rete regionale può infatti prevedere passaggi tra ospedale e territorio, all'interno del territorio o dal territorio verso l'ospedale, che costituiscono segmenti codificati di un unico processo assistenziale e non episodi isolati. In particolare:

- *Il flusso ospedale-territorio* riguarda il passaggio del paziente dall'ambito ospedaliero al percorso territoriale, a seguito della dimissione o della conclusione del trattamento in ospedale e richiede l'allineamento tempestivo delle informazioni cliniche, la valutazione del fabbisogno residuo e l'attivazione coerente delle prestazioni territoriali previste;
- *Il flusso territorio-ospedale* si realizza quando le condizioni cliniche, funzionali o sociali della persona richiedono un livello di intensità assistenziale non garantibile in ambito territoriale e deve assicurare la trasmissione delle informazioni sul percorso in atto e sulle motivazioni dell'accesso in ospedale;
- *Il flusso territorio-territorio* comprende i passaggi tra servizi e funzioni della rete territoriale e rappresenta la componente più ricorrente del *continuum* assistenziale, la cui qualità dipende dal coordinamento dei ruoli, dalla condivisione delle informazioni essenziali e dalla coerenza con gli obiettivi del percorso di cura.

Per uniformità, tempestività, tracciabilità e continuità nella gestione di tali flussi, il modello regionale individua la COT, quale funzione organizzativa dedicata al raccordo operativo tra i servizi e al presidio delle transizioni tra i diversi *setting* assistenziali. La COT, attraverso l'utilizzo della

Piattaforma Unica Regionale, rappresenta l'asse portante del coordinamento del percorso, assicurando che il sistema territoriale operi come un insieme unitario e integrato, in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale.

Al fine di garantire un'applicazione uniforme del modello organizzativo regionale e di rafforzare la chiarezza dei rapporti funzionali tra i soggetti coinvolti nei processi di accesso, valutazione e presa in carico, risulta fondamentale definire in modo esplicito ruoli, responsabilità e livelli di coinvolgimento nelle diverse fasi del percorso assistenziale. Tale esigenza è richiamata anche nelle indicazioni tecnico-organizzative sviluppate da AGENAS a supporto dell'attivazione delle COT, che individuano nella definizione dei rapporti funzionali tra i soggetti della rete e nella chiara attribuzione delle responsabilità un elemento essenziale per il governo delle transizioni assistenziali e per la continuità dei percorsi di cura.

In tale prospettiva, il modello regionale si fonda sulla distinzione funzionale tra i principali attori della rete territoriale, secondo le seguenti attribuzioni:

- ✓ il PUA esercita funzioni di accesso, accoglienza, orientamento e istruttoria della domanda;
- ✓ la COT esercita funzioni di coordinamento organizzativo, monitoraggio e governo delle transizioni assistenziali;
- ✓ la UVM è responsabile della valutazione multidimensionale del bisogno, dell'individuazione del setting assistenziale appropriato e della definizione degli indirizzi assistenziali;
- ✓ i servizi erogatori assumono la responsabilità dell'attuazione degli interventi e della presa in carico clinico-assistenziale secondo le rispettive competenze.

La tabella seguente definisce i livelli di responsabilità e coinvolgimento dei diversi soggetti nelle principali fasi del percorso assistenziale, distinguendo tra funzioni di accesso e orientamento, coordinamento organizzativo, valutazione multidimensionale, presa in carico assistenziale e monitoraggio del percorso. La matrice costituisce un riferimento operativo comune per tutte le Aziende Sanitarie Locali e supporta un'applicazione omogenea del modello regionale, favorendo la corretta integrazione tra PUA, COT, UVM ed erogatori.

Legenda

- R – Responsabile: soggetto che svolge operativamente l'attività.
- A – Titolare della responsabilità: soggetto cui compete la responsabilità complessiva della fase o del processo.
- C – Coinvolto: soggetto che contribuisce allo svolgimento dell'attività nell'ambito delle proprie competenze.
- I – Informato: soggetto destinatario delle informazioni necessarie alla corretta gestione e continuità del percorso.

Fase	PUA	COT	UVM	Erogatore
Primo contatto con il cittadino	R/A	I	-	-
Valutazione preliminare e orientamento del bisogno	R/A	I	-	-
Segnalazione in caso di bisogno complesso	R/A	C	-	-
Presa in carico organizzativa e apertura del percorso	I	R/A	I	-
Attivazione della UVM	I	R/A	C	-
Valutazione multidimensionale del bisogno e rivalutazione	I	C	R/A	C
Individuazione del setting assistenziale appropriato	I	C	R/A	I
Governo della transizione e individuazione della struttura	I	R/A	I	C
Presa in carico assistenziale	I	C	I	R/A
Monitoraggio del percorso e delle transizioni	I	R/A	C	C

Tabella 1 - Ruoli e responsabilità nelle principali fasi del percorso assistenziale

Al fine di garantire una verifica sistematica dell’attuazione del modello PUA-COT-UVM, la Regione realizzerà un monitoraggio con cadenza semestrale, volto a valutare l’efficacia, l’appropriatezza e l’omogeneità dei processi di accesso, valutazione e presa in carico sul territorio.

2. La Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT), così come istituita dal DM 77/2022, è individuata quale nodo organizzativo strategico della rete dell’assistenza territoriale, finalizzato a garantire l’unitarietà dei percorsi di presa in carico, la continuità assistenziale e l’integrazione tra i diversi livelli e *setting* di cura.

Pertanto, si configura quale struttura deputata al coordinamento e al governo dei processi assistenziali, operando quale punto unico di accesso organizzativo per la gestione dei passaggi da un *setting* assistenziale all’altro, semplificando il raccordo tra le strutture e i livelli di cura della rete territoriale e assicurando il collegamento funzionale tra ospedale e territorio, tra cure primarie e servizi specialistici, nonché tra assistenza domiciliare, strutture intermedie e servizi sociali degli Enti Locali. Inoltre, la COT costituisce anche il nodo centrale di raccordo per i servizi di telemedicina e svolge un ruolo rilevante anche nel governo dei flussi di accesso ai servizi e nella gestione ed ottimizzazione delle liste di attesa, attraverso il monitoraggio delle prese in carico, la programmazione appropriata degli interventi e l’ottimizzazione dell’utilizzo delle risorse disponibili, favorendo l’orientamento della domanda verso i setting assistenziali più adeguati e tempestivi.

Inoltre, la COT garantisce che l’attivazione dei servizi territoriali avvenga in modo tempestivo e coordinato, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dei principi di equità di accesso, continuità della presa in carico e appropriatezza clinico-assistenziale.

In tale prospettiva, la COT concorre al superamento della frammentazione organizzativa e alla realizzazione di percorsi assistenziali appropriati e personalizzati, orientati ai bisogni complessivi della persona.

2.1 Funzioni operative e ambiti di intervento della COT

In coerenza con DM 77/2022, la COT esercita una funzione di raccordo e coordinamento tra i diversi servizi, mediante la Piattaforma Unica Regionale, garantendo la propria operatività sette giorni su sette e assicurando lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- ✓ coordinamento dei percorsi di dimissione protetta, garantendo la tempestiva attivazione dei servizi territoriali e domiciliari;
- ✓ raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali, quali attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e con la rete dell'emergenza-urgenza, promuovendo l'integrazione multiprofessionale e multidimensionale;
- ✓ presidio delle transizioni assistenziali tra ospedale, territorio, cure intermedie e servizi sociosanitari, assicurando la continuità operativa del percorso e la corretta circolazione delle informazioni tra tutti i soggetti coinvolti, secondo quanto previsto dai modelli organizzativi nazionali delle COT sviluppati da AGENAS *“La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione”*;
- ✓ monitoraggio dei percorsi di presa in carico, con particolare attenzione ai pazienti fragili, cronici e non autosufficienti e delle tempistiche di attivazione dei servizi e delle eventuali liste di attesa per l'accesso alle strutture;
- ✓ attivazione e gestione dei servizi territoriali, verificando la disponibilità dei servizi o delle strutture di destinazione e curando l'intero processo di transizione dell'assistito;
- ✓ organizzazione, coordinamento, monitoraggio ed eventuale intervento proattivo per garantire il buon esito della transizione nei diversi *setting* di destinazione;
- ✓ verifica della presenza di altri servizi attivati sul paziente e condivisione del ricovero a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico della persona (es. Medico di Assistenza Primaria - MAP/PLS, ADI, servizio sociale comunale, servizi di telemedicina, ecc.);
- ✓ integrazione informativa mediante l'utilizzo degli strumenti digitali regionali e del Fascicolo Sanitario Elettronico, ai fini della tracciabilità e continuità delle informazioni cliniche e assistenziali;
- ✓ raccolta, decodifica e classificazione del bisogno attraverso strumenti di telemedicina;
- ✓ supporto alla programmazione aziendale, attraverso la raccolta e analisi dei flussi informativi relativi ai percorsi territoriali.

Si precisa che la COT opera quale funzione organizzativa di coordinamento dei percorsi assistenziali e delle relative transizioni tra i diversi *setting* di cura, garantendo il raccordo tra i soggetti coinvolti e la continuità della presa in carico. Nell'ambito delle sue attività, la COT può promuovere l'utilizzo di strumenti organizzativi e operativi condivisi tra i diversi soggetti coinvolti nella presa in carico, favorendo l'adozione di protocolli comuni, strumenti valutativi omogenei e modalità strutturate di condivisione delle informazioni.

Non rientrano tra le sue competenze l'erogazione diretta di prestazioni sanitarie, la valutazione multidimensionale del bisogno, l'individuazione del *setting* assistenziale né la responsabilità clinico-assistenziale del paziente, che restano attribuite ai professionisti competenti e alle UVM nell'ambito delle rispettive funzioni e responsabilità.

2.2 Assetto organizzativo e modello di funzionamento

La COT è configurata quale struttura funzionale afferente alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) ed opera in stretto raccordo con la rete distrettuale e con i principali nodi dell'offerta territoriale,

costituendo un elemento di connessione strutturale e funzionale tra CdC, OdC e ulteriori servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

La COT è istituita a livello aziendale o sovradistrettuale, in coerenza con la programmazione regionale e con la distribuzione demografica e territoriale della popolazione assistita, secondo uno standard di riferimento pari ad una COT ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore. Tale impostazione è finalizzata a garantire una copertura omogenea del territorio regionale e a favorire l'uniformità dei processi di presa in carico, nel rispetto delle specificità locali e delle diverse configurazioni organizzative delle ASL.

La sede della COT è individuata presso strutture aziendali dotate di adeguati requisiti tecnologici, logistici e di sicurezza, tali da garantire la continuità operativa in coerenza con il modello organizzativo regionale. Tutte le COT sono collegate tra loro in rete, al fine di assicurare un funzionamento integrato e una gestione coordinata dei percorsi assistenziali sul territorio, per mezzo della Piattaforma Unica Regionale.

Inoltre, la COT garantisce la piena interoperabilità con i sistemi informativi aziendali e regionali, quale strumento essenziale per la tracciabilità dei percorsi assistenziali e la condivisione delle informazioni cliniche e organizzative, assicurando al contempo il collegamento funzionale con i servizi ospedalieri, in particolare per la gestione delle dimissioni protette, nonché l'accessibilità operativa ai professionisti della rete territoriale e sociosanitaria.

La Regione Abruzzo ha previsto l'attivazione, all'interno del territorio regionale ed in coerenza con il PAT, approvato con DGR n. 773 del 13/12/2022, di 12 COT e di 1 Centrale Operativa 116117, individuate nelle sedi riportate in Tabella 2.

ASL	Distretto	Tipologia	COT
201	Distretto 3 - Area Peligno Sangrino	Hub	Sulmona
201	Distretto 2 - Area Marsica	Hub	Avezzano
201	Distretto 1 - Area L'Aquila	Hub	L'Aquila
202	Distretto 6 - Sangro-Aventino (U.O.C.)	Spoke	Casoli
202	Distretto 5 - Lanciano (U.O.C.)	Spoke	Lanciano
202	Distretto 2 - Chieti (U.O.C.)	Hub	Chieti
202	Distretto 1 - Vasto-Costa Sud (U.O.C.)	Spoke	San Salvo
202	Distretto 7 - Guardiagrele (U.O.S.D.)	116117	Guardiagrele
203	Coordinamento CERS Area Maiella (U.O.S.)	Spoke	Scafa
203	Coordinamento CERS Area Vestina (U.O.S.)	Spoke	Penne
203	Coordinamento CERS Area Pescara (U.O.S.)	Hub	Pescara
204	Distretto 2 - UOS DSS Val Vibrata	Spoke	Nereto
204	Distretto 3 - UOS DSS Roseto degli Abruzzi	Spoke	Roseto degli Abruzzi
204	Distretto 1 - UOS DSS Teramo	Hub	Teramo

Tabella 2 – COT in Regione Abruzzo

In coerenza con il Modello Operativo delle COT, approvato con DGR n. 404 del 08/07/2024 e con il POR, di cui l'ultimo aggiornamento approvato con DGR n. 54 del 11/02/2026, il modello di funzionamento adottato è di tipo *Hub-Spoke*. In tale assetto, la COT *Hub* svolge la funzione di punto unico di coordinamento aziendale dei processi di transizione e continuità assistenziale, mentre le COT *Spoke*, funzionalmente collegate alle singole Case della Comunità, operano come articolazioni di prossimità del sistema, favorendo l'integrazione operativa con i servizi territoriali e una maggiore aderenza ai bisogni della popolazione di riferimento. Si precisa come la rete ospedaliera abruzzese è

organizzata in modo tale che ogni Presidio Ospedaliero/Territoriale (P.O./PTA) afferisca funzionalmente ad una delle 12 COT distribuite sul territorio, così come riportato nella tabella seguente:

ASL	P.O./PTA	COT
201	P.O. Avezzano	Avezzano
201	P.O. S. Salvatore	L'Aquila
201	P.O. Sulmona	Sulmona
201	P.O. Castel di Sangro	Sulmona
201	PTA Pescara	Avezzano
201	PTA Tagliacozzo	Avezzano
202	P.O. Chieti	Chieti
202	P.O. Ortona	Chieti
202	PTA Guardiagrele	Chieti
202	PTA Atesa	Lanciano
202	P.O. Lanciano	Lanciano
202	P.O. Vasto	San Salvo
202	PTA Gissi	San Salvo
202	PTA Casoli	Casoli
203	P.O. Penne	Penne
203	P.O. Pescara	Pescara
203	P.O. Popoli	Scafa
204	P.O. S. Omero	Nereto
204	P.O. Giulianova	Roseto
204	P.O. Atri	Roseto
204	P.O. Teramo	Teramo

Tabella 3 – Associazione tra P.O./PTA e COT di riferimento per ASL

Sotto il profilo organizzativo, la COT è incardinata nell'area distrettuale o nella direzione aziendale competente per l'assistenza territoriale, con responsabilità organizzativa attribuita al Direttore del Distretto. Nell'ambito di ciascuna COT, è individuato un coordinatore infermieristico, al quale è affidata la responsabilità del funzionamento della COT e della gestione del personale, con il compito di assicurare il governo operativo dei percorsi di transizione assistenziale, il raccordo tra i diversi *setting* di cura e la supervisione delle attività dell'equipe.

In attuazione della L. 234/2021 e secondo quanto disciplinato dal DM 77/2022, la dotazione organica minima per assicurare la funzionalità della COT prevede la presenza di:

- ✓ un coordinatore infermieristico;
- ✓ dai tre ai cinque IFoC;
- ✓ una o due unità di personale di supporto.

Si precisa che tale standard rappresenta il riferimento minimo, ferma restando la possibilità di adeguamento della dotazione in funzione delle caratteristiche demografiche, territoriali e organizzative del contesto di riferimento.

Accanto al personale infermieristico, è assicurata la presenza di personale amministrativo dedicato, con funzioni di supporto gestionale e organizzativo, registrazione delle attivazioni, monitoraggio dei flussi informativi e caricamento dei dati nei sistemi informativi aziendali e regionali.

In relazione ai bisogni del territorio e alla complessità dei percorsi assistenziali, è prevista la possibilità di integrazione funzionale con ulteriori professionalità, quali assistenti sociali, medici distrettuali di riferimento, MAP/PLS, specialisti territoriali e medici ospedalieri.

Nel complesso, l'organizzazione del servizio deve garantire un'operatività coerente con il modello regionale adottato, anche mediante articolazioni su fascia oraria estesa, compatibilmente con le esigenze territoriali e con il volume delle attività gestite. La dotazione organica è pertanto dimensionata al fine di assicurare un'adeguata capacità di gestione delle transizioni ospedale-territorio, territorio-territorio e territorio-ospedale, nonché dei percorsi di presa in carico della cronicità e della fragilità, mantenendo un equilibrato rapporto tra popolazione assistita e risorse assegnate. Inoltre, la COT è dotata di infrastrutture tecnologiche integrate per la gestione dei flussi di telemedicina mediante piattaforma regionale dedicata e per l'accesso al FSE regionale, come previsto dagli standard tecnologici del DM 77/2022. In particolare, i dati acquisiti mediante strumenti di telemedicina confluiscono nel FSE del paziente e sono accessibili alla COT per il monitoraggio continuo del percorso assistenziale.

2.3 Modalità di attivazione e gestione dei percorsi assistenziali

L'attivazione della COT avviene nell'ambito dei processi di presa in carico e di gestione delle transizioni assistenziali, in coerenza con quanto dettato dal relativo modello organizzativo regionale, approvato con DGR n. 404 del 08/07/2024 e formalmente attuato dalle ASL mediante specifici provvedimenti di recepimento.

Le attivazioni di competenza della COT sono formalizzate mediante registrazione nella Piattaforma Unica Regionale, attraverso apposite schede informatizzate contenenti il set minimo di informazioni anagrafiche e sociosanitarie. La registrazione avviene previa acquisizione del consenso informato al trattamento dei dati personali, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati.

L'attività della COT è intesa a supporto di tutti gli attori del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero, i quali possono richiederne l'intervento in coerenza con il flusso di riferimento:

- ✓ MAP;
- ✓ PLS;
- ✓ medici di continuità assistenziale;
- ✓ medici specialisti ambulatoriali interni;
- ✓ professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali;
- ✓ CO 116117 per le segnalazioni a bassa intensità assistenziale non urgente;
- ✓ professionisti sanitari presenti nei servizi distrettuali;
- ✓ personale delle strutture di ricovero intermedie;
- ✓ personale delle strutture di ricovero residenziali e semiresidenziali;
- ✓ assistenti sociali.

In particolare, la COT assicura le transizioni dall'ospedale verso il territorio, dal territorio verso l'ospedale e dal territorio verso il territorio secondo le modalità descritte di seguito. Si intende chiarire che, per le modalità operative e le specificità relative all'accesso ai singoli *setting* assistenziali, si rinvia alle procedure dedicate descritte all'interno della Sezione 2 del presente documento.

Transizione Ospedale – Territorio

Nel modello organizzativo regionale, la COT è il soggetto deputato al governo e al raccordo tra ospedale, servizi territoriali sanitari e sociosanitari, strutture residenziali e semiresidenziali e servizi sociali.

Il percorso di dimissione può prevedere differenti esiti assistenziali, in relazione alle condizioni cliniche, funzionali e sociali della persona:

- ✓ il rientro al domicilio con presa in carico da parte del MAP/PLS, eventualmente supportati dalle UCA;
- ✓ l'attivazione dell'ADI;
- ✓ il ricovero in OdC;
- ✓ l'inserimento in strutture residenziali o semiresidenziali;
- ✓ il ricovero in Hospice;
- ✓ il coinvolgimento dei servizi sociali territoriali.

La struttura ospedaliera, attraverso la Piattaforma Unica Regionale, comunica tempestivamente alla COT la dimissione del paziente, trasmettendo le informazioni essenziali per garantire la continuità delle cure e consentire l'attivazione del percorso assistenziale più idoneo. Ricevuta la segnalazione, la COT prende in carico il caso e, ove necessario, attiva l'UVM, monitorandone al contempo le tempistiche. Nel momento in cui il paziente viene dimesso con un esito valutativo definito, la COT organizza la transizione verso il *setting* individuato, operando in raccordo con il *case manager* della struttura ospedaliera.

La struttura o il servizio individuato conferma la disponibilità della presa in carico e si interfaccia con la COT per l'organizzazione del trasferimento che, contestualmente, cura la comunicazione con tutti gli attori coinvolti nel percorso assistenziale, inclusi il MAP o il PLS e i servizi sociali territoriali.

Transizione Territorio – Ospedale

La transizione verso il *setting* ospedaliero, nel momento in cui vi è l'insorgenza di un bisogno clinico-assistenziale che non può essere adeguatamente gestito nell'ambito del servizio o della struttura territoriale presso cui la persona è presa in carico, avviene in modalità protetta ed è agevolata dal coordinamento della COT.

Qualora, invece, l'insorgenza del bisogno clinico-assistenziale determini la necessità di una prima presa in carico ospedaliera, il MAP/PLS o il medico specialista responsabile del caso, predispone direttamente le condizioni per il ricovero, senza intermediazione preventiva della COT.

Nel modello organizzativo regionale, la richiesta di ricovero può essere formulata dal MAP/PLS o dai medici che hanno in carico il paziente, sempre in accordo con il MAP/PLS di riferimento, mentre la prescrizione del ricovero è effettuata esclusivamente dal MAP/PLS ed è successivamente trasmessa alla COT. La COT visualizza la richiesta attraverso la Piattaforma Unica Regionale e, ove necessario, acquisisce ulteriori informazioni cliniche e assistenziali funzionali alla corretta gestione del passaggio di *setting*.

La struttura ospedaliera di destinazione conferma la disponibilità alla presa in carico del paziente e si interfaccia con la COT per l'attuazione della transizione. La realizzazione della transizione territorio-ospedale è garantita dalla COT attraverso l'organizzazione del trasferimento verso la struttura ospedaliera individuata, il tracciamento del passaggio di *setting* e la registrazione dell'esito della transizione. La COT monitora l'intero processo, interviene a supporto della risoluzione di eventuali criticità e assicura la comunicazione dell'esito a tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura.

Transizione Territorio – Territorio

La transizione territorio-territorio si attiva quando le esigenze di cura e di assistenza di un paziente già seguito in ambito territoriale si modificano, rendendo necessario il passaggio ad un diverso *setting* o servizio all'interno dell'ambito territoriale. In tale situazione, il medico responsabile del caso individua il nuovo bisogno clinico-assistenziale e attiva la COT, che assume il ruolo di coordinamento dell'intero processo di transizione.

La COT valuta l'eventuale necessità di una nuova Valutazione Multidimensionale da parte dell'UVM e, ad esito della rivalutazione, l'UVM individua il *setting* più appropriato e ne dà comunicazione alla COT che trasmette la documentazione clinico-assistenziale al MAP o PLS e ai servizi o strutture coinvolti. Nell'ambito del processo coordinato dalla COT, il PUA provvede a contattare e informare il paziente e/o il familiare/*caregiver*/amministratore di sostegno/tutore in merito al percorso di transizione e alla proposta assistenziale individuata, assicurando un'informazione chiara e continua.

Sulla base delle indicazioni ricevute, la COT verifica la disponibilità delle strutture o dei servizi di destinazione e organizza la transizione. Una volta acquisita l'accettazione da parte del paziente e del familiare/*caregiver*/amministratore di sostegno/tutore, la COT gestisce gli aspetti organizzativi e logistici, garantendo la corretta trasmissione delle informazioni ai professionisti coinvolti.

La struttura o il servizio di origine mantiene il contatto con il paziente e la famiglia durante il percorso, mentre la struttura di destinazione procede alla presa in carico. La COT monitora il processo fino al primo accesso nel nuovo *setting*, assicurando continuità e appropriatezza dell'assistenza.

Per l'intera durata del percorso assistenziale, la COT esercita una funzione di regia organizzativa e di monitoraggio e, al termine del bisogno assistenziale, ovvero in caso di trasferimento della persona assistita ad altro livello di assistenza, provvede alla formalizzazione della chiusura del caso, garantendo in ogni fase la tracciabilità e la continuità informativa del percorso.

3. Il Punto Unico di Accesso (PUA)

Il sistema dell'assistenza territoriale è orientato a garantire un accesso equo e appropriato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, con particolare attenzione alle persone che presentano condizioni di fragilità, cronicità o vulnerabilità sociale.

Nel quadro normativo regionale, il PUA, come delineato dal Piano Sanitario Regionale 2008–2010 approvato con L.R. n. 5/2008, ha rappresentato una modalità organizzativa finalizzata a facilitare l'accesso unitario alla rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, semplificando le modalità di

fruizione delle prestazioni e favorendo l'orientamento dell'utenza verso le risposte più adeguate. Tale impostazione ha posto le basi per una visione integrata dell'accesso ai servizi, orientata alla riduzione della frammentazione e al miglioramento dell'appropriatezza delle risposte assistenziali.

L'evoluzione del quadro normativo nazionale e regionale ha progressivamente rafforzato il modello dell'assistenza territoriale integrata, valorizzando il ruolo dei punti di accesso e dei processi di valutazione multidimensionale all'interno di una cornice organizzativa più ampia. In particolare, il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021–2023 e la L. 234/2021 riconoscono il PUA quale luogo dell'accoglienza sociosanitaria e porta di accesso alla rete delle risorse territoriali, collocandone la sede operativa nelle Case della Comunità.

Con il DM 77/2022, il modello dell'assistenza territoriale viene ulteriormente ridefinito, introducendo un assetto fondato sulla distinzione funzionale tra accesso, valutazione e coordinamento dei percorsi assistenziali.

All'interno di questo contesto, il PUA, le UVM e la rete dei servizi territoriali operano in modo sinergico e complementare, secondo un modello che attribuisce alla COT, come già esaurito nel capitolo dedicato, la responsabilità della regia complessiva dei percorsi assistenziali, garantendo coerenza, tempestività e appropriatezza degli interventi.

3.1 Funzioni operative e ambiti di intervento del PUA

In coerenza con l'evoluzione del modello organizzativo regionale dell'assistenza territoriale e con gli standard e i principi introdotti dal DM 77/2022, il PUA è configurato quale servizio strategico per il cittadino, finalizzato a facilitare l'accesso unitario alla rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali e a sostenere l'integrazione tra cittadino e sistema territoriale, operando in raccordo funzionale con la COT.

In tale prospettiva, il PUA favorisce il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e sociali, assicurando un collegamento sistematico con i servizi sociali, supportando l'attivazione dei percorsi assistenziali per il tramite della COT e rappresentando uno snodo funzionale fondamentale per la presa in carico del paziente.

Nell'ambito del sistema territoriale, il PUA è pertanto chiamato a svolgere le seguenti funzioni operative:

- ✓ ricezione delle richieste di accesso alla rete integrata dei servizi, presentate direttamente dai cittadini;
- ✓ registrazione e tracciabilità delle richieste, al fine di garantire continuità informativa e trasparenza del percorso;
- ✓ analisi preliminare della domanda, mediante una prima valutazione integrata dei bisogni sanitari, sociosanitari e sociali espressi e non espressi, finalizzata alla lettura precoce del bisogno;
- ✓ orientamento del cittadino verso il percorso assistenziale ritenuto più appropriato in relazione alla tipologia e alla complessità del bisogno rilevato;
- ✓ gestione e risoluzione diretta dei casi a bassa complessità, nonché supporto amministrativo organizzativo per l'attivazione delle prestazioni e dei servizi;

- ✓ collaborazione funzionale con l'IFoC e con gli altri professionisti territoriali per la segnalazione dei bisogni, la valutazione proattiva dei pazienti fragili e il supporto ai percorsi di presa in carico;
- ✓ raccordo operativo con la COT, al fine di assicurare la corretta trasmissione delle informazioni, la completezza dell'istruttoria e la coerenza tra accesso, valutazione e presa in carico.

Pertanto, nel processo assistenziale complessivo, il PUA opera in modo complementare alla COT: mentre il PUA presidia le funzioni di accoglienza, orientamento e istruttoria iniziale della domanda, la COT assicura il coordinamento operativo dei servizi e delle strutture coinvolte, attivando i vari professionisti coinvolti, il monitoraggio dei tempi di attuazione degli interventi e la continuità dei percorsi di cura, nel rispetto dei ruoli e delle competenze dei diversi soggetti della rete territoriale.

3.2 Assetto organizzativo e modello di funzionamento

In coerenza con il DM 77/2022, il PUA è istituito quale servizio obbligatorio all'interno di ciascuna Casa della Comunità, sia *Hub* che *Spoke*, configurandosi come porta di accesso unificata alla rete dei servizi sociosanitari integrati.

La Regione Abruzzo ha recepito e declinato le funzioni, i compiti e le modalità operative del PUA nell'ambito delle Linee di indirizzo per le Case della Comunità, approvate con DGR n. 55 dell'11/02/2026, al fine di garantire un'applicazione omogenea del modello organizzativo sull'intero territorio regionale. Le presenti Linee di indirizzo si pongono in continuità con tale impianto, aggiornandone e riorientandone i contenuti all'interno di una cornice regionale integrata, nella quale le funzioni del PUA sono ricondotte in modo esplicito e funzionale al ruolo di coordinamento e governo operativo attribuito alla COT.

In tale prospettiva, il PUA è valorizzato quale presidio di accesso e orientamento della domanda, operante in raccordo strutturato con la COT, nell'ambito di un sistema unitario finalizzato a garantire continuità, appropriatezza e integrazione dei percorsi di presa in carico.

Il PUA viene formalmente istituito con deliberazione del Direttore Generale, su proposta del Direttore Medico e del Dirigente Amministrativo del Distretto. Con la medesima deliberazione possono essere individuate eventuali sedi decentrate, che devono comunque essere dotate delle risorse professionali, strutturali e strumentali necessarie a garantirne il pieno funzionamento.

Il Direttore del Distretto è la figura professionale responsabile dell'organizzazione e del coordinamento funzionale dei servizi PUA, UVM, Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità.

La Regione Abruzzo, in attuazione del DM 77/2022, ha definito attraverso la DGR n. 773 del 13/12/2022 la dotazione minima di personale delle CdC *Hub* e *Spoke*, assicurando la presenza integrata di competenze sanitarie, sociali e amministrative necessarie al corretto svolgimento delle funzioni di accesso, orientamento e presa in carico. Tale dotazione consente al PUA, quale servizio obbligatorio all'interno delle CdC, di operare come presidio unitario del sistema territoriale, garantendo una lettura multidimensionale del bisogno e un indirizzo appropriato ai servizi. Il PUA garantisce un'operatività minima di 5 giorni su 7 con presenza di almeno un operatore sanitario e un operatore sociale, adeguata alle esigenze del territorio.

In coerenza con il quadro normativo vigente e tenendo conto delle specificità organizzative e territoriali del contesto regionale, la Regione Abruzzo individua la dotazione minima di professionalità da prevedere nell'ambito del PUA, come di seguito specificato:

- ✓ un Assistente Sociale dell'ATS o del Distretto;
- ✓ un operatore professionale sanitario;
- ✓ una unità di personale amministrativo;
- ✓ un IFoC con funzioni di presa in carico proattiva e di *case management*,
- ✓ il Dirigente medico del Distretto.

In relazione alle esigenze specifiche del contesto territoriale e alla complessità organizzativa dei servizi, il Direttore o Responsabile del Distretto, d'intesa con l'Ente d'Ambito Territoriale Sociale (ATS), può individuare ulteriori risorse professionali, al fine di rafforzare la capacità di risposta del PUA e assicurare la sostenibilità dei percorsi assistenziali.

Il PUA opera attraverso un'equipe multidisciplinare in grado di valutare il livello di complessità delle richieste e di orientare l'utente verso il percorso assistenziale più appropriato, articolandosi in *front-office* e *back-office*:

- PUA *front-office*: finalizzato all'accoglienza e alla gestione del primo contatto con il cittadino, assicurando una funzione di orientamento e di prima valutazione del bisogno. Tali attività sono assicurate dall'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), dall'Assistente Sociale e dal personale amministrativo, nell'ambito delle rispettive competenze.
- PUA *back-office*: orientato alla valutazione dei bisogni complessi e attivazione dei percorsi assistenziali appropriati, in raccordo con la COT. Tali funzioni sono assicurate dal Dirigente Medico del Distretto socio-sanitario, delegato dal Direttore del Distretto e operante in stretta collaborazione con l'IFoC, con il Responsabile dell'ATS, l'Assistente Sociale dell'Ambito e personale amministrativo.

Presso il PUA operano, in collegamento funzionale, le UVM Integrate, composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente secondo gli standard del DM 77/2022, messo a disposizione dalle strutture del SSR e dagli ATS, ciascuno per le proprie competenze. Tale integrazione assicura la continuità tra la fase di accesso, la valutazione multidimensionale e la definizione dell'indirizzo assistenziale, rafforzando il ruolo del PUA quale snodo funzionale nel sistema di presa in carico territoriale.

3.3 Modalità di attivazione del PUA e gestione dei percorsi assistenziali

Nel modello organizzativo delineato dalla normativa nazionale e regionale, l'intercettazione del bisogno e l'avvio del percorso assistenziale avvengono attraverso una pluralità di canali, differenziati in funzione della complessità del bisogno e del contesto di insorgenza.

In particolare, la richiesta di accesso alla rete integrata dei servizi, ovvero la segnalazione del bisogno, può essere formulata direttamente al PUA dalla persona interessata e dal familiare/*caregiver*/amministratore di sostegno/tutore, oppure dal MAP/PLS attraverso la Piattaforma Unica Regionale. Le segnalazioni provenienti da altri soggetti (a titolo esemplificativo: medico ospedaliero, assistente sociale, specialista territoriale etc.) sono inviate direttamente alla

COT, attraverso la medesima Piattaforma, ovvero attraverso l'integrazione con i sistemi informativi di riferimento, laddove già in uso ai soggetti segnalanti.

Al fine di assicurarne la tracciabilità, la richiesta di accesso pervenuta al PUA deve essere registrata tramite apposita scheda PUA informatizzata che costituisce lo strumento operativo attraverso il quale vengono registrate le informazioni relative alla domanda dell'utente, alla pre-valutazione del bisogno e all'individuazione del *setting* appropriato. Tale scheda dovrà contenere un set minimo di informazioni anagrafiche e sociosanitarie, previa acquisizione del consenso informato al trattamento dei dati personali, espresso dalla persona interessata o, ove previsto, da soggetto legittimato o formalmente delegato, quali il familiare, l'amministratore di sostegno o il tutore. A conclusione della fase di registrazione, il PUA rilascia al richiedente apposita ricevuta attestante l'avvenuta presa in carico della richiesta.

La prima valutazione del PUA può condurre all'individuazione di bisogni semplici o complessi:

- ✓ In presenza di bisogni semplici, il PUA gestisce in autonomia la richiesta, assicurando una risposta tempestiva al cittadino, fornendo informazioni, supporto amministrativo-organizzativo e orientamento ai servizi competenti;
- ✓ In presenza di bisogni complessi, il PUA inoltra la pratica alla COT di ambito territoriale inviando, mediante la Piattaforma Unica Regionale, la *Scheda Anamnestica per l'accesso alle cure intermedie, riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP)* – Allegato 1C, debitamente compilata, funzionale al proseguimento dell'iter procedurale (ad esempio ADI, Ospedali di Comunità o strutture residenziali e semiresidenziali). La COT, ricevuta la pratica, assume la gestione organizzativa del percorso, garantisce il coordinamento delle attività e delle transizioni assistenziali e, ove necessario, attiva i processi valutativi di competenza dell'UVM.

È chiaro quindi come il PUA opera quale presidio strutturato di primo livello per l'accoglienza e l'orientamento della domanda ordinaria del cittadino, mentre la COT assicura il coordinamento operativo e la gestione complessiva dei percorsi di presa in carico, in particolare nei casi che presentano complessità del bisogno.

4. Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

La valutazione multidimensionale è la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'utente, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socioeconomiche. A tal proposito, le UVM, in linea con i principi del DM 77/2022, costituiscono l'organismo tecnico-professionale deputato alla suddetta valutazione integrata dei bisogni complessi della persona, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

Le UVM operano attraverso equipe multidisciplinari e interprofessionali, composte da personale del SSN e degli ATS, adeguatamente formato e in numero coerente con i carichi assistenziali, assicurandone la piena funzionalità operativa.

Le UVM si articolano in due differenti tipologie, individuate in relazione al contesto in cui viene effettuata la valutazione e alla fase del percorso assistenziale in cui si colloca l'intervento:

- ✓ Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO): opera in ambito ospedaliero e si occupa della valutazione multidimensionale dei pazienti ricoverati, con particolare

riferimento ai casi di transizione dall'ospedale al territorio. Svolge un ruolo centrale nella definizione del percorso assistenziale post-acuzie, assicurando l'appropriatezza del *setting* di dimissione e la continuità della presa in carico;

- ✓ Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVM): opera in ambito territoriale ed è finalizzata alla valutazione dei bisogni complessi della persona residente nel distretto, con riferimento all'accesso e alla gestione dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali. Garantisce la presa in carico continuativa e integrata, coordinando gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali in coerenza con il percorso clinico del paziente.

Le UVM rappresentano, in accordo con la L.R. n. 5/2008 e con i principi del PAT della Regione Abruzzo, approvato con DGR n. 773 del 13/12/2022, uno strumento flessibile e integrato del sistema di presa in carico, che, attraverso il processo valutativo multidimensionale, concorrono all'individuazione delle attività di cura più appropriate, alla definizione degli obiettivi assistenziali e alla costruzione del percorso di presa in carico, consentendo altresì la valutazione degli esiti intermedi e finali dell'assistenza.

In coerenza con quanto previsto dalla DGR n. 407/2025, le Direzioni Strategiche aziendali svolgono un ruolo di indirizzo e supervisione volto a valorizzare le funzioni attribuite alle UVM, anche nell'ambito del processo di budgeting aziendale. A tal fine, rientrano tra le attività di governo e monitoraggio la rivalutazione dei pazienti assistiti presso le strutture residenziali private accreditate, con particolare attenzione ai casi per i quali la permanenza nel medesimo setting assistenziale sia stata oggetto di almeno tre proroghe consecutive, nonché l'implementazione di un sistema strutturato di controllo e responsabilizzazione dei processi di valutazione multidimensionale, finalizzato a garantirne appropriatezza, uniformità applicativa, tracciabilità e monitoraggio degli esiti.

4.1 Assetto organizzativo e modello di funzionamento

L'UVM costituisce l'organismo unico deputato alla valutazione e all'ammissione alle cure domiciliari, alle prestazioni di riabilitazione ai sensi dell'art. 26 della Legge 833/1978, nonché ai servizi in regime residenziale e semiresidenziale.

L'UVM, inoltre, non rappresenta un organismo occasionale o centralizzato in un'unica sede, bensì è strutturalmente prevista all'interno della rete territoriale, a supporto delle diverse strutture.

In particolare, la UVM è istituita presso tutte le Aree Distrettuali e le Case della Comunità ed è composta, in coerenza con i principi del DM 77/2022, da un'equipe multiprofessionale che include, quale assetto minimo:

- ✓ Direttore o Responsabile del Distretto (o suo delegato, individuato in relazione all'ambito specialistico oggetto della valutazione e con competenze coerenti con la materia trattata) con funzioni di coordinamento;
- ✓ MAP;
- ✓ Coordinatore delle professioni sanitarie del Distretto o altra figura sanitaria designata dal Direttore del Distretto;
- ✓ Assistente sociale dell'ATS e del Distretto che risulta fondamentale qualora dalla valutazione emerga anche un bisogno di carattere sociale che preveda impegno di spesa degli Enti di Ambito;

- ✓ IFoC, il quale può partecipare alla UVMD nei casi di presa in carico domiciliare complessa in qualità di *case manager* infermieristico.

La UVMO è prevista presso tutti i Presidi Ospedalieri pubblici e sostituisce la valutazione distrettuale nei percorsi segnalati dalle Unità Operative Ospedaliere, in particolare nelle transizioni Ospedale-Territorio, secondo quanto stabilito dalla DGR n. 615 del 30/09/2024. Nei percorsi di dimissione protetta, la UVMO è responsabile della valutazione multidimensionale dei pazienti ricoverati con bisogni complessi, dell'individuazione del setting assistenziale appropriato e del supporto alla transizione verso il territorio, in raccordo con la COT e, ove necessario, con la UVMD territorialmente competente.

La UVMO è composta da:

- ✓ Direzioni Mediche di Presidio che costituiscono le unità di coordinamento dei nuclei di valutazione ospedalieri distinti in UVMO a responsabilità clinica geriatrica e UVMO a responsabilità clinica fisiatrica;
- ✓ Medico proponente di reparto;
- ✓ *Bed Manager*;
- ✓ Assistente sociale; qualora tale figura non sia presente all'interno del presidio ospedaliero, la stessa viene garantita dall'ambito sociale o dal distretto sanitario territorialmente competente, nei tempi necessari per il completamento della valutazione.

Le composizioni sopra descritte rappresentano il nucleo minimo dell'UVM, che dovrà essere integrato, in relazione al caso oggetto di valutazione, con le figure specialistiche competenti (geriatra, fisiatra, cardiologo, neurologo, ortopedico, psichiatra, neuropsichiatra infantile, etc.), secondo criteri di appropriatezza clinica. In particolare, è obbligatorio quanto segue:

- ✓ per gli ultrasessantacinquenni e per l'accesso alle Residenze per anziani (RSA e RP anziani), è necessaria la presenza del geriatra (specialista ospedaliero o ambulatoriale);
- ✓ per l'ammissione alle prestazioni di riabilitazione extraospedaliera è necessaria la presenza del fisiatra (specialista ospedaliero o ambulatoriale);
- ✓ per l'accesso alle strutture residenziali psichiatriche deve essere presente il medico psichiatra del Centro di Salute Mentale (CSM) territorialmente competente per residenza del paziente (preferibilmente il medico psichiatra che ha in carico il paziente), o altro medico su delega del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), unitamente all'assistente sociale del CSM che segue quest'ultimo dal punto di vista socio-assistenziale; in caso di "doppia diagnosi", nell'UVM deve essere inoltre presente anche il responsabile del Ser.D. o suo delegato;
- ✓ per la valutazione dei disturbi neurologici e psichiatrici dell'età evolutiva è necessaria la presenza del neuropsichiatra infantile.

La valutazione multidimensionale è realizzata, pertanto, attraverso il contributo coordinato delle diverse professionalità coinvolte nella presa in carico, secondo una logica multiprofessionale orientata alla definizione condivisa degli obiettivi assistenziali e al monitoraggio dell'evoluzione dei bisogni della persona.

Alla UVM potranno inoltre partecipare, oltre al familiare/*caregiver*/amministratore di sostegno/tutore e al MAP/PLS dell'interessato, ogni altra figura professionale ritenuta necessaria in considerazione del bisogno assistenziale (ad es. psicologo, nutrizionista, fisioterapista).

4.2 Attività della UVM

Le UVM, sia in ambito ospedaliero che distrettuale, operano in stretta integrazione funzionale con la COT, dalla quale vengono attivate.

Le singole UVM, infatti, a seguito dell'attivazione da parte della COT, vengono convocate da parte del Direttore di Distretto/Presidio Ospedaliero o suo delegato in qualità di coordinatore UVM, che procede a pianificare la seduta collegiale informando il MAP/PLS del paziente e del familiare/*caregiver*/amministratore di sostegno/tutore.

Durante la seduta collegiale, le UVM svolgono le seguenti attività:

- ✓ analisi e valutazione multidimensionale del bisogno, oggetto di specifico approfondimento nel paragrafo 4.3;
- ✓ visita del paziente, sia in occasione del primo accesso presso i locali distrettuali e/o diverso luogo, sia in occasione dell'eventuale proroga del trattamento presso la struttura di accoglienza;
- ✓ valutazione multidimensionale del paziente finalizzata all'individuazione del setting assistenziale appropriato per il paziente (es. ADI, RSA/RP, ex. art 26, etc.) ed eventuale rivalutazione;
- ✓ individuazione del responsabile del caso (*case manager*) nella prima riunione di valutazione;
- ✓ elaborazione del Piano Assistenziale nei casi previsti;
- ✓ rilevazione dell'utilizzo di interventi sanitari, sociosanitari e sociali;
- ✓ comunicazione al paziente o al familiare/*caregiver*/amministratore di sostegno/tutore dell'esito della valutazione e, ove previste, eventuali partecipazioni economiche o altre adempienze.

Le sedute delle UVM possono svolgersi, in tutto o in parte, mediante strumenti di telemedicina e teleconsulto tra professionisti, nel rispetto della normativa nazionale vigente, qualora ciò consenta di garantire tempestività della valutazione, partecipazione dei professionisti coinvolti e continuità assistenziale. Nei percorsi di dimissione protetta, la UVMO può operare in raccordo con la UVMD territorialmente competente anche attraverso sedute congiunte a distanza, al fine di assicurare continuità del percorso assistenziale e integrazione tra ospedale e territorio.

L'UVM rappresenta, dunque, il punto di snodo di accesso ad una serie di servizi territoriali, garantendo l'omogeneità valutativa e l'equità di accesso ai servizi sull'intero territorio regionale, attraverso l'applicazione di criteri condivisi e comparabili, indipendentemente dal contesto territoriale di provenienza dell'assistito.

4.3 Valutazione del bisogno complesso

Le UVM si occupano della valutazione multidimensionale del bisogno complesso, attività che costituisce un adempimento prioritario e imprescindibile ai fini della definizione del progetto personalizzato e della presa in carico della persona all'interno del sistema territoriale.

Pertanto, sia le UVMD che le UVMO svolgono un ruolo centrale nel governo del percorso assistenziale, orientandone le decisioni e garantendo l'individuazione del setting di cura più appropriato.

Attraverso un approccio multiprofessionale, multidisciplinare e integrato, la UVM analizza in maniera sistematica le condizioni cliniche, funzionali, cognitive, relazionali e socio-ambientali della persona, al fine di definire una risposta assistenziale coerente con il livello di complessità rilevato. In tale contesto, la UVM è responsabile della valutazione dell'appropriatezza del setting di destinazione, assicurando la coerenza tra bisogni assistenziali, obiettivi di cura e intensità degli interventi richiesti. L'individuazione del setting assistenziale avviene sulla base di criteri di appropriatezza clinica, assistenziale e organizzativa, favorendo, ove possibile, soluzioni orientate alla domiciliarità e alla permanenza della persona nel proprio contesto di vita e garantendo, al contempo, continuità ed efficacia del percorso assistenziale.

Così come ribadito dalla DGR n. 407/2025, le UVM, attraverso il coordinamento del Direttore/Responsabile del Distretto, operano al fine di:

- ✓ favorire, ove possibile, la permanenza della persona nel proprio contesto di vita, sostenendo la domiciliarità quale setting privilegiato dell'assistenza;
- ✓ promuovere il rientro nell'ambiente di provenienza a seguito di ricoveri ospedalieri o permanenze in strutture residenziali;
- ✓ migliorare la qualità della vita della persona nei diversi setting assistenziali;
- ✓ ottimizzare l'utilizzo delle risorse territoriali, contribuendo al contenimento e alla razionalizzazione della spesa sociosanitaria, nel rispetto del principio di appropriatezza.

Nel dettaglio, la valutazione multidimensionale viene effettuata mediante l'utilizzo di schede, scale e sistemi di classificazione differenziati in relazione al *setting* assistenziale di riferimento — residenziale, semiresidenziale, domiciliare, riabilitativo, salute mentale e cure palliative — secondo quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017, dal DM 77/2022 e dalla normativa regionale vigente. Tali strumenti consentono una lettura strutturata e comparabile del bisogno, favorendo l'omogeneità dei criteri valutativi e la trasparenza dei processi decisionali.

Di seguito il dettaglio puntuale delle schede, scale e sistemi di classificazione adottati per ciascun ambito assistenziale:

- ✓ **RSA per anziani non autosufficienti e Residenze Protette (RP) per anziani** - utilizzo S.Va.M.A. a cura del geriatra, integrata dalle seguenti scale:
 - ADL (*Activity of Daily Living*: valutazione delle attività base di vita quotidiana);
 - IADL (*Instrumental Activity of Daily Living*: valutazione delle attività strumentali);
 - DMI (Indice Medio di non Autosufficienza: per classificazione fasce di non autosufficienza);
 - CIRS (*Cumulative Illness Rating Scale*: valutazione delle comorbidità);
 - SPMQ (*Short Portable Mental State Questionnaire*: screening cognitivo);
 - Scala di BRADEN (valutazione rischio lesioni da decubito);

- Scala Conley (valutazione rischio cadute per over 65).
- ✓ **RSA per persone con demenza (RSA Demenze)** – utilizzo S.Va.M.A. a cura del geriatra, integrata alla diagnosi precedentemente formulata da un centro CDCD (Centro Disturbi Cognitivi e Demenze) attraverso:
 - scale MMSE (*Mini Mental State Examination*: valutazione deterioramento cognitivo);
 - scale CDR (*Clinical Dementia Rating*: stadiazione gravità demenza);
 - NPI (*Neuropsychiatric Inventory*: valutazione disturbi comportamentali).
- ✓ **Residenze per Anziani Disabili (RADA) / RSA Disabili Adulti e Centri di Riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978)** - utilizzo della S.Va.M.Di. a cura del fisiatra, integrata dalle scale:
 - ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*: classificazione funzionale internazionale, verifica fattori abilitanti/barriere e idoneità a teleriabilitazione);
 - FIM (*Functional Independence Measure/WeeFIM*: misura indipendenza);
 - EDSS (*Expanded Disability Status Scale*: per pazienti con sclerosi multipla);
 - Scala di Karnofsky per la valutazione stato funzionale pazienti oncologici;
 - Indice BRASS (*Blaylock Risk Assessment Screening Score*: valutazione rischio dimissione difficile in contesto ospedaliero).
- ✓ **Strutture Riabilitative Psichiatriche** - utilizzo dei seguenti strumenti di valutazione e pianificazione:
 - Ho-NOS (*Health of the Nation Outcome Scales*: misura esiti in salute mentale) /VADO (Valutazione delle Abilità e Definizione degli Obiettivi: strumento per la riabilitazione psichiatrica);
 - BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*: valutazione sintomatologia psichiatrica);
 - GAF (*Global Assessment of Functioning*: valutazione funzionamento globale);
 - PTI (Piano di Trattamento Individuale): strumento di pianificazione.
- ✓ **Sistema delle Cure Domiciliari – ADI I, II e III livello** – predisposizione dei seguenti strumenti:
 - definizione del PAI e CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale), quali documenti di pianificazione integrata e di classificazione del livello ADI obbligatori secondo quanto stabilito dal DPCM 12/01/2017, L. 234/2021 e DM 77/2022;
 - il PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) obbligatorio per componente riabilitativa, redatto dallo specialista competente ai sensi dell'art. 44, comma 2, del DPCM 12 gennaio 2017;
 - SPICT – *Supportive and Palliative Care Indicators Tool*: identificazione pazienti con bisogno di cure palliative;
 - Scala di BRADEN (rischio lesioni da decubito);
 - ADL/IADL per la valutazione di autonomia funzionale;
 - Scala Conley per il rischio cadute (over 65).
- ✓ **Cure Palliative e l'Unità di Cure Palliative domiciliare (UCPDOM)** – utilizzo delle seguenti scale:
 - SPICT (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool*: individuazione precoce bisogno palliativo);
 - PPS (*Palliative Performance Scale*: valutazione performance funzionale in fase avanzata);

- NRS/VAS (*Numeric Rating Scale/Visual Analogue Scale*: valutazione intensità dolore).

All'esito del processo di valutazione multidimensionale, la UVM formalizza le determinazioni assunte mediante la redazione degli atti previsti dalla disciplina regionale, ossia l'Esito di Valutazione UVMO/UVMD (Allegato 2A), il Verbale UVM e, ove previsto, il Piano Assistenziale, in conformità a quanto stabilito dall'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017. Per ogni *setting* assistenziale (ADI, RSA/RP, ex art. 26, etc.), le UVMO/UVMD redigono tali atti per ciascun paziente valutato, indipendentemente dalla ASL di residenza.

A valle della formalizzazione, la documentazione è trasmessa dalla UVM alla COT, entro un giorno dalla conclusione della seduta, mediante la Piattaforma Unica Regionale. Sulla base degli esiti della valutazione, la UVM individua il *setting* assistenziale più appropriato per il paziente, quali, a titolo esemplificativo, le ADI, le strutture residenziali o semiresidenziali o i percorsi riabilitativi previsti dalla normativa vigente, e procede contestualmente all'individuazione del *case manager*.

Nel rispetto delle competenze attribuite ai diversi livelli valutativi, le proroghe dei trattamenti già autorizzati dalla UVMO sono demandate alla UVMD territorialmente competente, che prende in carico la relativa documentazione trasmessa per il tramite della COT.

La valutazione UVM non si applica ad alcune tipologie di ricovero e di trattamento espressamente escluse dalla normativa vigente, tra cui l'accesso in Medicina riabilitativa (cod. 56), lungodegenza (cod. 60), Unità Spinale (cod. 28), Gravi Cerebrolesioni Acquisite (cod. 75), mentre per le autorizzazioni ai trattamenti riabilitativi psichiatrici e della sfera della neuropsichiatria infantile si rimanda alle procedure attualmente in essere, approvate dalla Regione Abruzzo attraverso DGR n. 448 del 15/07/2025.

Infine, si chiarisce che le attività svolte dalle UVMO non comportano oneri aggiuntivi a carico delle ASL.

Sezione 2 – Procedure di accesso e attivazione dei percorsi assistenziali

In coerenza con quanto delineato nella Sezione 1, la presente Sezione definisce le procedure di accesso ai diversi *setting* assistenziali territoriali, aggiornate e armonizzate alla luce delle trasformazioni normative intervenute, prevedendo il coinvolgimento della COT quale componente essenziale del sistema di presa in carico.

L'obiettivo della Sezione è, pertanto, disciplinare in modo unitario le transizioni tra i differenti *setting* assistenziali, al fine di garantire la continuità dei percorsi di cura, l'appropriatezza delle risposte assistenziali e la tracciabilità delle decisioni, attraverso il coordinamento assicurato dalla COT in raccordo con i servizi territoriali, ospedalieri e residenziali.

A tal fine, sono definiti gli adempimenti, le responsabilità e i flussi procedurali e informativi a carico delle strutture e dei servizi coinvolti, fornendo un riferimento operativo comune per una gestione coerente e ordinata dei percorsi di presa in carico territoriale.

1. Procedure di accesso alle Strutture residenziali e semiresidenziali (RSA/RP/RADA/CDI)

1.1 Ai sensi del PSR 2008/2010 (L.R. n. 5/2008), l'autorizzazione all'accesso alle prestazioni residenziali e semiresidenziali è di competenza esclusiva della UVM.

Sono oggetto del presente paragrafo i seguenti *setting* residenziali e semiresidenziali:

- ✓ RSA per anziani non autosufficienti (Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani);
- ✓ Residenze Protette (RP) per anziani;
- ✓ RSA per persone con demenza (RSA Demenze);
- ✓ Residenze per Anziani Disabili (RADA) – RSA Disabili Adulti: strutture residenziali per adulti con disabilità fisica, psichica o sensoriale grave, non autosufficienti, in età non anziana;
- ✓ Centro Diurno Integrato (CDI) per anziani: struttura semiresidenziale per anziani parzialmente non autosufficienti.

Per l'accesso alle RADA, la valutazione multidimensionale è effettuata dall'UVM mediante la Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone con disabilità (S.Va.M.Di). In relazione alla tipologia e complessità dei bisogni, la composizione della UVM deve essere integrata con la presenza del medico specialista fisiatra.

1.2 Qualora il paziente si trovi al proprio domicilio, la richiesta è formulata dal MAP/PLS, dal PUA o dal professionista sanitario (a titolo esemplificativo: UCA, Medico specialista, medico ambulatoriale, etc.) e trasmessa in modalità informatizzata alla COT attraverso la compilazione della *Scheda Anamnestica per l'accesso alle cure intermedie, riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP)* di cui all'Allegato 1C del presente documento.

1.3 In caso di paziente ricoverato in Ospedale o in Ospedale di Comunità o in Casa di Cura Privata Accreditata, la richiesta per l'ammissione viene formulata dal professionista sanitario dell'Unità Operativa ospedaliera ovvero dal *case manager*, mediante la compilazione della *Scheda Anamnestica per l'accesso alle cure intermedie, riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP), Dimissione protetta*, secondo il modulo di cui all'Allegato 1B.

1.4 Per i pazienti di cui al punto 1.2, la richiesta è inoltrata, tramite Piattaforma Unica Regionale, alla COT territorialmente competente.

Per i pazienti di cui al punto 1.3, la richiesta è trasmessa, per il tramite della Piattaforma Unica Regionale, alla COT competente per l'ambito territoriale di afferenza della struttura dimettente.

La COT verifica la completezza e correttezza della documentazione ricevuta e, nei casi di cui al punto 1.3, attiva l'UVMO, ove presente.

Nei casi di cui al punto 1.2, nonché qualora l'UVMO non sia presente, la COT attiva l'UVMD afferente alla Casa della Comunità territorialmente competente.

1.5 L'UVM, una volta ricevuta la richiesta dalla COT, procede alla valutazione multidimensionale del paziente e predispone l'Esito di Valutazione UVMO/UVMD

(Allegato 2A), finalizzato all'individuazione del *setting* assistenziale più appropriato, e il relativo Verbale UVM.

Ai fini della valutazione multidimensionale, la delega non è necessaria tra Distretti della stessa ASL e tra ASL della stessa Regione, fermo restando l'obbligo della trasmissione della valutazione effettuata e del Verbale UVM al Distretto di residenza del paziente, per il tramite della COT.

- 1.6 L'UVM fornisce riscontro entro 3 (tre) giorni lavorativi dalla data di presentazione dell'istanza di attivazione delle prestazioni. In presenza di particolari condizioni di complessità valutativa, necessità di acquisizione di ulteriori elementi istruttori o altre motivate esigenze connesse alla definizione del progetto assistenziale, il termine può essere prorogato fino a un massimo di 5 (cinque) giorni lavorativi. Con l'autorizzazione, inserita in Piattaforma Unica Regionale, sono definiti la tipologia di struttura, il regime assistenziale, la fascia assistenziale, nonché il tempo di permanenza nel pieno rispetto della durata dei trattamenti indicata nel DPCM 12/01/2017. L'eventuale diniego di autorizzazione deve essere espressamente motivato. L'autorizzazione rilasciata dall'UVM ha validità pari a 30 (trenta) giorni al termine dei quali il paziente deve essere eventualmente rivalutato e/o rinnovato.

La documentazione è redatta in modalità informatizzata e trasmessa alla COT tramite la Piattaforma Unica Regionale. Le tempistiche di attivazione delle prestazioni sono rilevate e monitorate attraverso la medesima piattaforma.

- 1.7 La COT provvede alla trasmissione della documentazione ricevuta ai professionisti sanitari coinvolti, ivi inclusi il MAP/PLS del paziente e al Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera segnalante, nonché, per conoscenza, al PUA di residenza dell'assistito.

Il cittadino può ritirare la propria documentazione presso lo sportello PUA della Casa della Comunità territorialmente competente.

- 1.8 La ricerca del posto letto verso la Struttura Privata Accreditata o Pubblica è effettuata nell'ambito dell'intera rete regionale, senza limitazioni derivanti dal territorio di competenza della ASL di provenienza dell'assistito e nel rispetto del *setting* assistenziale definito dall'UVM. Tale attività è svolta dalla COT territorialmente competente per i pazienti di cui al punto 1.2 ovvero dalla COT di afferenza della struttura dimettente per i pazienti di cui al punto 1.3. È preferibile che la ricerca del posto letto sia gestita dalla COT *Hub* della ASL, quale unica interfaccia verso le strutture di accoglienza pubbliche e private accreditate.

- 1.9 Per i pazienti al punto 1.2, la COT, tramite la Piattaforma Unica Regionale, trasmette al PUA territorialmente competente la disponibilità del posto letto individuato. Il PUA contatta e informa il cittadino o il familiare/*caregiver*/amministratore di sostegno/tutore e comunica alla COT, tramite medesima piattaforma, l'eventuale conferma o diniego ricevuti:

- ✓ In caso di diniego, il PUA trasmette alla COT documentata motivazione, la quale procede all'individuazione di una nuova struttura o erogatore ritenuto più appropriato. È riconosciuta la facoltà di rifiutare la struttura una sola volta. In caso di un secondo rifiuto, la pratica è conclusa dalla COT con apposita motivazione. Qualora l'assistito sia ricoverato presso una struttura ospedaliera per acuti, il secondo rifiuto comporta la dimissione dalla struttura ospedaliera con contestuale attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- ✓ In caso di conferma, la COT, in accordo con il PUA, programma la transizione dell'assistito verso la struttura/erogatore scelto.

La COT notifica l'esito della transizione ai professionisti coinvolti, al MAP/PLS, al PUA e al Distretto di Residenza del paziente.

1.10 Per i pazienti al punto 1.3, la COT comunica all'Unità Operativa Ospedaliera/ Ospedale di Comunità/Casa Di Cura Privata Accreditata dimettente, le strutture/erogatori disponibili, individuati in coerenza con il *setting* definito dall'UVM. Il reparto dimettente informa il paziente e trasmette alla COT, mediante Piattaforma Unica Regionale, l'eventuale conferma o diniego da parte delle strutture/erogatori:

- ✓ In caso di diniego, la COT procede all'individuazione di una nuova struttura o erogatore ritenuto più appropriato. È riconosciuta la facoltà di rifiutare la struttura una sola volta. In caso di un secondo rifiuto, la pratica è conclusa dalla COT con apposita motivazione. Qualora l'assistito sia ricoverato presso una struttura ospedaliera per acuti, il secondo rifiuto comporta la dimissione dalla struttura ospedaliera con contestuale attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- ✓ In caso di conferma, la COT, in accordo con il reparto dimettente, programma la transizione verso la struttura/erogatore scelto.

La COT notifica ai professionisti coinvolti, MAP/PLS, al PUA e al Distretto di Residenza del paziente l'esito della transizione.

1.11 Nelle strutture residenziali (RSA/RP, RADA, CDI), la telemedicina è integrata nei processi di cura e i relativi servizi possono essere applicati secondo le seguenti modalità:

- ✓ il teleconsulto specialistico può essere utilizzato per la gestione delle comorbidità e per il supporto clinico ai professionisti della struttura, concorrendo alla riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati;
- ✓ il telecontrollo è utilizzabile per il monitoraggio periodico a distanza del quadro clinico del paziente, mediante videochiamata, in presenza di patologie già diagnosticate e clinicamente stabili, in particolare nelle RSA per pazienti cronici pluripatologici;
- ✓ il telemonitoraggio è attivabile per la rilevazione e la trasmissione a distanza dei principali parametri vitali (quali, ad esempio, ECG, saturazione di ossigeno, pressione arteriosa, glicemia, etc.) nei pazienti affetti da scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) grave e diabete scompensato;

- ✓ la teleassistenza infermieristica supporta a distanza il personale della struttura e i caregiver nella gestione delle attività assistenziali quotidiane, in integrazione con l'assistenza erogata in presenza.

2. Adempimenti delle strutture che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali (RSA/RP)

2.1 La struttura è tenuta a fornire riscontro in modalità informatizzata, entro settantadue (72) ore, alla COT richiedente, al fine di confermare o rifiutare la propria disponibilità di posto letto per l'erogazione di prestazioni residenziali e semiresidenziali (RSA e RP). In caso di diniego, la struttura è tenuta a motivare e documentare la decisione assunta, mentre, in caso di conferma la struttura è tenuta ad indicare la data di accesso dell'assistito in struttura.

Sono ammesse alla procedura esclusivamente le strutture in possesso del regolare provvedimento di accreditamento istituzionale ai sensi dell'art. 8-quater D.Lgs. 502/1992 e della normativa regionale vigente in materia, ivi inclusa la L.R. n. 32/2007 e successive modificazioni e integrazioni, nonché dei relativi atti attuativi.

2.2 A seguito dell'avvenuta transizione, la struttura notifica alla COT richiedente, entro 24 ore, l'effettiva presa in carico dell'assistito. La COT, a sua volta, informa dell'esito della presa in carico i professionisti coinvolti, il PUA, il Distretto di Residenza dell'assistito e il servizio dell'ASL competente per i rapporti contrattuali con le strutture private accreditate.

2.3 La presa in carico e l'avvio del trattamento sono subordinati al rilascio dell'autorizzazione da parte dell'UVM e devono essere effettuati entro 30 (trenta) giorni dalla data di rilascio della stessa.

2.4 Il responsabile sanitario della struttura scelta dal paziente, notifica alla COT entro 10 (dieci) giorni dall'ingresso, il progetto/programma di assistenza, definito dall'equipe sanitaria della struttura stessa. La COT trasmette il progetto/programma di assistenza ricevuto dall'UVM che ha effettuato la valutazione ed al servizio della ASL competente per la gestione dei rapporti contrattuali con le strutture accreditate. In caso di mancata notifica, la tariffa giornaliera a carico del SSN viene decurtata del 50% (cinquanta per cento) per il periodo intercorrente tra la data di ammissione in struttura e la data di effettiva trasmissione del progetto/programma di assistenza.

2.5 Lo specialista competente per il caso in esame, individuato dall'UVM che ha effettuato la valutazione, verifica la congruenza del progetto/programma di assistenza rispetto ai bisogni emersi in sede valutativa e conseguentemente può approvarlo o richiederne la modifica, fornendo idonea motivazione.

2.6 Il progetto/programma definitivamente approvato è ritrasmesso alla COT che provvede all'inoltro, tramite Piattaforma Unica Regionale, alla Struttura e al PUA di residenza del

paziente, procedendo alla chiusura della transizione. La Struttura è tenuta al puntuale rispetto del progetto/programma autorizzato, con riferimento alla frequenza dei trattamenti e alla durata complessiva dello stesso.

2.7 Eventuali proroghe di trattamento, adottate nel pieno rispetto della durata dei trattamenti indicata nel DPCM 12/01/2017, devono essere richieste almeno 10 (dieci) giorni prima del termine del periodo di ricovero al PUA territorialmente competente rispetto alla sede della Struttura. L'UVM territorialmente competente provvede alla rivalutazione del paziente e alla verifica dell'appropriatezza del setting assistenziale in essere; il paziente permane in carico alla Struttura residenziale fino alla notifica dell'esito della rivalutazione. Il PUA notifica ai professionisti coinvolti, al MAP/PLS e al PUA/Distretto di Residenza del paziente l'eventuale conferma o diniego della proroga.

2.8 Qualora la proroga non sia autorizzata e il paziente necessiti di un diverso *setting* assistenziale, la Struttura è tenuta ad attivare una nuova richiesta alla COT territorialmente competente utilizzando la *Scheda Anamnestica per l'accesso alle cure intermedie, riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP), Dimissione protetta*, secondo il modulo allegato (Allegato 1B).

2.9 In caso di acutizzazione del quadro clinico che comporti l'ingresso del paziente in ambito ospedaliero, è garantito il mantenimento del posto letto nella struttura territoriale secondo quanto previsto dall'art. 13 dello schema di contratto approvato con DGR n. 408/2025 e n. 614/2025, per un periodo massimo di 15 (quindici) giorni. Decorso tale termine, qualora il paziente non abbia fatto rientro nella struttura, il *setting* assistenziale si intende concluso e, ove si renda necessario un nuovo inserimento nel medesimo o in altro setting assistenziale, è richiesta una nuova valutazione finalizzata all'avvio di un nuovo percorso di presa in carico.

3. Procedure di accesso ai Centri di Riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978

3.1 L'autorizzazione all'accesso alle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. n. 833/1978 è di competenza esclusiva delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

3.2 Qualora il paziente si trovi al proprio domicilio, la richiesta è formulata dal MAP/PLS, dal PUA o dal professionista sanitario (a titolo esemplificativo: UCA, medico specialista, medico ambulatoriale, etc.), corredata dal Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), ai sensi della DGR n.15 del 25/01/2022. La richiesta è trasmessa alla COT mediante la compilazione, su Piattaforma Unica Regionale, dell'apposito modulo allegato (Allegato 1C).

3.3 In caso di paziente ricoverato in Ospedale o Ospedale di Comunità o in Casa di Cura Privata Accreditata, la richiesta per l'ammissione è formulata dal professionista sanitario della Unità Operativa Ospedaliera ovvero al *case manager*, corredata dal PRI di cui alla

DGR n. 15 del 25/01/2022, ed è trasmessa alla COT mediante la compilazione, su Piattaforma Unica Regionale, dell'apposito modulo allegato (Allegato 1B).

3.4 Per i pazienti di cui al punto 3.2, la richiesta è inoltrata, attraverso Piattaforma Unica Regionale, alla COT territorialmente competente.

Per i pazienti di cui al punto 3.3, la richiesta è inoltrata alla COT del Distretto di afferenza territoriale della struttura dimettente. Nei casi al punto 3.3., la COT, una volta verificata la documentazione ricevuta, attiva l'UVMO, ove presente. Negli altri casi, la COT attiva l'UVMD afferente alla Casa della Comunità territorialmente competente.

Ai fini della valutazione multidimensionale, la delega non è necessaria tra Distretti della stessa ASL e tra ASL della stessa Regione, fermo restando l'obbligo della trasmissione della valutazione effettuata e del Verbale UVM al Distretto/PUA di residenza del paziente, per il tramite della COT.

3.5 L'UVM, una volta ricevuta la richiesta dalla COT, procede alla valutazione multidimensionale e predispone l'Esito di Valutazione UVMO/UVMD (Allegato 2A), finalizzato all'individuazione del *setting* più appropriato, indicando il livello di complessità riabilitativa, ai sensi delle Linee di indirizzo di cui all'Accordo CSR del 4 agosto 2021, e il Verbale UVM.

3.6 L'UVM fornisce riscontro entro 3 (tre) giorni lavorativi dalla data di presentazione dell'istanza di attivazione delle prestazioni. In presenza di particolari condizioni di complessità valutativa, necessità di acquisizione di ulteriori elementi istruttori o altre motivate esigenze connesse alla definizione del progetto assistenziale, il termine può essere prorogato fino a un massimo di 5 (cinque) giorni lavorativi. Con l'autorizzazione sono definiti la tipologia di struttura, il regime assistenziale e il tempo di permanenza nel pieno rispetto della durata dei trattamenti indicata nel DPCM 12/01/2017 o il numero di sedute. Eventuali dinieghi devono essere espressamente motivati.

3.7 La documentazione è redatta in modalità informatizzata e trasmessa alla COT tramite la Piattaforma Unica Regionale. Le tempistiche di attivazione delle prestazioni sono monitorate attraverso la medesima piattaforma.

3.8 La COT trasmette la documentazione ricevuta ai professionisti sanitari coinvolti, inclusi il MAP/PLS del paziente e l'Unità Operativa segnalante, nonché, per conoscenza, al PUA di residenza del paziente. Il cittadino può ritirare la propria documentazione presso lo sportello PUA della Casa della Comunità territorialmente competente.

3.9 La ricerca del posto letto verso la Struttura Privata Accreditata o Pubblica è effettuata nell'ambito dell'intera rete regionale, senza limitazioni derivanti dal territorio di competenza della ASL di provenienza dell'assistito e nel rispetto del *setting* assistenziale definito dall'UVM. Tale attività è svolta dalla COT territorialmente competente per i pazienti di cui al punto 3.2 ovvero dalla COT di afferenza della struttura dimettente per i

pazienti di cui al punto 3.3. È preferibile che la ricerca del posto letto sia gestita dalla COT *Hub* della ASL, quale unica interfaccia verso le strutture di accoglienza pubbliche e private accreditate.

3.10 Per i pazienti al punto 3.2, la COT, attraverso Piattaforma Unica Regionale, trasmette al PUA territorialmente competente la disponibilità di posto letto. Il PUA contatta ed informa il cittadino o il familiare/*caregiver*/amministratore di sostegno/tutore e trasmette alla COT, tramite la medesima piattaforma, l'eventuale conferma o diniego ricevuti:

- ✓ In caso di diniego, il PUA trasmette alla COT una motivazione documentata, la quale procede ad una nuova ricerca della struttura/erogatore più appropriata. È riconosciuta la facoltà di rifiutare una sola volta la struttura. In caso di un secondo rifiuto, la pratica è conclusa dalla COT con apposita motivazione di chiusura. Qualora l'assistito sia ricoverato presso una struttura ospedaliera per acuti, il secondo rifiuto comporta la dimissione dalla struttura ospedaliera con contestuale attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- ✓ In caso di conferma, la COT in accordo con il PUA programma la transizione verso la struttura/erogatore scelto.

La COT notifica l'esito della transizione ai professionisti coinvolti, al MAP/PLS, al PUA e al Distretto di Residenza del paziente.

3.11 Per i pazienti al punto 3.3, la COT comunica all'Unità Operativa Ospedaliera/ Ospedale di Comunità/ Casa Di Cura Privata Accreditata dimettente, le strutture/erogatori disponibili, individuati in coerenza con il *setting* definito dall'UVM. Il reparto dimettente informa il paziente e trasmette alla COT, mediante Piattaforma Unica Regionale, l'eventuale conferma o diniego rispetto alle strutture/erogatori individuati:

- ✓ In caso di diniego, la COT procede all'individuazione di una nuova struttura o erogatore ritenuto più appropriato. È riconosciuta la facoltà di rifiutare la struttura una sola volta; In caso di un secondo rifiuto, la pratica è conclusa dalla COT con apposita motivazione. Qualora l'assistito sia ricoverato presso una struttura ospedaliera per acuti, il secondo rifiuto comporta la dimissione dalla struttura ospedaliera con contestuale attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- ✓ In caso di conferma, la COT, in accordo con il reparto dimettente, programma la transizione verso la struttura/erogatore scelto. La COT notifica ai professionisti coinvolti, MAP/PLS, al PUA e al Distretto di Residenza del paziente l'esito della transizione.

La COT notifica ai professionisti coinvolti, al MAP/PLS, al PUA e al Distretto di Residenza del paziente l'esito della transizione.

3.12 Nell'ambito dei percorsi riabilitativi ex art. 26, la telemedicina costituisce una componente integrata del percorso assistenziale e del relativo setting riabilitativo. In tale contesto:

- ✓ la teleriabilitazione è applicabile per il completamento dei percorsi riabilitativi in regime ambulatoriale o domiciliare, nell'ambito dell'erogazione a distanza di sedute riabilitative, con supervisione del fisioterapista o del logopedista, ed è inserita nel PRI;
- ✓ la teleconsulenza fisioterapica supporta il *caregiver* nella gestione delle attività riabilitative previste dal percorso di cura;
- ✓ il telecontrollo del percorso riabilitativo consente la verifica periodica a distanza del raggiungimento degli obiettivi funzionali definiti nel PRI, mediante la somministrazione da remoto di scale di valutazione funzionale quali FIM e Barthel.

3.13 Per il Day Hospital Riabilitativo (DHR) e la Riabilitazione Territoriale si fa riferimento alla normativa vigente di cui alla DGR n.15 del 25/01/2022.

4. Adempimenti delle strutture che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978

4.1 La Struttura è tenuta a fornire riscontro in modalità informatizzata, entro settantadue (72) ore, alla COT richiedente, al fine di confermare o rifiutare la propria disponibilità di posto letto per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978. In caso di diniego, la struttura è tenuta a motivare e documentare la decisione assunta, mentre, in caso di conferma la struttura è tenuta ad indicare la data di accesso dell'assistito in struttura.

4.2 A seguito dell'avvenuta transizione, la struttura notifica alla COT richiedente, entro 24 ore, l'effettiva presa in carico dell'assistito. La COT, a sua volta, informa dell'esito della presa in carico i professionisti coinvolti, il PUA, il Distretto di residenza dell'assistito e il servizio dell'ASL competente per i rapporti contrattuali con le Strutture private accreditate.

4.3 La presa in carico e l'avvio del trattamento devono avvenire:

- ✓ per la riabilitazione intensiva in regime residenziale, entro 10 (dieci) giorni dalla data di rilascio dell'autorizzazione;
- ✓ per la riabilitazione estensiva, entro 15 (quindici) giorni dalla data di rilascio dell'autorizzazione;
- ✓ per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare, entro 30 (trenta) giorni dalla data di rilascio dell'autorizzazione.

4.4 Il Responsabile sanitario della struttura scelta dal paziente notifica alla COT, entro 10 (dieci) giorni dall'ingresso, il progetto/programma riabilitativo, definito dall'equipe sanitaria della struttura stessa, al cui interno dovrà obbligatoriamente essere incluso lo specialista della branca di riferimento.

La COT trasmette il progetto/programma riabilitativo ricevuto alla UVM che ha effettuato la valutazione ed al Servizio della ASL competente per la gestione dei rapporti contrattuali con le Strutture accreditate.

Il progetto/programma riabilitativo è redatto in conformità alla normativa vigente, ai sensi della DGR n. 15 del 25/01/2022. In caso di mancata notifica, la tariffa giornaliera a carico del SSN viene decurtata del 50% (cinquanta per cento) per il periodo intercorrente tra la data di ammissione in struttura e la data di effettiva notifica del progetto/programma riabilitativo.

- 4.5 Lo specialista competente per il caso in esame, individuato dall'UVM che ha effettuato la valutazione, verifica la congruenza del progetto/programma riabilitativo rispetto ai bisogni emersi in sede valutativa e conseguentemente può approvarlo o richiederne la modifica, fornendo idonea motivazione.
- 4.6 Il progetto/programma definitivamente approvato è ritrasmesso alla COT che provvede all'inoltro, tramite Piattaforma Unica Regionale, alla Struttura e al PUA di residenza del paziente, procedendo alla chiusura della transizione. La Struttura è tenuta al puntuale rispetto del progetto/programma autorizzato, con riferimento alla frequenza dei trattamenti e alla durata complessiva dello stesso.
- 4.7 Eventuali proroghe di trattamento, adottate nel pieno rispetto della durata dei trattamenti indicata nel DPCM 12/01/2017, devono essere richieste almeno 10 (dieci) giorni prima del termine del periodo di ricovero al PUA territorialmente competente rispetto alla sede della Struttura. L'UVM territorialmente competente provvede alla rivalutazione del paziente e alla verifica dell'appropriatezza del setting assistenziale in essere; il paziente permane in carico alla Struttura residenziale fino alla notifica dell'esito della rivalutazione. Il PUA notifica ai professionisti coinvolti, al MAP/PLS e al PUA/Distretto di Residenza del paziente l'eventuale conferma o diniego della proroga.
- 4.8 Qualora la proroga non sia autorizzata e il paziente necessiti di un diverso *setting* assistenziale, la struttura è tenuta ad attivare una nuova richiesta alla COT territorialmente competente utilizzando il modulo allegato 1B.
- 4.9 Nel caso di prestazioni ambulatoriali o domiciliari, la struttura è altresì tenuta a comunicare al PUA di residenza del paziente e/o al PUA territorialmente competente rispetto alla sede della struttura eventuali sospensioni dei trattamenti, per qualsiasi causa, di durata superiore a trenta (30) giorni, ai fini delle conseguenti verifiche ed eventuali determinazioni.
- 4.10 In caso di acutizzazione del quadro clinico che comporti l'ingresso del paziente in ambito ospedaliero, è garantito il mantenimento del posto letto nella struttura territoriale secondo quanto previsto dall'art. 13 dello schema di contratto approvato con DGR n. 408/2025 e n. 614/2025, per un periodo massimo di 15 (quindici) giorni. Decorso tale termine, qualora il paziente non abbia fatto rientro nella struttura, il *setting* assistenziale si intende concluso e, ove si renda necessario un nuovo inserimento nel medesimo o in altro

setting assistenziale, è richiesta una nuova valutazione finalizzata all'avvio di un nuovo percorso di presa in carico.

5. Procedure di accesso alla Medicina Riabilitativa (codice 56) – Lungodegenza (codice 60) – Unità Spinale (codice 28) – Gravi Cerebrolesioni Acquisite (codice 75)

5.1 L'accesso alla Medicina Riabilitativa (cod. 56), Lungodegenza (cod. 60), Unità Spinale (cod. 28) e Gravi Cerebrolesioni Acquisite (cod. 75) avviene esclusivamente mediante trasferimento da un reparto per acuti, senza alcun coinvolgimento dell'UVM.

5.2 La richiesta di accesso è inoltrata dall'Unità Operativa Ospedaliera dimettente mediante compilazione, sulla Piattaforma Unica Regionale, del *Modulo di richiesta posto letto per trasferimento in Medicina Riabilitativa intensiva (cod. 56, 75, 28) e Lungodegenza (cod. 60)*, di cui all'Allegato 1A ed è trasmessa alla consulenza fisiiatrica e alla COT di afferenza del presidio ospedaliero presso cui il paziente è ricoverato. La scheda di richiesta, ove previsto e secondo i criteri del DM 5 agosto 2021, può essere corredata dalla valutazione funzionale del paziente (FIM o equivalente), nonché dalla documentazione attestante la correlazione clinica con l'evento acuto e la distanza temporale dello stesso. La COT verifica la completezza della documentazione e trasmette il caso al *Bed Manager*.

5.3 Il *Bed Manager* procede alla ricerca del posto letto presso le strutture di accoglienza pubbliche o private accreditate presenti sul territorio regionale e comunica all'Unità Operativa ospedaliera dimettente le strutture o gli erogatori disponibili per il *setting* individuato.

Il reparto di dimissione informa il paziente o il familiare/*caregiver*/amministratore di sostegno/tutore e trasmette, tramite Piattaforma Unica Regionale, al *Bed Manager*, l'eventuale conferma o diniego rispetto alle strutture/erogatori identificati:

- ✓ In caso di diniego, il *Bed Manager* effettua una nuova ricerca della struttura/erogatore più appropriato. È riconosciuta la facoltà di rifiutare la struttura una sola volta; in caso di secondo rifiuto, la procedura è conclusa dal *Bed Manager* con motivata formalizzazione della chiusura. Qualora l'assistito sia ricoverato presso una struttura ospedaliera per acuti, il secondo rifiuto comporta la dimissione dalla struttura ospedaliera con contestuale attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- ✓ In caso di conferma, il *Bed Manager* contatta la struttura/erogatore per la presa in carico, ne dà comunicazione al reparto dimettente e, ove necessario, cura l'organizzazione del trasporto del paziente verso la struttura ricevente.

5.4 Il *Bed Manager* comunica alla COT di afferenza del presidio ospedaliero dimettente l'avvenuta presa in carico del paziente da parte della struttura individuata.

La COT, a sua volta, notifica l'esito della transizione e la presa in carico da parte della struttura al MAP/PLS, al PUA di residenza del paziente e al servizio ASL competente per la gestione dei rapporti contrattuali con le strutture private accreditate.

5.5 Con riferimento all'accesso alla Medicina Riabilitativa (cod. 56), l'intervento dell'UVM è previsto in via eccezionale, in presenza di motivate condizioni clinico-riabilitative relative a pazienti assistiti a domicilio o in strutture residenziali, secondo i criteri dell'art. 4 del DM 5 agosto 2021 e nei seguenti casi:

- ✓ allocazione temporanea del paziente presso il domicilio o la residenza, determinata dall'indisponibilità di posto letto in Medicina Riabilitativa al momento della dimissione dal reparto per acuti; tale allocazione temporanea non dovrebbe superare i dieci (10) giorni dalla data di dimissione;
- ✓ riacutizzazione, secondo il concetto riabilitativo di "*acuzie funzionale*", laddove si verifichi una evidente riduzione del livello di performance, tale da rendere necessario un trattamento riabilitativo intensivo da parte di una equipe specializzata per almeno 3 (tre) ore al giorno, attesa la possibilità di un potenziale recupero funzionale.

5.6 Nei casi di cui al punto 5.5, l'accesso alla Medicina Riabilitativa (cod. 56) può avvenire su richiesta del MAP/PLS, mediante compilazione della Scheda anamnestica di cui all'Allegato 1C, corredata da idonea documentazione clinica attestante l'effettiva riacutizzazione con valutazione Specialistica Fisiatrica nel rispetto all'art. 4 del DM 5 agosto 2021.

5.7 Nell'ambito del setting post acuzie (Medicina Riabilitativa – codice 56, Lungodegenza – codice 60, Unità Spinale – codice 28, Gravi Cerebrolesioni Acquisite – codice 75), la telemedicina costituisce componente integrata del percorso assistenziale, ed è applicabile sia nella fase di dimissione programmata sia nella fase post dimissione:

- ✓ in caso di dimissione programmata, il *Bed Manager*, in raccordo con la COT, può attivare strumenti di telemedicina, quali teleconsulto e telecontrollo, per il monitoraggio del paziente nel breve periodo post dimissione (indicativamente 30–60 giorni), al fine di facilitare il raccordo tra la struttura di dimissione e il *setting* territoriale ricevente (ADI, RSA, domicilio con MAP). La COT coordina tale fase di transizione e monitoraggio, in coerenza con quanto previsto nel punto 5.4 della presente Sezione;
- ✓ nei casi di post dimissione
- ✓ verso un *setting* territoriale, il paziente dimesso e preso in carico dal servizio ADI o da altra struttura territoriale può beneficiare di:
 - teleriabilitazione, qualora prevista nel PRI elaborato dalla UVM;
 - telemonitoraggio, per la gestione di comorbidità cardiologiche e neurologiche;
 - teleconsulto fisiatra–MAP, a supporto della continuità clinica e assistenziale.

5.8 Per le procedure di dettaglio relative alla gestione dei percorsi di Medicina Riabilitativa (cod. 56), Lungodegenza (cod. 60), Unità Spinale (cod. 28) e Gravi Cerebrolesioni Acquisite (cod. 75), si rinvia alla normativa vigente, con particolare riferimento alla DGR n. 15 del 25/01/2022 e all'art. 4 del DM 5 agosto 2021.

6. Adempimenti delle Strutture Riabilitative (codice 56) – Lungodegenza (codice 60) – Unità Spinale (codice 28) – Gravi Cerebrolesioni Acquisite (codice 75)

6.1 La struttura è tenuta a fornire riscontro, entro settantadue (72) ore, al *Bed Manager* richiedente, al fine di confermare o rifiutare la propria disponibilità di posto letto per l'erogazione di prestazioni Riabilitazione (codice 56) – Lungodegenza (codice 60) – Unità Spinale (codice 28) – Gravi Cerebrolesioni Acquisite (codice 75). In caso di diniego, la struttura è tenuta a motivare e documentare la decisione assunta, mentre, in caso di conferma, la struttura è tenuta ad indicare la data di accesso dell'assistito in struttura.

6.2 In caso di conferma, la Struttura notifica, entro ventiquattro (24) ore, l'avvenuta presa in carico dell'assistito al *Bed Manager* del Presidio Ospedaliero dimettente.

La Struttura provvede inoltre a redigere il PRI entro le prime settantadue (72) ore di ricovero, in coerenza con il DM 5/08/2021 e le Linee di indirizzo CSR 2021, indicando gli obiettivi funzionali, gli strumenti valutativi adottati (es. FIM, Barthel, etc.) e la durata prevista del trattamento.

La Struttura trasmette il PRI, entro 5 (cinque) giorni, alla COT e al *Bed Manager*.

7. Procedure di accesso alle Strutture Riabilitative Psichiatriche

7.1 Nel rispetto delle indicazioni del Piano Sanitario Regionale di cui alla L.R. n. 5/2008, l'accesso alle strutture riabilitative psichiatriche avviene secondo la seguente procedura:

- a. Formulazione della richiesta su ricettario unico del SSN, da parte del medico di riferimento dell'assistito (MAP/PLS) o del medico specialista psichiatra, ospedaliero o convenzionato, completa di diagnosi specifica ed indicazione terapeutica;
- b. Presentazione della richiesta al PUA territorialmente competente in relazione alla residenza dell'assistito, che provvede al rilascio di apposita ricevuta recante la data di presentazione;
- c. Valutazione multidimensionale finalizzata alla definizione del livello di complessità assistenziale e all'individuazione del setting di cura più appropriato e successiva predisposizione del progetto personalizzato da parte dell'UVM territorialmente competente per residenza dell'assistito. In caso di doppia diagnosi, l'UVM stabilisce il peso assistenziale delle singole patologie.
- d. Autorizzazione all'accesso in struttura, rilasciata dal Direttore del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) competente per residenza dell'assistito per i soggetti adulti ovvero del Direttore del Dipartimento cui afferisce l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile per i soggetti minori, riportante la tipologia di struttura residenziale psichiatrica individuata sulla base della valutazione da parte dell'UVM.

7.2 Ai fini della valutazione di pazienti psichiatrici, l'UVM è integrata, oltre alle figure previste dalla composizione minima dell'UVM, dalla presenza del medico psichiatra del Centro di Salute Mentale (CSM) territorialmente competente per residenza dell'assistito (preferibilmente il medico psichiatra che ha in carico il paziente), o altro medico su delega

del Direttore del DSM, unitamente all'assistente sociale del CSM che segue quest'ultimo sotto il profilo socioassistenziale. Nei casi di "doppia diagnosi", l'UVM è ulteriormente integrata dal Responsabile del SERT territorialmente competente o da suo delegato. Alla valutazione di pazienti psichiatrici dovranno altresì partecipare ulteriori figure che l'UVM riterrà necessarie in relazione alla specificità del caso, quali lo psicologo, familiare/caregiver/amministratore di sostegno/tutore.

7.3 L'UVM è tenuta a fornire la risposta entro 10 (dieci) giorni lavorativi successivi alla data di presentazione dell'istanza di attivazione delle prestazioni. Entro il predetto termine, la UVM deve predisporre il progetto personalizzato di cui al precedente punto c), definendo gli obiettivi assistenziali e la durata del trattamento, nel rispetto di quanto previsto dal DPCM 12/01/2017. L'individuazione della struttura erogatrice, in coerenza con il *setting* assistenziale attribuito, è effettuata dall'assistente sociale del CSM, d'intesa con l'assistente sociale dell'Ambito territoriale.

7.4 Il Direttore del DSM, ovvero del Dipartimento cui afferisce l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile per i soggetti minori, esamina la valutazione UVM ed il progetto personalizzato e conseguentemente provvede al rilascio dell'autorizzazione all'accesso alla struttura ovvero a comunicare un diniego motivato; in caso di diniego, l'UVM è tenuta a procedere ad una ulteriore valutazione, tenuto conto delle osservazioni e delle motivazioni addotte nel diniego.

8. Adempimenti delle Strutture Riabilitative Psichiatriche

8.1 La Struttura notifica l'ammissione dell'assistito entro 24 ore al Direttore del DSM, ovvero del Dipartimento cui afferisce l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile per i soggetti minori, all'UVM del Distretto di residenza dell'assistito ed al Servizio della ASL competente per la gestione dei rapporti contrattuali con le strutture accreditate.

8.2 La presa in carico e l'inizio del trattamento devono avvenire entro 30 giorni dal rilascio dell'autorizzazione da parte del DSM.

8.3 Il Responsabile sanitario della Struttura ha l'obbligo di notificare entro 15 (quindici) giorni il progetto personalizzato alla UVM che ha eseguito la valutazione e alla Direzione del DSM di residenza dell'assistito, ovvero alla Direzione del Dipartimento cui afferisce l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile per i soggetti minori. La mancata notifica è soggetta alle conseguenze economiche previste dalla normativa regionale vigente e dagli accordi contrattuali con le strutture accreditate.

8.4 Le eventuali proroghe di trattamento, adottate nel pieno rispetto della durata dei trattamenti indicata nel DPCM 12/01/2017, devono essere richieste dal Responsabile sanitario della Struttura, almeno venti giorni prima del termine del periodo di ricovero, alla UVM di residenza del paziente, inviando alla stessa una relazione dettagliata che evidenzia il grado di raggiungimento degli obiettivi. Entro i successivi dieci giorni, l'UVM valuta l'istanza e può non autorizzare la proroga al trattamento, ovvero autorizzarla,

aggiornando il progetto personalizzato. Nel caso in cui l'UVM esprima parere negativo sulla proroga al trattamento, ritenendo che il paziente debba proseguire in altro *setting* assistenziale, è tenuta contestualmente a formalizzare e a definire la valutazione per il suddetto diverso *setting*.

8.5 L'esito della rivalutazione relativa alla proroga deve essere trasmesso al DSM che provvede a notificarlo alla Struttura Riabilitativa Psichiatrica.

8.6 In caso di acutizzazione del quadro clinico che comporti l'ingresso del paziente in ambito ospedaliero, il *setting* assistenziale si intende concluso alla data di ingresso in ospedale. Qualora, a seguito della dimissione ospedaliera, il paziente debba nuovamente accedere al medesimo o ad altro *setting* assistenziale, è necessaria l'attivazione di una nuova valutazione, finalizzata alla riapertura del percorso assistenziale mediante l'avvio ex novo dell'iter di presa in carico.

8.7 In caso di acutizzazione del quadro clinico che comporti l'ingresso del paziente in ambito ospedaliero, è garantito il mantenimento del posto letto nella struttura territoriale secondo quanto previsto dall'art. 13 dello schema di contratto approvato con DGR n. 408/2025 e n. 614/2025, per un periodo massimo di 15 (quindici) giorni. Decorso tale termine, qualora il paziente non abbia fatto rientro nella struttura, il *setting* assistenziale si intende concluso e, ove si renda necessario un nuovo inserimento nel medesimo o in altro *setting* assistenziale, è richiesta una nuova valutazione finalizzata all'avvio di un nuovo percorso di presa in carico.

9. Procedure di accesso al Sistema delle Cure Domiciliari - ADI

Relativamente alle procedure per l'attivazione del *setting* ADI e relativa modulistica si richiamano integralmente le disposizioni di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 953 del 30 dicembre 2024 recante *“Presa d’atto ed approvazione delle linee di indirizzo delle cure domiciliari della Regione Abruzzo con contestuale integrazione del manuale di accreditamento ex DGR n. 272/2024”*.

10. Accesso a strutture extraregionali e pazienti extraregionali

10.1 Le procedure di compensazione economica interregionale relative alle prestazioni erogate a favore di pazienti extraregionali sono gestite secondo le modalità previste dal sistema di compensazione interregionale vigente, con riferimento al DM 18/10/2012 e agli accordi annuali interregionali.

10.2 Nel caso di cittadini residenti in altre Regioni e ricoverati presso strutture della Regione Abruzzo, la richiesta di accesso alle cure avviene secondo le modalità già descritte nel presente atto, mediante l'utilizzo della Piattaforma Unica Regionale e della modulistica riferita ai diversi *setting* assistenziali, con le seguenti modalità:

- ✓ La COT riceve la richiesta, ne verifica la completezza e contatta la ASL di residenza del paziente per acquisire le autorizzazioni necessarie alla prosecuzione dell'iter;
- ✓ In caso di autorizzazione, la COT attiva l'UVMO/UVMD, che, a sua volta, procede alla valutazione e al rilascio dell'Esito UVM e del Verbale UVM/PAI, trasmettendoli alla COT;
- ✓ La COT trasmette la documentazione alla ASL di residenza del paziente per le competenze di propria spettanza (autorizzazione all'ingresso in struttura, impegno di spesa nel caso di Assistenza Domiciliare, etc.). Per i *setting* port acuzie, non è richiesta specifica delega.

Per i pazienti residenti in altre Regioni, temporaneamente domiciliati presso la Regione Abruzzo, le autorizzazioni ai trattamenti di cui al presente documento ed eventuali proroghe adottate nel pieno rispetto della durata dei trattamenti indicata nel DPCM 12/01/2017, devono essere richieste alla ASL di residenza.

- 10.3 Nei casi di cittadini residenti nella Regione Abruzzo e ricoverati presso strutture extraregionali, il PUA, ricevuta la segnalazione del bisogno da parte della ASL extraregionale, trasmette la relativa documentazione alla COT, che procede ad attivare l'UVM.
- 10.4 Per i pazienti residenti nella Regione Abruzzo in cura presso Strutture extraregionali, qualora emerga la necessità o la legittima aspettativa di proseguire il percorso assistenziale presso strutture regionali, l'UVM è tenuta a valutare, oltre al bisogno complesso, l'opportunità del trasferimento, in considerazione sia delle condizioni cliniche che dell'importanza del ricongiungimento con il contesto socio familiare di riferimento.
- 10.5 Il trasferimento del paziente verso una struttura extraregionale può avvenire solo a seguito di valutazione UVM già effettuata, nei casi previsti e qualora non sia presente, nel territorio regionale, una struttura corrispondente al *setting* valutato ovvero non vi sia disponibilità di posto letto presso strutture regionali.
- 10.6 Nel rispetto del principio della libera scelta del luogo di cura, l'UVMO/UVMD è tenuta ad informare il cittadino circa le condizioni per la fruizione delle prestazioni presso strutture extraregionali, con oneri a carico del SSN e/o utente.
- 10.7 La COT procede all'avvio della ricerca del posto letto presso strutture extraregionali. Le strutture individuate devono essere regolarmente accreditate dalla Regione di appartenenza, ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992.
- 10.8 Le Strutture extraregionali accettanti sono tenute al rispetto degli stessi adempimenti previsti per le Strutture della Regione Abruzzo ai sensi delle presenti Linee Guida, pena il mancato riconoscimento economico delle prestazioni erogate. A tal fine, la COT di competenza, ricevuta la comunicazione di presa in carico, trasmette alla Struttura extraregionale le presenti Linee Guida, onde consentirne la necessaria consultazione.

10.9 Ai fini della programmazione del trasferimento extra-regionale, la COT deve acquisire:

- ✓ Parere favorevole dell'Ufficio GACEP (Gestione Accredитamento e Contratti Enti Privati) della ASL competente, in ordine alla regolarità dell'accreditamento;
- ✓ Parere favorevole dell'UVMO/UVMD in merito alla coerenza del *setting* valutato;
- ✓ Conferma del paziente o del familiare/*caregiver*/amministratore di sostegno/tutore, con accettazione degli eventuali oneri previsti a proprio carico;
- ✓ Conferma da parte del *case manager* in merito alla compatibilità delle condizioni cliniche con il trasferimento.

10.10 Per i pazienti residenti in altre Regioni, temporaneamente domiciliati presso la Regione Abruzzo, l'autorizzazione ai trattamenti previsti dal presente documento e le eventuali proroghe restano di competenza della ASL di residenza degli stessi.