



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti

Via dei Vestini s.n.c - Palazzina N (ex palazzina Se.Bi) - 66100 CHIETI_

Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 485/2024

Del 28/03/2024

**Oggetto: PNRR - MISSION 6 COMPONENT 1 - INTERVENTO 1.2.2 (COT) -
REALIZZAZIONE DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT): ALL'INTERNO DELL'"EX
SS. ANNUNZIATA" DI CHIETI"; ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA DI VIA SPAVENTA -
LANCIANO"; ALL'INTERNO DEL DSB DI SAN SALVO"; ALL'INTERNO DEL PTA DI CASOLI
(CH)".
RECEPIMENTO ULTIMAZIONE LAVORI - MODELLO ORGANIZZATIVO - ATTIVAZIONE COT
IN OVERBOOKING**

Il presente atto viene pubblicato all'Albo Pretorio informatico della Asl 2 Abruzzo – Lanciano Vasto Chieti per 15 gg. consecutivi a partire dal 28/03/2024

Allegati:

- Allegato 1 (firmato: Si, riservato: No)
- Allegato 2 (firmato: Si, riservato: No)

Hash:

_index1_DEL_673403.pdf.p7m

B285D760C017253FA4CC2446F3D1D2B940118E8594CD485C828C293D735E4AB56BA31B7CAFBD6F1B2B421A6941C9B43894C66E798A
01B6C0680A3DD56E6544B3

_index1_COT OVERBOOKING-Modello.pdf.p7m

00085A62FE330AAB9FBC8DD4A8CA695A7F4B9973AD890F351A7916342FC3C19C7B069A210F875BB17C7A086BBD3DAD2B2C01193E56
67F9F4BB9688917BFB71D0

_index1_2023 12 22 Modello organizzativo COT.pdf.p7m

60AD49D7007525B9F283CB213E5871C56629626949FB238CEFB771C23FBF6EAC9AA411A0191000A54C96BF885B693C2B3329065FA4C
8EB52BF734AA183FD2EC8



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti

Via dei Vestini s.n.c - Palazzina N (ex palazzina Se.Bi) - 66100 CHIETI_

Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO VASTO CHIETI

Via dei Vestini, snc – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

IL DIRETTORE GENERALE

Thomas Schael, nominato con delibera della Giunta Regionale D'Abruzzo n. 571 dell'11 settembre 2023 ai sensi del vigente Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche e integrazioni;

ACQUISITI i pareri espressi ed attestati in calce dal Direttore Amministrativo Aziendale e dal Direttore Sanitario Aziendale, per quanto di rispettiva competenza,

di propria iniziativa assume l'atto che segue avente ad oggetto **PNRR - MISSION 6 COMPONENT 1 - INTERVENTO 1.2.2 (COT) - REALIZZAZIONE DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT): ALL'INTERNO DELL'"EX SS. ANNUNZIATA" DI CHIETI"; ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA DI VIA SPAVENTA - LANCIANO"; ALL'INTERNO DEL DSB DI SAN SALVO"; ALL'INTERNO DEL PTA DI CASOLI (CH)". RECEPIMENTO ULTIMAZIONE LAVORI - MODELLO ORGANIZZATIVO - ATTIVAZIONE COT IN OVERBOOKING**

Parere favorevole

II DIRETTORE AMMINISTRATIVO

GRIPPA GIAMPAOLO

Parere favorevole

II DIRETTORE SANITARIO

PIROLA FLAVIA SIMONETTA

IL DIRETTORE GENERALE

SCHAEI THOMAS

(atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge)



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO VASTO CHIETI

Via dei Vestini, snc – 66100 Chieti

Oggetto: PNRR - MISSION 6 COMPONENT 1 - INTERVENTO 1.2.2 (COT) - REALIZZAZIONE DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT): ALL'INTERNO DELL'"EX SS. ANNUNZIATA" DI CHIETI"; ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA DI VIA SPAVENTA - LANCIANO"; ALL'INTERNO DEL DSB DI SAN SALVO"; ALL'INTERNO DEL PTA DI CASOLI (CH)".

RECEPIMENTO ULTIMAZIONE LAVORI - MODELLO ORGANIZZATIVO - ATTIVAZIONE COT IN OVERBOOKING

Il Direttore Generale

Thomas Schael, nominato con delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 571 dell'11/09/2023 ai sensi del vigente decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche e integrazioni

VISTO il Regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio del 14 dicembre 2020 che istituisce uno strumento dell'Unione europea per la ripresa, a sostegno dell'economia dopo la crisi COVID-19;

VISTA la legge 30 dicembre 2020, n. 178 recante disposizioni sul Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023, G.U. n. 322 del 30 dicembre 2020 che, all'art.1 comma 1043, prevede l'istituzione del sistema informatico di registrazione e conservazione di supporto dalle attività di gestione, monitoraggio, rendicontazione e controllo delle componenti del PNRR;

VISTO il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (regolamento RRF) con l'obiettivo specifico di fornire agli Stati membri il sostegno finanziario al fine di conseguire le tappe intermedie e gli obiettivi delle riforme e degli investimenti stabiliti nei loro piani di ripresa e resilienza;

VISTO il decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, recante "Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti" e in particolare l'art. 1, comma 2, lettera e), punto 2, che individua gli importi riferiti all'investimento "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" per un importo complessivo di euro 1.450.000.000;

VISTO il Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021, recante "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del piano Nazionale di Riprese e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione" stabilite in complessivi euro 6.592.960.665,58;

RILEVATO che le risorse complessive, riconducibili al PNRR e al PNC, destinate ai predetti investimenti, assegnate per la quota riferita al PNRR tramite il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021, sono determinate in euro 8.042.960.665,58;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 12 gennaio 2022, recante la "ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano per gli Investimenti Complementari (PNC)";

CONSIDERATO che, a seguito della ripartizione delle risorse assegnate con il Decreto ministeriale summenzionato, il Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo ha comunicato a questa ASL le somme disponibili per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano per gli Investimenti Complementari (PNC) così come di seguito riportato:

PNRR Mission 6 Component 1			PNC Mission 6 Component 2
Intervento 1.1 CdC (Case della Comunità) euro	Intervento 1.2.2 COT (Centrali Operative Territoriali) euro	Intervento 1.3 OdC (Ospedali della Comunità) euro	Intervento 1.2 (Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile) euro
16.837.344,80	623.520,36	7.483.264,36	14.186.112,00

PRESO ATTO che di conseguenza, questa A.S.L. ha provveduto a programmare le risorse assegnate di cui sopra a valere PNRR Mission 6 Component 1 e PNC Mission 6 Component 2 così come indicato sinteticamente nella seguente tabella:

Tipologia di intervento	CUP	Comune	Importo intervento
CdC (Casa della Comunità)			
M6.C1 1.1	H77H22000030001	CHIETI	2.410.000,00 €
M6.C1 1.1	H72C22000110001	CHIETI SCALO	810.000,00 €
M6.C1 1.1	H27H22000200001	FRANCAVILLA	1.160.000,00 €
M6.C1 1.1	H17H22000180001	GUARDIAGRELE	660.000,00 €
M6.C1 1.1	H77H22000060001	ORTONA	910.000,00 €
M6.C1 1.1	H47H22000220001	LANCIANO	1.910.000,00 €
M6.C1 1.1	H82C22000160001	SAN VITO	360.000,00 €
M6.C1 1.1	H87H22000120001	ATESSA	1.410.000,00 €
M6.C1 1.1	H27H22000210001	CASOLI	660.000,00 €
M6.C1 1.1	H67H22000130001	VILLA SANTA MARIA	910.000,00 €
M6.C1 1.1	H37H22000120001	VASTO	497.344,80 €
M6.C1 1.1	H57H22000080001	SAN SALVO	1.910.000,00 €
M6.C1 1.1	H87H22000130001	GISSI	910.000,00 €

M6.C1 1.1	H57H22000090001	CASTIGLIONE M.M.	410.000,00 €
M6.C1 1.1	H94E22000270001	CASALBORDINO	1.910.000,00 €
OdC (Ospedale della Comunità)			
M6.C1 1.3	H77H22000310001	CHIETI	3.900.000,00 €
M6.C1 1.3	H87H22000460001	ATESSA	2.000.000,00 €
M6.C1 1.3	H57H22000610001	SAN SALVO	1.583.264,36 €
COT (Centrale Operativa Territoriale)			
M6.C1 1.2.2	H72C22000090001	CHIETI	249.720,00 €
M6.C1 1.2.2	H22C22000140001	CASOLI	100.000,00 €
M6.C1 1.2.2	H42C22000190001	LANCIANO	200.000,00 €
M6.C1 1.2.2	H52C22000050001	SAN SALVO	123.520,36 €
PNC			
PNC-M6.C2 1.2	H72C22000300001	CHIETI	5.146.750,35 €
PNC-M6.C2 1.2	H72C22000310001	CHIETI	4.626.362,31 €
PNC-M6.C2 1.2	H72C22000320001	CHIETI	4.412.999,34 €

CONSIDERATO, ALTRESI',

- che l'erogazione dei fondi nell'ambito del Recovery and Resilience facility (RRF) è subordinata al conseguimento soddisfacente, da parte degli Stati membri, delle milestone e dei target stabiliti nelle Decisioni di esecuzione del Consiglio che approvano i piani nazionali per la ripresa e la resilienza. La valutazione a tal fine è effettuata in conformità dell'articolo 24, paragrafo 3, del regolamento (UE) 2021/241 che istituisce il RRF;
- che come previsto dalla Circolare RGS dell'11 agosto 2022, n. 30 "Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori" - Vers. 1.0 (agosto 2022), le Amministrazioni centrali titolari di misure PNRR devono svolgere il controllo al 100% dello stato di avanzamento e dell'effettivo conseguimento di milestone e target. Tali verifiche sono finalizzate ad accertare il pieno e corretto avanzamento di target e milestone attraverso l'esame di tutta la documentazione comprovante e funzionale all'effettivo raggiungimento dei valori dichiarati, nonché la loro riferibilità, congruità e coerenza rispetto ai cronoprogrammi attuativi degli interventi, in linea con quanto stabilito nell'Allegato alla Decisione di Esecuzione del Consiglio 10160/21 del 7 luglio 2021 e negli Accordi Operativi (Operational Arrangements) concordati con la Commissione europea. Tale prescrizione è confermata nell'ambito del Sistema di Gestione e Controllo (Si.Ge.Co.) PNRR Ministero della Salute dove si codifica la procedura per la verifica degli indicatori del PNRR (milestone e target), al fine di accertare, tra l'altro, la presenza di un'adeguata documentazione a supporto dei valori realizzati nel sistema ReGiS.
- che il Ministero della Salute ha emanato specifiche Linee guida, destinate ai soggetti attuatori e ai soggetti attuatori delegati, finalizzate ad identificare, alla luce dei riferimenti richiamati, il set documentale richiesto per comprovare il raggiungimento del target europeo M6C1-7 relativo all'entrata in funzione delle Centrali operative territoriali previsto nell'ambito del sub-investimento M6C11.2.2, 1.2.2.1 COT;

RICHIAMATO il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" (GU Serie Generale n.144 del 22 giugno 2022) che definisce, nell'ambito del modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale, "gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico";

CONSIDERATO CHE:

- l'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.
- la COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:
 - coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
 - coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
 - tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
 - supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, Medici specialisti IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
 - raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della comunità e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno. Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, medici specialisti ambulatoriali, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali, nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.
 - la COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con tutte le strutture e i servizi aziendali nonché con la Centrale Operativa 116117.
 - la COT è un servizio a valenza distrettuale. La dotazione di personale infermieristico minimo per ogni COT dovrebbe essere di 3-5 infermieri per un distretto standard di 100.000 abitanti.
 - la responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore infermieristico.

RICHIAMATE:

- la deliberazione ASL n. 1994 del 29/12/2023, con la quale si è approvato il Progetto Definitivo/Esecutivo inerente la "Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all'interno dell'ex SS. Annunziata" di Chieti" di importo complessivo pari ad € 249.720,00;
- la deliberazione ASL n. 1867 del 12/12/2023, con la quale si è approvato il Progetto Definitivo/Esecutivo inerente la "Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all'interno della struttura di Via Spaventa - Lanciano" di importo complessivo pari ad € 200.000,00;
- la deliberazione ASL n. 1824 del 01/12/2023, con la quale si è approvato il Progetto

Definitivo/Esecutivo inerente la “Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all’interno del DSB di San Salvo” di importo complessivo pari ad € 123.520,36;

- la deliberazione DG n. 538 del 29/03/2023, con la quale si è approvato il Progetto Definitivo/Esecutivo inerente la “Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all’interno del PTA di Casoli” di importo complessivo pari ad € 100.000,00;

RICHIAMATI ALTRESI’:

- il verbale di consegna dei lavori inerente la “Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all’interno dell’”ex SS. Annunziata” di Chieti” di importo complessivo pari ad € 249.720,00 sottoscritto in data 22 gennaio 2024;
- il verbale di consegna dei lavori inerente la “Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all’interno della struttura di Via Spaventa - Lanciano” di importo complessivo pari ad € 200.000,00 sottoscritto in data 29 gennaio 2024;
- il verbale di consegna dei lavori inerente la “Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all’interno del DSB di San Salvo” di importo complessivo pari ad € 123.520,36 sottoscritto in data 15 febbraio 2024;
- Il verbale di consegna dei lavori inerente la “Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all’interno del PTA di Casoli” di importo complessivo pari ad € 100.000,00 sottoscritto in data 05 febbraio 2024;

VISTE le “Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, subinvestimento 1.2.2 – Centrali Operative Territoriali;

DATO ATTO che la Regione Abruzzo, con mail in data 21 marzo u.s. acquisita al prot.n. 33485/2024 del 26/03/2024, ha fornito indicazioni e precisazioni in ordine al set documentale necessario per garantire il raggiungimento del target e precisamente: “... , si dovranno assicurare la realizzazione dell’edificio, la presenza dei device e dell’interconnessione e l’individuazione del personale destinato alle COT.”, in particolare è richiesto anche: “... di produrre il certificato di completamento lavori. È, inoltre, richiesta la redazione di un provvedimento a firma del Direttore Generale entro il 28/3, al fine di recepire il modello organizzativo, specificare protocolli e procedure aziendali con prime transazioni governate in operatività COT, il ruolo dei soggetti coinvolti, validare il certificato di completamento lavori e manifestare la presenza di COT in overbooking, ove presenti. Tale provvedimento ha lo scopo di mostrare, quindi, l’ultimazione lavori, la presa in consegna e garantire l’avvio dell’operatività delle COT, ...” .

VISTI:

- il certificato di ultimazione dei lavori inerente la “Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all’interno dell’”ex SS. Annunziata” di Chieti” redatto in data 28 marzo 2024;
- il certificato di ultimazione dei lavori inerente la “Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all’interno della struttura di Via Spaventa - Lanciano” redatto in data 28 marzo 2024;
- il certificato di ultimazione dei lavori inerente la “Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all’interno del DSB di San Salvo” redatto in data 28 marzo 2024;
- il certificato di ultimazione dei lavori inerente la “Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all’interno del PTA di Casoli” redatto in data 28 marzo 2024;

PRESO ATTO del documento tecnico denominato: “Il modello organizzativo regionale delle Centrali Operative Territoriali”, trasmesso dalla Regione Abruzzo che si allega quale parte integrante e sostanziale del presente atto, allegato 1;

CONSIDERATO CHE il predetto documento delinea il modello delle Centrali Operative Territoriali (COT) per la Regione Abruzzo, in attuazione delle misure previste nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e di quanto specificato nel Decreto Ministeriale 77/2022. I contenuti riflettono e interpretano le disposizioni dei documenti già richiamati e sono in stretta connessione con gli investimenti previsti nella DGR 263/2022 con la quale la Regione Abruzzo ha approvato il Contratto Istituzionale di Sviluppo e il Piano Operativo Regionale e in relazione alla Missione 6 - Salute (componenti M6C1 e M6C2) del PNRR e con il Piano dell'Assistenza Territoriale della Regione Abruzzo, approvato con la DRG. n. 773 del 13/12/2022. L'obiettivo è di identificare il modello di funzionamento delle COT definendone caratteristiche, funzioni e i processi su cui saranno chiamate ad intervenire. Tale modello che sarà adottata dalle quattro aziende sanitarie locali abruzzesi garantirà un'interpretazione armonica delle direttive nazionali, sia la coerenza con le strategie di programmazione che hanno caratterizzato precedentemente l'assistenza territoriale in Abruzzo, con l'obiettivo ultimo di garantire le migliori condizioni possibili di equità nell'accesso alle cure, tempestività e qualità degli interventi a beneficio della popolazione assistita. In particolare, nel paragrafo 2 è esplicitato lo stato dell'arte sulle cure di transizione in Regione Abruzzo e nel paragrafo 3 sono delineate le caratteristiche della COT esplicitandone il modello di servizio, le funzioni e le condizioni organizzative. Infine, in appendice sono riportate flowchart e casi d'uso che sintetizzano i processi di transizione in cui la COT interviene e alcuni elementi di approfondimento che possono agevolare la lettura del documento.

DATO ATTO CHE al fine di assicurare l'avvio e l'operatività delle COT:

- in data 12 marzo u.s., come da verbali in atti e giusta convocazione prot. n. 25817 del 08/03/2024, presso l'Auditorium della Direzione Generale, Palazzina N – via dei Vestini Chieti si è tenuto il primo workshop formativo riferito all'attivazione delle COT alla presenza della Direzione strategica aziendale e dei dirigenti aziendali ed agli altri operatori coinvolti nel processo di attivazione delle COT;
- in occasione del predetto incontro operativo è stato anche presentato dal Dirigente Flussi Informativi e Sanità Digitale – Regione Abruzzo la piattaforma informatica che dovrà essere utilizzato dagli operatori nonché illustrati gli aspetti normativi/operativi per l'avvio del progetto;
- in data 20 marzo u.s., come da verbali in atti e giusta convocazione prot. n. 8411 del 14/03/2024, presso l'Auditorium della Direzione Generale, Palazzina N – via dei Vestini Chieti si è tenuto un incontro con gli operatori Area Territoriale ASL2 Lanciano-Vasto-Chieti, sul tema “Presente e futuro Area Territoriale ASL2 Lanciano-Vasto-Chieti”, tra gli argomenti discussioni ampio spazio è stato riservato al tema: “PNRR Missione 6: Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT)”;
- la Direzione Strategica aziendale con atto n. 31947/2024 del 22/03/2024 ha formalmente comunicato alla Regione Abruzzo il personale assegnato alle istituende COT;
- con comunicazione prot. 9225/2024 del 15/03/2024 a firma del Direttore della UOC Informatica e Reti, avente ad oggetto: “Dotazione tecnologica CC.OO.TT.”, con la quale tra l'altro è stato individuato il “... fabbisogno di un sistema telefonico in grado di connettere un flusso primario telefonico a 15 canali, il centralino privato aziendale con 30 canali, licenze per 25 operatori da dislocare all'interno delle sedi aziendali individuate, predisposizione per un eventuale un dispositivo esterno per la registrazione delle chiamate e con le ulteriori caratteristiche di IVR e di statistiche tipiche di un call center (n. chiamate, tempi di attesa, statistiche per operatore, ecc.). ...”;
- la Direzione Aziendale, giusta nota prot. n. 3254 del 26/03/2024, nel fare seguito a quanto emerso nella riunione del 12 marzo u.s. con riferimento alle implementazioni necessarie all'impiego del sistema informatico delle transizioni individuate nel manuale operativo delle C.O.T., ha comunicato di aver individuato i tre referenti che coordineranno tutte le operazioni per sviluppare le funzioni necessarie all'utilizzo del sistema messo a disposizione dalla Regione: Giovanni Gorgoni (Direttore Controllo di Gestione e

- responsabile della transizione digitale); Fioravante Di Giovanni (Direttore PTA Casoli); Mariantonietta Pompeo (f.o Integrazione Ospedale Territorio, ADI);
- il personale individuato dalla Asl 2, con nota prot 33254 del 26 marzo, con il coordinamento del Direttore PTA Casoli, ha proceduto ad effettuare, attraverso il sistema di gestione informatizzato, le prime due transizioni da parte delle COT;
 - il Direttore della UOC Informatica e Reti ha individuato i numeri di telefono per ciascuna delle 4 COT, come di seguito: 0871/357166 - Chieti; 0872/706166 - Lanciano; 0873/308166 - S. Salvo; 0872/989166 – Casoli;
 - la ASL2 Lanciano-Vasto-Chieti ha proceduto all'ordine in data 26 marzo 2024 (procedura d'acquisto nr. 588516 ordinativo esecuzione immediata nr.7766340) della dotazione tecnologica come da richiesta del Direttore della UOC Informatica e Reti prot.n.9225/2024 del 15/03/2024;
 - le COT definitive sono realizzate nello stesso immobile delle C.d.C. e che i lavori per la realizzazione del complessivo intervento sono in corso e che, pertanto, la piena funzionalità delle stesse COT è collegata anche alle fasi di realizzazione dell'intervento complessivo;

EVIDENZIATO CHE la Direzione Aziendale con atto prot. n. 34609 del 28 marzo 2024 ha formalmente comunicato l'avvio di n. 4 COT in regime di c.d. "overbooking", presso l'ex Ospedale S.S. Annunziata", Via Valignani a Chieti, piano 2°, come da planimetria allegato n. 2, nelle more del completamento, dei collaudi, delle prescritte verifiche riferite alla sicurezza sul lavoro e della copertura della rete dati nelle sedi delle COT definitive;

DATO ATTO, ALTRESI', CHE sono stati attivati n. 4 CUP: H24E22000830006 – H74E22002200006 – H54E22001260006 – H44E22001040006 - per gli interventi riferiti alle n. 4 COT in regime di "overbooking" al fine di consentire il tempestivo avvio delle funzioni delle predette strutture provvisorie, nelle more della attivazione delle COT definitive

RITENUTO, in considerazione di quanto sopra premesso e richiamato, per comprovare il raggiungimento del target europeo M6C1-7 previsto nell'ambito del sub-investimento M6C1I1.2.2, 1.2.2.1 COT, in conformità alle specifiche indicazioni regionali fornite con la predetta comunicazione prot.n.33485/2024 del 26/03/2024, che richiede espressamente un provvedimento per: "..., validare il certificato di completamento lavori e manifestare la presenza di COT in overbooking, ove presenti. Tale provvedimento ha lo scopo di mostrare, quindi, l'ultimazione lavori, la presa in consegna e garantire l'avvio dell'operatività delle COT ...", di stabilire quanto di seguito:

- di validare il certificato di ultimazione dei lavori inerente la "Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all'interno dell'ex SS. Annunziata" di Chieti" redatto in data 28 marzo 2024, caricato nel sistema REGIS;
- di validare il certificato di ultimazione dei lavori inerente la "Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all'interno della struttura di Via Spaventa - Lanciano" redatto in data 28 marzo 2024, caricato nel sistema REGIS;
- di validare il certificato di ultimazione dei lavori inerente la "Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all'interno del DSB di San Salvo" redatto in data 28 marzo 2024, caricato nel sistema REGIS;
- di validare il certificato di ultimazione dei lavori inerente la "Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all'interno del PTA di Casoli" redatto in data 28 marzo 2024, caricato nel sistema REGIS;
- di recepire ed approvare il documento tecnico denominato: "Il modello organizzativo regionale delle Centrali Operative Territoriali", che si allega quale parte integrante e

sostanziale del presente atto, Allegato n.1;

- per l'effetto di quanto innanzi precisato, richiamato e descritto, di comunicare l'avvio dell'operatività di n. 4 COT in overbooking, a cui sono riferiti seguenti CUP: H24E22000830006 – H74E22002200006 – H54E22001260006 – H44E22001040006, presso l'ex Ospedale S.S. Annunziata", Via Valignani a Chieti, piano 2, come da planimetria allegato n. 2, nelle more del completamento, dei collaudi, delle prescritte verifiche riferite alla sicurezza sul lavoro e della copertura della rete dati nelle sedi definitive delle COT definitive;

delibera

(per tutti i motivi esplicitati in narrativa e che debbono intendersi per integralmente riportati e trascritti nel presente dispositivo),

- di validare il certificato di ultimazione dei lavori inerente la "Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all'interno dell'ex SS. Annunziata" di Chieti" redatto in data 28 marzo 2024 caricato nel sistema REGIS;
- di validare il certificato di ultimazione dei lavori inerente la "Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all'interno della struttura di Via Spaventa - Lanciano" redatto in data 28 marzo 2024 caricato nel sistema REGIS;
- di validare il certificato di ultimazione dei lavori inerente la "Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all'interno del DSB di San Salvo" redatto in data 28 marzo 2024 caricato nel sistema REGIS;
- di validare il certificato di ultimazione dei lavori inerente la "Realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale all'interno del PTA di Casoli" redatto in data 28 marzo 2024 caricato nel sistema REGIS;
- di recepire ed approvare il documento tecnico denominato: "Il modello organizzativo regionale delle Centrali Operative Territoriali", che si allega quale parte integrante e sostanziale del presente atto, Allegato n.1;
- per l'effetto di quanto innanzi precisato, richiamato e descritto, di comunicare l'avvio dell'operatività di n. 4 COT in overbooking, a cui sono riferiti seguenti CUP: H24E22000830006 – H74E22002200006 – H54E22001260006 – H44E22001040006, presso l'ex Ospedale S.S. Annunziata", Via Valignani a Chieti, piano secondo, come da planimetria allegato n. 2, nelle more del completamento, dei collaudi, delle prescritte verifiche riferite alla sicurezza sul lavoro e della copertura della rete dati nelle sedi definitive delle COT definitive;
- di trasmettere il presente atto per il seguito di rispettiva competenza: al Dipartimento Salute della Giunta Regionale DPF019; all'UOC I.P.M. ASL 02; al RUP; alla UOC Informatica e Reti, nonché al Collegio sindacale;
- di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo in applicazione dell'art.21 quater della L. 7 agosto 1990 n.241;

La presente proposta di deliberazione consta di n. 10 pagine e di n. 2 allegati

Attestazione contabile

Si attesta che il presente atto non dispone costi / investimenti diretti

Il modello organizzativo regionale delle Centrali Operative Territoriali



Sommario

Acronimi	3
1. Premessa: obiettivi del documento	4
2. Le cure di transizione	4
2.1 Definizione di cure di transizione	4
2.2 Le cure di transizione in Regione Abruzzo: esperienze pregresse	4
3. Il modello delle nascenti Centrali Operative Territoriali (COT) della Regione Abruzzo	5
3.1 Obiettivi delle COT	5
3.2 Modello di servizio	5
3.2.1 Ambito di riferimento e governance	5
3.2.2 Target	5
3.2.3 La filiera dei servizi coordinate dalle COT	6
3.2.4 Le forme di integrazione delle COT	6
3.2.4.1 COT-116117	6
3.2.4.2 COT e cure domiciliare distrettuali	6
3.2.4.3 COT e PUA	6
3.2.4.5 COT e Centrale 118	7
3.2.4.6 Altre integrazioni	7
3.2.5 Flussi e percorsi	7
3.2.5.1 Transizione da ospedale a territorio (dimissione protetta)	8
3.2.5.2 Transizione da territorio a ospedale	14
3.2.5.3 Transizione da territorio a territorio	16
3.3 Le funzioni della COT	20
3.4 Condizioni organizzative	20
3.4.1 Collocazione fisica	20
3.4.2 Personale	20
3.4.3 Gli strumenti della COT	21
3.4.4 Requisiti e condizioni abilitanti al funzionamento della COT	21
3.5 Sistema di monitoraggio	23
4. Appendice	23
4.1 Il PNRR e la Missione 6	23
4.2 Il PUA	24
4.3 La dimissione protetta	25
4.4 Le Unità di Continuità Assistenziale (UCA)	25
4.5 Il servizio di Order Entry	25
4.6 Requisiti specifici dei sistemi informatici	26
5. Norme e documenti di riferimento	27
6. Bibliografia e sitografia	27

Acronimi

APP	Applicazione
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ATS	Ambiti Territoriali Sociali
BRASS	Blaylock Risk Assessment Screening Score
CAD	Codice dell'Amministrazione Digitale
CdC	Case della Comunità
CDR	Clinical Data Repository
COT	Centrale Operativa Territoriale
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
GDPR	General Data Protection Regulation
IFoC	Infermiere di Famiglia o Comunità
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS	Livelli Essenziali di Prestazioni
MCA	Medico di Continuità Assistenziale
MMG	Medico di Medicina Generale
NEA	Numero Europeo Armonizzato
OdC	Ospedale di Comunità
PAI	Progetto Assistenziale Individualizzato
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PGHD	Patient Generated Health Data
PIC	Presa In Carico
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PUA	Punto Unico di Accesso
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SVAMA	Scheda Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale
AgiCot	Agenzia di Integrazione Continuità Ospedale-Territorio
NAIOT	Nucleo Assistenziale Integrato Ospedaliero Territoriale
ATS	Ambito Territoriale Sociale

1. Premessa: obiettivi del documento

Il presente documento intende delineare il modello delle Centrali Operative Territoriali (COT) per la Regione Abruzzo, in attuazione delle misure previste nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e di quanto specificato nel Decreto Ministeriale 77/2022. I contenuti di questo documento riflettono e interpretano le disposizioni dei documenti menzionati e sono in stretta connessione con gli investimenti previsti nella DGR 263/2022 con la quale la Regione Abruzzo ha approvato il Contratto Istituzionale di Sviluppo e il Piano Operativo Regionale e in relazione alla Missione 6 - Salute (componenti M6C1 e M6C2) del PNRR e con il Piano dell'Assistenza Territoriale della Regione Abruzzo, approvato con la DRG. n. 773 del 13/12/2022.

L'obiettivo di questo documento è di identificare il modello di funzionamento delle COT definendone caratteristiche, funzioni e i processi su cui saranno chiamate ad intervenire. Tali modelli saranno adottati dalle quattro aziende sanitarie locali abruzzesi garantendo sia un'interpretazione armonica delle direttive nazionali, sia la coerenza con le strategie di programmazione che hanno caratterizzato precedentemente l'assistenza territoriale in Abruzzo, con l'obiettivo ultimo di garantire le migliori condizioni possibili di equità nell'accesso alle cure, tempestività e qualità degli interventi a beneficio della popolazione assistita.

In particolare, nel paragrafo 2 è esplicitato lo stato dell'arte sulle cure di transizione in Regione Abruzzo e il paragrafo 3 delinea le caratteristiche della COT esplicitandone il modello di servizio, le funzioni e le condizioni organizzative. Infine, in appendice sono riportate *flowchart* e casi d'uso che sintetizzano i processi di transizione in cui la COT interviene e alcuni elementi di approfondimento che possono agevolare la lettura del documento.

2. Le cure di transizione

2.1 Definizione di cure di transizione

Le cure di transizione sono «azioni limitate nel tempo, progettate per assicurare il coordinamento e la continuità tra livelli e/o *setting* di cura anche di complessità differenti all'interno di una o più strutture di offerta, dalle cure primarie fino a quelle ultra specialistiche» (Naylor et al., 2011; Coleman, 2003). Come conferma anche la letteratura, le cure di transizione intervengono per gestire ed evitare i problemi di transito tra *setting* e/o livelli di cura, che hanno a che fare, in particolare, con target di popolazione di una certa complessità (non sempre e non solo sanitaria) che spesso richiedono interventi personalizzati e integrazione di servizi che fanno capo a diverse strutture e professionisti (Ferrara et al, 2023).

2.2 Le cure di transizione in Regione Abruzzo: esperienze pregresse

Le cure di transizione in Regione Abruzzo sono principalmente state gestite attraverso le dimissioni protette e tramite il PUA (in Regione prima del 2020 non erano attive esperienze di COT).

Si segnala inoltre che, a partire dal 2020, sono state attivate due iniziative sperimentali finalizzate alla gestione delle transizioni. La prima esperienza è quella delle Unità di Coordinamento Territoriale (UCAT), attivate a livello aziendale nell'ambito delle iniziative di risposta all'emergenza da COVID-19; la funzione prioritaria assegnata alle UCAT era di coordinare sia la rete di assistenza territoriale (assicurata da SIS, MMG, PLS, USCA e continuità assistenziale) sia l'implementazione dei sistemi di sorveglianza sanitaria. Ne è stata attivata una per Azienda Sanitaria Locale, con bacino di utenza di riferimento corrispondente all'intera popolazione di assistiti dell'ASL.

La seconda esperienza è quella relativa alla creazione presso l'ASL di Teramo di un'Agenzia di Integrazione e Continuità Ospedale-Territorio (AgICOT) che, a livello distrettuale, ha agito in sinergia con il PUA, l'UVM e il NAIOT con una funzione di coordinamento, classificando il bisogno sanitario e sociosanitario, attivando le risorse più appropriate della rete e monitorando i percorsi attivati.

L'attività dell'AgiCOT si è concentrata sul target degli anziani fragili, in quanto rappresentativi di una complessità socio-sanitaria, con l'obiettivo di garantire continuità nella presa in carico degli anziani fragili nel passaggio tra *setting* assistenziali.

3. Il modello delle nascenti Centrali Operative Territoriali (COT) della Regione Abruzzo

3.1 Obiettivi delle COT

L'obiettivo generale delle COT è quello di garantire un'efficace presa in carico e la continuità delle cure anche nei passaggi da un *setting* assistenziale all'altro, semplificando il raccordo tra le strutture, i *setting* e i livelli di cura della rete territoriale. In tal senso, la COT sarà responsabile di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, rappresentando il collegamento operativo tra i servizi erogati da tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie che agiscono sul territorio e gli utenti destinatari.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi 7 giorni su 7 attraverso funzioni specifiche esplicitate nel paragrafo 3.3.

La realizzazione delle COT rappresenta uno degli obiettivi fissati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), all'interno della Missione 6 Salute (cfr. Appendice).

3.2 Modello di servizio

Le COT sono responsabili di attivare, organizzare, monitorare e tracciare la presa in carico e le eventuali transizioni tra *setting*, strutture e/o livelli assistenziali diversi che dovessero rendersi necessarie.

Nei paragrafi successivi sono esplicitati: ambito di riferimento e governance delle COT, target, filiera dei servizi, flussi e percorsi su cui interverranno.

3.2.1 Ambito di riferimento e governance

Saranno attivate Centrali Operative Territoriali aziendali distribuite e organizzate sul territorio secondo un modello *hub and spoke*; le COT aziendali saranno chiamate a intervenire nella gestione delle transizioni con riferimento all'intero bacino di utenza delle ASL.

Tutte le COT saranno tra loro collegate in rete.

La responsabilità organizzativa delle COT è affidata al Direttore del Distretto. Per ognuna delle COT aziendali e delle equipe territoriali previste a livello distrettuale è identificato un coordinatore infermieristico con la responsabilità del funzionamento della COT e della gestione del personale.

In considerazione della determina 06/DPF020 DEL 17.01.2023¹, che istituisce il Gruppo di Coordinamento della Rete Territoriale, nell'ambito delle attività inerenti l'"implementazione delle Centrali Operative Territoriali", saranno condotte delle riunioni periodiche finalizzate a: a) monitorare il livello di implementazione delle COT aziendali; b) monitorare e verificare le attività svolte dalle COT, individuando indicatori di performance condivisi che consentano tale verifica periodica; b) promuovere attività di *benchlearning* allo scopo di favorire lo scambio di esperienze e il confronto tra i professionisti coinvolti nelle cure di transizione. A questo gruppo di lavoro (e tavolo permanente di confronto e implementazione) partecipano i componenti delle COT (almeno un referente per ciascuna COT), i Direttori di Distretto, i rappresentanti del Dipartimento Sanità della Regione, ulteriori referenti delle ASL identificati su specifiche tematiche.

3.2.2 Target

Le attività delle COT avranno come target principale e prioritario tutti gli assistiti del proprio territorio con bisogni sanitari e sociosanitari complessi, per i quali il passaggio da un *setting* assistenziale

¹ " D.G.R. n. 773 del 13/12/2022 – Piano dell'Assistenza Territoriale - Istituzione di un Gruppo di Coordinamento della Rete Territoriale per la formulazione di indirizzi condivisi su modelli organizzativi, protocolli e percorsi di presa in carico ospedale-territorio-domicilio."

all'altro risulta difficile per questioni di coordinamento tra professionisti, strutture e tempistiche di attivazione dei servizi.

3.2.3 La filiera dei servizi coordinate dalle COT

La filiera dei servizi che le COT sono chiamate a coordinare include:

- Strutture ospedaliere;
- Strutture intermedie (ospedali di comunità, strutture riabilitative, hospice, RSA, ecc.);
- Servizi di assistenza domiciliare.

Ad integrazione di questa filiera, le COT potranno avere come interlocutori anche i servizi sociali, gli ATS, nonché gli enti e i servizi del terzo settore.

Le COT, qualora la transizione non possa essere attuata nello stesso ambito territoriale, hanno la possibilità di indirizzare e ricevere richieste a/ da servizi Order Entry (cfr. Appendice) di altre COT operanti in altri ambiti territoriali della stessa Azienda o afferenti ad altre aziende, eventualmente anche di altre Regioni.

3.2.4 Le forme di integrazione delle COT

La COT si inserisce in un ecosistema di servizi sanitari ospedalieri e territoriali con cui deve essere prevista un'integrazione. In particolare, l'integrazione con alcuni dei servizi delineati nel DM77 risulta essenziale.

3.2.4.1 COT-116117

Il numero unico Nazionale ed Europeo 116117 (NEA) svolge una funzione di ideale coordinamento unitario a cui tendere ed è stato progettato con lo scopo di facilitare l'accesso dei cittadini alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità e priorità di cura, in raccordo con:

- il servizio di continuità assistenziale;
- il servizio di emergenza-urgenza;
- COT, PUA, UVM e Case della Comunità;

L'integrazione tra COT, PUA, UVM, Case della Comunità e il numero unico Nazionale ed Europeo 116117 (NEA) permette di attivare un sistema di ricomposizione dell'offerta di servizi, con il fine di consentire l'analisi del bisogno, l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi territoriali, incrementando la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Le segnalazioni del 116117 alla COT, per i casi che esprimono un bisogno sanitario e sociosanitario complesso, attivano quest'ultima che informerà il MMG/PLS dell'assistito e gli altri professionisti (Servizio di Cure Domiciliari, qualora il paziente sia stato preso in carico dall'ADI) e/o richiederà una valutazione del PUA per una eventuale presa in carico, facendo sì che l'utente sia indirizzato al servizio che meglio risponde al suo bisogno, migliorando così l'appropriatezza organizzativa e riducendo gli accessi impropri ai servizi.

3.2.4.2 COT e cure domiciliare distrettuali

Le COT saranno collegate ai Servizi di cure domiciliari distrettuali mediante le piattaforme e gli applicativi aziendali oltreché attraverso canali e-mail e telefonici.

Le COT e i servizi di cure domiciliari distrettuali nei casi in cui condividono la stessa sede (distretto), possono, grazie alla vicinanza spaziale, condividere le risorse e know-how, consentendo ad entrambe le parti di interagire e coordinarsi frequentemente, attivare sinergie e finanche di essere eventualmente funzionalmente integrate.

3.2.4.3 COT e PUA

Nell'ambito del riordino dell'assistenza sanitaria territoriale il PNRR prevede, all'interno delle Case della Comunità *Hub* e di quelle *Spoke* distrettuali, sia il PUA che l'UVM (cfr. Appendice).

Si segnala che il Piano Nazionale degli interventi sociali del 2021-2023 rilancia i PUA, quali Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, e in una specifica scheda tecnica ne declina dettagliatamente funzioni e modalità organizzative (cfr. Appendice).

Il PUA ha un ruolo attivo nel sistema integrato dei servizi alla persona, la collaborazione e l'avvicendamento tra i servizi del PUA e della COT sono necessari per assicurare la completezza della gestione del processo, in cui il PUA predispone l'iter amministrativo, sociale e sanitario dei servizi necessari alla persona in funzione della richiesta di assistenza pervenuta, mentre la COT garantisce il passaggio tra strutture/ servizi/livelli, il monitoraggio dei tempi di realizzazione e la connessione con gli altri attori del percorso.

L'integrazione tra PUA e COT rafforza la funzione di coordinamento e integrazione della rete dei servizi locali gestita dai distretti sanitari ai sensi degli artt. 3-quater, 3-quinquies e 3-sexies del D.Lgs. 502/1992 per garantire i LEA territoriali previsti dal DPCM 12 gennaio 2017.

3.2.4.5 COT e Centrale 118

Dovrà essere assicurata una integrazione puramente relazionale con la Centrale 118, in merito alla condivisione di dati/informazioni quali: postazioni medicalizzate e non, presenti sul territorio, volumi di chiamate /interventi effettuati.

3.2.4.6 Altre integrazioni

Le COT saranno funzionalmente integrate:

- ai Servizi di cure domiciliari distrettuali;
- alle istituende Case della Comunità;
- ai Servizi/postazioni di continuità assistenziale;
- alle piattaforme e agli applicativi aziendali.

Infine, le COT potranno essere messe in collegamento con la c.d. Piattaforma Regionale di Telemedicina, tramite le quali sarà possibile attivare, da parte delle COT, il servizio di telemonitoraggio.

3.2.5 Flussi e percorsi

La COT assicura:

- le transizioni dall'Ospedale verso il Territorio;
- le transizioni dal Territorio verso l'Ospedale;
- le transizioni dal Territorio verso il Territorio.

In questo senso, il processo gestito e agevolato dalla COT può essere di tipo *step up* (dal territorio all'ospedale) o di tipo *step down* (dall'ospedale al territorio).

Nella transizione *step-down*, l'obiettivo è quello di accompagnare le dimissioni dei pazienti (potenziali pazienti *bed blocker*) verso la presa in carico presso i servizi e *setting* di cure intermedie più appropriati a ciascun caso.

La COT è un servizio «interno» attivabile da diverse strutture di offerta (ad esempio, gli ospedali) o da professionisti sanitari, ma non dal paziente. 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:

- medici di medicina generale (MMG);
- pediatri di libera scelta (PLS);
- medici di continuità assistenziale;
- medici specialisti ambulatoriali interni;
- professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali;
- professionisti sanitari presenti nei servizi distrettuali;
- personale delle strutture di ricovero intermedie;
- personale delle strutture di ricovero residenziali e semiresidenziali;
- assistenti sociali.

L'attivazione delle transizioni e delle tipologie di percorso gestite tramite le transizioni da parte delle COT verrà realizzata in ogni singola azienda in modo graduale nel corso del 2024, dando priorità alle transizioni ospedale territorio.

3.2.5.1 Transizione da ospedale a territorio (dimissione protetta)

Il processo di transizione del paziente dal *setting* ospedaliero a quello territoriale sarà gestito dalle COT.

Il percorso può prevedere:

- il rientro a casa e la presa in carico da parte del MMG/PLS, che a loro volta possono richiedere l'intervento delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA);
- il ricovero in Ospedale di Comunità;
- il ricovero in *Hospice*;
- il ricovero in strutture residenziali;
- l'attivazione dell'ADI;
- il coinvolgimento del servizio sociale territoriale.

La pianificazione della dimissione protetta (cfr. Appendice) prevede una gestione multidisciplinare, che si attiva prima del momento della dimissione, così da riuscire a indirizzare i pazienti verso il percorso clinico più appropriato.

La dimissione sarà comunicata alla COT e il paziente fragile sarà affidato all'infermiere *case manager* che si occupa dell'efficace presa in carico del suo caso; la COT, invece, è responsabile di realizzare efficacemente la transizione del paziente dal *setting* ospedaliero a quello territoriale.

In via sperimentale, per quei pazienti che necessitino di una continuità domiciliare delle cure nel periodo che intercorre tra la dimissione e una corretta pianificazione delle cure da parte del MMG/PLS, su richiesta dei medici di Pronto Soccorso e ospedalieri, potranno essere attivate le UCA (cfr. Appendice),

Queste potranno essere attivate tramite le istituende COT o secondo diversa disposizione delle Aziende Sanitarie Locali.

Attivazione della COT

- Nelle prime fasi del ricovero ospedaliero i clinici valutano la probabile necessità di dimissione protetta del paziente. Si precisa che l'U.O. può richiedere l'intervento della COT anche per la dimissione di pazienti che non manifestano bisogni clinico assistenziali complessi, che possono essere riammessi al proprio domicilio: in tal caso la comunicazione al MMG/PLS è mediata dalla COT.
- La struttura ospedaliera comunica tempestivamente alla COT la possibile dimissione protetta del paziente. Le informazioni veicolate sono esclusivamente quelle necessarie a garantire la continuità delle cure e ad attivare il percorso assistenziale più idoneo.
- La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di transizione, prendendola in carico.
 - La COT, se necessario, attiva l'UVM (o altri soggetti preposti alla valutazione, es. unità di valutazione delle cure palliative) richiedendo la valutazione del caso e ne monitora le tempistiche;
- La COT, nel caso di pazienti dimessi con valutazione della UVM e con PAI/PRI, pianifica e gestisce la transizione verso il *setting* assistenziale individuato (es. ADI, OdC, struttura riabilitativa, Hospice, RSA, ecc.) in accordo con il *case manager* della struttura ospedaliera. A tal fine, la COT si avvale della mappatura sempre aggiornata di tutti i servizi disponibili della rete territoriale e della possibilità di prenotare il posto letto. Valuta le disponibilità attraverso la consultazione della piattaforma web regionale dei posti letto² disponibili (nella quale dovranno essere inserite anche le strutture private contrattualizzate e accreditate, se previste dagli accordi).

² Al fine di consentire alla COT la conoscenza dei dati in tempo reale, le strutture sono tenute ad aggiornare il portale costantemente.

Preparazione della transizione

La COT è responsabile della preparazione della transizione ospedale – territorio, mediante lo svolgimento di queste funzioni:

- individua la struttura/servizio di destinazione idonea per il caso specifico;
- prenota la struttura/servizio territoriale di destinazione;
- comunica la transizione ai professionisti responsabili della presa in carico;
- coordina tutte le attività necessarie al trasferimento;
- registra le informazioni relative al trasferimento;
- notifica UVM (o altri soggetti preposti alla valutazione, es. unità di valutazione delle cure palliative), MMG/PLS e gli Ambiti Territoriali Sociali in merito ai servizi già attivi sul paziente.

La struttura/servizio territoriale di destinazione:

- conferma la disponibilità alla presa in carico;
- si interfaccia con la COT per attuare la transizione.

Realizzazione della transizione

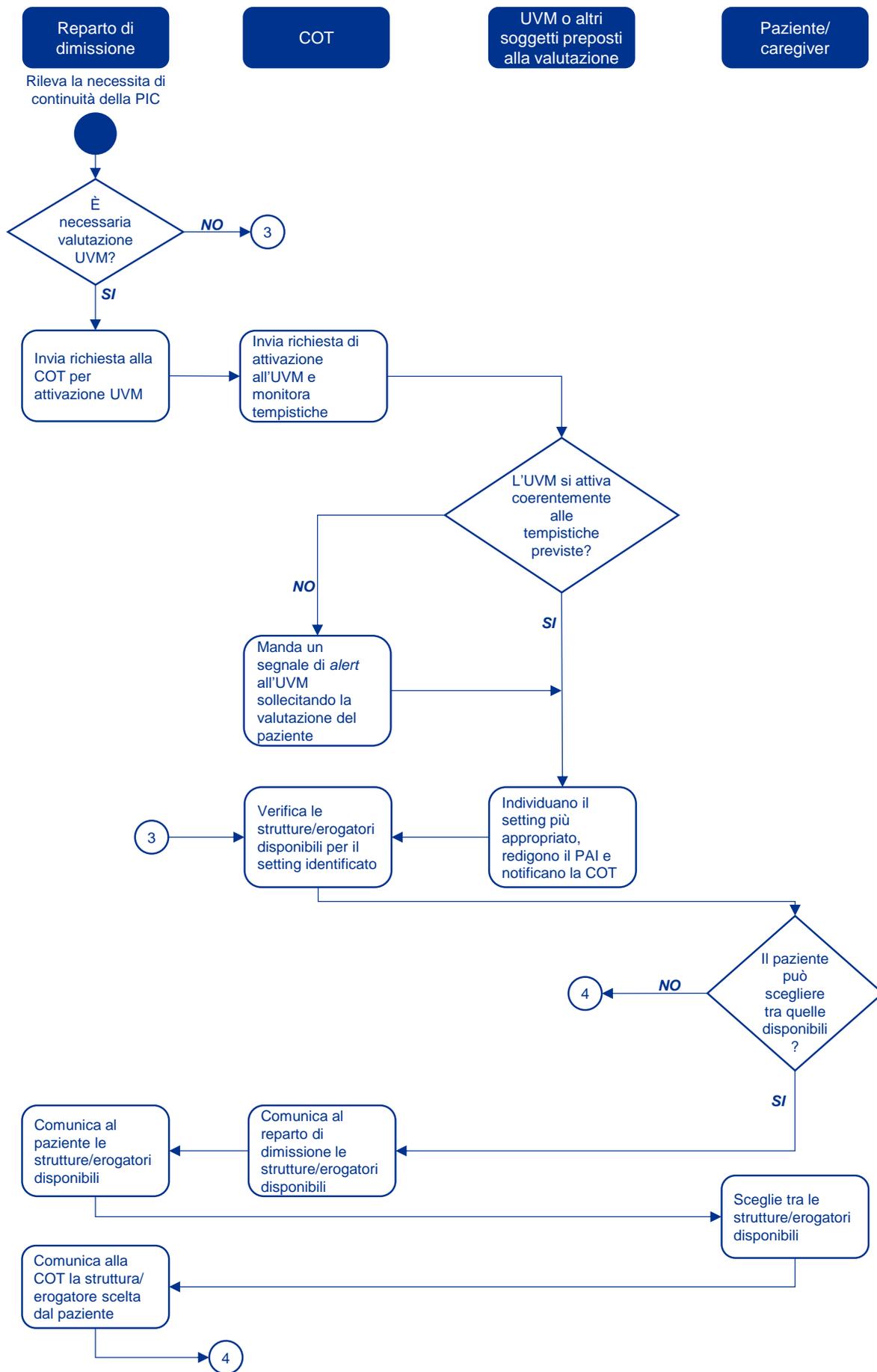
La COT, al fine di realizzare la transizione ospedale – territorio:

- organizza la dimissione da ospedale al *setting* territoriale di destinazione attivando e organizzando i servizi necessari;
- attiva i professionisti e referenti necessari per la corretta presa in carico del paziente;
- verifica l'avvenuta dimissione;
- verifica l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/struttura territoriale preposto;
- monitora il completamento della transizione;
- supporta la risoluzione di eventuali problematiche;
- notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione.

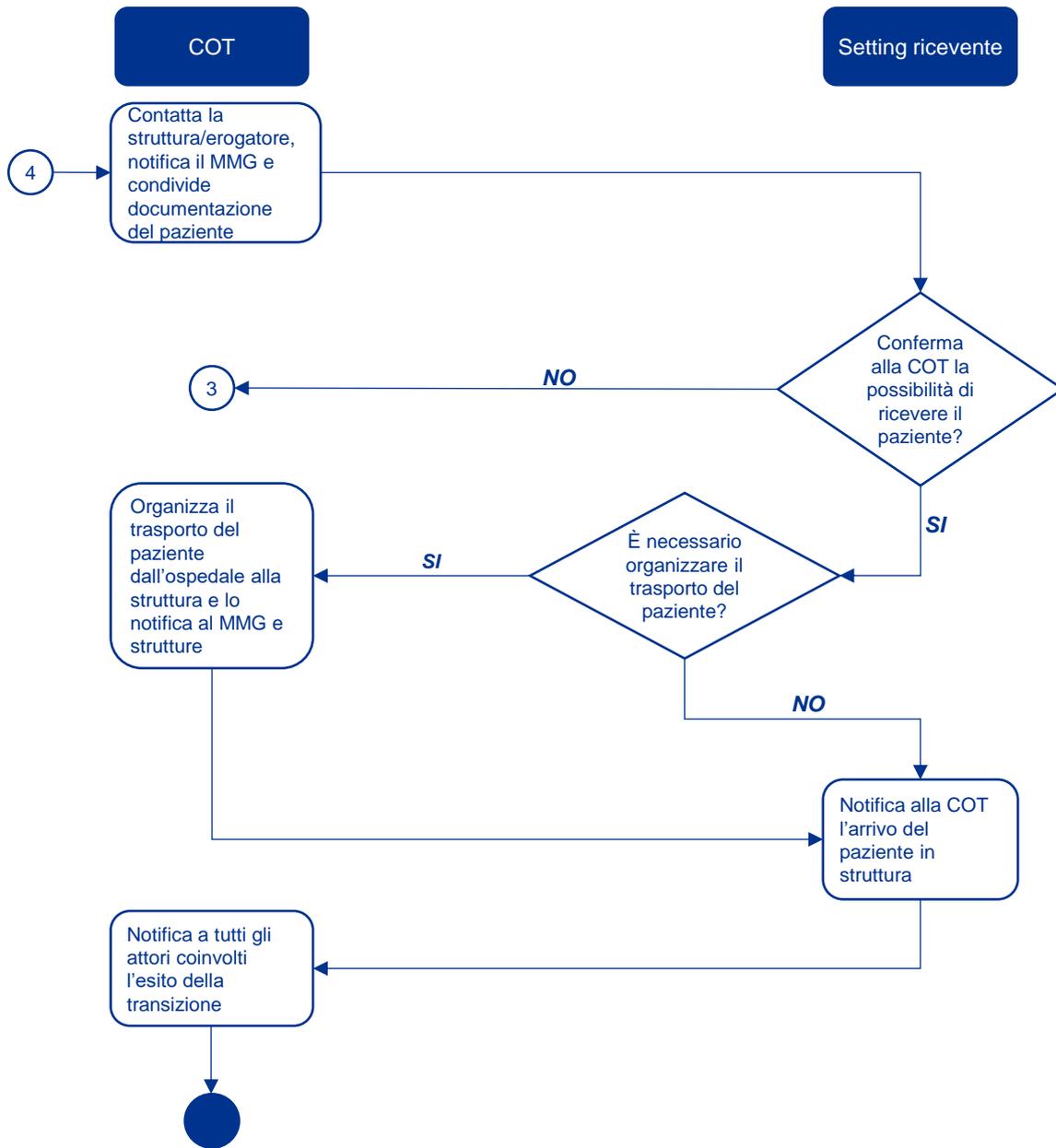
La struttura/servizio territoriale di destinazione:

- prende in carico il paziente;
- comunica con il paziente e la sua famiglia.

MACRO TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO con UVM PT.1

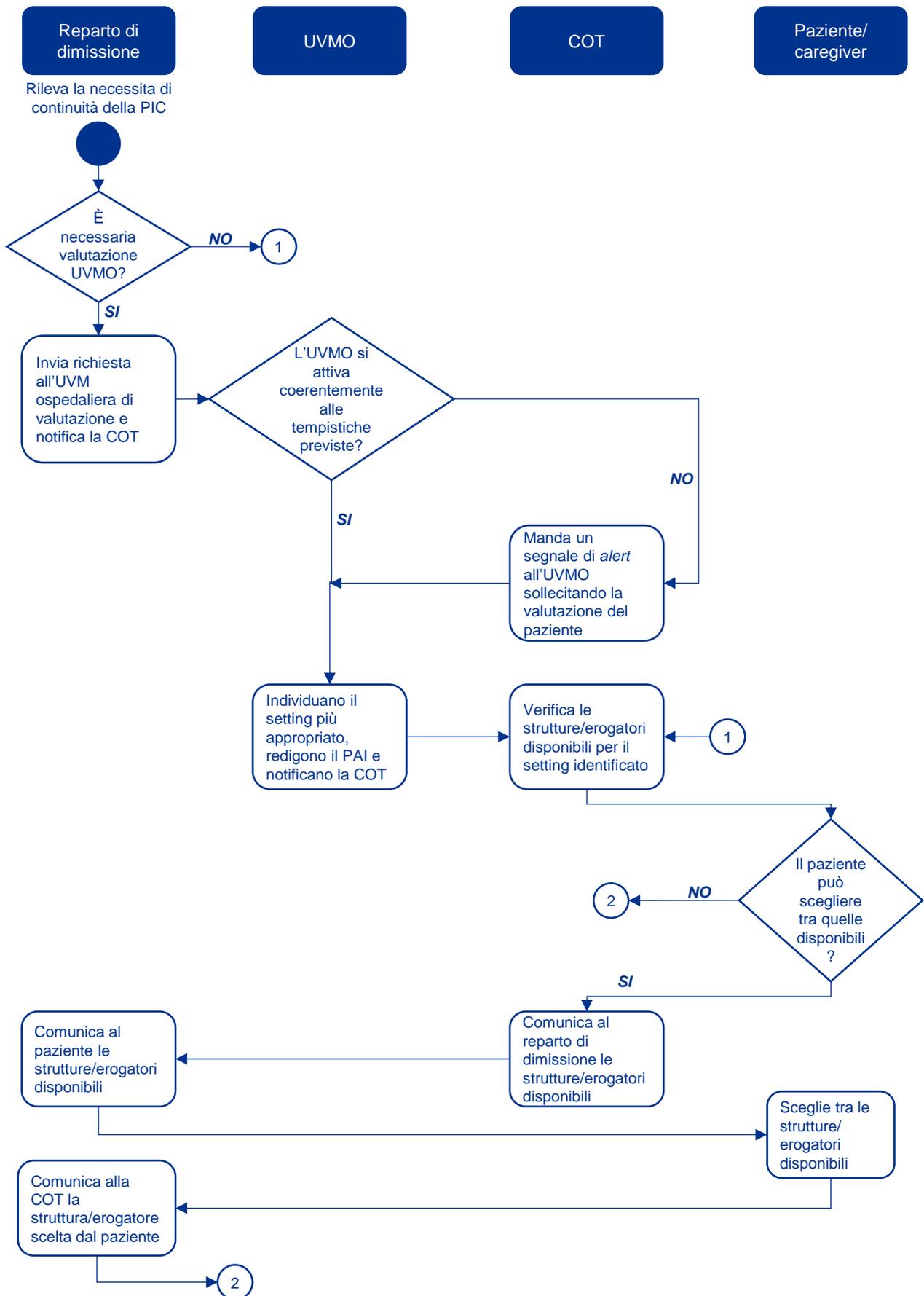


MACRO TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO con UVM PT.2

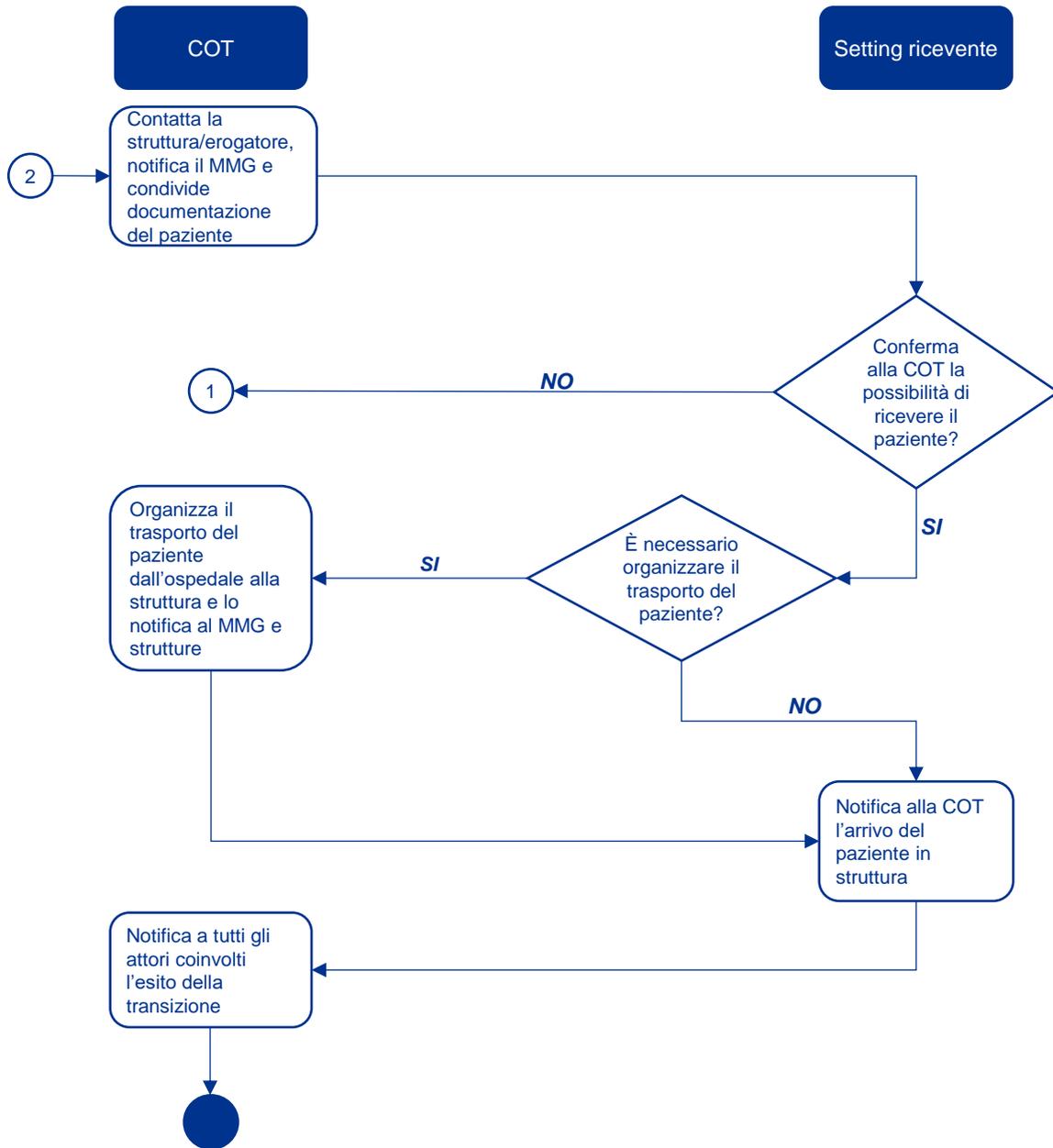


Qualora nel contesto aziendale siano già state avviate sperimentazioni o implementate le Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera, la transizione Ospedale – Territorio potrà seguire la seguente procedura.

MACRO TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO con UVMO PT.1



MACRO TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO con UVMO PT.2



3.2.5.2 Transizione da territorio a ospedale

Il passaggio dal *setting* territoriale a quello ospedaliero è determinato dall'insorgere di un bisogno clinico-assistenziale a cui non è possibile dare risposta presso il *setting*/la struttura territoriale (es. ADI, RSA...) in cui è preso in carico il paziente; la transizione si svolge in modalità protetta, agevolata dalla COT.

Nel caso in cui, invece, a seguito dell'insorgere di un bisogno clinico-assistenziale, un paziente abbia necessità di una prima presa in carico presso un *setting* ospedaliero, il MMG/PLS, il medico specialista responsabile del caso predispose le condizioni per il ricovero senza intermediazione della COT.

Attivazione della COT

Il ricovero può essere richiesto dal MMG/PLS o dai medici che hanno in carico il paziente (sempre in accordo con il MMG/PLS responsabile del caso), mentre la prescrizione è effettuata esclusivamente MMG/PLS su ricettario del SSN e poi inviata alla COT.

La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche e, se necessario, richiede ulteriori informazioni rispetto al caso clinico e procede alla presa in carico del caso.

Preparazione della transizione

Nella fase di preparazione la COT:

- identifica il *setting* di destinazione più idoneo al caso;
- accede alle liste di attesa delle strutture ospedaliere idonee al caso e propone al medico richiedente la struttura disponibile;
- ricevuto il riscontro affermativo sulla struttura proposta da parte del medico che ha in carico il paziente, fissa l'appuntamento concordato all'interno dell'agenda ospedaliera;
- acquisisce la richiesta dal MMG/PLS per il trasporto in ambulanza, richiede l'autorizzazione al distretto di competenza e attiva il mezzo idoneo.

La struttura ospedaliera di destinazione:

- conferma la disponibilità alla presa in carico;
- si interfaccia con la COT per attuare la transizione.

Realizzazione della transizione

La COT dunque procede:

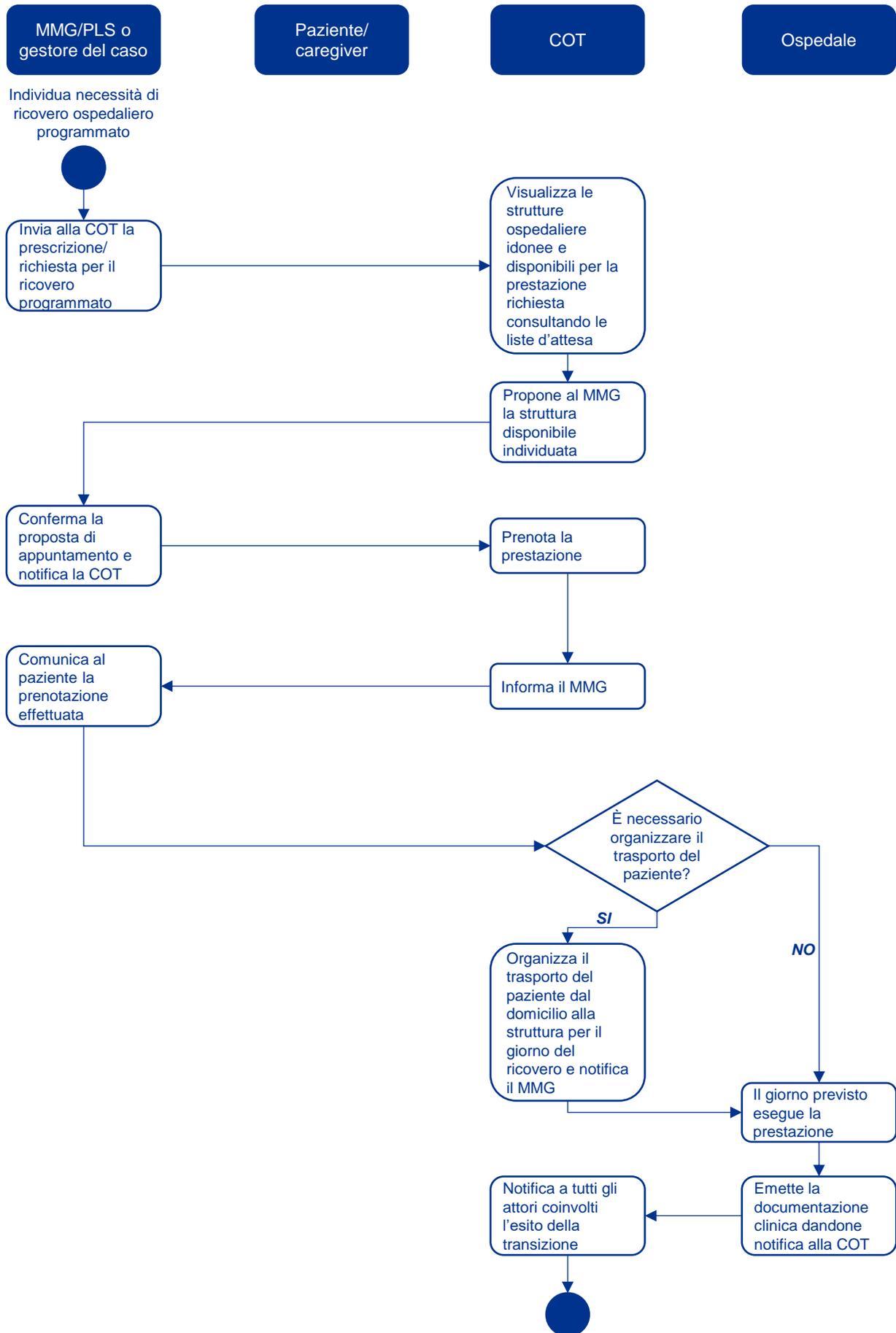
- all'organizzazione della transizione dal territorio alla struttura ospedaliera individuata;
- al tracciamento della transizione verso la struttura ospedaliera e alla registrazione del relativo esito;
- monitora la transizione, interviene nella soluzione di eventuali problematiche e comunica l'esito a tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura.

La struttura ospedaliera di destinazione:

- prende in carico il paziente;
- comunica con il paziente e la sua famiglia.

In seguito, la struttura ospedaliera che ha effettuato la prestazione/ricovero, notifica la dimissione alla COT mediante l'interconnessione informatica e, nei casi specifici, richiede supporto per la dimissione protetta verso una nuova presa in carico nel *setting* territoriale più idoneo (cfr. Transizione Ospedale Territorio).

MACRO TRANSIZIONE TERRITORIO – OSPEDALE



3.2.5.3 Transizione da territorio a territorio

Le esigenze di cura e assistenza di un paziente seguito in strutture territoriali possono mutare e richiedere il trasferimento verso un diverso *setting* del medesimo ambito territoriale. In questo caso il medico responsabile del caso attiva la COT che si occupa di gestire la transizione del paziente dall'attuale *setting*/struttura al nuovo *setting*/struttura territoriale.

Nel caso in cui, invece, a seguito dell'insorgere di un bisogno di natura clinico-assistenziale, un paziente abbia necessità di essere preso in carico per la prima volta, seguirà le normali procedure aziendali che prevedono l'interfaccia con il MMG/PLS e/o il PUA. Le procedure aziendali potranno prevedere l'interfaccia PUA –COT per la gestione di determinate casistiche.

Attivazione della COT

Il processo parte dall'individuazione di un nuovo bisogno di natura clinico-assistenziale secondo l'indicazione del MMG/PLS o di chi ha in gestione il caso presso una struttura o un *setting* territoriale (previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso). Il medico allerta la COT, informa successivamente il paziente/*caregiver* della avvenuta richiesta e, nel caso di pazienti in assistenza domiciliare, richiede una nuova Valutazione Multidimensionale per la modifica e/o integrazione del PAI/PRI (notificando la COT nel contempo); a seguito della suddetta rivalutazione l'UVM comunica alla COT il nuovo *setting* identificato come idoneo per il caso in questione e trasmette il PAI/PRI al MMG/PLS, al servizio di cure domiciliari o altra struttura. La COT, ricevuta la nuova richiesta, la prende in carico preparando l'avvio della transizione.

Preparazione della transizione

La COT, al fine di preparare la transizione:

- individua la struttura/*setting* (operatore) di destinazione più idonea/o per il caso specifico;
- verifica la disponibilità del *setting* idoneo e propone al richiedente quanto disponibile;
- prenota la struttura/*setting* territoriale di destinazione;
- comunica la transizione ai professionisti responsabili della presa in carico;
- pianifica la transizione;
- notifica la transizione e trasmette le informazioni utili a gestirla, al soggetto richiedente e a tutti gli altri professionisti coinvolti nel percorso clinico assistenziale;
- coordina la transizione.

La struttura/servizio territoriale richiedente:

- riceve la comunicazione del *setting* individuato;
- conferma/approva la proposta ricevuta (anche interfacciandosi con *caregiver*, paziente);
- riceve la notifica di tutti gli aspetti organizzativi e logistici della transizione;
- mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia, accompagnandolo nella transizione.

La struttura/servizio territoriale di destinazione:

- conferma la disponibilità alla presa in carico;
- si interfaccia con la COT per attuare la transizione.

Realizzazione della transizione

La COT organizza e monitora la transizione e verifica che il primo accesso alla struttura di destinazione o al domicilio sia avvenuto secondo quanto programmato, dandone comunicazione a tutti i professionisti coinvolti nella presa in carico.

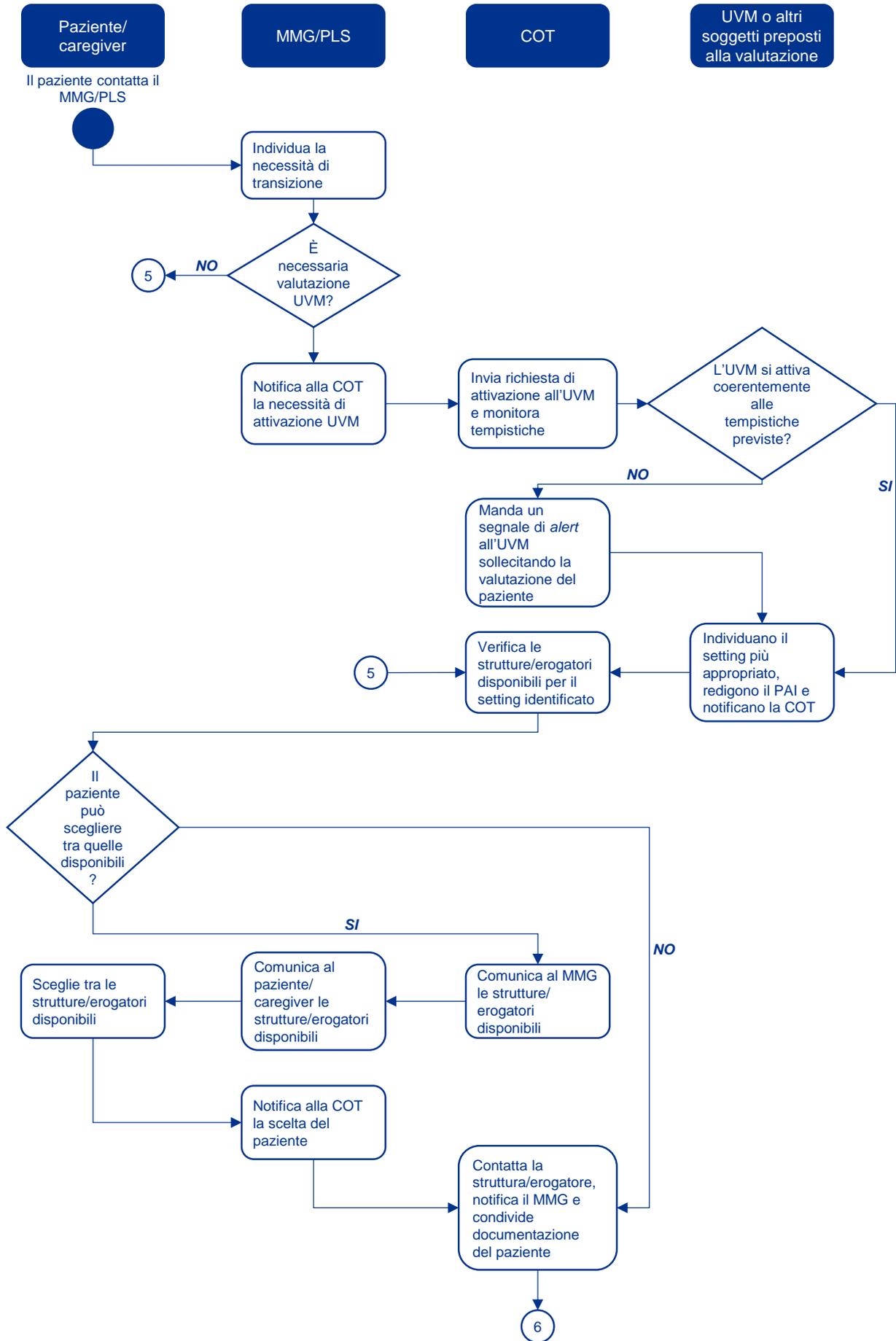
La COT:

- coordina la transizione nelle sue varie fasi;
- verifica la tempistica del primo accesso del paziente nella sede di destinazione;
- verifica la corretta presa in carico del paziente;
- interviene nella risoluzione di eventuali criticità;
- notifica ai professionisti coinvolti l'esito della transizione.

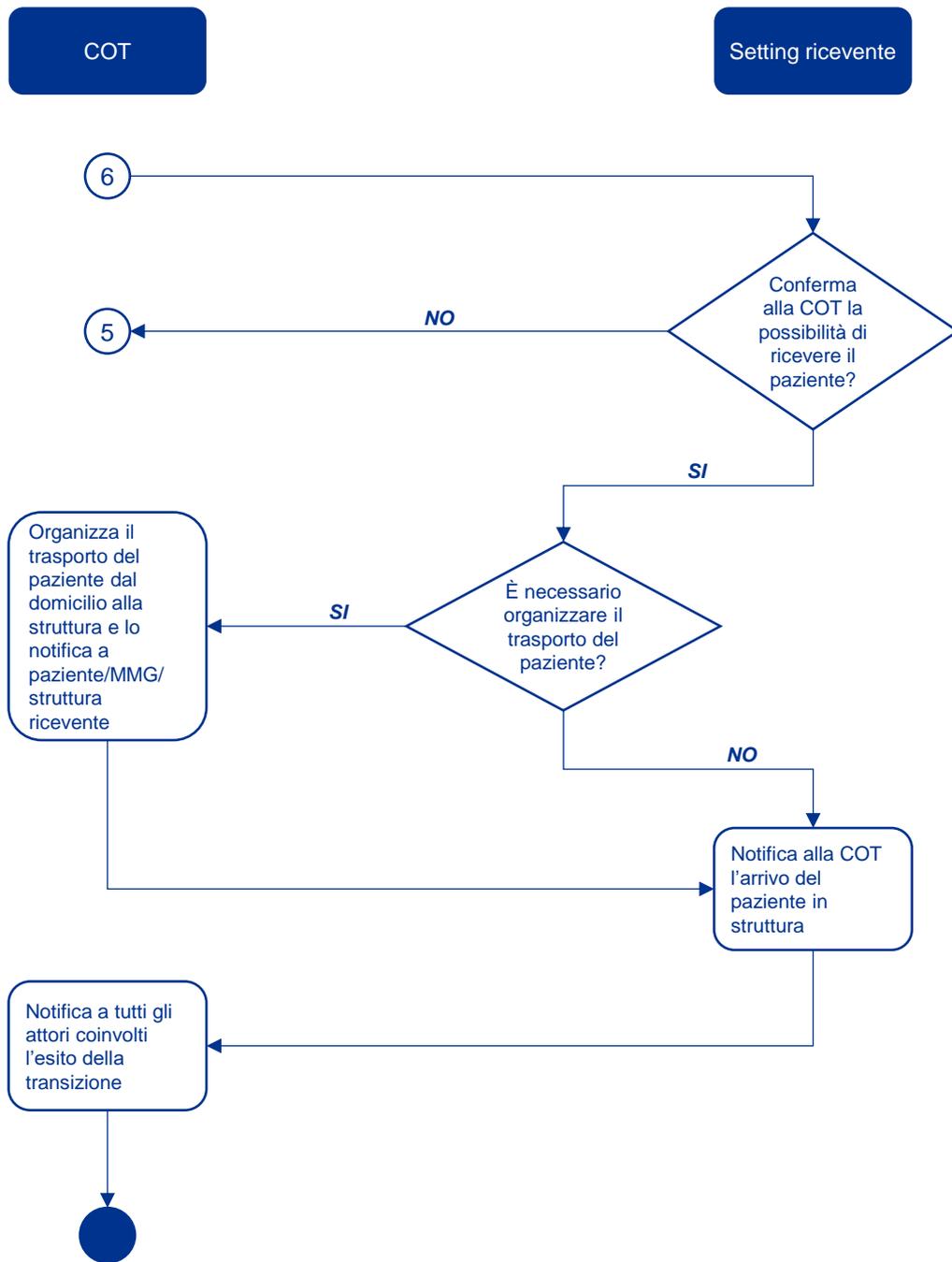
La struttura/servizio territoriale di destinazione:

- prende in carico il paziente;
- comunica con il paziente e la sua famiglia.

MACRO TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO PT.1



MACRO TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO PT.2



3.3 Le funzioni della COT

La COT assolve alle funzioni di:

- mappatura dei servizi presenti sul territorio di competenza, mediante l'accesso alla piattaforma web della Regione Abruzzo, che rende visibili i posti letto delle strutture ospedaliere e territoriali, residenziali e semiresidenziali (l'aggiornamento in tempo reale della piattaforma è una responsabilità delle medesime strutture);
- coordinamento tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (transizione tra *setting*: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione /dimissione per trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento degli interventi, dei soggetti e delle risorse della rete assistenziale;
- prenotazione dei posti disponibili presso strutture, *setting* e servizi, al fine di garantire la transizione;
- tracciamento delle transizioni tra diversi *setting*;
- verifica e garantisce l'effettiva presa in carico della persona;
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (*Case Manager*, MMG, PLS, MCA, ecc.);
- integrazione con i servizi di cure domiciliari distrettuali (In base al modello adottato dalle Aziende Sanitarie Locali);
- monitoraggio delle tempistiche di attivazione dei servizi e delle eventuali liste di attesa per l'accesso alle strutture.

Si precisa che la COT si occupa del coordinamento della presa in carico nel passaggio tra strutture, *setting* servizi e livelli assistenziali, lasciando ai professionisti sanitari la gestione delle attività assistenziali e cliniche. La COT non fa la presa in carico dei pazienti: ricevuta la richiesta vengono consultate le fonti informative a disposizione ed eventualmente si contattano i professionisti/servizi che potrebbero essere a conoscenza del caso. Le risposte all'utente sono erogate sulla base di una UVM e di un piano di cura, devono essere tempestive e verso il *setting* appropriato.

3.4 Condizioni organizzative

3.4.1 Collocazione fisica

Il DM77/22 indica come standard la costituzione di 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti, mentre il numero di Centrali da attivare previste dal PNRR, come target minimo per l'Abruzzo, è di 13 strutture distribuite territorialmente nei distretti sanitari delle quattro Aziende Sanitarie Locali.

3.4.2 Personale

Le COT necessitano di diverse figure professionali, adeguatamente formate e predisposte all'integrazione multi-professionale. La composizione e la numerosità di personale operante nelle COT (e delle sue emanazioni territoriali) dovrebbe tener conto delle attività previste e del bacino di utenza.

Il DM77/22 indica per una COT standard la seguente dotazione di professionisti:

- 1 Coordinatore infermieristico con la responsabilità del funzionamento della COT e della gestione del personale;
- 3-5 Infermieri;
- 1-2 personale di supporto.

Nelle fasi di avvio delle COT, le Aziende Sanitarie Locali potranno prevedere la presenza di un operatore tecnico informatico di supporto.

È possibile integrare le figure sopraindicate con ulteriori professionalità come assistenti sociali e infermieri case manager (per il personale Art. 1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234).

Il presente documento propone l'integrazione funzionale del personale, nei casi in cui le COT condividano la stessa sede con le Case della Comunità e i servizi di cure domiciliari distrettuali. La condivisione e l'integrazione tra figure professionali esperte consente di mettere a fattor comune conoscenze e competenze specifiche in ambito di assistenza territoriale e di garantire dunque risposte efficaci ai bisogni dei pazienti.

3.4.3 Gli strumenti della COT

Le COT devono essere dotate di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche, che le supportino nell'espletamento delle funzioni ad esse affidate. La dotazione prevede:

- piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale;
- sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117, quando sarà attivata;
- database informativo con aggiornamento in tempo reale dei servizi presenti sul territorio di competenza, relativamente ai posti letto disponibili nelle strutture ospedaliere, territoriali residenziali e semiresidenziali (OdC, Hospice, RSA, ...), ove presenti le possibili integrazioni con i sistemi in uso o in fase di sviluppo;
- tempistiche di attivazione dei servizi ed eventuali liste di attesa per l'accesso alle strutture.

Per un approfondimento relativo ai requisiti specifici richiesti per i sistemi informatici, si veda la sezione dedicata in Appendice.

3.4.4 Requisiti e condizioni abilitanti al funzionamento della COT

La COT dovrà essere integrata con la piattaforma regionale di telemedicina e interconnessa con i sistemi informativi aziendali, la Centrale Operativa Regionale 116117, il PUA e l'UVM.

Le Aziende Sanitarie Locali, affinché la COT garantisca le funzioni sopracitate, dovranno stabilire procedure formalizzate di comunicazione con i professionisti della salute che operano nelle Case della Comunità (CdC), nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), nei Servizi di Cure Domiciliari distrettuali (ADI), nelle RSA/centri diurni, nelle strutture ospedaliere, negli Ospedali di Comunità e nei servizi sociali dei Comuni. Le Aziende Sanitarie Locali predispongono il collegamento con la piattaforma regionale e i relativi strumenti tecnologici a supporto del funzionamento della COT.

Per il funzionamento delle COT dovranno essere elaborati procedure operative regionali e aziendali per l'implementazione dei servizi che agiscano su:

- interrelazioni tra 116117 e COT;
- integrazione tra PUA/ UVM e COT;
- integrazione tra il Servizio di cure domiciliari Distrettuale/ e COT;
- integrazione tra CdC e COT;
- integrazione tra UCA e COT;
- integrazione con la dimissione protetta;
- interrelazioni con i Dipartimenti aziendali;
- raccordo con la CA, MMG/PLS;
- raccordo con i PS ospedalieri;
- integrazioni con gli Ambiti Territoriali Sociali;
- rapporti con le Strutture private accreditate;
- modalità di gestione dei *disaster recovery* (malfunzionamento sistemi operativi e telefonia).

Il potenziamento dell'infrastruttura informatica a supporto delle COT dovrà mettere a disposizione degli operatori COT i seguenti strumenti:

- mappatura aggiornata di tutti i servizi e relative disponibilità della rete territoriale e ospedaliera, con le informazioni necessarie (es. tipologia e classificazione delle strutture, disponibilità effettiva posti letto/risorse, capacità e modalità di erogazione prestazioni, referenti dei servizi sanitari attivabili, ecc.);

- funzionalità di accesso agli archivi aziendali di presa in carico, per conoscere i servizi sanitari già attivi a beneficio delle persone per le quali è richiesta la transizione;
- accesso alle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia/caregiver;
- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni di *setting* assistenziale con informativa sullo stato e sulle caratteristiche delle stesse (ad esempio trasportabilità paziente, necessità di presidi, necessità di accompagnamento), con possibilità di effettuare la programmazione delle transizioni e di ricevere *alert* a fronte di eventuali scostamenti;
- sistema di ricezione e invio notifiche integrato con il cruscotto delle transizioni;
- interoperabilità tra aziende;
- monitoraggio in tempo reale su scala regionale (tramite strumenti di *Business Intelligence*).

Il sistema informatico deve essere improntato ad una rigorosa policy di accesso a garanzia del rispetto del principio di pertinenza e non eccedenza, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di trattamento dei dati personali e sicurezza.

Inoltre, per garantire il corretto funzionamento della COT devono essere previste attività formative per il personale che andrà a ricoprire i diversi ruoli all'interno delle COT. Questo percorso prevede l'acquisizione di competenze informatiche specifiche relative alle funzionalità del software gestionale, oltre alla formazione riguardo a tutti i servizi attivabili e le strutture sanitarie territoriali e ospedaliere, sia pubbliche sia private accreditate, dell'ambito di riferimento.

Le Aziende Sanitarie nella programmazione dei corsi formativi dedicati al personale delle COT dovranno organizzare eventi specifici sui seguenti temi:

- *e-health*, innovazione tecnologica, telemedicina;
- *operation management*;
- organizzazione territoriale (finalizzata a favorire la conoscenza di tutti i *setting* esistenti sul territorio);
- organizzazione ospedaliera;
- protocolli decisionali per la gestione delle chiamate;
- coordinamento con i servizi del sistema sanitario regionale;
- tecniche di comunicazione.

Infine, i dati devono essere gestiti in ottemperanza al Regolamento GDPR (*General Data Protection Regulation* GDPR), ovvero il Regolamento Europeo 2016/679, ed al D.Lgs. 196/2003 i quali chiariscono come i dati personali debbano essere trattati, incluse le modalità di raccolta, utilizzo, protezione e condivisione.

“Il trattamento dei dati personali e particolari per essere lecito deve essere limitato ai soli dati indispensabili, pertinenti e limitati a quanto necessario per il perseguimento delle finalità per cui sono raccolti e trattati”. (I Quaderni Monitor Agenas Supplemento alla Rivista semestrale Monitor 2022).

La COT deve garantire la tutela dei dati personali e dei dati particolari, il personale vi accede in base a differenti profili di abilitazione, secondo il ruolo professionale ricoperto.

3.5 Sistema di monitoraggio

Il funzionamento del sistema COT verrà monitorato e valutato a livello regionale e a livello di singola ASL. Per il tramite di un set di indicatori applicato a livello di singola COT, si potranno effettuare delle analisi in termini di maggiori transizioni funzionanti, tempistiche medie di gestione casistiche, fasi del processo a maggior *effort* o a maggior interazione con richiedenti/erogatori.

Gli esiti del monitoraggio dovranno condurre ad una standardizzazione di procedure (ove applicabile a tutti i contesti) e a individuazione di *target* in termini di tempi, numerosità, esito.

Si riportano di seguito a titolo non esaustivo alcuni degli indicatori che dovranno essere considerati:

- numerosità di richieste gestite per tipo di transizione (es. ospedale-territorio) in un dato periodo (es. al giorno, al mese);
- per ogni tipologia di transizione (es. ospedale-territorio), la numerosità di richieste pervenute per setting inviante e ricevente (es. da ospedale ad ADI, da ospedale a RSA);
- tempo di gestione delle richieste (differenza tra la data richiesta e la data chiusura richiesta);
- tipologia di esito della chiusura delle richieste.

Il Tavolo di lavoro regionale avente ad oggetto “Implementazione delle Centrali Operative Territoriali” potrà validare, definire e indirizzare gli indicatori e i target di monitoraggio oltre che discutere degli esiti nel corso degli incontri periodici delle rilevazioni che verranno condotte a partire dal funzionamento delle COT.

4. Appendice

4.1 Il PNRR e la Missione 6

La Missione 6 Salute si articola in 2 Componenti:

- Componente 1: reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza territoriale;
- Componente 2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.

Ognuna delle componenti presenta una pluralità di aree di investimento e sub investimento (nonché intervento e sub intervento) come di seguito indicato:

- Componente 1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona;
- Componente 1 – Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina
- Sub Investimento 1.2.2: Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT, device e interconnessione aziendale), il progetto ha previsto l’attivazione di 602 Centrali operative diffuse su tutto il territorio nazionale, con la sede una per ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari;
- Componente 1 – Investimento 1.3: Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

La Missione PNRR mira a potenziare e riorientare il SSN per migliorarne l’efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell’emergenza pandemica ed i cui investimenti e riforme sono finalizzati a rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario, garantire equità di accesso alle cure, migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, promuovere la ricerca, l’innovazione e lo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale sanitario.

TABELLA – Sintesi del modello COT

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	
DEFINIZIONE	La COT rappresenta un modello organizzativo innovativo a livello distrettuale, che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e funge da raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi <i>setting</i> assistenziali, quali attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e con la rete dell'emergenza-urgenza.
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi <i>setting</i> assistenziali (transizione tra i diversi <i>setting</i>: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere. - Ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare. - Coordinamento/ottimizzazione degli interventi attivando soggetti e risorse della rete assistenziale. - Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro. - Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali. - Supporto per la presa in carico della persona.
ATTIVAZIONE	Tutti gli attori, operatori e professionisti del sistema
OPERATIVITÀ	7 giorni su 7. Dotata delle infrastrutture tecnologiche ed informatiche compreso il sistema informativo interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 112 e NEA 116117.
PROFESSIONALITÀ COINVOLTE	<p>Standard minimo di personale Una COT standard ogni 100.000 abitanti, i professionisti dedicati dovrebbero essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • n. 1 Coordinatore, responsabile del funzionamento, riferisce direttamente al Direttore del Distretto; • n. 3-5 IFoC; • 1-2 assistenti sociali; • n. 2 unità di personale di supporto (sanitario e/o amministrativo).
DIMENSIONI	Una COT ogni 100.000 abitanti a valenza distrettuale
GOVERNO ISTITUZIONALE	Azienda sanitaria Locale, in particolare il Direttore del Distretto

4.2 II PUA

“Il PUA è il luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria: porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/ATS e Distretto ASL, istituita per garantire pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità. È finalizzato, pertanto, ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l'accesso integrato ai servizi, in particolare per coloro che richiedono interventi di natura sociale e/o sociosanitaria” (Piano Nazionale degli Intervento Sciali, 2021-2023).

Il comma 163 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 pubblicata nella G.U. n. 310 del 31 dicembre 2021, recita: *“Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità”*.

Il PUA ha un ruolo attivo nel sistema integrato dei servizi alla persona, la collaborazione e l'avvicendamento tra i servizi del PUA e della COT sono necessari per assicurare la completezza della gestione del processo, in cui il PUA predispone l'iter amministrativo dei servizi necessari alla persona in funzione della richiesta di assistenza pervenuta, mentre la COT garantisce il passaggio tra servizi/strutture, il monitoraggio dei tempi di realizzazione e la connessione con gli altri attori del percorso.

4.3 La dimissione protetta

La “*dimissione protetta*” prevede un programma concordato tra il medico delle cure primarie, l'Azienda Sanitaria Locale e i servizi sociali territoriali di appartenenza, al fine di garantire la presa in carico precoce e la continuità di assistenza e di cura. La dimissione protetta rappresenta un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o similare ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.

Gli obiettivi che la dimissione protetta si propone di raggiungere sono:

- promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria;
- contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;
- aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- assicurare la continuità dell'assistenziale tutelare;
- ridurre il sovraffollamento nei Pronto Soccorso;
- garantire un modello organizzativo gestionale omogeneo, unitario e continuativo nei diversi ambiti territoriali per la gestione integrata e coordinata degli interventi a favore delle persone non autonome che permetta la permanenza più a lungo possibile presso il proprio domicilio;
- sostenere l'autonomia residua aumentando l'*empowerment* della persona e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile;
- rafforzare la coesione e l'inclusione sociale delle persone fragili e anziane nella vita della comunità di appartenenza.

Va ricordato che il DPCM 12.1.2017 all'art. 22 prevede che il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure e l'assistenza domiciliare, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal DPCM 14.2.2001 – “*Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria*”. (Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023).

4.4 Le Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

Le UCA sono state previste dal D.M. 77/2022, poi recepito dalla D.G.R. n. 773 del 13/12/2022 “*Approvazione del “Piano dell'Assistenza Territoriale della Regione Abruzzo”, finalizzato all'accesso alle risorse di cui alla Missione 6 - Componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*”.

4.5 Il servizio di Order Entry

“*Le richieste di transizione provenienti dall'ambito ospedaliero e/o dall'ambito territoriale devono essere intercettate tempestivamente e gestite con adeguati strumenti informatici, tra i quali rientra il servizio di “Order Entry”.*”

Il servizio di Order Entry implementa le funzionalità per l'immissione, la raccolta, la gestione e la lavorazione delle richieste di transizione di luogo o di setting assistenziale, normalmente nell'ambito territoriale di riferimento della COT.

La richiesta di transizione implementata dall'Order Entry assume diversi stati:

- **immessa** – *la richiesta viene immessa attraverso le funzionalità rese disponibili dall'Order Entry completa delle informazioni necessarie per il corretto indirizzamento del luogo o setting di destinazione e delle tempistiche attese;*
- **in lavorazione** – *la richiesta è presa in carico dalla COT che dispone le necessarie azioni di valutazione e, sulla base del tipo di intervento richiesto e della verifica delle disponibilità dei servizi assistenziali necessari effettuata dal Resource Manager, provvede ad eseguire l'azione indispensabile per impegnare le risorse necessarie a soddisfare la richiesta di transizione (prenotazione del posto letto nel caso di ricovero ospedaliero o di ricovero presso una struttura territoriale intermedia, ecc.);*
- **gestita** – *la richiesta è stata gestita dalla COT che ha definito il percorso di transizione richiesto, individuato e impegnato la struttura del servizio assistenziale di destinazione definito le tempistiche per la sua attuazione;*
- **conclusa** – *la transizione è stata completata e la gestione della richiesta viene chiusa.*

Le richieste immesse dai servizi ospedalieri e territoriali sono sempre indirizzate alla propria COT di riferimento, ciascuna COT fa riferimento al servizio Order Entry del proprio ambito aziendale e territoriale". (La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione. Quaderni Agenas)

4.6 Requisiti specifici dei sistemi informatici

"I sistemi informatici a supporto della COT dovranno essere collocati in server farm certificate AGID ed ospitati su una server farm appropriata rispetto alla classificazione dei dati trattati.

Dovranno essere gestite, nel rispetto delle disposizioni vigenti in termini di protezione dei dati personali e sicurezza, almeno le seguenti interfacce applicative limitatamente ai soggetti per cui è richiesta una transizione di setting assistenziale:

interfaccia CTI con il sistema telefonico di centrale, per il riconoscimento delle chiamate entranti e l'apertura in automatico delle schede relative ai casi in gestione alla COT;

interfaccia con Anagrafe Regionale Assistiti e quindi con Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA) e Contatti Aziendale – MPI, caregiver;

interfaccia con i Sistemi di accettazione (ADT), di Gestione Lista di Attesa (LDA) e generici Sistemi di Presa in Carico delle aziende dei territori di riferimento (gestori privati compresi);

Interfaccia con i sistemi di PS per avere notizia di eventuali accessi del paziente;

Interfaccia con il CUP – Centro Unico di Prenotazione al fine di avere notizia di quelle che sono le visite e le indagini diagnostiche pianificate per il paziente;

Interfaccia verso il sistema di gestione dei PDTA aziendali – nel caso il paziente sia in carico ad una determinata azienda sanitaria per un determinato PDTA;

Interfaccia con la cartella del MMG/PLS;

Interfaccia con la cartella ADI.

Le Interfacce sopra descritte dovranno essere implementate attraverso la realizzazione di micro-servizi REST che vengono veicolati dall'ESB – Enterprise Service Bus – delle COT.

Il sistema delle COT potrà essere interrogato attraverso l'ESB, mediante l'interazione con una serie di micro-servizi esposti". (La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione. Quaderni Agenas)

5. Norme e documenti di riferimento

Regolamento (UE) 2016/679 GDPR (*General Data Protection Regulation*).
DL n. 34/2020 convertito in L. n.77 del 17 luglio 2020.

Decreto-legge 30 dicembre 2020, n. 178 “*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023*”.

Legge 30 dicembre 2021, n. 234 G.U. n. 310 del 31 dicembre 2021 “*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*”.

Decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77 “*Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure*”.

Decreto Ministero della Salute 29 aprile 2022 “*Linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia. GU Serie Generale n.120 del 24 maggio 2022*”.

Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “*Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*”. GU Serie Generale n.144 del 22 giugno 2022.

Determinazione N. 06/DPF020 DEL 17.01.2023 “*D.G.R. n. 773 del 13/12/2022 – Piano dell'Assistenza Territoriale - Istituzione di un Gruppo di Coordinamento della Rete Territoriale per la formulazione di indirizzi condivisi su modelli organizzativi, protocolli e percorsi di presa in carico ospedale-territorio-domicilio*”.

D.G.R. n. 773 del 13/12/2022 “*Piano dell'Assistenza Territoriale della Regione Abruzzo*”, finalizzato all'accesso alle risorse di cui alla Missione 6 - Componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)”.

COT tra indicazioni nazionali e declinazioni territoriali Federica Dalponte, Lucia Ferrara, Angelica Zazzera e Valeria D. Tozzi Rapporto OASI 2022 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano CERGAS – Bocconi

D.G.R. n. 244 del 27/04/2023 “*Linee di indirizzo Unità di Continuità Assistenziale (UCA)*”.

6. Bibliografia e sitografia

Coleman E.A. (2003), «Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs», *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 (4): 549–55.

Ferrara L., Morando V., Tozzi V.D. (2017), «Configurazioni aziendali e modelli di transitional care: la gestione della continuità ospedale territorio», in Cergas (a cura di) Rapporto OASI 2017, Capitolo 12, pp 425- 455, Milano, Egea

Ferrara L., Dalponte F. (2023), «Funzioni e geografie della COT e la gestione della transizione», in Tozzi V., Longo F. (a cura di) *Management della Cronicità. Logiche aziendali per gestire i nuovi setting sanitari finanziati dal PNRR*, pp. 149-170, Egea, Milano

Naylor, M.D., Aiken, L.H., Kurtzman, E.T., Olds, D.M. (2011) «The Importance of Transitional Care in Achieving Health Reform», *Health Affairs*, 30(4), pp.746–54.

<https://www.agenas.gov.it>

<https://www.salute.gov.it>

<https://www.garanteprivacy.it>

<https://cergas.unibocconi.eu>

DSB CHIETI
VIA VALIGNANI, SNC IN CHIETI
PIANO SECONDO
COT OVERBOOKING

