



**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**  
Via Renato Paolini, 47 – 65124 Pescara (PE)

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**

ANNO: 2024

N. 565

Data 28/03/2024

**OGGETTO: ATTIVAZIONE COT IN OVERBOOKING**

## IL DIRETTORE GENERALE

### **OGGETTO: Attivazione COT in Overbooking**

***Preso atto della relazione del Direttore Sanitario che si condivide in fatto e in diritto e si intende integralmente riportata;***

**VISTO** il documento che costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1-1 - Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*" del PNRR. Si richiama a tal proposito anche l'Appendix 1 contenuto nel documento analitico del PNRR – Missione 6, Component 1;

**VISTA** La legge n. 234/2012 ha previsto un complesso intervento inerente i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) al fine di favorire l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali ferme restando le rispettive competenze e ferme restando le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza.

**CONSIDERATO** che l'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario, essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come:

*"l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone".*

Il SSN persegue, pertanto, questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali come la Centrale Operativa Territoriale.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Il cui standard è una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

Tanto visto, premesso e considerato:

**“Acquisito il parere tecnico favorevole in merito espresso dal Dirigente proponente, ai sensi della Legge 7 agosto 1990 n. 241 e s.m.i., che ne attesta la regolarità e la completezza”**

**Dato atto dell’attestazione resa dai competenti Responsabili in ordine alla regolarità amministrativo-contabile e tecnica del presente provvedimento:**

**1. Dirigente proponente nella qualità di Responsabile della U.O.S. Attività Amministrative Distrettuale;**

**Acquisiti, per quanto di competenza, i pareri favorevoli espressi in merito dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario**

#### **DELIBERA**

**DI ATTIVARE** dal 1° Aprile 2024 le Centrali Operative Territoriali in overbooking nei luoghi descritti in relazione ovvero:

con nota protocollo 0049368/23 del 09/06/2023 presso la struttura di Scafa, Consultorio;  
con nota protocollo 0048798/23 del 08/06/2023 presso il Polo Sanitario Pescara Sud, via Rieti;

con nota protocollo 0048788/23 del 08/06/2023 il Presidio Ospedaliero di Penne Palazzina Amministrativa;

che le COT definitive saranno attivate congiuntamente con le Case di Comunità previste per l’anno 2026.

**DI PRENDERE ATTO** della individuazione svolta dai Responsabili dei DD.SS.BB insieme al Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie del Personale infermieristico, che ivi svolgerà le funzioni, che sta svolgendo attività formativa;

**DI PRECISARE** che la piena operatività con accesso al sistema informatico regionale delle COT in overbooking avverrà entro la fine di Aprile 2024;

**DI STABILIRE** che la responsabilità del funzionamento delle Centrali COT in overbooking sia in capo al Direttore del Distretto Territoriale di competenza;

**DI STABILIRE** incontri mensili tra il personale al fine di omogeneizzare e uniformare i modelli di funzione delle COT anche mediante supporti informatici e logistici.

**DI TRASMETTERE** copia del presente atto al Direttore Dipartimento Sanità Regione Abruzzo, al Servizio Flussi Informativi e Sanità Digitale DPF019 della Regione Abruzzo, ai Direttori dei Distretti sanitari di Base, al Direttore Servizi Manutentivi, al Servizio Dinamiche

del Personale e al Servizio Aziendale Professioni Sanitarie Asl Pescara per il seguito di rispettiva competenza;

**DI DARE ATTO** che il presente provvedimento, ai sensi dell'art. 6 del regolamento interno approvato con deliberazione n. 705 del 28 giugno 2012, è immediatamente esecutivo;

**DI DISPORRE** che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi del D.Lgs n 33/2013 e s.m.i..

## **Relazione del Direttore Sanitario:**

**VISTO** il documento che costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1-1 - Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*" del PNRR. Si richiama a tal proposito anche l'Appendix 1 contenuto nel documento analitico del PNRR - Missione 6, Component 1;

**VISTA** La legge n. 234/2012 che ha previsto un complesso intervento inerente i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) al fine di favorire l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali ferme restando le rispettive competenze e ferme restando le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza.

**CONSIDERATO** che l'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario; essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come:

*"l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone".*

Il SSN persegue, pertanto, questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali come la Centrale Operativa Territoriale.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Il cui standard è una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore, vedasi allegato parte integrante della presente relazione.

Il precedente Direttore Sanitario Aziendale ha individuato n. 3 Centrali Operative Territoriali COT provvisorie:

con nota protocollo 0049368/23 del 09/06/2023 presso la struttura di Scafa, Consultorio; con nota protocollo 0048798/23 del 08/06/2023 presso il Polo Sanitario Pescara Sud via Rieti; con nota protocollo 0048788/23 del 08/06/2023 il Presidio Ospedaliero di Penne Palazzina Amministrativa;

in tali note sono riportate le piantine da cui è possibile rilevare gli spazi assegnati.

Tali destinazioni sono provvisorie nelle more della realizzazione delle Case di Comunità nel cui interno sono previste le COT definitive.



**PRECISATO** che tali spazi sono stati adeguatamente ammobiliati e dotati di linee telefoniche e di supporti informatici nelle quantità necessarie allo svolgimento delle precipue funzioni e che i Responsabili dei DD.SS.BB insieme al Servizio Aziendale Professioni Sanitarie hanno individuato il personale necessario al loro funzionamento così come previsto dal D.G.R. 773 del 13 Dicembre 2022 Riordino della rete Territoriale,

Tanto premesso, considerato e precisato propone di:

**DI ATTIVARE** dal 1° Aprile 2024 le Centrali Operative Territoriali in overbooking nei luoghi descritte in premessa ovvero:

con nota protocollo 0049368/23 del 09/06/2023 presso la struttura di Scafa, Consultorio; con nota protocollo 0048798/23 del 08/06/2023 presso il Polo Sanitario Pescara Sud via Rieti; con nota protocollo 0048788/23 del 08/06/2023 il Presidio Ospedaliero di Penne Palazzina Amministrativa; che le COT definitive saranno attivate congiuntamente con le Case di Comunità previste per l'anno 2026.

**DI PRENDERE ATTO** della individuazione svolta dai Responsabili dei DD.SS.BB insieme al Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie del Personale infermieristico, che ivi svolgerà le funzioni, che sta svolgendo attività formativa;

**DI PRECISARE** che la piena operatività con accesso al sistema informatico regionale delle COT in overbooking avverrà entro la fine di Aprile;

**DI STABILIRE** che la responsabilità del funzionamento delle Centrali COT in overbooking sia in capo al Direttore del Distretto Territoriale di competenza;

**DI STABILIRE** incontri mensili tra il personale al fine di omogeneizzare e uniformare i modelli di funzione delle COT anche mediante supporti informatici e logistici.

**DI TRASMETTERE** copia del presente atto al Direttore Dipartimento Sanità Regione Abruzzo, al Servizio Flussi Informativi e Sanità Digitale DPF019 della Regione Abruzzo, ai Direttori dei Distretti sanitari di Base, al Direttore Servizi Manutentivi, al Servizio Dinamiche del Personale e al Servizio Aziendale Professioni Sanitarie Asl Pescara per il seguito di rispettiva competenza;

**DI DARE ATTO** che il presente provvedimento, ai sensi dell'art. 6 del regolamento interno approvato con deliberazione n. 705 del 28 giugno 2012, è immediatamente esecutivo;

**DI DISPORRE** che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi del D.Lgs n 33/2013 e s.m.i..

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA  
IL DIRETTORE SANITARIO  
dr. Rossano Di Luzio





# AZIENDA SANITARIA LOCALE di PESCARA

DIREZIONE SANITARIA  
Via R. Paolini, 45 – 65124 PESCARA  
Tel. 085.4253001 – Fax 085.4253041

al dott.ssa L. A. Trafficante  
UOC Area Distrettuale Montana  
Sede erogativa Scafa

all'ing. M. De Benedictis  
UOC Sistemi Informativi

all'ing. A. Busich  
UOC Servizi Tecnici Manutentivi

E p.c. al dott. V. Ciamponi  
Direzione Generale

al. Dott. V. Michitelli  
Direzione Amministrativa

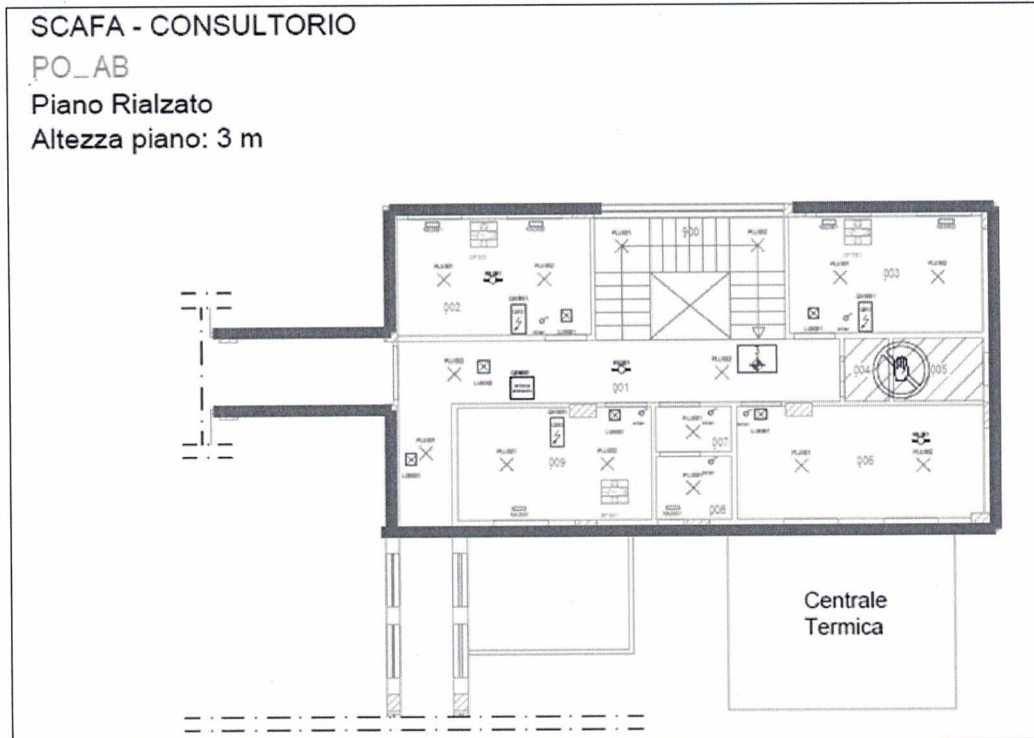
## Azienda Sanitaria Locale Pescara

Registro: ASLPERP01 Uff. IPA: as\_PE  
Prot. n. 0049368/23 del 09/06/2023



### Oggetto: Centrali operative territoriali (COT).

Secondo il cronoprogramma per l'attuazione del PNRR, in merito alla realizzazione delle Centrali operative territoriali (COT), è indispensabile l'apertura delle medesime entro il 31/12/2024, individuandone nel caso le sedi provvisorie. Dopo la verifica degli spazi aziendali disponibili, che ha tenuto conto dei requisiti strutturali richiesti dal Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, si dispone la temporanea collocazione della COT di Scafa presso il piano rialzato del Consultorio negli spazi evidenziati in planimetria



Contestualmente si dispone il trasferimento delle attività presenti nei locali assegnati al piano secondo negli spazi attualmente occupati dal Servizio di Fisioterapia. Quest'ultimo servizio sarà ricollocato al piano seminterrato del medesimo edificio, nei locali già utilizzati in passato. Si invitano i destinatari in indirizzo, ciascuno per quanto di propria competenza, a mettere in atto le azioni necessarie per rendere esecutivo quanto stabilito.

Il Direttore Sanitario  
Dott. Antonio Caponetti



# AZIENDA SANITARIA LOCALE di PESCARA

DIREZIONE SANITARIA  
Via R. Paolini, 45 – 65124 PESCARA  
Tel. 085.4253001 – Fax 085.4253041

Alla dott.ssa R. Mazzocca  
Direzione della Funzione Territoriale

**Azienda Sanitaria Locale Pescara**

Registro: ASLPERP01 Uff. IPA: as\_PE  
Prot. n. 0048798/23 del 08/06/2023



all'ing. M. De Benedictis  
UOC Sistemi Informativi

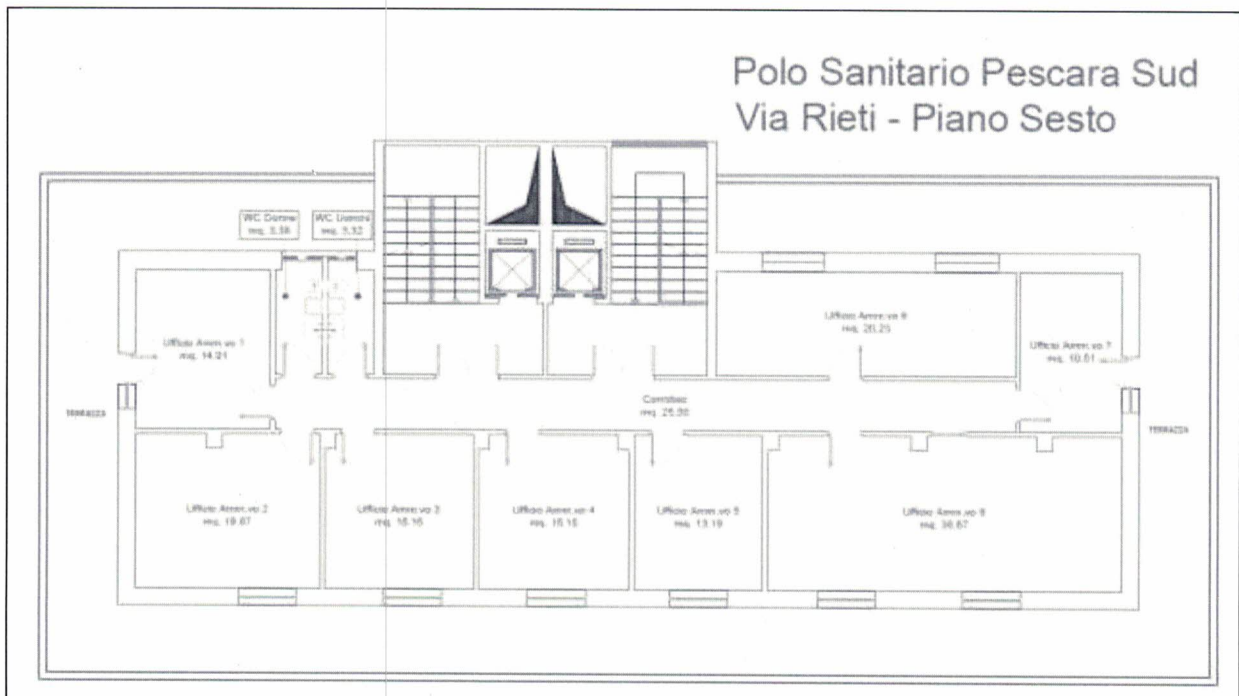
all'ing. A. Busich  
UOC Servizi Tecnici Manutentivi

E p.c. al dott. V. Ciamponi  
Direzione Generale

al Dott. V. Michitelli  
Direzione Amministrativa

**Oggetto: Centrali operative territoriali (COT).**

Secondo il cronoprogramma per l'attuazione del PNRR, in merito alla realizzazione delle Centrali operative territoriali (COT), è indispensabile l'apertura delle medesime entro il 31/12/2024, individuandone nel caso le sedi provvisorie. Dopo la verifica degli spazi aziendali disponibili, che ha tenuto conto dei requisiti strutturali richiesti dal Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, si dispone la temporanea collocazione della COT di Pescara presso il 6° piano della Palazzina INVIMIT, sita in via Rieti.



Si invitano tutti i destinatari in indirizzo, ciascuno per quanto di propria competenza, a mettere in atto le azioni necessarie per rendere esecutivo quanto stabilito.

Il Direttore Sanitario  
Dott. Antonio Caponetti





# AZIENDA SANITARIA LOCALE di PESCARA

DIREZIONE SANITARIA

Via R. Paolini, 45 – 65124 PESCARA

Tel. 085.4253001 – Fax 085.4253041

al dott. F. De Nicola  
Direzione Amministrativa  
dei Presidi Ospedalieri e Territoriali

alla dott.ssa L. Costanzi  
Direzione Medica di Presidio

alla dott. V. Fortunato  
Direzione Medica di Presidio

all'ing. M. De Benedictis  
UOC Sistemi Informativi

all'ing. A. Busich  
UOC Servizi Tecnici Manutentivi

E p.c. al dott. V. Ciamponi  
Direzione Generale

al. Dott. V. Michitelli  
Direzione Amministrativa

Azienda Sanitaria Locale Pescara

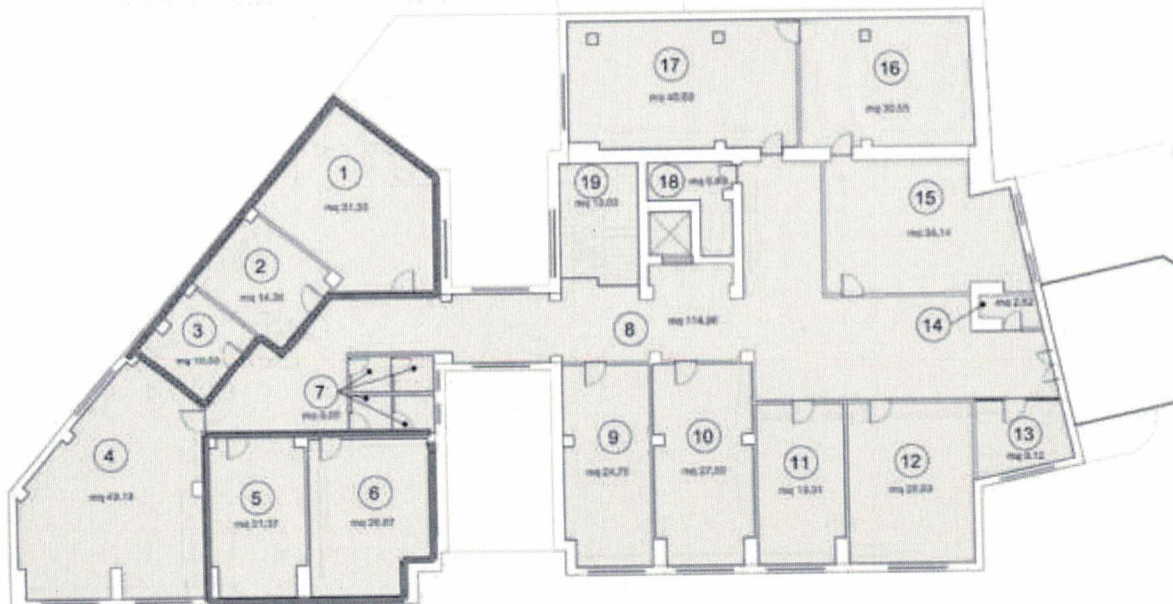
Registro: ASLPERP01 Uff. IPA: as\_PE  
Prot. n. 0048788/23 del 08/06/2023



## Oggetto: Centrali operative territoriali (COT).

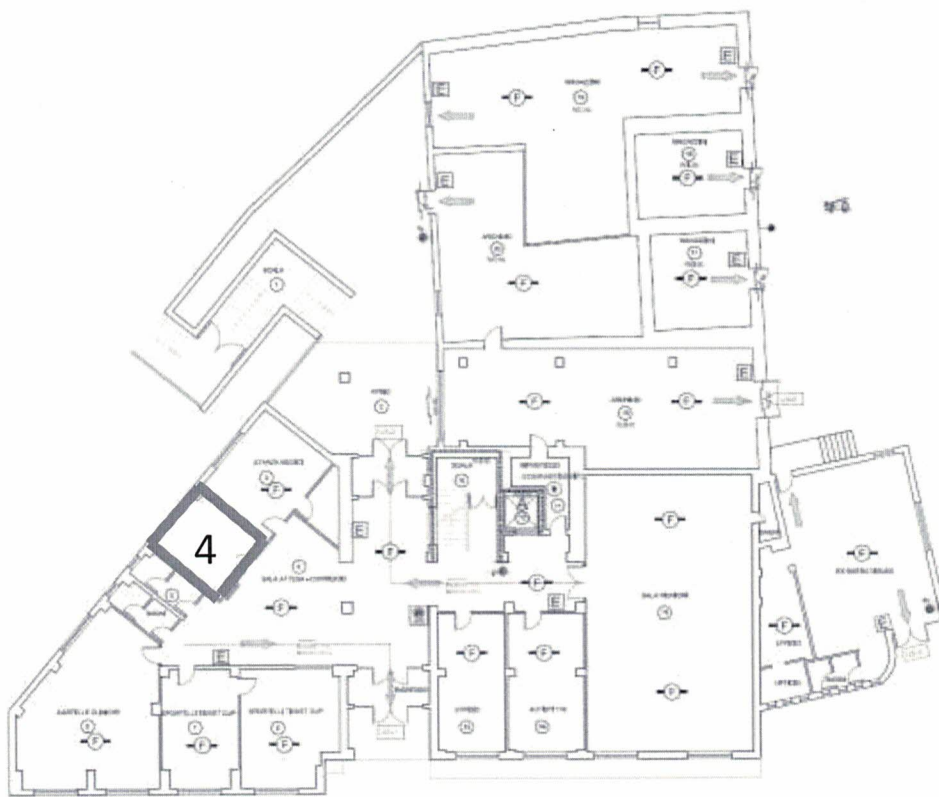
Secondo il cronoprogramma per l'attuazione del PNRR, in merito alla realizzazione delle Centrali operative territoriali (COT), è indispensabile l'apertura delle medesime entro il 31/12/2024, individuandone nel caso le sedi provvisorie. Dopo la verifica degli spazi aziendali disponibili, che ha tenuto conto dei requisiti strutturali richiesti dal Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, si dispone la temporanea collocazione della COT di Penne presso il 2° piano della Palazzina Amministrativa, negli spazi assegnati, indicati in planimetria 1, 2, 3, 5 e 6. Contestualmente si dispone il trasferimento delle attività già presenti nei locali assegnati, accorpendo 5 e 6, nei locali 9, 10 e 11.

### Presidio Ospedaliero Penne Palazzina Amministrativa 2° piano



Infine si dispone di riunire l'attività presente nel locale 11 all'interno del locale 12 e di spostare l'ufficio attualmente presente nel locale 9 al 2° piano, al piano terra locale 4 come individuato in planimetria.

### Presidio Ospedaliero Penne - Palazzina Amministrativa piano terra



Si invitano i destinatari in indirizzo, ciascuno per quanto di propria competenza, a mettere in atto le azioni necessarie per rendere esecutivo quanto stabilito.

**Il Direttore Sanitario**  
**Dott. Antonio Caponetti**

REGIONE  
ABRUZZO



***LE CENTRALI  
OPERATIVE  
TERRITORIALI  
(COT)***

**LINEE DI INDIRIZZO DELLA  
REGIONE ABRUZZO**

## Sommario

ACRONIMI.....	3
PREMESSA.....	4
IL MODELLO DI RIFERIMENTO DELLA COT.....	5
OBIETTIVO GENERALE DELLA COT.....	5
IL MODELLO FUNZIONALE DELLA COT.....	5
LE FUNZIONI SPECIFICHE DELLA COT.....	5
LA FUNZIONE DELLA COT NELLA CONTINUITÀ DELLE CURE.....	7
INTEGRAZIONE COT – 116117.....	7
INTEGRAZIONE COT E SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI DISTRETTUALE.....	8
INTEGRAZIONE COT – PUA/UVM.....	8
INTEGRAZIONE COT - SISTEMA DI TELEMEDICINA.....	9
INTEGRAZIONE COT - CENTRALE 118.....	9
PROTOCOLLI.....	9
STANDARD.....	10
SUPPORTO INFORMATIVO AI PROFESSIONISTI DELLA RETE ASSISTENZIALE.....	10
INTERFACCE NECESSARIE E CARATTERISTICHE TECNICHE.....	11
IL SERVIZIO ORDER ENTRY (inserimento ordini).....	12
STANDARD DI PERSONALE.....	12
LE TRANSIZIONI TRA SETTING ASSISTENZIALI.....	13
I DESTINATARI DELL'ATTIVITÀ DELLE COT.....	13
LA DIMISSIONE PROTETTA E LA PRESA IN CARICO NELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO.....	14
GLI OBIETTIVI DELLA DIMISSIONE PROTETTA.....	15
IL RUOLO DELLA COT NELLA TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO.....	15
LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE OSPEDALIERA.....	17
IL RUOLO DELLA COT NELLA TRANSIZIONE TERRITORIO - OSPEDALE.....	17
IL RUOLO DELLA COT NELLA TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO.....	18
LA FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	20
PRIVACY.....	20
NORME E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....	21
BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA.....	22



## ACRONIMI

APP	Applicazione
ASL	Azienda Sanitaria Locale
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
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

## PREMESSA

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo dell’Azienda Sanitaria Locale a valenza distrettuale, che svolge funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connessione tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell’emergenza-urgenza.

*La Centrale Operativa Territoriale è una funzione organizzativa facilitatrice dei processi clinico assistenziali e della integrazione socio-sanitaria attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura all’interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte, con l’obiettivo di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell’assistenza.*

*La COT colloca l’attenzione sul valore alla salute della comunità, coordinando al meglio le risorse disponibili e realizzando reti integrate di professionisti, competenze, processi e tecnologie che coinvolgono non soltanto le strutture aziendali, ma anche le componenti istituzionali e sociali della comunità, al fine di raccogliere i problemi/bisogni espressi dai nodi della rete e dare risposta unitaria e aziendale a bisogni differenziati che richiedono l’attivazione di processi erogativi multipli nonché di differente natura”. (D.G.R. n. 773 del 13/12/2022 Piano dell’assistenza territoriale della Regione Abruzzo).*

Le Centrali Operative Territoriali (COT) finanziate dal PNRR costituiscono, come spiega il DM 77, un nuovo modello innovativo di Centrale che svolge funzioni di coordinamento Territoriale “...della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell’emergenza-urgenza”. Per svolgere tale funzione la COT dovrà operare in rete anche con tutti i servizi territoriali, tra cui: il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA), il Punto Unico di Accesso (PUA), la Unità di Valutazione Multidimensionale con sede nel Distretto; la Unità di Valutazione Multidimensionale con sede all’interno delle strutture ospedaliere (UVMO); le Case della Comunità; i servizi di cure domiciliari distrettuali; gli ospedali di Comunità; strutture intermedie residenziali, strutture private accreditate e contrattualizzate.

La Centrale Operativa Territoriale rappresenta uno degli obiettivi fissati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il PNRR si articola in 6 Missioni, ovvero aree tematiche principali su cui intervenire, individuate in piena coerenza con i 6 pilastri del *Next Generation EU*.

La Missione 6 Salute si articola in n. 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 quali 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.

## IL MODELLO DI RIFERIMENTO DELLA COT

Il *Transitional Care Model* (TCM) è il modello di riferimento della COT, la funzione è di programmare e accompagnare il paziente nei passaggi tra setting assistenziali. Il processo può essere di tipo *step up*, in cui si cerca di prevenire ospedalizzazioni o consumi di servizi specialistici inappropriati o di tipo *step down*, in cui si cerca di accompagnare le dimissioni dei potenziali pazienti *bed blockers* verso nodi delle cure intermedie più appropriati. La COT si occupa della ricerca del luogo dove accogliere i pazienti fragili per i quali è stata programmata la dimissione, lasciando ai professionisti sanitari la gestione delle attività assistenziali e cliniche. Il TCM opera a favore dei bisogni del paziente, dei suoi familiari, dei professionisti e dei servizi del SSN. Al paziente viene proposto il *setting* di cura più appropriato e viene accompagnato nei processi di transizione da un ambito all'altro. I *caregiver* vengono sostenuti nella gestione delle criticità del caso, supportati nella cura del familiare per un periodo adeguato.

## OBIETTIVO GENERALE DELLA COT

L'obiettivo generale della COT è quello di garantire a tutte le persone affette da patologie croniche e in condizione di fragilità percorsi di presa in carico e la continuità delle cure nei passaggi da un setting assistenziale all'altro, semplificando il raccordo tra le strutture della rete territoriale.

L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale (COT) è quindi quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

*“Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché ad affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che le COT, a livello regionale, usufruiscano di un sistema informativo condiviso e interconnesso con CO NEA 116117 regionali”.* (I Quaderni Monitor Agenas Supplemento alla Rivista semestrale Monitor 2022).

## IL MODELLO FUNZIONALE DELLA COT

La COT svolge la funzione di selezionare i *setting* appropriati per i pazienti e garantire la transizione da un nodo assistenziale all'altro fino al termine del percorso di cure pianificate nel PAI/PRI/PDTA.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti, garantisce l'operatività 7 giorni su 7.

## LE FUNZIONI SPECIFICHE DELLA COT

La COT assolve alle funzioni di:

- verifica della presa in carico della persona
- coordinamento tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (transizione tra *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 degli interventi, attivazione dei soggetti e delle risorse della rete assistenziale;
  - tracciamento delle transizioni tra diversi setting;
  - supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (Case Manager, MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
  - integrazione con la piattaforma di Telemedicina e il Centro servizi di Telemedicina / Help Desk aziendale;
  - integrazione con i servizi di cure domiciliari distrettuali per il monitoraggio dei pazienti in Assistenza Domiciliare, Cure Palliative Domiciliari (In base al modello adottato dalle Aziende Sanitarie Locali);
  - telemonitoraggio clinico nelle 24 ore di pazienti idonei all'assistenza in telemedicina, effettuata da personale infermieristico in coerenza con PDTA/Protocolli definiti da specialisti di settore per singole patologie;
  - 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 (OdC, Hospice, RSA...). L'Aggiornamento in tempo in tempo reale è una responsabilità delle strutture medesime;
  - monitoraggio delle tempistiche di attivazione dei servizi e delle eventuali liste di attesa per l'accesso alle strutture;
  - interconnessione con i sistemi informativi aziendali, Centrale Operativa Regionale 116117, PUA/UVM, 118;
  - il sistema informatico della COT è collegato al Fascicolo Sanitario Elettronico.

Le Aziende Sanitarie Locali, per garantire alla COT 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, nelle Case della Comunità, oltre che con i servizi sociali dei Comuni.

Le Aziende Sanitarie Locali predispongono la piattaforma informatica e i relativi strumenti tecnologici a supporto del funzionamento della COT.

**Tabella n. 1 Sintesi del modello COT**

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	
DEFINIZIONE	La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo, di livello distrettuale, che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.
FUNZIONI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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,</li> <li>• ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).</li> <li>• Coordinamento/ottimizzazione degli interventi attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.</li> <li>• Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.</li> <li>• Monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso strumenti di telemedicina, 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.</li> </ul>
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 Emergenza e Urgenza (116117)
PROFESSIONALITÀ COINVOLTE	Standard minimo di personale Una COT standard ogni 100.000 abitanti, i professionisti dedicati dovrebbero essere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. 1 Coordinatore, responsabile del funzionamento, riferisce direttamente al Direttore del Distretto;</li> <li>• n. 3-5 IFoC;</li> <li>• 1-2 assistenti sociali;</li> <li>• n. 2 unità di personale di supporto (sanitario e/o amministrativo).</li> </ul>
DIMENSIONI	Una COT ogni 100.000 abitanti a valenza distrettuale
GOVERNO ISTITUZIONALE	Azienda sanitaria Locale, in particolare il Direttore del Distretto

## LA FUNZIONE DELLA COT NELLA CONTINUITÀ DELLE CURE

La COT coordina i servizi tra utenti e tra Case della Comunità, Ospedale di Comunità e altre strutture sociosanitarie sul territorio. L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La COT in base al *setting* indicato dalla UVM (Ospedale di Comunità, riabilitazione, Hospice, RSA, assistenza domiciliare), verifica la disponibilità del servizio/struttura di destinazione e gestisce la transizione dell'assistito. Provvede ad organizzare, coordinare, tracciare, monitorare e nel caso interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione.

La COT verifica la presenza di altri servizi attivati sul paziente, ed informa del ricovero tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico della persona (es. MMG/PLS, servizio di cure domiciliari, servizio sociale comunale, Centro Servizi di telemedicina, ecc.). Nelle prime fasi di ricovero il medico della struttura ospedaliera valuta la necessità di continuità delle cure alla COT e alla UVM (cfr. capitolo Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera) per il paziente ricoverato, per il quale si prevede alla dimissione il supporto per la "dimissione protetta" e la presa in carico in altro setting assistenziale.

## INTEGRAZIONE 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;
- di emergenza-urgenza;
- COT, PUA/UVM/Case della Comunità;
- altri servizi.

La combinazione tra COT, PUA/UVM/Case della Comunità e il numero telefonico unico EU 116117, rappresenta un sistema interdipendente per garantire l'accesso alle cure, la selezione/analisi del bisogno e di "Transitional Care".

Le segnalazioni del 116117 alla COT, per i casi che esprimono un bisogno sociale e sanitario complesso, attiva 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/UVM per una eventuale presa in carico, indirizzando l'utente al servizio che meglio risponde al suo bisogno, migliorando così l'appropriatezza organizzativa, riducendo così gli accessi impropri ai servizi.

## INTEGRAZIONE COT E SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI DISTRETTUALE

Le COT saranno funzionalmente integrate:

- ai Servizi di cure domiciliari distrettuali;
- alle istituende Case della Comunità;
- al Centro Servizi di telemedicina;
- alle piattaforme e agli applicativi aziendali.

Le COT hanno la responsabilità dell'organizzazione, del tracciamento, del supporto alla presa in carico, provvedono al raccordo tra i diversi soggetti e livelli assistenziali.

## INTEGRAZIONE COT – PUA/UVM

Nell'ambito del riordino dell'assistenza sanitaria territoriale, il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza prevede nella stessa sede delle Case della Comunità HUB distrettuali, i Punti Unici di Accesso (PUA) e le UVM.

Le Centrali Operative Territoriali (COT) a valenza distrettuale dovranno trovare una integrazione funzionale con le CdC/PUA/UVM.

Si segnala, inoltre, che il Piano Nazionale degli interventi sociali del 2021-2023 rilancia i PUA, quali LEPS, e in una specifica scheda tecnica ne declina dettagliatamente funzioni e modalità organizzative.

*“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”.*

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/autorizzativo dei servizi necessari alla persona in funzione della richiesta di assistenza pervenuta; mentre la COT coordina l'attivazione del servizio, il monitoraggio dei tempi di realizzazione e la connessione con gli altri attori del percorso.

Qualora richiesto dai professionisti coinvolti, la COT può attivare tramite il PUA le Unità di Valutazione Multidimensionale.

La collaborazione tra il PUA e la COT si rende necessaria per assicurare la completezza della gestione del processo di cura, in cui il PUA predispone l'iter amministrativo/autorizzativo per l'attivazione dei servizi necessari alla persona in funzione della richiesta di assistenza pervenuta; mentre la COT coordina la connessione con gli altri attori del percorso e le strutture di destinazione.

L'integrazione PUA 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.

## INTEGRAZIONE COT - SISTEMA DI TELEMEDICINA

### **Ipotesi: Sistema di Telemedicina affidato alla COT**

La COT gestisce/ monitora, tramite la piattaforma di telemedicina, le attività di telecontrollo e telemonitoraggio sia nell'ambito dei percorsi delle cronicità sia nelle situazioni di presa in carico di persone in ambito extraospedaliero o seguiti in ADI.

La COT coordina le prestazioni in telemedicina richieste dai professionisti delle Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Servizi di cure domiciliari.

Possono richiedere l'intervento della COT il personale sanitario afferente:

- al Territorio/distretto (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, MCA, IFeC, Case Manager) e alla rete dell'emergenza urgenza 118;
- alle strutture sanitarie ospedaliere (Medici specialisti, Infermieri case manager);
- ai Dipartimenti trasversali ospedale territorio (Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria Infantile, Prevenzione);
- alle Strutture sanitarie intermedie residenziali e semiresidenziali (Hospice, Ospedali di Comunità, RSA);
- ai Servizi Sociali (aziendali ed Enti Gestori del territorio);
- alla CO 116117.

## INTEGRAZIONE COT - CENTRALE 118

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

## PROTOCOLLI

Per il funzionamento delle COT devono essere elaborati protocolli operativi per l'implementazione dei servizi che agiscano su:

- interrelazioni 116117/COT;
- interazione 118/COT;
- integrazione PUA/UVM/UVMO/COT;
- integrazione Servizio di cure domiciliari Distrettuale/COT;
- integrazione CdC/COT;
- integrazione UCA/COT;
- integrazione dimissione protetta;
- interrelazioni con i Dipartimenti aziendali;
- raccordo con la CA/MMG/PLS;
- integrazioni con gli Ambiti Territoriali Sociali;
- rapporti con le Strutture private accreditate;
- servizi erogati da remoto (Telemedicina);
- consultabilità del Fascicolo Sanitario Elettronico (valutare la possibilità in base a quanto stabilito dal regolamento GDPR);
- modalità di gestione dei *disaster recovery* (malfunzionamento sistemi operativi e telefonia).

## STANDARD

Il DM 77 del 2022 indica come standard la costituzione di 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti, il numero di Centrali da attivare previste dal PNRR, come target minimo per l'Abruzzo, prevedono 13 strutture distribuite territorialmente nei distretti delle quattro Aziende Sanitarie Locali.

La COT e il Servizio ADI possono essere allocati presso la Casa della Comunità HUB distrettuale, adeguatamente collegate alle piattaforme integrate agli applicativi aziendali, hanno la responsabilità dell'organizzazione, del tracciamento della presa in carico e delle eventuali transizioni tra setting che dovessero rendersi necessarie, provvedendo al raccordo tra i diversi soggetti e livelli assistenziali. In ogni caso il servizio ADI distrettuale deve interagire con la COT e può eventualmente anche essere funzionalmente integrata ad essa.

## SUPPORTO INFORMATIVO AI PROFESSIONISTI DELLA RETE ASSISTENZIALE

Il sistema informatico deve essere a servizio delle funzioni che dovranno essere svolte dalla COT nonché strumento di facilitazione per la realizzazione del dialogo Ospedale – Territorio e Territorio – Territorio.

Le COT devono essere dotate di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche.

La dotazione prevede:

- piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale;
- software con accesso a FSE e ai principali database aziendali;
- software di registrazione delle chiamate;
- sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117, 118;
- 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, ...)
- tempistiche di attivazione dei servizi ed eventuali liste di attesa per l'accesso alle strutture.



Il potenziamento dell'infrastruttura informatica a supporto delle COT dovrà, mettere a disposizione, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di trattamento dei dati personali e sicurezza, degli operatori presenti nelle COT i seguenti strumenti:

- mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale ed ospedaliera, con tutte 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 di presa in carico, mantenuti a livello aziendale, che forniscono l'informazione di quali servizi sanitari sono attivi per coloro per i quali è richiesta una transizione o è in corso o è stata completata con 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 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.

## INTERFACCE NECESSARIE E CARATTERISTICHE TECNICHE

*"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)*

## IL SERVIZIO ORDER ENTRY (inserimento ordini)

*“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)

La COT, qualora la transizione non possa essere attuata nello stesso ambito territoriale, ha la possibilità di indirizzare e ricevere richieste a/ da servizi Order Entry di altre COT che operano su altri ambiti territoriali della stessa organizzazione sociosanitaria o afferiscono ad altre aziende, anche di altre Regioni.

L’Order Entry dispone, pertanto, di funzionalità per l’inoltro delle richieste di servizi assistenziali anche ad altri territori e/o distretti della stessa organizzazione aziendale, della stessa Regione e anche a livello nazionale, qualora necessario.

## STANDARD DI PERSONALE

Le COT per svolgere le proprie funzioni necessitano di figure professionali diverse integrate tra di loro. La composizione e la numerosità di personale operante nella COT dovrebbe tener conto delle attività previste e del bacino di utenza.

Il DM 77 indica per una COT standard (ogni 100.000 abitanti) la dotazione di professionisti dovrebbero essere:

- 1 Coordinatore infermieristico con la responsabilità del funzionamento della COT e della gestione del personale;
- 3-5 IFoC;
- 1-2 assistenti sociali;
- 2 amministrativi;

- 1 operatore tecnico informatico.

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 infermiere case manager, Medico. (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. L'integrazione tra figure professionali esperte consente di garantire risposte efficaci ai bisogni dei pazienti.

Tale condivisione consentirebbe di disporre di personale con specifiche conoscenze e competenze nell'ambito dell'assistenza territoriale.

L'infermiere di famiglia o di comunità (IFoC), nel nuovo modello di assistenza territoriale assume il ruolo di raccordo fra i professionisti che si occupano della presa in carico dei cittadini. Pertanto, l'infermiere che partecipa alla nascita dei nuovi servizi territoriali è già quello che opera oggi nei servizi sanitari distrettuali al quale le evidenze della pandemia hanno dato massima visibilità, è un professionista formato ad hoc, specialista per aree di competenza, che si occupa del coordinamento dei servizi, ma anche della gestione e del monitoraggio dell'assistenza territoriale alla persona. Un infermiere che assume il ruolo di *case manager* per garantire massima assistenza sul territorio.

La figura dell'IFoC è stata disciplinata dal DL n. 34/2020 convertito in L. n.77 del 17 luglio 2020, all'art. 1 c. 5 che dispone *"tra gli interventi urgenti in materia di assistenza territoriale il rafforzamento/nascita in alcuni territori dei Servizi Infermieristici territoriali oltre che ospedalieri, l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità, al fine di potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti contagiati dal SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4"*.

## LE TRANSIZIONI TRA SETTING ASSISTENZIALI

La COT assicura:

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

A seguito della valutazione effettuata dalla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) o dalla valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO), identificato il *setting* di cura più appropriato verso il quale indirizzare il paziente (Ospedale, Odc, riabilitazione, Hospice, RSA, assistenza domiciliare) la COT provvede, dopo aver verificato la disponibilità del servizio/struttura di destinazione, ad:

- organizzare;
- coordinare;
- tracciare;
- monitorare e nel caso intervenire proattivamente per garantire il buon esito della transizione.

## I DESTINATARI DELL'ATTIVITÀ DELLE COT

L'attività della COT è rivolta a tutti gli attori del sistema socio-sanitario, personale distrettuale e ospedaliero, che 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;
- personale operante nei servizi sociali.

## LA DIMISSIONE PROTETTA E LA PRESA IN CARICO NELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

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.

Il percorso può prevedere:

- il rientro a casa e la presa in carico da parte del Medico e del Pediatra delle cure primarie, che a loro volta possono richiedere l’intervento delle Unità Continuità Assistenziale (UCA);
- il ricovero in Ospedale di Comunità;
- il ricovero in *Hospice*;
- il ricovero in strutture residenziali;
- la richiesta alla Unità di Valutazione Multidimensionale per il tramite del Punto Unico di Accesso/UVM finalizzata all’attivazione dell’Assistenza Domiciliare Integrata;
- il coinvolgimento del servizio sociale territoriale.

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

La pianificazione della dimissione prevede una gestione multidisciplinare, svolta prima della dimissione del paziente.

L’integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti sanitari e sociali coinvolti nel processo di assistenza e cura riduce il rischio di riammissione istituzionalizzata dei pazienti anziani, disabili e fragili.

La creazione all'interno dei Presidi Ospedalieri di una "Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) ospedaliera" è utile per indirizzare i pazienti nel percorso clinico più appropriato.

La UVM ospedaliera è costituita da un Medico Geriatra/Fisiatra, dall’Infermiere Bed Manager, dal Case Manager, dal Medico e Pediatra delle cure primarie, dall’Assistente Sociale e da altre figure professionali interpellate in base al caso.

La UVM ospedaliera all’esito dell’analisi dei dati clinici - assistenziali desunti dall’indice “*Blaylock Risk Assessment Screening Score*” (*Brass Index*) e dei bisogni psico-sociali, redige il Progetto di Assistenza Individuale (di seguito PAI), il PAI è inviato al Punto Unico di Accesso (PUA)/UVM (in base all’art. 1 comma 163 L. 234/2021 Legge di Bilancio 2022 e al DM/77 avranno la loro sede presso le istituende Case della Comunità) del Distretto territoriale di riferimento, al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente fragile.

La dimissione è comunicata alla COT e il paziente fragile è affidato all’infermiere *case manager*, che cura insieme alla COT la presa in carico e la transizione dal *setting* ospedaliero a quello territoriale.

Nei casi indicati e in via sperimentale potranno essere attivate le UCA, su richiesta dei medici di Pronto Soccorso e ospedalieri, per 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.

Le UCA si potranno attivare tramite le istituende COT o secondo diversa disposizione delle AA.SS.LL.

Le UCA sono state previste dal D.M. 77/2022 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)”*.

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 domiciliari, 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).

## GLI OBIETTIVI DELLA DIMISSIONE PROTETTA

- 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.

## IL RUOLO DELLA COT NELLA TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO

Le COT hanno la responsabilità dell’organizzazione, del tracciamento della presa in carico e delle eventuali transizioni tra setting che dovessero rendersi necessarie, provvedendo al raccordo tra i diversi soggetti e livelli assistenziali.

### **L’attivazione della COT**

- Nelle prime fasi del ricovero ospedaliero i clinici valutano la probabile necessità di dimissione protetta del paziente.

- 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 Struttura Ospedaliera comunica la decisione di dimissione al paziente e alla sua famiglia.
- 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 COT nel caso di pazienti dimessi con valutazione della UVMO con PAI/PRI provvede a pianificare e gestire la transizione verso il setting assistenziale individuato (es. ADI, OdC, struttura riabilitativa, Hospice, RSA, ecc.) in accordo con il case manager della struttura ospedaliera.
- La COT mappa tutti i servizi della rete territoriale con la possibilità di “riservare” il posto letto. Valuta i setting fruibili attraverso la consultazione della piattaforma regionale dei posti letto (**dovranno essere inserite anche le strutture private contrattualizzate e accreditate**), il sistema è aggiornato dalle strutture sanitarie. Al fine di consentire alla COT la conoscenza dei dati in tempo reale, le strutture sono tenute ad aggiornare il portale costantemente.

### La preparazione della transizione

La COT:

- 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;
- nei casi di richiesta dei servizi di telemedicina, gestisce la funzione nel rispetto del regolamento GDPR, ed opera in base ai protocolli fissati a livello aziendale e ai relativi consensi forniti dal paziente;
- coordina tutte le attività necessarie al trasferimento;
- registra le informazioni relative al trasferimento;
- notifica al PUA/UVM, al MMG/PLS e agli ATS i servizi già attivi sul paziente.

### La realizzazione della transizione

La COT:

- organizza la dimissione da ospedale al setting territoriale di destinazione attivando ed 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.
- supporta il servizio di cure domiciliari per l’organizzazione del primo accesso a domicilio da parte del personale sanitario;
- monitora il completamento della transizione,
- supporta la risoluzione di eventuali problematiche;
- notifica a tutti gli attori coinvolti l’esito della transizione.



## LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE OSPEDALIERA

L'Unità di Valutazione Multidimensionale costituita in ambito Ospedaliero (di seguito UVMO) favorisce la dimissione e la conseguente presa in carico territoriale, spostando il paziente nel setting di cura più idoneo alle sue condizioni cliniche. L'équipe è composta da un Medico Geriatra/Fisiatra, da un Infermiere Case Manager, dal Medico o Pediatra delle cure primarie, dall'Assistente Sociale e da altre figure professionali interpellate in base al caso clinico.

La VMO eseguita già dalle prime fasi del ricovero consente di velocizzare la pianificazione della dimissione protetta e indirizzare i pazienti nel percorso clinico più appropriato.

L'équipe è coordinata dalla Direzione Medica che opera in stretta sinergia con il PUA/UVM del Distretto di riferimento del paziente. (Il PUA e UVM, in base all'art. 1 comma 163 L. 234/2021 e al DM/77 avranno la loro sede presso le istituende Case della Comunità).

La UVMO, all'esito dell'analisi dei dati clinici/assistenziali desunti dall'indice *"Blaylock Risk Assessment Screening Score"* (*Brass Index*) e dalla valutazione dei bisogni psico-sociali, redige il Progetto di Assistenza Individuale, il Medico della UVMO condivide il PAI o PRI con il paziente e/o familiare/caregiver da cui acquisisce il consenso. **(Le AA.SS.LL. definiranno le scale da utilizzare come stabilito dalla Legge 5/2008 e dalla D.G.R. n. 107).**

Nei casi di PAI o PRI in cui sussistono le condizioni di idoneità del paziente all'attivazione di prestazioni in telemedicina, la UVMO valuta la presenza dei requisiti essenziali (cfr. documento ADI).

L'infermiere Case Manager dell'Equipe UVMO comunica l'esito della valutazione alla Direzione Medica, che provvede all'invio del PAI/PRI alla COT, al PUA/UVM e per competenza al servizio di cure domiciliari del Distretto territoriale di riferimento, che a sua volta attiva l'Assistenza Domiciliare. Inoltre, l'infermiere Case Manager predispose la richiesta degli ausili e/o dispositivi medici necessari al paziente. Nel caso il PAI/PRI preveda l'utilizzo della telemedicina, invia la richiesta di attivazione del servizio al centro addetto alla erogazione della stessa.

## IL RUOLO DELLA COT NELLA TRANSIZIONE TERRITORIO - OSPEDALE

Il passaggio dal setting territoriale a quello ospedaliero è determinato da un bisogno clinico non erogabile a domicilio, la transizione si svolge in modalità protetta.

### L'attivazione della COT

- Il ricovero può essere richiesto dal MMG/PLS o dai medici che hanno in carico il paziente concordato comunque con il MMG/PLS responsabile del caso, la prescrizione è effettuata dal MMG/PLS su ricettario del SSN ed inviata alla COT.
- La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche, prendendola in carico. La COT per espletare la propria funzione può richiedere ulteriori informazioni rispetto al caso clinico.

### La preparazione della transizione

La COT:

- identifica il setting di destinazione del paziente;
- accede alle liste di attesa e alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere idonee al caso e propone al medico richiedente la struttura disponibile;

- informa il paziente e fissa l'appuntamento concordato all'interno dell'agenda ospedaliera;
- acquisisce la richiesta dal MMG/PLS per il trasporto in ambulanza e la trasmette al distretto di competenza.

La COT per assolvere alle sue funzioni deve poter accedere alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere con la possibilità di riservare il posto letto.

### **La realizzazione della transizione**

- La COT organizza la transizione dal territorio alla struttura ospedaliera individuata.
- La COT traccia e registra il buon esito della transizione del paziente verso la struttura ospedaliera.
- 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 per una nuova presa in carico nel setting territoriale idoneo. (cfr. Transizione Ospedale Territorio)
- La COT monitora la transizione, interviene nella soluzione di eventuali problematiche e comunica l'esito a tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura.
- La struttura/servizio territoriale richiedente segue le fasi della transizione e riprende in carico il paziente.

La COT per poter svolgere le proprie funzioni deve disporre di un sistema di interconnessioni con i principali applicativi di gestione ospedaliera, oltre a quelli già precedentemente citati.

## **IL RUOLO DELLA COT NELLA TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO**

Le esigenze di cura e assistenza di un paziente seguito in strutture territoriali possono mutare e richiedere il trasferimento verso un setting del medesimo ambito territoriale.

### **L'attivazione della COT**

- Il MMG/PLS o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso, individua un nuovo bisogno di natura clinico-assistenziale.
- Il medico richiedente informa il paziente/caregiver della avvenuta richiesta.
- Il medico, nel caso di pazienti in assistenza domiciliare, richiede una nuova valutazione Multidimensionale per la modifica/integrazione del PAI/PRI, a seguito del quale la UVM comunica il nuovo setting alla COT.
- La UVM trasmette il PAI/PRI al MMG/PLS, al servizio di cure domiciliari e alla COT, che avvia la transizione.
- La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema informatico prendendola in carico.

### **La preparazione della transizione**

La COT:

- identifica il nuovo setting;

- verifica la disponibilità del setting idoneo e prenota la struttura o il servizio territoriale;
- propone al medico richiedente o alla UVM l'approvazione della struttura, se ritenuta adeguata alla richiesta;
- pianifica la transizione;
- notifica la transizione al soggetto richiedente e a tutti gli altri professionisti coinvolti nel percorso clinico assistenziale;
- raccoglie e trasmette le informazioni utili a gestire la transizione;
- comunica con il medico richiedente per gli aspetti organizzativi e logistici della transizione;
- coordina la transizione.

La struttura/servizio Territoriale richiedente:

- riceve la comunicazione del setting individuato;
- conferma/approva la proposta ricevuta;
- 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.

### **La 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;
- verifica la corretta presa in carico del paziente;  
segue le fasi della transizione;
- verifica la tempistica del primo accesso nella sede di destinazione;
- interviene nella risoluzione di 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
- segue con la COT le fasi della transizione.

La COT per poter svolgere le proprie funzioni deve:

- disporre di un sistema di gestione e monitoraggio delle transizioni;
- accedere all'anagrafica regionale;
- conoscere i referenti clinici del caso;
- conoscere i servizi aziendali e sociali attivati sul paziente;
- conoscere tutti i servizi della rete territoriale, disponibilità di accesso alle strutture intermedie e del privato accreditato e contrattualizzato.

## LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione continua in medicina include l'acquisizione di nuove conoscenze e abilità utili alla pratica professionale.

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per garantire risposte adeguate ai bisogni di cura dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale.

La formazione permanente consente al personale di conservare un livello adeguato di performance clinico-assistenziali, organizzative, relazionali e tecnologiche.

Il percorso formativo del personale che andrà a ricoprire i diversi ruoli all'interno delle COT prevede l'acquisizione di competenze informatiche specifiche relative alle funzionalità del software gestionale.

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;
- organizzazione territoriale;
- protocolli decisionali per la gestione delle chiamate;
- coordinamento con i servizi del sistema sanitario regionale;
- tecniche di comunicazione.

## PRIVACY

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.

L'art. 6 par. 1 lettera e) e dell'art. 9, par. 2, lettera h) del GDPR 679/2016, stabilisce i principi generali che il titolare del trattamento è tenuto a seguire nella raccolta dei dati personali degli utenti.

*"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.

## 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.

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)”*.

## BIBLIOGRAFIA/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

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

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

<https://www.garanteprivacy.it>

<https://cergas.unibocconi.eu>

BOLZA



Il Dirigente Amministrativo, con la presente sottoscrizione, attesta la regolarità tecnica e amministrativa nonché la legittimità del provvedimento

Il Dirigente Amministrativo

Manuela Fazia

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione attesta che la spesa risulta corrispondente al bilancio di previsione dell'anno corrente.

Il Direttore

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Bilancio e Gestione Economica Finanziaria attesta che la spesa risulta imputata sulla voce di conto del Bilancio n.

Anno

Il Direttore

firmato digitalmente

Ai sensi del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i sottoscritti esprimono il seguente parere sul presente provvedimento:

Parere favorevole

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott. Francesca Rancitelli

firmato digitalmente

Parere favorevole

**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Rossano Di Luzio

firmato digitalmente

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott. Vero Michitelli**

firmato digitalmente