



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 116 del 04/06/2024

OGGETTO: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)- Missione 6 Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale - Investimento 1.2 Case come primo luogo di cura e telemedicina - Sub-Investimento 1.2.2 - Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT) – Approvazione del documento avente ad oggetto “Le Centrali Operative Territoriali in Regione Calabria”.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato sub-commissario unico per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021.

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 18 settembre 2023, con la quale l'ing. Iole Fantozzi è stata nominata ulteriore sub-commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021,

suddividendo i compiti con quelli attribuiti al Sub – commissario dott. Ernesto Esposito già in precedenza nominato;

VISTI

- la legge 16 gennaio 2003, n. 3, recante “Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione” e, in particolare, l’articolo 11, comma 2-bis, ai sensi del quale “Gli atti amministrativi anche di natura regolamentare adottati dalle Amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che dispongono il finanziamento pubblico o autorizzano l’esecuzione di progetti di investimento pubblico, sono nulli in assenza dei corrispondenti codici di cui al comma 1 che costituiscono elemento essenziale dell’atto stesso;
- il decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 88 “Disposizioni in materia di risorse aggiuntive ed interventi speciali per la rimozione di squilibri economici e sociali, a norma dell’articolo 16 della legge 5 maggio 2009, n. 42” che definisce e disciplina il Contratto Istituzionale di Sviluppo;
- il decreto-legge 22 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98, ove all’articolo 9-bis è disposto che per accelerare la realizzazione di nuovi progetti strategici, sia di carattere infrastrutturale sia di carattere immateriale, di rilievo nazionale, interregionale e regionale, aventi natura di grandi progetti o di investimenti articolati in singoli interventi tra loro funzionalmente connessi, in relazione a obiettivi e risultati, finanziati con risorse nazionali, dell’Unione europea e del Fondo per lo sviluppo e la coesione di cui all’articolo 4 del decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 88, le amministrazioni competenti possono stipulare un contratto istituzionale di sviluppo;
- il Regolamento (UE) 2018/1046 del 18 luglio 2018 che stabilisce le regole finanziarie applicabili al bilancio generale dell’Unione, che modifica i Regolamenti (UE) n. 1296/2013, n. 1301/2013, n. 1303/2013, n. 1304/2013, n. 1309/2013, n. 1316/2016, n. 1316/2013, n. 223/2014, n. 283/2014 e la decisione n. 541/2014/UE che abroga il Regolamento (UE, Euratom) n. 966/2012;
- l’art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, recante il “Riordino della rete ospedaliera in relazione all'emergenza da COVID-19”;
- 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;
- la decisione ECOFIN del 13 luglio 2021, con cui il Consiglio ha valutato positivamente il Piano per la ripresa e resilienza dell’Italia, e notificata all’Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21 del 14 luglio 2021;
- il decreto del Ministro dell’economia e delle finanze 15 luglio 2021 con cui sono stati individuati per ciascuno degli investimenti del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) di competenza del Ministero della salute, attraverso le schede di progetto, gli obiettivi iniziali, intermedi e finali, nonché le relative modalità di monitoraggio con particolare riferimento al programma “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”;
- il decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, recante: «Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia»;

- la Missione 6, Componente 1 del PNRR – Investimento 1.1: “Case della Comunità e presa in carico della persona”; Investimento 1.2 Case come primo luogo di cura e telemedicina - Sub-Investimento 1.2.2 - Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);
- il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze 15 settembre 2021 di istituzione dell’Unità di Missione del Ministero della salute titolare di interventi PNRR, ai sensi dell’articolo 8 del citato decreto-legge n. 77 del 2021;
- il decreto-legge 10 settembre 2021, n. 121, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2021, n. 156, recante “Disposizioni urgenti in materia di investimenti e sicurezza delle infrastrutture, dei trasporti e della circolazione stradale, per la funzionalità del Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibili, del Consiglio superiore dei lavori pubblici e dell’Agenzia nazionale per la sicurezza delle infrastrutture stradali e autostradali”, e, in particolare l’articolo 10, comma 3, che prevede che “La notifica della citata decisione di esecuzione del consiglio UE - ECOFIN recante «Approvazione della Valutazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dell’Italia», unitamente al decreto del Ministro dell’economia e delle finanze di cui al comma 2, costituiscono la base giuridica di riferimento per l’attivazione, da parte delle amministrazioni responsabili, delle procedure di attuazione dei singoli interventi previsti dal PNRR, secondo quanto disposto dalla vigente normativa nazionale ed europea, ivi compresa l’assunzione dei corrispondenti impegni di spesa, nei limiti delle risorse assegnate ai sensi del decreto di cui al comma 2.”;
- il decreto del Ministro dell’economia e delle finanze 23 novembre 2021 che modifica la tabella A allegata al decreto del Ministro dell’economia e delle finanze 6 agosto 2021, recante assegnazione delle risorse finanziarie previste per l’attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;
- il decreto del Ministro della salute del 20 gennaio 2022 avente ad oggetto la ripartizione delle risorse del PNRR e del PNC a favore dei soggetti attuatori Regioni e Province autonome;

PREMESSO CHE

- la Centrale Operativa Territoriale (COT), viene individuata, dalla normativa nazionale (DM 77/2022) nonché dal DCA 197/23 come la soluzione organizzativa che dovrà garantire l’integrazione di sistema, servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (territoriali, sanitari, sociosanitari, ospedalieri e della rete dell’emergenza-urgenza) oltre al coordinamento della presa in carico della persona. Lo scopo della COT è quello di garantire una nuova organizzazione in rete, dove i servizi e i professionisti del sistema siano connessi, integrati e a disposizione della popolazione in strutture di prossimità, pensate per una presa in carico multidisciplinare. L’obiettivo è assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell’assistenza che viene perseguito mediante il coordinamento della presa in carico tra i diversi setting, attivazione di risorse e soggetti della rete assistenziale, tracciamento e monitoraggio delle transizioni del paziente tra setting assistenziali, supporto informativo e logistico ai professionisti sanitari e raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche con l’ausilio della telemedicina. La COT infatti è dotata di infrastrutture informatiche connesse ed integrate con i principali applicativi aziendali, con il Fascicolo Sanitario Elettronico e con la piattaforma di telemedicina, nonché con i sistemi operativi della Centrale Operativa Regionale 116117.
- con DCA n.15/2022 è stata approvata la proposta di Piano degli interventi (Allegato A) per la realizzazione delle seguenti strutture sanitarie nella Regione Calabria, previste nella ripartizione programmatica del piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: n° 19 Centrali Operative Territoriali (Missione 6, Componente 1, Investimento 1.2.2 del PNRR);
- con DCA n. 197/23 è stata approvata la programmazione della rete territoriale in attuazione del DM 77/22 e in sostituzione del DCA n.65/2020, il quale oltre a definire il ruolo delle Centrali Operative Territoriali nella regione Calabria -partendo da una ricognizione dello stato

attuale - definisce il numero delle COT che si intende realizzare entro il 2026, ovvero 21 strutture, di cui 19 a valere sui fondi PNRR;

RILEVATO che è necessario fornire indicazioni omogenee alle ASP circa il percorso di attivazione, le funzioni, le dotazioni e l'organizzazione delle COT;

RITENUTO, pertanto, di dover procedere all'approvazione del documento avente ad oggetto "Le Centrali Operative Territoriali in Regione Calabria" (Allegato A), quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7 ed acquisito al prot. n. 340457 del 21/05/2024;

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto;

DECRETA

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI APPROVARE il documento avente ad oggetto "Le Centrali Operative Territoriali in Regione Calabria" (Allegato A), quale parte integrante e sostanziale del presente atto, il quale mira a fornire indicazioni omogenee alle ASP circa il percorso di attivazione, le funzioni, le dotazioni e l'organizzazione delle COT;

DI DEMANDARE al Dipartimento "Salute e Welfare" il presente provvedimento per la relativa attuazione nonché per la notifica ai soggetti interessati;

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale "Salute e Welfare" per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Avverso il presente provvedimento è possibile presentare ricorso nelle sedi giudiziarie competenti entro il termine previsto dalla legislazione vigente e decorrente dalla data di pubblicazione sul BURC.

Il Sub Commissario
Ing. Iole Fantozzi

Il Sub Commissario
Dott. Ernesto Esposito

Il Commissario ad acta
Dott. Roberto Occhiuto

Dipartimento “Salute e Welfare”

Settore 7 “Assistenza territoriale - Salute nelle carceri- Sistema delle Emergenze-Urgenze”

***Il Dirigente del Settore
Dott. Francesco Lucia***

***Il Dirigente Generale
Dott. Tommaso Calabrò***

Le Centrali Operative Territoriali in Regione Calabria

Sommario

PREMESSA.....	3
La Centrale Operativa territoriale	3
La situazione attuale come punto di avvio delle COT in regione Calabria	4
Relazioni ed integrazione con i PUA	5
L'organizzazione delle COT	7

Le funzioni delle COT	8
1.Ricezione e decodifica	8
2.Valutazione del bisogno	8
3.pianificazione della risposta	9
4.verifica dell'avvio del percorso personalizzato e monitoraggio della sua funzionalità	9
La dotazione tecnologica e informatica delle COT	11
Logiche Organizzative e Modalità Operative del Sistema COT Calabria	13
Casi d'uso oggetto di implementazione	15
Interfacce da implementare	15
Reportistica e sistema di BI	15
Trattamento del Dato	15
STATO DELL'ARTE - MARZO 2024	16
Il ruolo della COT nel percorso di dimissione protetta	17
La formazione degli operatori della COT	18
L'informazione/formazione dei professionisti che si interfacciano con la COT	19
Il monitoraggio dell'attività delle COT	19
Ipotesi di percorso da realizzare in ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale in collaborazione con aziende ospedaliere e strutture private accreditate.	20

PREMESSA

Le Centrali Operative Territoriali (COT), rientrano nell'ambito delle strutture cui il Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza (PNRR) nell'ambito della Missione 6 (Salute) dedica particolare attenzione affinché venga garantito lo sviluppo coordinato dell'assistenza sanitaria territoriale.

Il DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" ne delinea profilo e standard di riferimento in un'ottica che, soprattutto nelle regioni in cui, come la regione Calabria, il complesso delle strutture e dei processi della medicina territoriale va gradualmente consolidandosi in ragione della realizzazione delle diverse strutture ed iniziative previste dalla Missione 6 del piano, deve prevedere un'analogia gradualità. Da questo punto di vista la nostra regione deve declinare positivamente non solo gli assetti a regime, ma anche i passaggi intermedi che caratterizzeranno lo sviluppo

dell'assistenza territoriale nelle sue componenti, reti di prossimità, accordi con i professionisti, strutture comunitarie territoriali ed intermedie, sanità digitale e telemedicina, domiciliarità e prossimità. La necessità di descrivere un percorso graduale è legata anche a quella di armonizzare tempi e funzioni, con l'obiettivo di garantire un ottimale utilizzo ed utilità delle risorse impegnate nel sistema. Nello specifico delle COT, la loro funzione di raccordo richiede ancor più che il loro sviluppo si articoli in armonia con la effettiva disponibilità delle diverse strutture ed iniziative previste dal DM 77/2022, anche nello specifico dei singoli territori regionali relativamente ai servizi sanitari e sociali già esistenti e a quelli in corso di realizzazione/attivazione. Per tale motivo, il presente documento traccia un percorso che, a partire dalle previsioni nazionali e dalla programmazione regionale (DCA 197/2023), si articola in fase intermedie e a regime individuando i criteri di riferimento e i passaggi che porteranno dalle une alle altre nella piena condivisione fra Aziende sanitarie regionali ed altre istituzioni e soggetti coinvolti, Comuni, volontariato, parti sociali.

In questa logica esso raccoglie la documentazione idonea a definire le modalità con le quali la COT integra e assicura continuità di assistenza sanitaria e socio-sanitaria; coordina la presa in carico del paziente fra strutture, servizi e professionisti nei diversi setting assistenziali le cui risorse sono messe a disposizione al fine di ottimizzare gli interventi a favore dei pazienti e dei caregiver.

La Centrale Operativa territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (COT) viene individuata, dalla normativa nazionale e regionale, come la soluzione organizzativa che dovrà garantire l'integrazione di sistema, servizi, professionisti, competenze sanitarie e sociali, finalizzata a rispondere nel modo più idoneo ai bisogni complessi, in primo luogo delle persone fragili. Gli elementi chiave sono rappresentati dalla lettura corretta e completa del bisogno, dalla continuità della presa in carico, dalla prossimità al cittadino e alla sua famiglia, dal coinvolgimento tempestivo ed efficace di tutte le risorse pertinenti del sistema, ospedaliere, territoriali, socio-sanitarie e sociali; formali, ma anche informali. Il rilievo del carattere di tempestività dell'azione diverrà tanto più importante con lo sviluppo delle interfacce con il sistema dell'emergenza-urgenza e con le organizzazioni territoriali in grado di dare maggiore copertura temporale ai bisogni espressi da particolari categorie di cittadini, ad esempio gli assistiti in assistenza domiciliare. In prospettiva, per i soggetti assistiti dai loro caregiver a domicilio, la COT potrà assumere il ruolo chiave di alleggerimento del carico dei caregiver familiari, anche attraverso la coprogettazione di soluzioni innovative di sollievo, soluzioni che, utilizzando le diverse risorse del territorio, permettano al caregiver familiare di avere periodi liberi dall'attività di cura.

Sul piano della gestione la COT potrà utilizzare da subito gli strumenti già disponibili, con una particolare attenzione alla relazione con i PUA, ed introdurre gli elementi in corso di piena realizzazione nella nostra regione, quale la centrale operativa 116117 e la piattaforma di telemedicina, potendo assumere, in particolare per quest'ultima, un ruolo attivo nel monitoraggio clinico-assistenziale e del bisogno.

Relativamente alla programmazione delle COT nella nostra regione, come esplicitato dal Piano Operativo Regionale allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo PNRR, e ripreso dalla DCA 197/2023, sono previste 21 strutture la cui progettazione ha tenuto conto delle indicazioni relative alla struttura logistica delle COT di cui al medesimo DCA 197/2023. Il presente documento mira a fornire indicazioni omogenee alle ASP circa il percorso di attivazione, le funzioni, le dotazioni e l'organizzazione delle COT.

La situazione attuale come punto di avvio delle COT in regione Calabria

La Regione Calabria già oggi vede attive molte delle strutture di riferimento per l'attività delle COT. In particolare il mondo ospedaliero e l'ambito territoriale sono già oggi caratterizzati dalla presenza di soggetti, percorsi e problematiche che beneficerebbero della attività di coordinamento tipica delle COT. L'ambito più caratteristico e rilevante è quello delle dimissioni protette che, a prescindere dalle ulteriori strutture e strumenti che si svilupperanno nel corso della realizzazione del PNRR, rappresentano in tutti i sistemi sanitari evoluti un passaggio particolarmente delicato e significativo, al fine di garantire al meglio la salute dei cittadini, il benessere delle famiglie, il corretto utilizzo delle strutture ospedaliere, la valorizzazione delle risorse territoriali e prevenire la frustrazione di molti dei nostri professionisti. Si ritiene pertanto che il primo rilevante percorso relativamente al quale definire concretamente il ruolo e le attività delle COT possa essere rappresentato proprio dalle dimissioni protette, considerando il presente documento un'occasione per definirne complessivamente specifiche ed attributi. Tale percorso è di particolare rilievo anche perché interseca il tema dello sviluppo appropriato dell'assistenza domiciliare che allo stato attuale necessita di ampliare il novero dei cittadini presi in carico, senza che il corretto inserimento in percorsi valutativi e progettuali, i.e. PAI e UVM, venga meno.

Già in questa fase l'attività di formazione delle figure infermieristiche che opereranno all'interno delle COT, comprese quelle cui verrà affidata la responsabilità delle strutture stesse, andrà progettato con cura e realizzato, avendo a riferimento in particolare le capacità di relazione e di problem solving, oltre alla capacità di utilizzo di strumenti condivisi e standardizzati per l'analisi del bisogno e per la gestione delle relazioni interorganizzative. Un ulteriore aspetto cui l'attività formativa dovrà prestare specifica attenzione è quello delle competenze digitali, in particolare per sviluppare l'utilizzo anche innovativo delle piattaforme di telemedicina che, in un territorio con le caratteristiche orogeografiche di quello calabrese, può rappresentare un elemento fondamentale per migliorare la qualità della

presa in carico dei soggetti fragili, anche in un'ottica preventiva di scompensi e riacutizzazioni. La programmazione regionale, oltre che partire da specifici concreti progetti per i quali è già possibile rendere operative le COT, individuerà anche la gradualità di attivazione delle COT stesse, nel rispetto delle milestones del PNRR, ma tenendo conto del reclutamento e della formazione dei professionisti oltre che della necessità di garantire, tempo per tempo, l'adeguamento alla transizione che porterà al pieno sviluppo della rete territoriale. In tal senso sarà fondamentale il coinvolgimento delle ASP nel definire tempi di crescita ed eventuali ruoli specifici per le singole COT.

Man mano che il sistema Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Hospice e cure palliative, Infermieri di Comunità, rafforzamento dell'assistenza domiciliare e sviluppo della Telemedicina andrà a regime, le COT amplieranno il proprio ambito di intervento a tutta la gestione delle relazioni che garantiscono la rete integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari, sulla base dell'esperienza maturata con un approccio graduale, la cui necessità si impone come per lo sviluppo di ogni nuova iniziativa in un contesto complesso e delicato quale quello descritto, ove la selezione delle figure professionali e la condivisione delle soluzioni rappresenteranno elementi cardine.

Nel quadro di uno sviluppo graduale e governato saranno sviluppati dal livello regionale, in condivisione con le ASP e le Aziende Ospedaliere, meccanismi di monitoraggio mirati dell'efficacia delle soluzioni che verranno via via realizzate, in modo da guidare il progresso nel tempo aggiustando via via il percorso, e valorizzando al massimo l'importante investimento messo in campo.

4.Relazioni ed integrazione con i PUA

La definizione dei ruoli reciproci e dei livelli di integrazione fra PUA e COT rappresenta un aspetto che necessita di una definizione il più possibile chiara già in fase di avvio delle COT.

Esiste in primo luogo l'esigenza di riportare ad una lettura unitaria le visioni apparentemente non coincidenti che dell'operatività dei PUA danno le più recenti norme sanitarie inerenti l'organizzazione territoriale e quelle inerenti la non-autosufficienza di ambito sociale e socio-sanitario. Infatti, nel DM 77/2022 al PUA si attribuiscono funzioni solo in ambito sanitario, la norma però cita anche il comma 163 della finanziaria 2022 il quale, per le persone non autosufficienti, prevede che l'accesso ai servizi sociali e socio-sanitari, sia garantito attraverso i PUA, dove operano équipe integrate con personale afferente al SSN e agli Ambiti Territoriali Sociali, équipe che devono garantire anche l'operatività della UVM e la redazione del PAI. Tenuto conto che i bisogni complessi riguardano persone non autosufficienti/fragili e di come la necessità di integrazione fra sociale, sanitario e socio-sanitario sia ineludibile, occorre entrare nel merito della questione.

Va poi detto che i PUA sono già operanti in tutti gli ambiti territoriali della nostra regione, e di come la loro collocazione nelle case di comunità renda opportuna una ottimale integrazioni con le COT non solo per garantire la sostenibilità organizzativa e soprattutto professionale del sistema, ma anche

per evitare che, operando sia PUA che COT per costruire e garantire percorsi integrati per gli utenti di uno stesso territorio, a partire dalle risorse disponibili in quel territorio, non si creino divergenze e sovrapposizioni non governate.

Esiste poi un'altra necessità, tutto il percorso di sviluppo dell'assistenza territoriale, centrato su un investimento su strutture fisiche, mira a dare ai cittadini non solo risposte, ma anche punti di riferimento fisici ai quali rivolgersi con la stessa chiarezza di funzioni che oggi li porta a rivolgersi agli ospedali. Anche per i professionisti una per quanto possibile univoca modalità di relazione con il sistema delle cure territoriali rappresenta una necessità e un'opportunità di crescita.

Inoltre la vicinanza tra PUA/front office e COT faciliterebbe i percorsi di presa in carico.

Dal complesso di queste considerazioni emerge, schematizzando, come i PUA rappresentino i soggetti che raccolgono il bisogno a partire dalle richieste che provengono dai vari attori del sistema (dal cittadino al professionista-MMG, PLS, specialista) lo processino sia in forma rapida (funzioni di 1° livello- informazione, supporto, raccordo, avvio al servizio appropriato, bisogno solo sociale) che attraverso valutazioni più articolate (funzioni di 2° livello-analisi delle necessità di prestazioni per i bisogni semplici, UVM per i bisogni complessi) che portano alla redazione di quello che potremmo definire una committenza strutturata e personalizzata per rispondere ai bisogni del paziente (pianificazione assistenza di livello base, PAI sia per ADI che per collocazione in struttura). La funzione delle COT si valorizza per la capacità di garantire l'attivazione integrata dei professionisti e dei servizi, funzionale alla realizzazione del PAI, per la costruzione di risposte anche innovative, per l'utilizzo di risorse formali ed informali. Le COT, sia attraverso i ritorni da parte degli operatori, che di quelli derivanti dalle soluzioni di telemedicina dedicate, monitorano la realizzazione del PAI, o della assistenza domiciliare di base, provvedendo alle modifiche della pianificazione legate a modifiche del bisogno. Forniscono inoltre un supporto ai professionisti, informativo e logistico.

Una lettura di questo tipo dei ruoli e delle competenze previste per poterli agire, può essere utile per arrivare ad interpretare al meglio l'integrazione fra PUA e COT.

Il primo aspetto che è possibile prevedere è che nelle sedi dove sia presente una COT all'interno di una casa di Comunità, l'attività di 2° livello del PUA si collochi come luogo fisico in modo da interagire strettamente con la COT stessa.

Tenuto conto del potenziamento della dotazione di assistenti sociali per i PUA, previsto dalla normativa di settore, la coesistenza delle due funzioni, che mira a garantire un livello di integrazione ottimale non solo di tipo sanitario, ma anche socio-sanitario e sociale, deve basarsi su un raccordo anche formale con i comuni dell'ambito territoriale distrettuale. L'integrazione fra le competenze di secondo livello del PUA, in termini di valutazione dei bisogni complessi, formalizzazione del PAI ed integrazione sociale, e le competenze della COT di conoscenza delle risorse e delle competenze disponibili sul territorio, permetterà di pianificare al meglio la presa in carico dei pazienti e di

coordinare il lavoro dei professionisti e la messa a disposizione di quanto necessario alla realizzazione del PAI.

La funzione del PUA di 1° livello deve essere presente sia nelle case di comunità dove insista la COT, che nelle altre case di comunità, o sedi distrettuali a facile accesso. In entrambi i casi va garantita l'interfaccia anche con i cittadini individuando le modalità migliori, comprese le fasce orarie di apertura, sulla base dell'esperienza già maturata e tenendo conto delle reali e specifiche problematiche dell'utenza.

Per i PUA integrati con le COT sarà importante definire, anche sulla base delle risorse disponibili e del carico di lavoro, modalità operative che mantengano per il cittadino l'accesso unitario e integrato all'assistenza in un luogo di prossimità e valorizzino la disponibilità della COT come gestore esperto dell'integrazione ed interfaccia operativa con i professionisti che ne attivano le funzioni.

La finalità complessiva dell'integrazione PUA/COT è quella di garantire che la risposta appropriata al bisogno dei cittadini venga costruita avendo a disposizione tutte le informazioni e le risorse in forma integrata.

Laddove le soluzioni logistiche rendano complessa l'integrazione fisica devono essere individuate soluzioni organizzative che permettano l'integrazione funzionale delle competenze e delle funzioni, utilizzando al meglio le piattaforme informatiche. Nei casi in cui la COT non sia collocata nella stessa sede del PUA, è possibile il trasferimento di quest'ultimo, in accordo con i comuni, a patto che la sede della COT sia altrettanto facilmente raggiungibile dai cittadini.

L'organizzazione delle COT

La COT è una struttura del distretto, che fa capo direttamente al direttore del distretto e la cui responsabilità organizzativo-gestionale è affidata ad un responsabile infermieristico.

All'interno delle COT possono operare, oltre agli infermieri, assistenti sociali ad integrazione delle funzioni COT/PUA, personale amministrativo, OSS ed operatori laici opportunamente formati.

Lo standard nazionale per l'attività delle COT ne prevede l'apertura 7 giorni su 7. Lo standard di personale riportato nel DM 77/2022, prevede 1 Coordinatore infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di personale di supporto.

Il percorso graduale che si intende attivare in regione Calabria prevede una attivazione in prima battuta per 6 giorni su 7 per sei ore al giorno, 8-14:00, l'evoluzione e l'incremento del carico di lavoro che potranno realizzarsi man mano che il ruolo della COT si consoliderà potranno portare ad una rivalutazione. Resta confermata l'attivazione da subito di almeno una COT per Area (Sud-Centro e Nord) 7 giorni su 7. L'indicazione rappresenta un elemento di massima e dovrà tenere conto delle ore di servizio settimanali che il personale deve rendere. Laddove siano possibili integrazioni fra COT

ed altre strutture (PUA, coordinamento ADI, etc.) le ore di attività possono essere valutate e non necessariamente devono essere dedicate.

Come emergerà dalla declinazione delle macrofunzioni, queste prevedono che l'organizzazione si articoli in funzioni di front-office verso i professionisti e di back-office per le attività di valutazione, pianificazione e verifica/monitoraggio.

Un elemento fondamentale è rappresentato dalle dotazioni infrastrutturali tecnologiche ed informatiche, che devono mettere nelle condizioni gli operatori delle COT di ricevere informazioni in forma standardizzata e sicura da parte dei professionisti e di pianificare gli interventi coinvolgendo i diversi attori del sistema, registrando i dati in forma stabile e che permetta di alimentare direttamente gli specifici flussi informativi. La COT deve poi disporre di una mappa dinamica delle disponibilità di strutture e risorse professionali attivabili per rispondere ai bisogni segnalati dai professionisti. A tal fine verrà sviluppato un applicativo unico regionale.

A tali elementi presenti in tutte le COT si affiancano le attività svolte attraverso la piattaforma di telemedicina, che potranno essere svolte, nella fase a regime dell'attivazione delle COT, con collocazione anche non ubiquitaria. In tale ambito la COT svolgerà una funzione di telemonitoraggio e provvederà ad attivare i professionisti quando necessario, anche per televisita.

Le funzioni delle COT

La COT svolge la propria funzione di integrazione e raccordo essenzialmente attraverso le seguenti macrofunzioni.

1. Ricezione e decodifica delle segnalazioni, comprensiva della valutazione di pertinenza delle medesime;

2. Valutazione del bisogno attraverso un approccio **multidimensionale e differenziato** secondo il livello di complessità:

- a) valutazione semplificata (triage): può avvenire anche indirettamente**, attraverso raccolta dati informatizzati, telefonici, schede di valutazione, da parte del professionista della COT, nel caso vi siano tutti gli elementi utili per individuare precocemente la tipologia e la natura del bisogno e attivare le risorse necessarie.
- b) valutazione complessa:** viene effettuata attraverso una **Valutazione Multidimensionale** da almeno **due professionisti** sulla base dello specifico bisogno, anche attraverso strumenti di telemedicina. La valutazione multidimensionale porta alla redazione del PAI in accordo con i professionisti che hanno in carico il paziente, MMG e PLS in primis, la persona e i caregiver. Le modalità di realizzazione della valutazione complessa dipenderanno anche dal livello di integrazione con PUA e UVM. L'attività di valutazione

deve basarsi su tutte le informazioni delle quali la COT dispone, comprese quelle che riguardano i pazienti fragili e ad alto rischio già in carico.

3.pianificazione della risposta, in primo luogo rispetto al PAI, redatto a seguito della valutazione complessa, attivando e coordinando le risorse necessarie e facilitando l'integrazione tra i diversi professionisti che lavorano nei servizi territoriali, ospedalieri, e del servizio sociale, promuovendo il coinvolgimento della famiglia, del caregiver, del volontariato e garantendo la condivisione delle informazioni;

4.verifica dell'avvio del percorso personalizzato e monitoraggio della sua funzionalità. Il monitoraggio si realizza attraverso il tracciamento del passaggio da un setting di cura all'altro o da un livello di bisogno clinico/assistenziale ad un altro: questa attività si configura come una presa in carico proattiva dei pazienti fragili per i quali la COT si attiva anche direttamente contattando i professionisti di riferimento per verificare la tipologia di bisogno e le necessità di transizione. Il ruolo di monitoraggio è fondamentale per correggere le azioni e confrontandosi con i professionisti che hanno in carico la persona per assumere le azioni correttive.

Queste funzioni si esercitano nell'ambito di diversi percorsi e situazioni, sia di cambio di setting assistenziale, sia di modifica del bisogno clinico assistenziale a parità di setting. Nelle diverse situazioni la COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi e di supporto informativo e logistico ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, Infermieri di Comunità, Assistenti sociali ecc.).

L'approccio deve sempre tenere conto della integrazione fra bisogni, e risposte, sanitari, sociosanitari e sociali, oltre al raccordo con le strutture che gestiscono le risorse necessarie in termini di presidi, protesi, mezzi di trasporto.

Le situazioni nelle quali è prevista più frequentemente l'attivazione/operatività della COT sono:

- la dimissione da strutture ospedaliere sia verso il domicilio che in altre strutture residenziali e semiresidenziali;
- l'ammissione/dimissione o trattamento temporaneo in strutture residenziali;
- l'ammissione/dimissione negli Ospedali di Comunità;
- il rientro a domicilio da Pronto Soccorso anche prevedendo un sistema di attivazione precoce della COT che possa prendere in carico il bisogno emergente;
- l'attivazione di assistenza domiciliare, o variazione della sua intensità, in pazienti già al domicilio o dimessi da strutture;

- le transizioni di setting per i pazienti in carico ai servizi della Salute Mentale, anche per gli esordi non già in carico ai dipartimenti potranno essere individuati percorsi specifici;
- l'attivazione della rete delle cure palliative e l'ammissione/dimissione dagli Hospice;
- il monitoraggio proattivo da parte degli infermieri della COT degli ingressi in struttura ospedaliera dei pazienti già in carico ai servizi territoriali o identificati ad Alto Rischio;
- il monitoraggio proattivo dei pazienti a domicilio con gravissima disabilità, acquisita o congenita.

I professionisti, che operano all'interno nei percorsi citati, rappresentano i soggetti che attivano la COT, **sia che operino per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate** inoltre la COT dialoga con il sistema dell'emergenza e con la centrale unica per le cure non urgenti 116117.

I professionisti delle strutture private accreditate dovranno essere coinvolti nei percorsi informativi/formativi sulle attività delle COT, anche con moduli specifici.

La COT può inoltre svolgere un ruolo nella realizzazione di soluzioni di sollievo per i caregiver familiari, volte ad evitare l'istituzionalizzazione permanente del soggetto non autosufficiente. I professionisti che hanno in carico i pazienti domiciliari assistiti permanente dal caregiver familiare potranno segnalare alla COT le situazioni che richiedono periodi, anche nel corso della giornata, di sollievo.

La individuazione più puntuale delle singole interfacce non è possibile a livello regionale, va però sottolineato che i ruoli a livello locale andrebbero attribuiti con ogni possibile chiarezza, per far sì che fra i professionisti della COT e quelli che ad essa si rivolgono si crei un linguaggio condiviso e una conoscenza di necessità e potenzialità in termini di risposta. Fermo restando che va garantita una omogeneità tendenziale, sarà cura del livello regionale monitorare le soluzioni locali in modo da diffondere le buone pratiche a livello di sistema.

Relativamente alla centrale per le cure non urgenti 116117, le interrelazioni fra COT e CO116117 si svilupperanno sulla base di appositi protocolli di attivazione reciproca che verranno adottati per fornire le migliori risposte agli utenti e tenendo conto del graduale sviluppo delle due esperienze nella nostra regione, sviluppo che dovrà essere opportunamente coordinato in modo che su tutto il territorio regionale sia sviluppata una capacità di servizio tendenzialmente omogenea. In tale ambito emergerà con forza il tema della relazione delle COT anche con gli utenti che si rivolgono alle centrali 116117.

Da questo punto di vista occorre sottolineare che la previsione di una COT che dialoga esclusivamente con professionisti potrebbe non essere idonea a sfruttare le potenzialità delle strutture e l'investimento strutturale e professionale. L'attività di integrazione svolta dalla COT potrebbe interessare anche il percorso oncologico, ad esempio, non solo per gli aspetti relativi al percorso delle cure palliative.

In generale, nel percorso di attivazione delle COT, le Aziende dovranno prestare particolare attenzione alle modalità organizzative che, negli specifici contesti, risulteranno più efficaci a garantire il governo dei percorsi a favore dell'utenza. Di conseguenza ruoli e funzioni andranno pensati avendo a riferimento quanto definito nel DM 77/2022, nella DCA 197/2023 e declinato nel presente documento di indirizzo, ma avendo sempre a riferimento la realtà operativa locale e le sue specifiche necessità.

La dotazione tecnologica e informatica delle COT

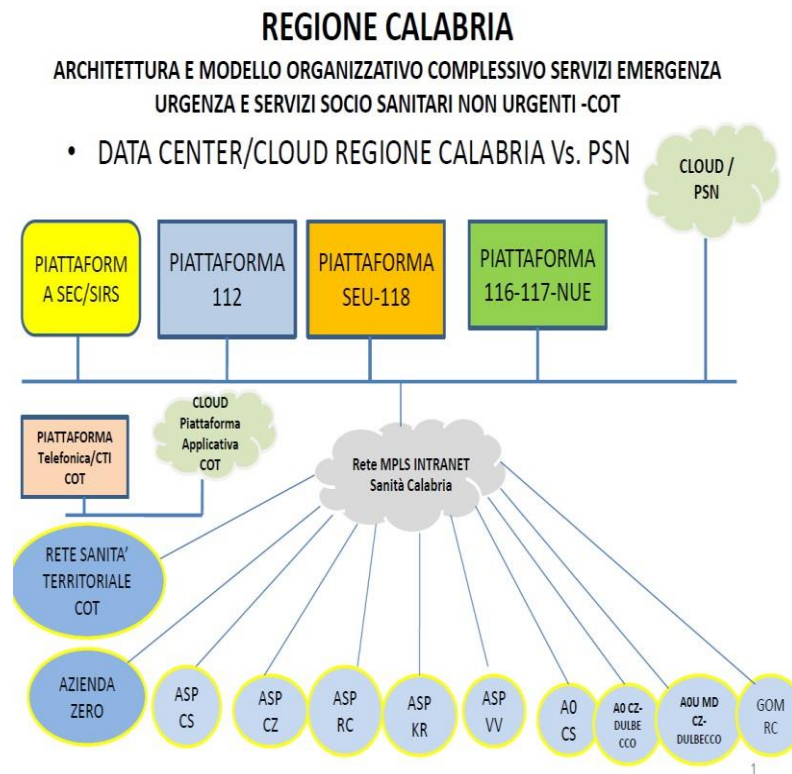
Il Sistema software delle COT sarà unico a livello regionale garantendo così già dal suo avvio una completa visibilità delle risorse messe a disposizione dalle strutture. Nell'ambito delle attività di instradamento (ad esempio ricovero ospedaliero verso ritorno al domicilio) e monitoraggio dell'erogazione dei servizi sanitari, deve consentire livelli di automazione configurabili per ogni contesto (azienda, informazioni disponibili sull'assistito, percorso programmato, ecc.), stante la natura fortemente variabile.

Tali livelli di automazione devono essere concepiti come Strumenti di Supporto Decisionale, consentendo quindi una completa aderenza agli stessi o deroga agli stessi con intervento manuale di adeguamento.

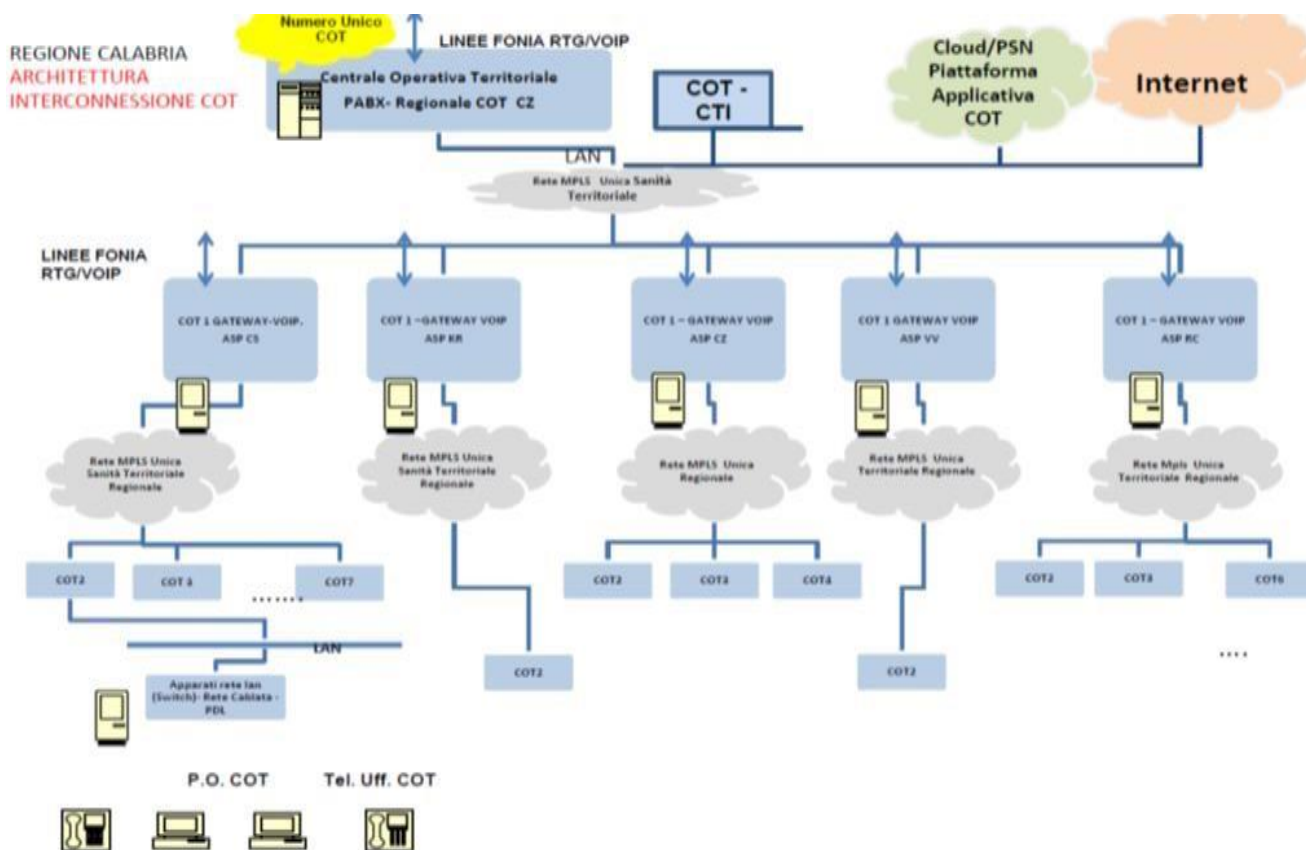
Il Sistema software tiene conto della Progettazione Armonica del Nuovo Ecosistema Sistema Sanitario che coinvolge tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e tutti i servizi Socio/Sanitari di accesso ed accoglienza, che sono in fase di progettazione e di prossima attivazione in Regione Calabria.



La singola COT dovrà operare in rete con tutte le altre COT che saranno attivate nel territorio regionale, nonché con gli altri servizi territoriali ed ospedalieri, tra cui anche il Numero Unico Europeo Armonizzato a Valenza sociale e sanitaria 116117.



Unica Piattaforma Applicativa COT, su ambiente Cloud Certificato ACN o PSN , per tutte le 21 COT distribuite nei Distretti delle 5 ASP calabresi ed un Sistema Telefonico VoIP che interconnette tutte le 21 COT attraverso una rete MPLS.



8

Logiche Organizzative e Modalità Operative del Sistema COT Calabria

Piattaforma Applicativa Unica di Gestione delle 21 COT, che verrà predisposta su Infrastruttura Cloud Certificato ACN o PSN, segmentata per le 5 ASP, che consentirà per la gestione e l'archiviazione delle informazioni, favorendo economie di scala e l'interoperabilità delle COT a livello aziendale e regionale;

Sistema Telefonico Integrato ed interconnesso tra tutte le 21 COT, attraverso una rete Intranet VPN MPLS "Rete Sanità Territoriale Regione Calabria, con architettura a due livelli: Regionale e Aziendale (5 ASP), con accessibilità telefonica, in caso di fault della rete, sui gateway telefonico locali di "survival" delle 5 ASP;

Ognuna delle 21 COT sarà dotata di:

- 4 Posti Operatori (Telefono integrato nella Postazione di Lavoro (P.C. based) . Ogni Operatore avrà a disposizione il Sistema Applicativo Gestionale delle COT ;
- 4 Telefoni X Amministrativi/ Tecnici etc.;

L'Accesso Telefonico al Sistema delle 21 COT della Regione Calabria è stato progettato attraverso l'attivazione un Numero Unico COT, Consentendo allo stesso tempo l'accesso diretto, sia in entrata che in uscita (tramite linee telefoniche locali attestato al singolo centralino/ gateway) alle 5 COT Provinciali Capofila.

Con questa Soluzione, medici/specialisti/servizi sociali/pazienti/cargivers etc. utilizzeranno un numerazione Unica per accedere ai servizi delle 21 COT, nelle more dell'attivazione del servizio regionale 116-117;

Distretto Telefonico/Area di Provenienza della chiamata (gestione dell'instradamento in base al prefisso della linea chiamante es. 0984 (Cosenza) , 0961(Catanzaro); 0962 (Crotone);0963 (Vibo Valentia) , 0965 (Reggio Calabria);

- Stato della linea di destinazione, ovvero in funzione del numero di Operatori in servizio nella singola COT (gestione del trabocco in caso di linea occupata o in libero non risponde);
- Instradamento su base Oraria della chiamata in arrivo (mattina, pomeriggio, sera, notte);
- Stato del servizio (aperto/chiuso) definito in funzione di giorno e ora;

I servizi di rete Intelligente, forniti dall'operatore di TLC, consentiranno la distribuzione delle chiamate in arrivo al Numero Unico del Sistema COT Regionale, secondo logiche di instradamento programmate in base a uno o più parametri quali ad esempio:

Allo scopo di consentire l'implementazione di logiche specifiche sia per la loro evoluzione temporale che per l'attivazione automatica di workflow al verificarsi di specifici eventi, il sistema deve configurarsi come concentratore di:

- canali informativi in ingresso, provenienti dall'esterno, esposti sia tramite servizi applicativi integrabili da parte di applicativi aziendali (sistemi di cartella clinica, sistemi di gestione della dimissione protetta, sistemi di gestione dei contesti sociali, ecc.) o di terze parti (es. centrale 116117, strutture private accreditate, infrastrutture nazionali)
- canali informativi in uscita, destinati ai sistemi informativi in uso presso tutte le strutture sanitarie, assistenziali e sociali coinvolte nei percorsi coordinati dalla COT (es. cartelle cliniche informatizzate, sistemi di presa in carico, sistemi informativi di strutture residenziali, sistemi informativi di erogazione servizi di assistenza, ecc.).

I canali di ingresso e uscita, progettati in logica a servizi secondo standard devono prevedere anche end point che consentano una operatività in arrivo o destinata a strutture non dotate di sistemi informativi al momento integrabili con l'infrastruttura a servizi.

Allo scopo di garantire un completo monitoraggio dello stato degli assistiti in carico in percorsi coordinati dalla COT il sistema deve prevedere il recupero di informazioni da:

- Anagrafe di riferimento (Regionale).
- Fascicolo Sanitario Elettronico.
- Dossier Sanitario dell'Azienda Sanitaria.
- Dossier Sociale dell'Azienda Sanitaria (se disponibile).
- Repository eventi (ADT, PS, PDTA, ecc.).

L'attività di Formazione sul software sarà del tipo continua a regime e di formazione in affiancamento sul campo in fase di attivazione dei sistemi informativi.

Casi d'uso oggetto di implementazione

L'applicativo dovrà dare implementazione ai casi d'uso descritti nel documento COT-AGENAS – pagine dalla 71 alla 90 -, in particolare (elenco esemplificativo e non esaustivo):

- Transizione Ospedale-Territorio; - Transizione Territorio-Ospedale; - Transizione Territorio-Territorio;
- Coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio mediante strumenti di Telemonitoraggio e/o Telecontrollo.

Interfacce da implementare

Si elencano di seguito alcuni dei canali di ingresso oggetto di implementazione:

- 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 i Sistemi di accettazione (ADT), di Gestione Lista di Attesa (LDA)
- Interfaccia verso il sistema di gestione dei PDTA aziendali
- Interfaccia con i sistemi di PS
- Interfaccia con il sistema delle dimissioni protette;
- Interfaccia con il CUP – Centro Unico di Prenotazione
- Interfaccia con la cartella del MMG/PLS
- Sistemi di CCE – Cartella Clinica Elettronica ospedaliera e/o territoriale
- Sistemi di ADI – Applicativo della Assistenza Domiciliare Integrata;
- Piattaforma nazionale di Telemedicina (per quanto attiene la trasmissione di informazioni il cui risultato sia oggetto di azioni di monitoraggio della aderenza al percorso sanitario/assistenziale/sociale in carico alla COT).

Reportistica e sistema di BI

Il sistema oggetto di progettazione deve:

- Prevedere uno strumento di accesso statistico/Bi al contenuto informativo;
- Consentire un accesso da parte di strumenti di terze parti tramite esposizione di strutture dati documentate ed esaustive;

Gli accessi con le due modalità sopra descritte devono essere profilate e tracciate.

Trattamento del Dato

Allo scopo di garantire una corretta gestione, sul piano normativo, della raccolta, visualizzazione e condivisione del dato, parte della progettazione esecutiva deve prevedere valutazione preliminare degli elementi di Privacy By Design da includere.

Il progetto esecutivo deve prevedere la stesura di una DPIA (Valutazione d'Impatto sulla Protezione del Dato) preliminare, da contestualizzare e formalizzare ad avvenuta attivazione del sistema nelle realtà locali.

STATO DELL'ARTE - MARZO 2024

Ognuna delle 5 Aziende Sanitarie Provinciali da Deliberato l'acquisizione della propria componente relativa alla applicativa Piattaforma Applicativa Unica Regionale per le COT e della Componente Centralino Telefonico con gli stessi prezzi dell' Accordo Quadro Consip CT8- Budget Esaurito);

Ognuna delle 5 ASP ha contrattualizzato con l'operatore classificato primo dell' Accordo Quadro Consip Sanità 2 l'implementazione della Piattaforma COT in Cloud;

Ognuna ASP ha contrattualizzato con l'operatore economico dal quale era possibile acquistare le centrali Telefoniche tramite Accordo Quadro Consip CT8;

Nel Mese di Novembre è stata avviata la piattaforma Cloud Unica Regionale per la Gestione e l'interconnessione delle COT, istanziate per ciascuna delle 5 ASP e sono state avviate le integrazioni applicative con i sistemi base di ciascuna ASP;

Nel mese di Dicembre 2023 sono stati completati i lavori di ristrutturazione dei locali nella COT Master di Catanzaro Via Daniele ed allestiti i locali tecnici. Nel mese di gennaio 2024 sono stati allestiti ed arredate le stanze adibite agli operatori COT ed allestite le postazioni.

Nel mese di Febbraio 2024 è stata installata la Centrale Telefonica Principale delle COT a Catanzaro, l'attivazione delle Linee Telefoniche N. 2 Accessi Primari ISDN e del Numero Verde Unico di Accesso per le 21 COT della Regione Calabria. La sua messa in funzione (in test) è pianificata per fine marzo 2024.

Nel mese di Aprile/Maggio è prevista l'attivazione e l'avvio in esercizio (pilota) della Centrale Operativa COT Principale di Catanzaro e poi a seguire delle altre 4 Centrali COT;

Nel Mese di Marzo-Aprile è prevista l'installazione delle altre 4 Centrali Telefoniche (gateway) nelle ASP di CS, RC, KR e VV.

Nelle more che vengano rese disponibili le connessioni dati MPLS ,che sono state previste per tutte le 21 COT nel Piano Operativo sottoscritto dalla Regione Calabria per la Missione 1 PNRR " Sanità Connessa", in fase di progettazione e realizzazione è stato ipotizzato l'utilizzo dei collegamenti dati, già attivi nelle sedi COT (o collegamenti nuovi da attivare) delle Reti Aziendali SPC delle 5 ASP già esistenti, in modalità multi ambito per traffico voip.

A Partire dal Mese di Marzo e fino a Giugno 2024, Verranno messe in esercizio le altre 4 Centrali Master COT Provinciali ed avviata la formazione degli Operatori delle COT e dei Reparti Ospedalieri che dovranno gestire le Dimissioni Protette (in fase di Individuazione da parte delle 5 ASP ed AO).

Dal mese di Aprile in Poi, in funzione ed armonia delle disponibilità dei locali, in fase di ristrutturazione/costruzione, delle altre 16 COT, verranno attivati i Posti Operatori in ciascuna COT ed avviata la formazione agli Operatori di tutte le COT e dei Reparti Ospedalieri che dovranno gestire le Dimissioni Protette (in fase di Individuazione da parte delle 5 ASP ed AO).

Il ruolo della COT nel percorso di dimissione protetta

Il percorso cui si ritiene di dedicare una specifica attenzione, come premesso, è rappresentato dalle dimissioni protette che rappresentano una delle problematiche che più influenzano il funzionamento degli ospedali e la qualità del percorso del paziente. La tempestività dell'avvio del percorso di dimissione protetta permette che si possano predisporre tutte le risorse necessarie ad assisterlo a domicilio o in strutture intermedie o residenziali. Naturalmente la nozione di dimissione protetta, soprattutto nella prospettiva delle COT, riguarda tutti i casi di dimissione, siano essi da strutture ospedaliere, da ospedali di comunità o da strutture residenziali sanitarie o socio-sanitarie.

L'individuazione dei pazienti per i quali, al termine del ricovero, necessiterà una forma di protezione diversa da quella presente prima del ricovero dovrebbe avvenire precocemente, prima che la data di dimissione sia fissata, tendenzialmente non oltre i 3-5 giorni di ricovero, in modo che la pianificazione della presa in carico avvenga prima della data appropriata di dimissione e il paziente e la sua famiglia non si trovino in condizioni di incertezza o l'ospedale ad affrontare un sovraccarico non appropriato. La segnalazione avviene a carico dei professionisti ospedalieri, medico o infermiere sulla base dell'organizzazione interna all'ospedale, alla COT competente per il territorio sul quale insiste la struttura, pubblica o privata accreditata, che dimette il paziente. Sarà compito della COT interfacciarsi con la COT del territorio di residenza del paziente nel caso non coincida con quello della struttura ospedaliera. In questo modo ogni ospedale avrà una sola interfaccia cui rivolgersi ottimizzando la fase di segnalazione e di individuazione dei bisogni del paziente. Se i professionisti della struttura che dimette necessitano della consulenza da parte di ulteriori competenze, la COT si occuperà di attivare le relative risorse.

La segnalazione dovrà utilizzare un format univoco regionale su supporto informatico, che permetta alla COT di processare al meglio il bisogno e trasmetterlo quando necessario alla COT di residenza del paziente.

A partire dall'analisi del bisogno, la COT attiverà le competenze valutative necessarie per arrivare a definire il piano di cura individualizzato, in forma di PAI o in forma semplificata, e le risorse/professionalità da attivare per garantire il percorso di dimissione protetta, una volta condivisa la pianificazione con i professionisti coinvolti (ospedalieri, MMG/PLS, struttura territoriale, etc.), i

quali cureranno la fase di condivisione con il paziente e il caregiver, attiverà le risorse necessarie con i tempi idonei a dimettere il paziente con tempestività.

La valutazione multidimensionale deve utilizzare strumenti idonei e standardizzati (Scheda SVAMA e SVAM.DI) e prevedere che chi ha in carico il paziente nella struttura dimettente integri le proprie conoscenze relativamente allo stato attuale del paziente, con quelle del professionista territoriale, in modo da rendere logisticamente e temporalmente più semplice la fase di valutazione.

In questo percorso andrà sviluppato l'utilizzo della telemedicina per sostenere le necessità di confronto fra professionisti e di valutazione da parte di chi non si trova in presenza del paziente e della sua famiglia/caregiver.

La telemedicina dovrà permettere anche il monitoraggio del paziente nel nuovo setting (domicilio/struttura territoriale) in modo da ridurre il rischio di nuove ospedalizzazioni, sia attraverso un follow-up da parte dei professionisti dimettenti, sia attraverso un monitoraggio attivo realizzato anche dalla COT.

Va sottolineato che le modalità operative delle COT dovranno attenersi ai medesimi principi di integrazione, continuità ed ottimizzazione di tutte le attività.

La formazione degli operatori della COT

Per garantire l'attivazione delle COT è necessario che queste possano disporre al loro interno di almeno una figura già formata e con esperienza nelle funzioni principali che la struttura dovrà svolgere da subito. Le Aziende dovranno pertanto individuare le figure con queste caratteristiche nell'ambito delle loro dotazioni. Il bacino naturale di provenienza è quello degli infermieri che operano in assistenza domiciliare o nei PUA: per questo motivo, come già sottolineato, il livello di integrazione fra queste strutture e le COT deve essere accuratamente valutato.

Relativamente agli operatori neo assunti o senza un'esperienza specifica, sarà fondamentale garantire l'acquisizione di conoscenze approfondite sulle procedure, la strumentazione e l'utilizzo dei database e degli strumenti di valutazione che supportano l'attività della COT. Naturalmente, laddove non siano disponibili strumenti che permettano la mappatura interattiva delle risorse disponibili, dovrà essere curata l'acquisizione di una conoscenza approfondita del territorio da servire. Questa conoscenza comprende: quella del territorio e della popolazione, compresi i potenziali fattori di rischio che le diverse aree presentano in tema di elevata presenza di soggetti fragili, problematiche sociali, logistiche e relative ad altri fattori di rischio; dei servizi sociali e delle loro modalità di attivazione; delle strutture e delle competenze disponibili; dei principali riferimenti territoriali e di comunità (Volontariato, Associazionismo, Scuole, Palestre, Imprese, etc. Tali conoscenze dovranno essere tradotte in capacità concrete per questo particolare importanza andrà data all'addestramento pratico, il cui obiettivo formativo è l'acquisizione di competenze

tecnicopratiche specifiche. Tale addestramento potrà essere realizzato anche in forma di affiancamento sul campo da parte di personale già esperto.

Nel contesto della COT, tenuto conto di come sia complesso interagire con i diversi interlocutori professionali, i comportamenti e gli stili personali assumono un indubbio rilievo: si tratta di un fabbisogno formativo/di supporto sentito trasversalmente dalle Aziende Sanitarie che l'avvio delle COT potrebbe permettere di realizzare anche con modalità innovative.

Il complesso delle attività da mettere in campo all'interno delle COT, ed il relativo fabbisogno formativo andranno valutati anche rispetto alla possibilità di inserire, per specifiche fasi, operatori tecnici adeguatamente formati.

L'informazione/formazione dei professionisti che si interfacciano con la COT

In fase di attivazione delle COT andrà curata, nello specifico di ogni Azienda sanitaria, una fase di comunicazione verso i professionisti sulle funzioni e l'organizzazione delle COT, comprensiva delle modifiche che precedenti assetti aziendali dovessero modificarsi tempo per tempo nel corso del percorso di andata a regime.

Per i professionisti per i quali è previsto che il riferimento alla COT sia più frequente, andrà pianificata anche una fase iniziale di formazione specifica, al fine di comprendere i nuovi modelli operativi e consentire loro di utilizzare correttamente l'infrastruttura tecnologica a supporto delle COT. Tale formazione dovrà coinvolgere anche i professionisti del privato accreditato che operano presso le strutture di ricovero, residenziali, semiresidenziali e in assistenza domiciliare.

Sia per la formazione degli operatori COT che per l'informazione/formazione dei professionisti, oltre che attraverso moduli formativi in presenza, può realizzarsi anche con modalità FAD, comprese le attività in simulazione.

Il monitoraggio dell'attività delle COT

Nell'ottica di una crescita graduale, tendenzialmente per step, dell'attività delle COT, è sensato prevedere che queste si sviluppino ed evolvano/rimodulino sulla base dell'andamento dei carichi di lavoro e dei risultati conseguiti.

E' chiaro che in un'ottica di modulazione a livello locale degli assetti che miri anche ad investire e utilizzare al meglio le risorse e le competenze, la valutazione dei carichi di lavoro e dei risultati potrà anche riguardare aspetti specifici.

Si ritiene però necessaria la registrazione automatica dei dati relativi a: tipologia dell'attivazione, paziente per il quale la COT viene attivata, tipologia della valutazione, professionisti coinvolti, tipologia di percorso offerto, strutture/professionisti coinvolti nella realizzazione del percorso, dati

relativi ai tempi delle singole fasi, compreso il giorno atteso di dimissione per le dimissioni protette, valutazione da parte dell'attivatore, dati relativi ai pazienti fragili presi in carico permanentemente, tipologia di presa in carico permanente.

Tali dati, incrociati con i dati di utilizzo delle strutture e di monitoraggio dei pazienti dovrebbero permettere di calcolare a livello aziendale /regionale almeno i seguenti indicatori:

n° attivazioni/die e per fascia oraria da prevedere anche per valutazioni

n° attivazioni nel periodo (mese/trimestre/anno) per tipologia da prevedere anche per valutazioni e percorsi

% pazienti dimessi con protezione COT ricoverati entro una settimana o un mese dalla dimissione da prevedere anche per ricoveri

n° pazienti fragili presi in carico nel periodo per tipologia

% pazienti fragili presi in carico permanentemente che accedono al Pronto Soccorso ogni 3 mesi da prevedere anche per ricovero e per tipologia di presa in carico (essenzialmente telemedicina sì/no)

Ipotesi di percorso da realizzare in ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale in collaborazione con aziende ospedaliere e strutture private accreditate.

- analisi dei processi da attivare prioritariamente presso le COT con particolare attenzione alla definizione del percorso di dimissioni protette;
- mappatura delle strutture/attività coinvolte nei processi da attivare (ospedali pubblici, privati accreditati, AFT, MMG etc.) con orari e modalità di recapito;
- definizione della programmazione aziendale di attivazione COT (tempi, schema orario di apertura, con quali integrazioni con altre strutture aziendali-PUA, referenti ADI, etc.);
- individuazione degli operatori COT da formare per garantire l'attività programmata e della figura possibilmente già esperta nella costruzione di percorsi trasversali da inserire;
- formazione operatori COT su sistema operativo ed altri applicativi aziendali;
- formazione/informazione almeno dei professionisti che si interfaceranno più frequentemente con le COT;
- informazione agli utenti;

Il percorso deve svilupparsi in parallelo alle fasi di completamento della struttura delle COT e della acquisizione di strumenti ed applicativi necessari per il loro funzionamento.

La fase di verifica indipendente relativa al raggiungimento dei target PNRR riguarderà la piena funzionalità delle strutture.