

**COMMISSARIO AD ACTA**

per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei ministri in data 03.08.2023

DECRETO**N. 163****IN DATA 28-10-2024**

OGGETTO: DOCUMENTO "IMPLEMENTAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT) – MODELLO ORGANIZZATIVO" - PRESA D'ATTO

L'Istruttore/Responsabile d'Ufficio

DOTT.SSA LOLITA GALLO

Il Direttore del Servizio
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

DOTT.SSA LOLITA GALLO

Il Direttore Generale per la Salute

DOTT.SSA LOLITA GALLO

IL COMMISSARIO AD ACTA AFFIANCATO DAL SUB COMMISSARIO AD ACTA

RICHIAMATA la delibera adottata in data 3 agosto 2023 dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministro della Salute, sentito il Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie, con la quale:

- l'Avv. Marco Bonamico è stato nominato quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR molisano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;
- il dott. Ulisse di Giacomo è stato nominato quale subcommissario unico per l'attuazione del Piano di rientro con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del mandato commissariale sia con riferimento agli aspetti economico-patrimoniali, finanziari che assistenziali;

VISTA la legge regionale 23 marzo 2010, n. 10 e ss.mm. ii;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico della Regione Molise, stipulato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione Molise in data 27 marzo 2007, poi recepito con Delibera di Giunta Regionale del 30 marzo 2007, n. 362;

VISTA la sentenza del Consiglio di Stato n.2470/2013 che ha, tra l'altro, delineato i poteri del Commissario *ad acta* che agisce quale "*Organo decentrato dello Stato ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali*" (pag.11 della sentenza); qualificato i provvedimenti del Commissario ad acta quali "*ordinanze emergenziali statali in deroga*" ossia "*Misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro*" (pag.11 della sentenza); interpretato l'art. 2, comma 83, della L.n.191/2009 e l'art.1, comma 796, lett.b) della L. n. 296/2006, quali norme che "*fonda(no) potestà tanto ampie, quanto vincolate per l'esatta esecuzione, da parte dei Commissari statali, dei piani di rientro, le cui determinazioni implicano effetti di variazioni di atti già a suo tempo adottati dalle regioni commissariate. Da ciò discende, per un verso, che l'esercizio di siffatte potestà commissariali configura l'ipotesi delle ordinanze libere extra ordine e, per altro e correlato verso, esse non soggiacciono, affinché sia garantita la loro efficace immediatezza ed urgenza, alle regole di contraddittorio procedimentale, come d'altronde accade per ogni ordinanza contingibile*" (pag.11-12 della sentenza);

VISTI:

- l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009 n. 191, in base al quale per le regioni già sottoposte a Piano di rientro, e già commissariate alla data di entrata in vigore della medesima legge, restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di rientro secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;
- l'articolo 2, comma 88-bis della legge 23 dicembre 2009 n. 191, che dispone: "*Il primo periodo del comma 88 si interpreta nel senso che i programmi operativi costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del Piano di rientro, nonché di ulteriori obblighi regionali derivanti da Intese fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano o da innovazioni della legislazione statale vigente*";

VISTO il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.*" s.m.i.;

VISTO il Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 6 agosto 2021 "*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*", come modificato con decreto del medesimo Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 novembre 2021;

RILEVATO che:

- con Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze dell'11 ottobre 2021 sono state stabilite le procedure relative alla gestione finanziaria delle risorse previste nell'ambito del PNRR;
- con Decreto del 20 gennaio 2022 il Ministro della Salute ha disposto la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari, previsti dalla Missione 6 - Componenti 1 e 2;

VISTO il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 maggio 2022, n. 77 "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*", che riguarda la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale;

VISTO il Decreto del Dipartimento Salute n. 8 del 8/04/2022 PNRR Missione 6 Componente 1 "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*" (Interventi 1.1., 1.2.2, 1.3) e Componente 2 "*Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*" (Interventi 1.1.1, 1.1.2 e 1.2) - Presa d'atto della nomina dei Responsabili Unici del Procedimento delle schede intervento e nomina del referente regionale;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise 9 del 24/02/2022 "*Piano nazionale ripresa e resilienza (pnrr) – missione 6-salute componente m6c1 - reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale investimenti 1.1- 1.2.2- 1.3. piano degli interventi relativo alla linea di investimento pnrr m6c1*" – "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – provvedimenti*" con il quale è stato approvato il Piano degli interventi, allegato allo stesso Decreto, riguardanti n. 13 Case della Comunità, n. 3 Centrali Operative Territoriali e n. 2 Ospedali di Comunità;

DATO ATTO che con Decreto del Commissario ad Acta n. 79 del 03/05/2024 è stato approvato il Programma Operativo per gli anni 2023-2025 a salvaguardia degli obiettivi strategici della Regione Molise nel rientro dal disavanzo del settore sanitario, denominato "*Programma Operativo per gli anni 2023-2025*";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta della Regione Molise n. 25 del 26/05/2022 ad oggetto "*Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute. Programma Operativo Regionale e Action Plan-approvazione*";

RILEVATO che il PNRR, nell'ambito della missione 6 Salute, con la componente M6C1 "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*" sostiene gli investimenti volti a rafforzare la capacità di erogazione di servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità, grazie al potenziamento e alla realizzazione di strutture territoriali, l'estensione dell'assistenza domiciliare, il coordinamento tra setting di cura al fine di garantire la continuità dell'assistenza, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con i servizi socio-sanitari;

CONSIDERATO che il capitolo 4 del Programma Operativo 2023 – 2025 prevede l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), che consentirà alla Regione Molise di riprogettare le modalità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari e di potenziare le modalità di presa in carico e gestione degli assistiti;

ATTESO che l'obiettivo declinato nel Programma Operativo 2023-2025 è di riorganizzare la rete territoriale proseguendo il percorso di adeguamento dell'offerta secondo modelli di integrazione ospedale/territorio coerenti con il DM n.77/2022 per la più efficace presa in carico del paziente;

DATO ATTO che la riorganizzazione della rete territoriale è stata definita nel "*Documento di programmazione della rete territoriale*" approvata con DCA n.80 del 3 maggio 2024;

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale dell'A.S.Re.M. n. 1327/2024 "*DM 77/2022 – Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) – Modello organizzativo – approvazione*" con la quale:

- è stato approvato il documento aziendale "*Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) – Modello organizzativo*" come linea guida per il funzionamento delle COT A.S.Re.M. alla quale tutte le strutture aziendali coinvolte nei processi in essa descritti devono uniformarsi ed attenersi;
- è stato disposto il monitoraggio delle attività delle COT, da effettuare ogni quindici giorni, a cura di apposito Gruppo di Lavoro;

RITENUTO, pertanto, di dover prendere atto del documento "*Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) – Modello organizzativo*" approvato dall'A.S.Re.M. quale parte integrale e sostanziale del presente provvedimento (ALL. A);

RITENUTO di riservarsi di integrare e/o modificare il documento, allegato A) del presente provvedimento, qualora dalla sua applicazione dovessero emergere criticità operative tali da suggerire una modifica procedurale o

dovessero intervenire modifiche organizzative;

DATO ATTO che l'oggetto del presente Decreto rientra nell'ambito del mandato commissariale rispondendo all'obiettivo di cui al punto v. *“Programmazione ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete territoriale, in coerenza con il DM 77/2022”* della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 agosto 2023;

Su conforme proposta del Direttore del competente Servizio, col parere favorevole del Direttore Generale della Salute e d'intesa con il subcommissario ad acta, come risultante dalle sottoscrizioni apposte sul frontespizio del presente provvedimento

DECRETA

Articolo 1

Si prende atto del documento *“Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) – Modello organizzativo”* approvato dall'A.S.Re.M. quale parte integrale e sostanziale del presente provvedimento (ALL. A);

Articolo 2

Il presente provvedimento sarà trasmesso al Ministero della Salute, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, alla Direzione Generale per la Salute della Regione Molise e all'A.S.Re.M., nonché pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise e sul sito istituzionale della Regione Molise.

IL SUBCOMMISSARIO AD ACTA
ULISSE DI GIACOMO

IL COMMISSARIO AD ACTA
MARCO BONAMICO

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'Art.24 del D.Lgs. 07/03/2005, 82

 <p>Azienda Sanitaria Regionale Molise ASREM</p>	<p>IMPLEMENTAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)</p> <p>Modello organizzativo</p>
--	--

<p>IMPLEMENTAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)</p> <p>Modello organizzativo rel. 1.0 (settembre 2024)</p>			
Data	Revisione	Redazione	Approvazione
2024	SEMESTRALE	Ing. Raffaele Malatesta Dott. Francesco Nicotra Dott.ssa Gabriella Ruzzi Dott.ssa Mariateresa Pilla Dott.ssa Lucia Di Nucci	Direttore Generale Direttore Sanitario Direttore Amministrativo

Il presente documento rappresenta lo stato dell'arte della attuale condizione delle COT presente nella Regione Molise, in continuo aggiornamento ed evoluzione, e pertanto sottoposta periodicamente a revisione.

REDAZIONE, VERIFICA, APPROVAZIONE

ATTIVITA'	NOMINATIVO
REDAZIONE	Ing. Raffaele Malatesta Dott. Francesco Nicotra Dott.ssa Gabriella Ruzzi Dott.ssa Mariateresa Pilla Dott.ssa Lucia Di Nucci
APPROVAZIONE di 1° livello	Direttori Distretti Socio-Sanitari ASREM Distretto Campobasso dott.ssa Tiziana Scellini Distretto Isernia dott. Lucio De Bernardo Distretto Termoli dott. Giovanni Giorgetta
APPROVAZIONE finale	Direttore Generale ASReM Dott. Giovanni Di Santo Direttore Sanitario ASReM Dott. Bruno Carabellese Direttore Amministrativo ASReM Dott.ssa Grazia Matarante

SOMMARIO

1	PREMESSA.....	4
2	CONTESTO DI RIFERIMENTO: ASREM	5
2.1	AVVIO DELLE ATTIVITÀ (SVILUPPO GESTIONALI ESISTENTI E ANALISI DEI FABBISOGNI)	5
3	MODALITÀ CON CUI LA COT ASSICURA CONTINUITÀ, ACCESSIBILITÀ ED INTEGRAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIOSANITARIA.....	7
3.1	IDENTIFICAZIONE DELLE FUNZIONI (BREVE, MEDIO E LUNGO PERIODO)	8
3.2	SISTEMA INFORMATIVO DELLA COT.....	9
4	MODALITÀ CON CUI LA COT COORDINA LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA TRA I SERVIZI ED I PROFESSIONISTI SANITARI COINVOLTI NEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI.....	10
4.1	TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO	11
4.1.1	<i>Transizione Ospedale – Strutture Residenziali</i>	12
4.1.2	<i>Transizione Ospedale – ADI</i>	17
4.2	TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO	20
4.2.1	<i>Transizione MMG – Strutture Residenziali</i>	20
4.2.2	<i>Transizione MMG – ADI</i>	24
4.3	TRANSIZIONE TERRITORIO – OSPEDALE	26
5	SUPPORTO AI PROFESSIONISTI NELLA GESTIONE DEL CAMBIO DI SETTING ASSISTENZIALE	27
6	OPERATIVITÀ DELLA COT 7 GIORNI SU 7 E PERSONALE MESSO A DISPOSIZIONE	27
6.1	ALLOCAZIONE	27
6.2	RECLUTAMENTO PERSONALE E COPERTURA ORARIA	28
6.3	ATTIVITÀ DI FORMAZIONE	28
6.4	STANDARD DEL PERSONALE	29
7	ASPETTI PRIVACY LEGATI ALLE COT	29
	<i>Allegato 1: Transizione Ospedale – RSA (R1-R2)</i>	31
	<i>Allegato 2: Transizione Ospedale – ADI</i>	32
	<i>Allegato 3: Transizione MMG – RSA (R1-R2)</i>	33
	<i>Allegato 4: Transizione MMG – ADI</i>	34

1 Premessa

Nel nostro Paese, come avviene a livello internazionale, il trasferimento della gestione dei pazienti dagli ospedali ai servizi territoriali, attraverso la creazione di una rete locale uniforme e facilmente accessibile, presenta ancora numerose difficoltà, nonostante il processo sia stato avviato da tempo. Questa trasformazione richiede sia un rafforzamento delle attività locali, in particolare quelle legate all'assistenza primaria, sia l'implementazione di un sistema infrastrutturale di interoperabilità dei dati e di cooperazione applicativa a supporto delle Cure Primarie.

Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), la Missione 6 Componente 1 (M6C1) "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", si definiscono gli schemi funzionali, i rapporti di prossimità e indicazioni progettuali relativi alle Case di Comunità, agli Ospedali di Comunità e alle Centrali Operative Territoriali, considerate in un'ottica più ampia e integrata per il potenziamento dell'assistenza territoriale.

Nello specifico gli interventi vengono suddivisi in due componenti (C), ovvero:

M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

- Case della Comunità e presa in carico della persona;
- Casa come primo luogo di cura e telemedicina
- Casa come primo luogo di cura (ADI);
- Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);
- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

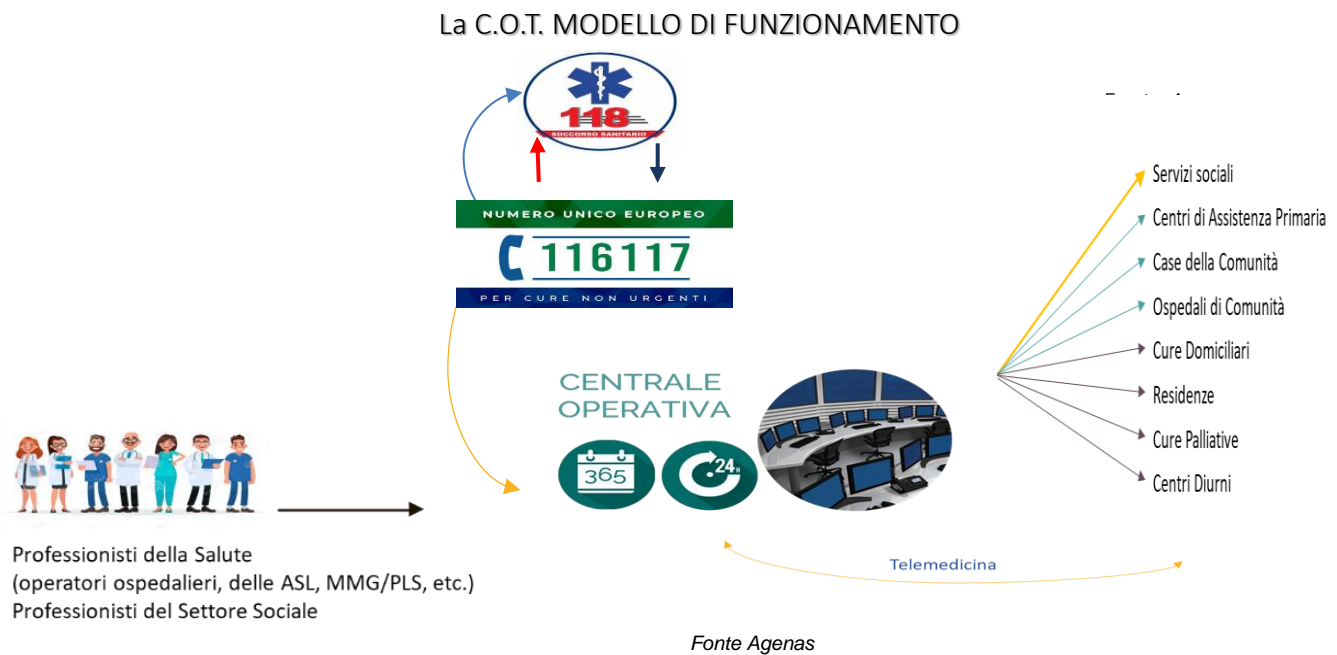
M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario

- Aggiornamento tecnologico e digitale;
- Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico (Quaderno di Monitor "Corso di formazione manageriale Agenas: i project work dei discenti sullo sviluppo dell'assistenza territoriale").

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge la 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 e con il numero unico regionale 116 117.

L'attività della Centrale Operativa è rivolta a tutti gli attori del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero, che possono richiederne l'intervento: medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) e medici di continuità assistenziale (CA), medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali, nonché personale delle strutture di

ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali, dei servizi sociali, dei comuni, ecc. La COT è un servizio a valenza distrettuale.



2 Contesto di Riferimento: ASReM

L'ASReM ha l'obiettivo di garantire e potenziare il Servizio Sanitario per assicurare l'assistenza e la continuità delle cure attraverso una governance integrata. Di fatto l'ASReM intende:

- Configurare processi di trasformazione e innovazione attraverso l'introduzione di strumenti digitali ed in ogni caso ulteriori rispetto a quelli tradizionali utilizzati nell'erogazione delle cure;
- Garantire la **Continuità delle cure attraverso l'Integrazione Ospedale/Territorio**: la gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo delle tecnologie innovative, e più in generale dell'ICT, per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori istituzionali e non istituzionali deputati alla presa in carico delle cronicità;
- Garantire la Cura di patologie rilevanti.

2.1 AVVIO DELLE ATTIVITÀ (SVILUPPO GESTIONALI ESISTENTI E ANALISI DEI FABBISOGNI)

L'ASReM, è dotata di un sistema gestionale che utilizza i flussi informativi sanitari anche con scopi amministrativi e di rendicontazione. Il dato, infatti, origina dal Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) elaborato dall'Unità di valutazione multidimensionale (UVM) e prosegue con la rendicontazione delle prestazioni effettuate via via che vengono eseguite.

L'ASReM intende evolvere e costruire con la Regione, sulla base del quadro normativo regionale, una piattaforma di gestione dei bisogni del cittadino ed un sistema informativo basato su un "Clinical Data

Repository” capace di prevedere l’evoluzione della domanda di assistenza socio-sanitaria e di fornire elementi utili per la riprogettazione dell’offerta dei servizi.

L’ASReM è convinta che l’attivazione della COT contribuirà ad un miglioramento della qualità dei servizi, di efficientamento delle risorse e di miglioramento dell’appropriatezza delle prestazioni erogate, sia in ambito ospedaliero, sia territoriale, che nel consumo di farmaci.

Inoltre, per l’attivazione della COT è stato affrontato in maniera proattiva il tema relativo all’implementazione di un sistema infrastrutturale di interoperabilità dei dati e di cooperazione applicativa a supporto delle Cure Primarie, evidenziando l’importanza di una architettura informativa che permetta a tutti gli operatori di essere collegati e integrati tra loro in un’unica rete con una sola porta di accesso alle informazioni e agli altri servizi sanitari e socio-sanitari.

Per l’avvio della COT l’ASReM, nell’ambito dell’intervento PNRR “COT interconnessione” ha sviluppato una piattaforma interoperabile per la gestione della transitional care permettendo l’unione di tutte le unità funzionali dei distretti territoriali e favorendo la collaborazione tra tutti gli attori dell’ecosistema socio-sanitario. Grazie alla piattaforma realizzata sarà garantito il passaggio da un’assistenza “reattiva” ad un’assistenza “proattiva. La piattaforma prevede l’interoperabilità tra i diversi sistemi già esistenti ed utilizzati dall’ASReM, i quali, per dare il loro contributo di fornitura dati, devono essere interconnessi attraverso la piattaforma di gestione delle COT. L’integrazione tra professionisti e servizi assicura la necessaria continuità dell’assistenza e deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali. Il servizio di Assistenza Domiciliare (ADI) costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la COT deve interfacciarsi attraverso piattaforme digitali che facilitino l’inserimento dei dati relativi alle persone prese in carico. La recente attivazione capillare della Cartella Clinica Elettronica in tutti gli Ospedali ASREM costituisce un fattore di vantaggio per una reale attivazione delle dimissioni protette che la COT potrà gestire.

Inoltre, come previsto anche nel DM 77, l’ASReM ha avviato i lavori per sviluppare una metodologia di analisi del fabbisogno assistenziale dei propri cittadini, al fine di individuare categorie di popolazione cronica suddivisa per aree omogenee di complessità clinica e assistenziale.

L’analisi restituirà un quadro di dettaglio delle prestazioni rese, dei percorsi assistenziali più utilizzati e delle diagnosi effettuate sul territorio molisano. Tale analisi, oltre a raggiungere l’obiettivo di fornire delle indicazioni utili al fabbisogno e al funzionamento della COT, consente anche di avere alcuni elementi utili che consentiranno di definire con maggiore dettaglio il fabbisogno assistenziale a cui la riorganizzazione della rete territoriale prevista nella riforma del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e le sotto misure di investimento dovranno affrontare.

3 Modalità con cui la COT assicura continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria

La Centrale Operativa Territoriale assicura **continuità, accessibilità ed integrazione** dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria e assolve al suo ruolo di:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità dei pazienti in assistenza domiciliare al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno del cittadino;
- evitare la ridondanza in termini di documentazione cartacea e di tempo richiesti direttamente all'assistito (o a chi per lui) e necessari per la soddisfazione dei suoi bisogni.

Per essere operativa la Centrale è dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche, quali una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Repository aziendale e ai principali database aziendali.

Nello specifico attraverso la COT si intendono raggiungere i seguenti obiettivi:

- assolvere il ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti;
 - coordinare la presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione /dimissione programmate verso/da strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare protetta);
 - coordinare/ottimizzare gli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciare e monitorare le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- fornire un supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale, riguardo le attività e i servizi distrettuali;
 - monitorare i percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina.

Le COT svolgono un servizio all'interno della rete e non prevedono l'accesso diretto dell'utenza.

3.1 IDENTIFICAZIONE DELLE FUNZIONI (BREVE, MEDIO E LUNGO PERIODO)

In sintesi, la COT svilupperà nel breve, nel medio e nel lungo periodo, in base all'implementazione dei sottosistemi informativi, una serie di servizi riepilogati nei cluster sottoindicati:

- Monitoraggio e sistemi di alert dei tempi di attivazione dei servizi territoriali ai pazienti;
- Monitoraggio dei parametri clinici e aderenza terapeutica dei pazienti tele monitorati;
- Supporto ai professionisti nella gestione:
 - del cambio di setting assistenziale (delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale ad un altro);
 - dei servizi di fornitura dei pazienti del territorio (assistenza integrativa e protesica, assistenza farmaceutica e piani terapeutici ed altro ancora);
 - dei pazienti non alfabetizzati informaticamente;
 - delle scelte e supporto alle decisioni (EBM);
 - trasporti secondari;
 - teleconsulto e televisita.

Nel presente documento verranno descritte le funzioni COT che verranno implementate progressivamente dal mese di settembre 2024 e che riguardano:

- Monitoraggio e sistemi di alert dei tempi di attivazione dei servizi territoriali ai pazienti;
- Supporto ai professionisti nella gestione del cambio di setting assistenziale (CASA/RSA o OSPEDALE/RSA).

L'ASReM Molise provvederà ad aggiornare il presente documento ogni volta che le Centrali Operative Territoriali dovranno implementare nuove funzioni.

Come indicato nel paragrafo della formazione, ogni singola funzione prima di diventare operativa dovrà seguire il seguente iter:

- Mappatura del processo da sviluppare (attori, tempi, responsabilità);
- Mappatura del processo da sviluppare con ruolo della COT;
- Condivisione con Direttori di Distretto e/o Direttori di presidio;
- Condivisione con Direzione Strategica;
- Formazione del Personale COT/Distretti/Ospedali/MMG/Comuni ecc.;
- Test e collaudi;
- Implementazione del manuale di "Modello Organizzativo delle Centrali Operative Territoriale";
- Messa in produzione.

3.2 SISTEMA INFORMATIVO DELLA COT

Per la COT è disponibile il software di Gesan srl fornito nell'ambito dell'affidamento PNRR "COT Interconnessione", che prevede:

- Una soluzione definita Resource Manager, che consente la mappatura di tutti gli attori sanitari, sociosanitari e sociali che operano nel territorio regionale, consentendo alla COT di disporre delle informazioni opportune all'interno del cruscotto per la gestione di propria competenza;
- Una soluzione integrata di BI Engine, per l'analisi dei dati di produzione, la costruzione di indici e indicatori e la costruzione di scenari;
- L'accesso al Sistema Informativo Territoriale in uso a tutta la rete dei servizi di territorio. La soluzione, infatti, consente di inviare tutti i documenti prodotti nei flussi di interesse COT al Repository unico regionale;
- Sistema di tracciamento delle chiamate degli operatori della COT;
- L'uso del CRUSCOTTO DI MONITORAGGIO, che permette alla COT la navigazione nel sistema, potendo visualizzare i processi che presentano criticità, offrire supporto agli operatori del territorio garantendo le transizioni e la rendicontazione dei propri interventi di supporto.

La piattaforma COT fornisce supporto operativo agli operatori e alle unità organizzative nelle loro funzioni, e consente con il **"Modulo di tracciamento delle chiamate"** di monitorare e analizzare l'attività del centralino della Centrale operativa territoriale. Il modulo consente di registrare e organizzare in modo sistematico tutte le informazioni relative alle chiamate in entrata. Le informazioni che vengono registrate sono le seguenti:

- Dati identificativi della chiamata: Data e ora della chiamata, numero di telefono del chiamante;
- Informazioni sul chiamante: Nome e Cognome del chiamante e ruolo (MMG/PLS, Operatore sanitario di distretto o ospedaliero, comune, altro);
- Informazioni sulla chiamata: Motivo della chiamata, paziente per il quale è stata fatta la chiamata;
- Note: Appunti e commenti aggiuntivi dell'operatore sulla conversazione.

Così strutturato, il modulo consente di effettuare delle statistiche sulla tipologia delle chiamate ricevute.

Info Chiamata
×

DETTAGLI CHIAMATA

Data ora: 11-09-2024 15:09:10	Motivo: RICHIESTA INFORMAZIONI
Note:	

DATI PAZIENTE

Identificativo:	Nome:	Cognome:
------------------------	--------------	-----------------

DATI CHIAMATE

Nome: GIOVANNI	Cognome: CASALE
Contatto: 3333333333	Ruolo: MMG

Figure 1. Esempio scheda chiamata

4 Modalità con cui la COT coordina la presa in carico della persona tra i servizi ed i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali

Le COT si occupano della “transitional care”, ottimizzando la gestione dei trasferimenti dei pazienti tra diversi livelli di assistenza e garantendo un livello alto di qualità del servizio offerto all’assistito. L’ASReM ha iniziato il percorso delle attività della COT con la funzione di “**Monitoraggio e sistemi di alert dei tempi di attivazione dei servizi territoriali ai pazienti**”. Questo sistema ha lo scopo di:

- Misurare il tempo: Calcola con precisione il tempo che intercorre tra la richiesta del servizio da parte del personale sanitario e il momento in cui questo servizio viene effettivamente attivato;
- Monitorare la situazione: Tiene traccia costante di tutti i casi, creando una dashboard dove si vede lo stato di ogni richiesta;
- Inviare Alert: Se i tempi di attivazione superano i limiti stabiliti, il sistema invia automaticamente un avviso a chi di competenza (operatori sanitari, responsabili dei servizi, ecc.).

In particolare, la piattaforma consente il monitoraggio dei seguenti parametri:

- Tempi di attivazione;
- Tempi di gestione;
- Modalità di chiusura.

Nello specifico i primi servizi monitorati sono ADI (Cure Domiciliari), RSA (Residenze sanitarie Assistite), sia quando il paziente viene dimesso da una struttura ospedaliera sia quando il paziente viene arruolato dal medico di medicina generale. Per effettuare il monitoraggio sono stati valutati tempi e attori coinvolti nelle singole fasi dei processi di transizione (da ospedale a strutture territoriali, da domicilio a strutture

territoriali, etc.). Successivamente, verrà monitorata le transizioni verso i due ospedali di comunità (Larino/Venafro).

La Centrale Operativa Territoriale attraverso i sistemi informativi aziendali riuscirà a mappare tutte le fasi dei processi di transizione e, in caso di criticità, provvederà a supportare tutti i professionisti della salute al fine di gestire nei tempi previsti i processi di transizione, evitando ritardi nella attivazione del servizio e nel rinnovo, garantendo una continuità assistenziale puntuale con un Piano Assistenziale sempre aggiornato. Il monitoraggio viene effettuato attraverso un Cruscotto e con un sistema di alert, consentendo il tracciamento dei tempi tra uno stato e il successivo e dà la possibilità di segnalare attraverso pop up e/o notifiche a mezzo e-mail agli attori coinvolti il superamento di tali tempi. Questo strumento consente di:

- Migliorare l'efficienza: Aiuta a individuare eventuali ritardi o colli di bottiglia nel processo di attivazione dei servizi, permettendo di intervenire tempestivamente;
- Garantire la qualità: Assicura che i pazienti ricevano le cure necessarie nei tempi previsti, migliorando la qualità dell'assistenza;
- Supportare la pianificazione: Fornisce dati utili per pianificare l'organizzazione dei servizi e ottimizzare l'allocazione delle risorse.

Codice Fiscale	Nominativo	Data Segnalazione	Stato	Messaggio
		23/05/2024	INVIATA A C.O.T.	ATTENZIONE: La richiesta è fuori tempo da 1370 Ore
		10/07/2024	INVIATA A C.O.T.	ATTENZIONE: La richiesta è fuori tempo da 213 Ore
		22/05/2024	INVIATA A C.O.T.	ATTENZIONE: La richiesta è fuori tempo da 1394 Ore
		22/05/2024	INVIATA A C.O.T.	ATTENZIONE: La richiesta è fuori tempo da 1394 Ore
		10/07/2024	INVIATA A C.O.T.	ATTENZIONE: La richiesta è fuori tempo da 215 Ore

Figure 2. Esempi di Alert

Nei paragrafi seguenti verranno descritte le transizioni Ospedale – Territorio e Territorio – Territorio. In particolare, le transizioni che partiranno dal 1° ottobre sono: Transizione MMG/ RSA (4.2.1), MMG - ADI (4.2.2) e OSPEDALE – RSA (4.1.1), mentre in seguito sarà disponibile l'attivazione della transizione OSPEDALE – ADI (4.1.2).

4.1 TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO

La transizione Ospedale – Territorio prevede l'invio da parte dei reparti ospedalieri di una segnalazione di dimissione protetta per l'attivazione dei servizi territoriali quali ADI, Cure Palliative, RSA ed Hospice al PUA distrettuale di pertinenza. Di seguito verrà dettagliato il modello organizzativo della transizione da ospedale da RSA e da Ospedale all'attivazione di un percorso ADI. La struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale. Nel percorso di Dimissione, la COT traccia monitora ed interviene per garantire il buon esito della transizione.

Il timing delle azioni è stato sottoposto a valutazione e successiva approvazione da parte dei Direttori dei Distretti di riferimento (Campobasso, Isernia e Termoli). I tempi di alert saranno indicati in allegato al presente documento.

4.1.1 TRANSIZIONE OSPEDALE – STRUTTURE RESIDENZIALI

La struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale con ricovero in una struttura residenziale (si riporta scenario relativo alle strutture R1 – R2).

- **I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo**

Il medico/specialista della struttura ospedaliera effettua una prima valutazione sulle condizioni del paziente e durante la fase di ricovero la struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per il paziente ricoverato, per il quale si prevede alla dimissione la necessità di supporto per la prosecuzione della presa in carico, configurandosi pertanto una “dimissione protetta”. Il medico della struttura ospedaliera stratifica il bisogno di continuità delle cure attraverso schede valutative a valenza predittiva dotate di score. Le scale di valutazione che possono essere previste per accedere al percorso di COT sono le seguenti:

- scala Brass;
- scala IDA;
- scala MEWS;
- sistema Tri-Co.

Tali scale permetteranno di identificare il setting di continuità dell’assistenza più appropriato ai bisogni della persona.

Il medico della struttura ospedaliera può compilare il modulo (Modello B) per la segnalazione di una dimissione protetta direttamente in Cartella Clinica, in apposita sezione denominata “Dimissione protetta”. La proposta d’accesso è un Modello aziendale (Mod. B) che tuttora viene compilato. Grazie all’integrazione con la Cartella Clinica, la proposta d’accesso viene precompilata con i dati già presenti in cartella (Anagrafica del paziente, Anamnesi, Diagnosi, ecc.), inoltre lo specialista può corredare la proposta di eventuale modulistica e documentazione da allegare alla richiesta. Lo specialista ospedaliero procede al salvataggio della segnalazione che consente l’inoltro alla PUA.

Nel flusso organizzativo questo rappresenta il tempo 0 per l’attivazione della transizione. La piattaforma COT registra ogni evento e cambio di stato partendo dal tempo 0, garantendo il tracciamento e il monitoraggio delle transizioni di cura.

Le attività degli attori coinvolti in questa fase sono quindi le seguenti:

- **La Struttura Ospedaliera/Medico specialista**
 - Rileva le condizioni di difficile dimissibilità e, quindi, la necessità di continuità della presa in carico alla dimissione;

- Comunica tempestivamente, almeno 48 ore prima della data presunta di dimissione, la necessità di supporto post-dimissione, prefigurando una "dimissione programmata".
- **Piattaforma di gestione COT/Operatori COT:**
 - Registra la richiesta di Dimissione Protetta e la segnalazione inoltrata alla PUA;
 - Monitora tutte le fasi del processo. Lo stato di scheda compilata e la sintesi sono immediatamente visibili alla COT.
- **PUA**
 - Riceve la richiesta di attivazione di un servizio di assistenza e si attiva per l'attivazione della transizione.



Figure 3. Dimissione protetta da CAIO

- **Il Fase - Setting di destinazione e coordinamento della transizione**

La segnalazione, una volta salvata, viene valutata dalla PUA (Porta unica d'accesso), che sulla base degli esiti della valutazione/rivalutazione/richiesta, si attiva con il distretto per la convocazione dell'UVM (Unità di valutazione Multidisciplinare) per la redazione del PAI (Piano assistenziale individuale). Gli operatori della PUA e la commissione UVM accedendo alla piattaforma hanno la possibilità di visualizzare tutta la storia clinica dell'assistito e tutta la documentazione allegata alla richiesta in esame. Grazie all'integrazione con il Repository aziendale, la piattaforma permette di visualizzare la timeline dei documenti clinici e amministrativi dell'assistito, utili per poter redigere il PAI. Il PAI si traduce in un documento contenente le seguenti informazioni:

1. Obiettivi e risultati che si intendono raggiungere;
2. Regime prestazionale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale) e livello di intensità e durata;
3. Azioni, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate.
4. Individuazione del caregiver e del responsabile della presa in carico (case manager);
5. Tempi e strumenti di valutazione e verifica del piano assistenziale.

L'unità multidisciplinare definisce nel PAI la tipologia di struttura residenziale. La PUA sceglie la struttura di destinazione, in base alle necessità della richiesta, e ne verifica la disponibilità di posto letto. Se la struttura non dovesse avere disponibilità, la PUA inserisce l'assistito in una lista d'attesa unica aziendale e si attiva per attivare un servizio alternativo in attesa di disponibilità di posto letto. Una volta selezionata la struttura, questa riceve notifica di richiesta ricovero.

Le attività degli attori coinvolti in questa fase sono quindi le seguenti:

- **PUA**
 - La PUA si attiva con il Distretto per convocare l'UVM e definire il PAI;
 - L'operatore della PUA, nell'identificazione del setting di destinazione, ha la possibilità di visualizzare il cruscotto della disponibilità dei posti letto delle strutture residenziali configurate in piattaforma.
- **UVM**
 - L' UVM accedendo alla piattaforma può visualizzare la timeline dei documenti clinici e amministrativi dell'assistito, grazie all'integrazione con il Repository aziendale;
 - L'UVM definisce il PAI, riportando tutte le informazioni necessarie per la definizione del piano assistenziale. La piattaforma genera un documento del PAI che viene automaticamente, grazie all'integrazione, inviato al Repository aziendale e inviato agli coinvolti nella presa in carico dell'assistito.
- **Piattaforma di gestione COT/Operatori COT:**
 - Registra e monitora tutte le fasi del processo. Per ogni cambio stato relativo alla segnalazione, prevede l'invio di notifica per mezzo e-mail agli attori coinvolti;
 - Cruscotto di monitoraggio dei pazienti in dimissione con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, programmazione primo accesso al domicilio...) comprensivo di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
 - L'operatore della COT ha il compito di aggiornare giornalmente il cruscotto con lo stato dei posti letto delle strutture censite;
 - Ove possibile, la piattaforma di monitoraggio COT è integrata con le piattaforme delle strutture RSA della Regione. In questo modo, la comunicazione avviene in modo automatico e tempestivamente l'operatore della COT può seguire e monitorare il processo.
- **La Struttura Ospedaliera/Medico specialista**
 - Mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia accompagnando alla dimissione.

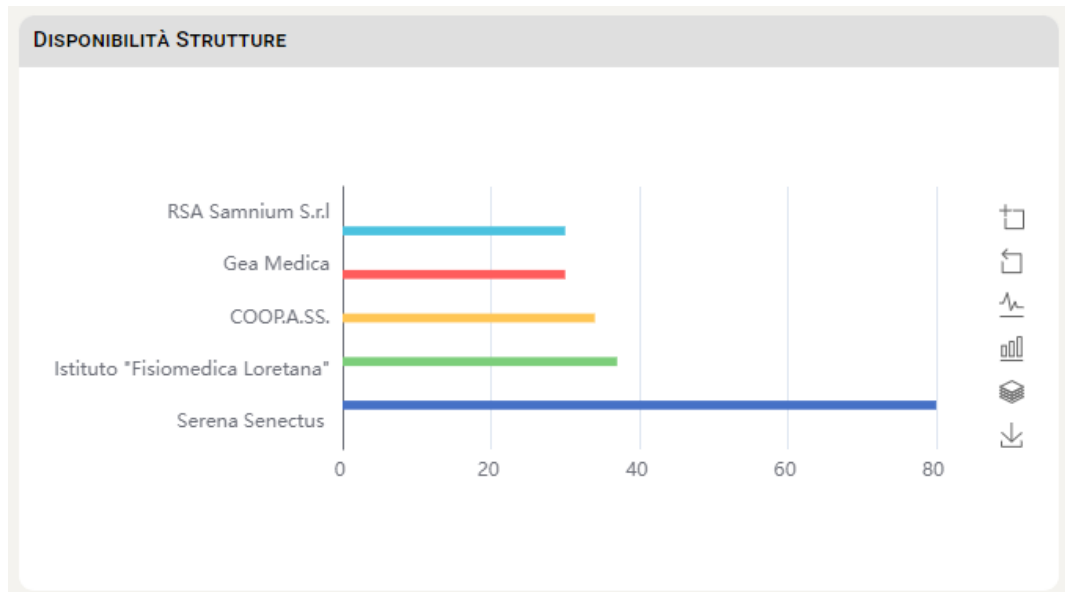


Figure 4. Cruscotto disponibilità strutture

- **III Fase - Attuazione della transizione**

La struttura di destinazione attiva tutto il processo per il ricovero, al fine di fornire all'assistito l'assistenza necessaria. La COT monitora la transizione e verifica che il primo accesso alla struttura di destinazione sia avvenuto secondo quanto programmato, dandone notifica a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico. Inoltre, gli operatori della COT, grazie alla gestione degli alert in piattaforma, hanno la possibilità di sollecitare la struttura, e/o gli attori coinvolti nella transizione, per eventuali ritardi nel processo.

Le attività degli attori coinvolti in questa fase sono quindi le seguenti:

- **Piattaforma di gestione COT/Operatori COT**
 - Verifica della sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
 - Verifica dell'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/strutture territoriale preposto;
 - Monitoraggio del completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche;
 - Notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

LA COT dispone di:

- Un cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;
- Un sistema informatico dove registrare i dati necessari per gestire la programmazione delle transizioni "intermedie" previste in modo da consentire alla COT di disporre di un monitoraggio

anche della programmazione delle attività oltre che delle transizioni “in itinere”. Un diario/ calendario.

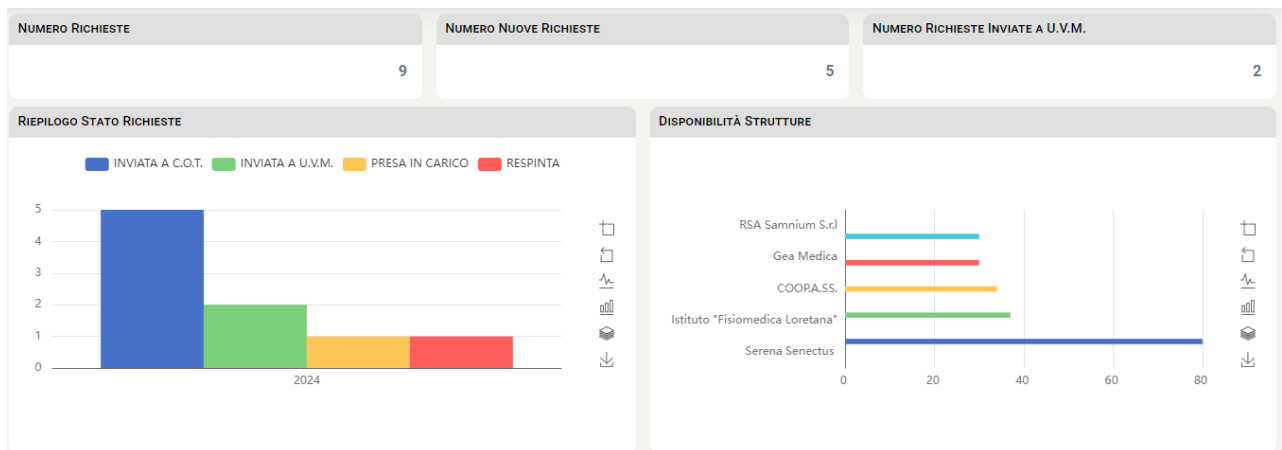


Figure 5. Dashboard riepilogativa

L' *Allegato 1* riporta il diagramma di flusso relativo all'operatività degli attori nella Transizione *OSPEDALE-RSA*:

- Lo specialista ospedaliero: Individua la necessità di attivare un percorso assistenziale per un paziente ricoverato per cui si necessita supporto dopo la dimissione > Accede alla cartella clinica del paziente (CAIO) e accede alla sezione “Dimissioni Protette” > Compila la proposta di accesso (Mod. B) > Invia la segnalazione alla PUA > La piattaforma registra la segnalazione inoltrata = **T 0: Proposta inoltrata alla PUA;**
- PUA: Riceve la segnalazione e prende in carico la richiesta > Si attiva con il Distretto per convocare la UVM e definire il PAI > La piattaforma registra la presa in carico della richiesta = **T 1: In carico PUA;**
- UVM: Con la convocazione dell'UVM e visualizza tutta la storia clinica del paziente (timeline dei documenti clinici e amministrativi dell'assistito) > Redazione PAI e scelta della tipologia della Struttura > In piattaforma viene salvato il PAI = **T2: Valutazione UVM e Definizione PAI;**
- PUA: Scelta della Struttura e verifica della disponibilità dei posti letto (PL). È propedeutico l'aggiornamento giornaliero dei PL da parte degli operatori COT = **T 3: Verifica PL;**
- PUA: Disponibilità PL
 - NO > Inserimento in lista di attesa unica aziendale > Monitoraggio LDA (Gli operatori della COT monitorano le LDA in modo da avvisare tempestivamente gli operatori della PUA) = **T 4: Inserimento in LDA;**
 - SI > Si attende la conferma del paziente per la struttura selezionata = **T 5: In attesa conferma del paziente;**

- PUA: Invio della richiesta alla Struttura residenziale selezionata= **T 6: Inoltrata alla RSA;**
- Struttura Residenziale: Ricezione della notifica > Pre accettazione del paziente = **T 7: Paziente pre-accettato in RSA;**
- Struttura Residenziale: Ricovero del paziente in struttura = **T 8: Ricovero in RSA;**
- Struttura Residenziale: Definizione PEI ed erogazione del servizio = **T 9: In carico a RSA;**
- UVM: Quando si necessita una rivalutazione e/o un aggiornamento del PAI e delle condizioni del paziente la richiesta viene rivalutata da UVM = **T 10: Rivalutazione;**
- Struttura Residenziale: Quando il paziente viene dimesso dalla struttura viene notificato in piattaforma il motivo di dimissione = **T 11: Dimissione.**

La piattaforma di gestione COT consente la gestione di tutti gli alert e monitora i tempi sopra elencati. Inoltre, monitora la scadenza del PAI. In questo caso viene segnalato un alert **72 h** della scadenza del PAI a tutti gli attori coinvolti.

4.1.2 TRANSIZIONE OSPEDALE – ADI

La struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di attivare un percorso ADI.

- ***1 Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo***

Il medico/specialista della struttura ospedaliera effettua una prima valutazione sulle condizioni del paziente e durante la fase di ricovero la struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per il paziente ricoverato, per il quale si prevede alla dimissione la necessità di supporto per la prosecuzione della presa in carico, configurandosi pertanto una “dimissione protetta”. Il medico della struttura ospedaliera può compilare il modulo (Modello B) per la segnalazione di una dimissione protetta direttamente in Cartella Clinica, in apposita sezione denominata “Dimissione protetta”. La proposta d’accesso è un Modello aziendale (Mod. B) che tuttora viene compilato. Grazie all’integrazione con la Cartella Clinica, la proposta d’accesso viene precompilata con i dati già presenti in cartella (Anagrafica del paziente, Anamnesi, Diagnosi, ecc.), inoltre lo specialista può corredare la proposta di eventuale modulistica e documentazione da allegare alla richiesta. Lo specialista ospedaliero procede al salvataggio della segnalazione che consente l’inoltro alla PUA e al software di gestione ADI.

Nel flusso organizzativo questo rappresenta il tempo 0 per l’attivazione della transizione. La piattaforma COT registra ogni evento e cambio di stato partendo dal tempo 0, garantendo il tracciamento e il monitoraggio delle transizioni di cura.

Le attività degli attori coinvolti in questa fase sono quindi le seguenti:

- **La Struttura Ospedaliera/Medico specialista**
 - Rileva le condizioni di difficile dimissibilità e, quindi, la necessità di continuità della presa in carico alla dimissione.
- **Piattaforma di gestione COT/Operatori COT:**
 - Registra la richiesta di Dimissione Protetta e la segnalazione inoltrata alla PUA;
 - Monitora tutte le fasi del processo. Lo stato di scheda compilata e la sintesi sono immediatamente visibili alla COT.
- **PUA**
 - Riceve la richiesta di attivazione di un servizio di assistenza e si attiva per l'attivazione della transizione.
- **II Fase - Setting di destinazione e coordinamento della transizione**

La segnalazione viene valutata dalla PUA, che si attiva con il distretto per la convocazione dell'UVM per la redazione del PAI. Il PAI viene successivamente inviato al SOI, che valuta e valida il PAI definito. Il PAI validato viene poi inviato all'Erogatore del servizio ADI.

Le attività degli attori coinvolti in questa fase sono quindi le seguenti:

- **PUA**
 - La PUA si attiva con il Distretto per convocare l'UVM e definire il PAI;
 - Invio del PAI al SOI per validazione;
 - Invio del PAI validato all'erogatore del servizio ADI.
- **UVM**
 - L'UVM definisce il PAI, riportando tutte le informazioni necessarie per la definizione del piano assistenziale.
- **Erogatore ADI/Operatore ADI**
 - L'Erogatore ADI riceve la richiesta di attivazione del servizio e visualizza il PAI definito per il paziente.
- **Piattaforma di gestione COT/Operatori COT:**
 - Registra e monitora tutte le fasi del processo, tracciando ogni cambio stato relativo alla segnalazione.
- **III Fase - Attuazione della transizione**

L'erogatore del servizio ADI prende in carico la richiesta e attiva il servizio. Per l'erogazione del servizio l'Erogatore definisce il PEI, ovvero il Piano Esecutivo Individuale che va a definire tutte le prestazioni da eseguire all'assistito. Il PAI può essere soggetto a rivalutazione e/o aggiornamento e in questo caso si richiede valutazione dell'UVM.

Le attività degli attori coinvolti in questa fase sono quindi le seguenti:

- **Erogatore ADI/Operatore ADI**

- L'operatore ADI prende in carico la richiesta e attiva il servizio;
- La piattaforma ADI garantirà l'invio di ogni cambio stato della richiesta alla piattaforma di gestione COT;
- Erogatore ADI pianifica le prestazioni per il paziente;
- L'operatore ADI tiene traccia digitalmente di tutte le attività erogate presso il domicilio del paziente compilando un verbale di esecuzione della prestazione con le seguenti informazioni: Data e ora, prestazione eseguita, esito (eseguita/rimandata), eventuali note per mancata esecuzione della prestazione.
- **Piattaforma di gestione COT/Operatori COT**
 - Monitora tutti i cambi di stato e i relativi tempi di alert.

La COT dispone di:

- Un cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali.

L' *Allegato 2* riporta il diagramma di flusso relativo all'operatività degli attori nella Transizione *Ospedale – ADI*:

- Il medico/specialista della struttura ospedaliera individua un bisogno di natura clinico assistenziale per un assistito > Compila la proposta di accesso (Mod. B)> Invia la segnalazione alla PUA > La piattaforma registra la segnalazione inoltrata = **T 0: Proposta inoltrata alla PUA;**
- PUA: Si attiva con il Distretto per convocare la UVM e definire il PAI > La piattaforma registra la presa in carico della richiesta = **T 1: In carico PUA;**
- UVM: Con la convocazione dell'UVM > Redazione PAI = **T2: Valutazione UVM e Definizione PAI;**
- PUA: Invio richiesta di approvazione PAI al SOI = **T3: Invio richiesta al SOI;**
- SOI: Approvazione PAI = **T4: Approvazione del SOI;**
- PUA: Invio PAI all'erogatore del servizio ADI= **T 5: Invio richiesta a cooperativa ADI;**
- EROGATORE ADI: Presa in carico da cooperativa ADI= **T 6: Presa in carico ADI;**
- EROGATORE ADI: Definizione PEI ed inizio di erogazione del servizio = **T 7: erogazione del servizio;**
- EROGATORE ADI: Rivalutazione/aggiornamento del PAI con valutazione di UVM = **T 8: Rivalutazione/Aggiornamento PAI;**
- EROGATORE ADI: Quando il PAI scade e viene interrotto il servizio si notifica tale evento = **T 9: scadenza PAI.**

La piattaforma di gestione COT consente la gestione di tutti gli alert e monitora i tempi sopra elencati. Inoltre, monitora la scadenza del PAI. In questo caso viene segnalato un alert **72 h** della scadenza del PAI a tutti gli attori coinvolti.

4.2 TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO

La transizione Territorio – Territorio prevede l’attivazione di un trasferimento tra due settings assistenziali territoriali. Il Servizio sociosanitario/MMG che ha in carico il soggetto sul territorio esprime il bisogno di modificare/integrare il setting assistenziale della persona. In questo scenario, infatti, si palesa la necessità di assecondare un bisogno sanitario di nuova manifestazione per un assistito che risiede in una struttura a valenza sociale, oppure in una struttura sociosanitaria o al proprio domicilio.

Di seguito verranno descritti i flussi per le seguenti transizioni:

- Transizione MMG – Struttura Residenziale;
- Transizione MMG – ADI.

4.2.1 TRANSIZIONE MMG – STRUTTURE RESIDENZIALI

Il MMG che ha in carico il soggetto sul territorio esprime il bisogno di modificare/integrare il setting assistenziale della persona e di indirizzarlo verso una Struttura Residenziale (si riporta scenario relativo alle strutture R1 – R2).

- *1 Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo*

Il MMG individua un bisogno di natura clinico-assistenziale pianificabile non a carattere emergenziale, ed invia una segnalazione alla PUA, in modo del tutto automatizzato grazie all’utilizzo della nuova piattaforma gestionale. Il MMG per inviare la segnalazione compila la Proposta d’accesso, che contiene la descrizione del bisogno, l’ipotesi di intervento necessario, le principali informazioni sul caso (es. diagnosi, descrizione della disabilità, grado di autonomia, ecc.). La proposta d’accesso è un Modello aziendale (Mod. B) che tuttora viene compilato dai MMG per la richiesta d’assistenza. La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) e da questo momento inizia a monitorare tutto il processo.

Le attività degli attori coinvolti in questa fase sono quindi le seguenti:

- **MMG**
 - Individua un bisogno di natura clinico-assistenziale pianificabile che prevede una nuova/ulteriore presa in carico sanitaria;
 - Produce una valutazione del bisogno del paziente e compila la proposta d’accesso per inoltrare la segnalazione.

- **Piattaforma di gestione COT/Operatori COT:**
 - La piattaforma COT traccia e monitora il processo della segnalazione;
 - Monitora tutte le fasi del processo. Lo stato di scheda compilata e la sintesi sono immediatamente visibili alla COT.
- **PUA**
 - Riceve la richiesta di attivazione di un servizio di assistenza e si attiva per l'attivazione della transizione.
- **Il Fase - Setting di destinazione e coordinamento della transizione**

La segnalazione, una volta salvata, viene valutata dalla PUA (Porta unica d'accesso), che sulla base degli esiti della valutazione/rivalutazione/richiesta, si attiva con il distretto per la convocazione dell'UVM (Unità di valutazione Multidisciplinare) per la redazione del PAI (Piano assistenziale individuale). Gli operatori della PUA e la commissione UVM accedendo alla piattaforma hanno la possibilità di visualizzare tutta la storia clinica dell'assistito e tutta la documentazione allegata alla richiesta in esame. Grazie all'integrazione con il Repository aziendale, la piattaforma permette di visualizzare la timeline dei documenti clinici e amministrativi dell'assistito, utili per poter redigere il PAI. Il PAI si traduce in un documento contenente le seguenti informazioni:

1. Obiettivi e risultati che si intendono raggiungere;
2. Regime prestazionale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale) e livello di intensità e durata;
3. Azioni, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate.
4. Individuazione del caregiver e del responsabile della presa in carico (case manager);
5. Tempi e strumenti di valutazione e verifica del piano assistenziale.

L'unità multidisciplinare definisce nel PAI la tipologia di struttura residenziale. La PUA sceglie la struttura di destinazione, in base alle necessità della richiesta, e ne verifica la disponibilità di posto letto. Se la struttura non dovesse avere disponibilità, la PUA inserisce l'assistito in una lista d'attesa unica aziendale e si attiva per attivare un servizio alternativo in attesa di disponibilità di posto letto. Una volta selezionata la struttura, questa riceve notifica di richiesta ricovero.

Le attività degli attori coinvolti in questa fase sono quindi le seguenti:

- **PUA**
 - La PUA si attiva con il Distretto per convocare l'UVM e definire il PAI;
 - L'operatore della PUA, nell'identificazione del setting di destinazione, ha la possibilità di visualizzare il cruscotto della disponibilità dei posti letto delle strutture residenziali configurate in piattaforma.
- **UVM**
 - L' UVM accedendo alla piattaforma può visualizzare la timeline dei documenti clinici e amministrativi dell'assistito, grazie all'integrazione con il Repository aziendale;

- L'UVM definisce il PAI, riportando tutte le informazioni necessarie per la definizione del piano assistenziale. La piattaforma genera un documento del PAI che viene automaticamente, grazie all'integrazione, inviato al Repository aziendale e inviato agli coinvolti nella presa in carico dell'assistito.
- **Piattaforma di gestione COT/Operatori COT:**
 - Registra e monitora tutte le fasi del processo. Per ogni cambio stato relativo alla segnalazione, prevede l'invio di notifica per mezzo e-mail agli attori coinvolti;
 - Cruscotto di monitoraggio dei pazienti in dimissione con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, programmazione primo accesso al domicilio...) comprensivo di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
 - L'operatore della COT ha il compito di aggiornare giornalmente il cruscotto con lo stato dei posti letto delle strutture censite;
 - Ove possibile, la piattaforma di monitoraggio COT è integrata con le piattaforme delle strutture RSA della Regione. In questo modo, la comunicazione avviene in modo automatico e tempestivamente l'operatore della COT può seguire e monitorare il processo.
- **III Fase - Attuazione della transizione**

La struttura di destinazione attiva tutto il processo per il ricovero, al fine di fornire all'assistito l'assistenza necessaria. La COT monitora la transizione e verifica che il primo accesso alla struttura di destinazione sia avvenuto secondo quanto programmato, dandone notifica a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico. Inoltre, gli operatori della COT, grazie alla gestione degli alert in piattaforma, hanno la possibilità di sollecitare la struttura, e/o gli attori coinvolti nella transizione, per eventuali ritardi nel processo.

Le attività degli attori coinvolti in questa fase sono quindi le seguenti:

- **Piattaforma di gestione COT/Operatori COT**
 - Verifica della sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
 - Verifica dell'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/strutture territoriale preposto;
 - Monitoraggio del completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche;
 - Notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

La COT dispone di:

- Un cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;

- Un sistema informatico dove registrare i dati necessari per gestire la programmazione delle transizioni “intermedie” previste in modo da consentire alla COT di disporre di un monitoraggio anche della programmazione delle attività oltre che delle transizioni “in itinere”. Un diario/ calendario.

L' *Allegato 3* riporta il diagramma di flusso relativo all'operatività degli attori nella Transizione *MMG – RSA*:

- IL MMG individua un bisogno di natura clinico assistenziale per un assistito > Accede alla piattaforma tramite credenziali di accesso SPID/Username e Password > Compila la proposta di accesso (Mod. B)> Invia la segnalazione alla PUA > La piattaforma registra la segnalazione inoltrata = **T 0: Proposta inoltrata alla PUA;**
- PUA: Riceve la segnalazione e prende in carico la richiesta > Si attiva con il Distretto per convocare la UVM e definire il PAI > La piattaforma registra la presa in carico della richiesta = **T 1: In carico PUA;**
- UVM: Con la convocazione dell'UVM e visualizza tutta la storia clinica del paziente (timeline dei documenti clinici e amministrativi dell'assistito) > Redazione PAI e scelta della tipologia della Struttura > In piattaforma viene salvato il PAI = **T2: Valutazione UVM e Definizione PAI;**
- PUA: Scelta della Struttura e verifica della disponibilità dei posti letto (PL). È propedeutico l'aggiornamento giornaliero dei PL da parte degli operatori COT = **T 3: Verifica PL;**
- PUA: Disponibilità PL:
 - NO > Inserimento in lista di attesa unica aziendale > Monitoraggio LDA (Gli operatori della COT monitorano le LDA in modo da avvisare tempestivamente gli operatori della PUA) = **T 4: Inserimento in LDA;**
 - SI > Si attende la conferma del paziente per la struttura selezionata = **T 5: In attesa conferma del paziente;**
- PUA: Invio della richiesta alla Struttura residenziale selezionata= **T 6: Inoltrata alla RSA;**
- Struttura Residenziale: Ricezione della notifica > Pre accettazione del paziente = **T 7: Paziente pre-accettato in RSA;**
- Struttura Residenziale: Ricovero del paziente in struttura = **T 8: Ricovero in RSA;**
- Struttura Residenziale: Definizione PEI ed erogazione del servizio = **T 9: In carico a RSA;**
- UVM: Quando si necessita una rivalutazione e/o un aggiornamento del PAI e delle condizioni del paziente la richiesta viene rivalutata da UVM = **T 10: Rivalutazione;**

- Struttura Residenziale: Quando il paziente viene dimesso dalla struttura viene notificato in piattaforma il motivo di dimissione = **T 11: Dimissione.**

La piattaforma di gestione COT consente la gestione di tutti gli alert e monitora i tempi sopra elencati. Inoltre, monitora la scadenza del PAI. In questo caso viene segnalato un alert **72 h** della scadenza del PAI a tutti gli attori coinvolti.

4.2.2 TRANSIZIONE MMG – ADI

Il MMG che ha in carico il soggetto sul territorio esprime il bisogno di attivare un percorso ADI per l'assistito. Il MMG individua un bisogno di natura clinico-assistenziale pianificabile non a carattere emergenziale, ed invia una segnalazione alla PUA. Al momento gli attori che intervengono in questo processo utilizzano la piattaforma ADI in tutte le fasi; pertanto, la nuova piattaforma gestionale COT si occuperà di monitorare l'intero flusso con la gestione di alert e notifiche. Grazie all'integrazione tra le due piattaforme, ogni evento del flusso sarà tracciato e monitorato.

- **I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo**

Il MMG individua un bisogno di natura clinico-assistenziale pianificabile non a carattere emergenziale, ed invia una segnalazione alla PUA. Il MMG per inviare la segnalazione compila la Proposta d'accesso, che contiene la descrizione del bisogno, l'ipotesi di intervento necessario, le principali informazioni sul caso. La proposta d'accesso è un Modello aziendale (Mod. B) che tuttora viene compilato dai MMG per la richiesta d'assistenza. La COT riceve segnalazione della nuova richiesta e da questo momento inizia a monitorare tutto il processo.

Le attività degli attori coinvolti in questa fase sono quindi le seguenti:

- **MMG**
 - Individua un bisogno di natura clinico-assistenziale pianificabile che prevede l'attivazione di un servizio ADI;
 - Produce una valutazione del bisogno del paziente e compila la proposta d'accesso per inoltrare la segnalazione.
- **Piattaforma di gestione COT/Operatori COT:**
 - La piattaforma COT traccia e monitora il processo della segnalazione;
 - Monitora tutte le fasi del processo. Lo stato di scheda compilata e la sintesi sono immediatamente visibili alla COT.
- **PUA**
 - Riceve la richiesta di attivazione di un servizio di assistenza e si attiva per l'attivazione della transizione.
- **II Fase - Setting di destinazione e coordinamento della transizione**

La segnalazione viene valutata dalla PUA, che si attiva con il distretto per la convocazione dell'UVM per la redazione del PAI. Il PAI viene successivamente inviato al SOI, che valuta e valida il PAI definito. Il PAI validato viene poi inviato all'Erogatore del servizio ADI.

Le attività degli attori coinvolti in questa fase sono quindi le seguenti:

- **PUA**
 - La PUA si attiva con il Distretto per convocare l'UVM e definire il PAI;
 - Invio del PAI al SOI per validazione;
 - Invio del PAI validato all'erogatore del servizio ADI.
- **UVM**
 - L'UVM definisce il PAI, riportando tutte le informazioni necessarie per la definizione del piano assistenziale.
- **Erogatore ADI/Operatore ADI**
 - L'Erogatore ADI riceve la richiesta di attivazione del servizio e visualizza il PAI definito per il paziente.
- **Piattaforma di gestione COT/Operatori COT:**
 - Registra e monitora tutte le fasi del processo, tracciando ogni cambio stato relativo alla segnalazione.
- **III Fase - Attuazione della transizione**

L'erogatore del servizio ADI prende in carico la richiesta e attiva il servizio. Per l'erogazione del servizio l'Erogatore definisce il PEI, ovvero il Piano Esecutivo Individuale che va a definire tutte le prestazioni da eseguire all'assistito. Il PAI può essere soggetto a rivalutazione e/o aggiornamento e in questo caso si richiede valutazione dell'UVM.

Le attività degli attori coinvolti in questa fase sono quindi le seguenti:

- **Erogatore ADI/Operatore ADI**
 - L'operatore ADI prende in carico la richiesta e attiva il servizio;
 - La piattaforma ADI garantirà l'invio di ogni cambio stato della richiesta alla piattaforma di gestione COT;
 - Erogatore ADI pianifica le prestazioni per il paziente;
 - L'operatore ADI tiene traccia digitalmente di tutte le attività erogate presso il domicilio del paziente compilando un verbale di esecuzione della prestazione con le seguenti informazioni: Data e ora, prestazione eseguita, esito (eseguita/rimandata), eventuali note per mancata esecuzione della prestazione.
- **Piattaforma di gestione COT/Operatori COT**
 - Monitora tutti i cambi di stato e i relativi tempi di alert.

La COT dispone di:

- Un cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali.

L' *Allegato 4* riporta il diagramma di flusso relativo all'operatività degli attori nella Transizione *MMG – ADI*:

- IL MMG individua un bisogno di natura clinico assistenziale per un assistito > Compila la proposta di accesso (Mod. B)> Invia la segnalazione alla PUA > La piattaforma registra la segnalazione inoltrata = **T 0: Proposta inoltrata alla PUA;**
- PUA: Si attiva con il Distretto per convocare la UVM e definire il PAI > La piattaforma registra la presa in carico della richiesta = **T 1: In carico PUA;**
- UVM: Con la convocazione dell'UVM > Redazione PAI > In piattaforma viene salvato il PAI = **T2: Valutazione UVM e Definizione PAI;**
- PUA: Invio richiesta di approvazione PAI al SOI = **T3: Invio richiesta al SOI;**
- SOI: Approvazione PAI = **T4: Approvazione del SOI;**
- PUA: Invio PAI all'erogatore del servizio ADI= **T 5: Invio richiesta a cooperativa ADI;**
- EROGATORE ADI: Presa in carico da cooperativa ADI= **T 6: Presa in carico ADI;**
- EROGATORE ADI: Definizione PEI ed inizio di erogazione del servizio = **T 7: erogazione del servizio;**
- EROGATORE ADI: Rivalutazione/aggiornamento del PAI con valutazione di UVM = **T 8: Rivalutazione/Aggiornamento PAI;**
- EROGATORE ADI: Quando il PAI scade e viene interrotto il servizio si notifica tale evento = **T 9: scadenza PAI.**

La piattaforma di gestione COT consente la gestione di tutti gli alert e monitora i tempi sopra elencati. Inoltre, monitora la scadenza del PAI. In questo caso viene segnalato un alert **72 h** della scadenza del PAI a tutti gli attori coinvolti.

4.3 TRANSIZIONE TERRITORIO – OSPEDALE

Il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero, programmato, non a carattere di urgenza, ma programmabile, in ogni caso deve essere previsto il raccordo con il MMG e/o PLS.

La condivisione del modello organizzativo per tale scenario si rimanda a successivo aggiornamento del presente documento, con la definizione del flusso e i tempi di alert previsti sta uno stato e il successivo.

5 Supporto ai professionisti nella gestione del cambio di setting assistenziale

Il cambio di setting assistenziale rappresenta un momento cruciale nel percorso di cura di un paziente, che implica, per esempio, un passaggio da un ambiente ospedaliero a uno territoriale (come il domicilio, una struttura residenziale o un centro diurno). Questa transizione richiede una pianificazione accurata e un coordinamento efficace tra i diversi attori coinvolti, al fine di garantire la continuità assistenziale e prevenire eventuali complicanze.

Il supporto ai professionisti sanitari in questa fase è fondamentale per diversi motivi:

- **Continuità assistenziale:** Assicurare che il paziente riceva le stesse cure e attenzioni anche al di fuori dell'ambiente ospedaliero.
- **Miglioramento della qualità della vita:** Favorire l'autonomia del paziente e dei suoi familiari nel gestire la malattia a domicilio.
- **Ottimizzazione delle risorse:** Utilizzare in modo efficiente le risorse sanitarie, evitando ricoveri evitabili.

Gli operatori della COT svolgono un ruolo importante nel supportare i professionisti sanitari nella gestione dei pazienti che transitano da un setting assistenziale all'altro. Gli operatori della COT, nella prima fase, avranno il compito di supportare i professionisti nei diversi flussi di transizione con le seguenti attività:

- **Supporto telefonico:** gli operatori della COT forniscono supporto telefonico ai professionisti sanitari per informazioni e/o chiarimenti, per fornire aggiornamenti sullo stato di una richiesta;
- **Monitoraggio continuo degli alert:** gli operatori monitorano, qualora presenti, gli alert per il superamento dei tempi massimi per la risoluzione di attività. In caso di alert gli operatori della COT si attivano per sollecitare gli attori interessati alla risoluzione dell'attività;
- **Aggiornamento Disponibilità posti letto:** gli operatori giornalmente aggiorneranno nella piattaforma di gestione COT la disponibilità dei posti letto di tutte le strutture censite e presenti in piattaforma.

6 Operatività della COT 7 giorni su 7 e Personale messo a disposizione

6.1 ALLOCAZIONE

L'ASReM, in linea con le indicazioni regionali e con gli standard previsti nel DM 77, ha identificato tre Centrali Operative Territoriali, una per ogni distretto sociosanitario, allocate nei seguenti comuni:

- Comune di Bojano, Distretto Socio-Sanitario di Campobasso – presso Poliambulatorio Bojano;
- Comune di Venafro, Distretto Socio-Sanitario di Isernia – presso Casa della salute Venafro;
- Comune di Termoli, Distretto Socio-Sanitario di Termoli – presso casa della salute Termoli.

6.2 RECLUTAMENTO PERSONALE E COPERTURA ORARIA

Lo standard professionale previsto per le COT nella Regione Molise:

- 1 Responsabile Coordinatore Infermieristico;
- 3-5 Infermieri;
- 1-2 Unità di Personale di Supporto Sanitario.

Il gruppo di lavoro potrà integrarsi, se necessario, con altre professionalità come infermieri case manager, medici e assistenti sociali. Questo permetterà di valutare i pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, una valutazione fondamentale per determinare il setting di destinazione appropriato.

Il team è composto da professionisti che valutano le situazioni su più livelli, integrando le competenze di figure diverse. La dimensione del team nelle COT varia in base alle funzioni previste e al bacino di utenza. Anche se la COT non ha il compito specifico di effettuare valutazioni multidimensionali, è importante che i suoi operatori acquisiscano tali competenze per comunicare efficacemente e supportare gli altri organi competenti.

In fase di prima applicazione del presente modello organizzativo, settembre 2024, le COT saranno coordinate ognuna da un coordinatore infermieristico, avranno assegnate ognuna n.3 infermieri, utilizzeranno personale amministrativo di supporto che già opera nelle sedi individuate (Poliambulatorio Bojano e Case della Salute Venafro e Termoli) come sedi COT messi allo scopo a disposizione dal Direttore del Distretto di riferimento.

Come previsto dal DM 77/2022, a regime le COT saranno operative 7/7 giorni. In fase di prima applicazione del presente modello organizzativo, settembre 2024, le COT saranno operative 6 giorni su 7 dal lunedì al sabato con articolazione oraria che sarà definita dai Direttori dei Distretti in maniera coordinata ed uniforme su tutti e tre i distretti.

6.3 ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

Il target delle attività formative è rappresentato da tutti gli operatori coinvolti nel processo, ovvero:

- MMG, medici di C.A., PLS;
- personale coinvolto nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale (medici, infermieri, ostetriche, OSS, psicologi, assistenti sociali, operatori sanitari della riabilitazione della prevenzione, personale amministrativo di supporto);
- medici iscritti al corso regionale di formazione specifica in medicina generale (CFSMG);
- studenti dei corsi di laurea in medicina e chirurgia, scuole di specializzazione medica, infermieristica, ostetricia, fisioterapia;
- personale del volontariato e del terzo settore che opera nelle strutture integrate della rete dei servizi sociosanitari.

I corsi di formazione prevedono lo sviluppo di interventi nel breve, medio e lungo tempo. Nello specifico:

- interventi formativi, necessari per l'aggiornamento e la formazione di tutto il personale che presta servizio in qualsiasi forma nel territorio e che dovrà operare, in seguito all'implementazione del DM 77, all'interno della rete territoriale;
- la formazione nei percorsi universitari e i tirocini finalizzati al raggiungimento delle competenze nella presa in carico del paziente cronico all'interno dei CDLL Professioni sanitarie, CDL Magistrale, Scuole di Specializzazione mediche e sanitarie;
- percorsi di Laurea magistrale, Master I e II livello.

6.4 STANDARD DEL PERSONALE

Nel team operativo presso la COT si prevede la presenza di professionisti con competenze specifiche nei seguenti ambiti:

1. **Coordinamento e Gestione:** Personale in grado di coordinare e gestire i processi di transizione dei pazienti tra diversi setting di assistenza, assicurando il collegamento tra le varie strutture coinvolte. Il coordinamento comprende la responsabilità di funzionamento della COT.
2. **Supporto Informativo:** Operatori specializzati nel fornire il supporto informativo necessario per facilitare la comunicazione tra i diversi professionisti e servizi.
3. **Supporto Logistico:** Professionisti in grado di organizzare e gestire gli aspetti logistici delle transizioni, garantendo che tutte le necessità del paziente siano soddisfatte.
4. **Monitoraggio e Valutazione:** Personale addetto a tracciare, monitorare e valutare le transizioni dei pazienti, assicurando che il processo sia seguito correttamente e che gli esiti siano registrati.
5. **Competenze Tecniche e Informatiche:** Operatori con competenze tecniche e informatiche per utilizzare e gestire i sistemi informativi necessari per il funzionamento della COT.
6. **Assistenza Sociale e Psicologica:** Professionisti in grado di fornire supporto sociale e psicologico ai pazienti e alle loro famiglie durante le transizioni.

7 Aspetti Privacy legati alle COT

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

Le COT coordinano, tracciano e monitorano le prese in carico e le transizioni fra luoghi di cura dei pazienti. Qualora sia funzionale alla presa in carico e al coordinamento, tracciamento, monitoraggio delle transizioni,

le COT si interfacciano con tutti i professionisti e i servizi del Sistema, intervenendo su richiesta o in tutti i casi nei quali il processo si inceppi avendone evidenza tramite il sistema di alert presente nel cruscotto.

Non rispondono direttamente ai cittadini e non hanno relazioni dirette con loro.

Le COT sono quindi tenute a trattare:

- Dati personali afferenti a assistiti interessati da una transizione assistenziale (dati anagrafici, dati relativi alla salute);
- Dati personali afferenti ad operatori che prestano attività presso la COT oppure operanti presso le strutture di partenza e destinazione della transizione assistenziale e svolgenti un ruolo nello specifico processo di transizione (dati anagrafici di base e dati di contatto);
- Dati afferenti ai caregiver impegnati nel supporto ad altro soggetto (dati anagrafici).

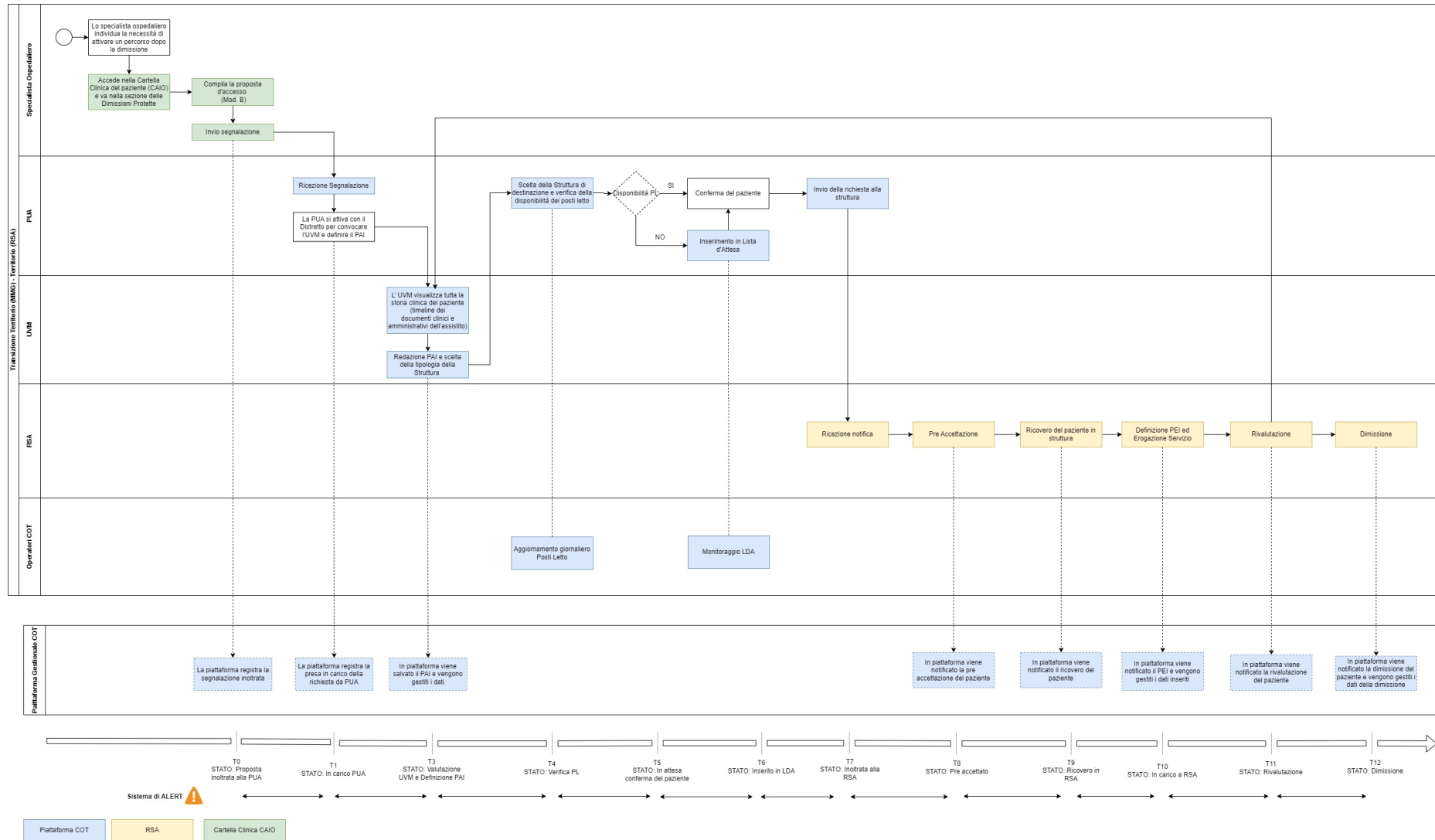
La COT ha accesso alle seguenti informazioni:

- Lista pazienti con informazioni anagrafiche;
- Dati sui servizi attivati sul paziente (paziente in carico o meno e relative strutture);
- Informazioni relative al ricovero ospedaliero;
- Valutazioni desunte dagli strumenti di identificazione del grado di complessità del caso e del bisogno.

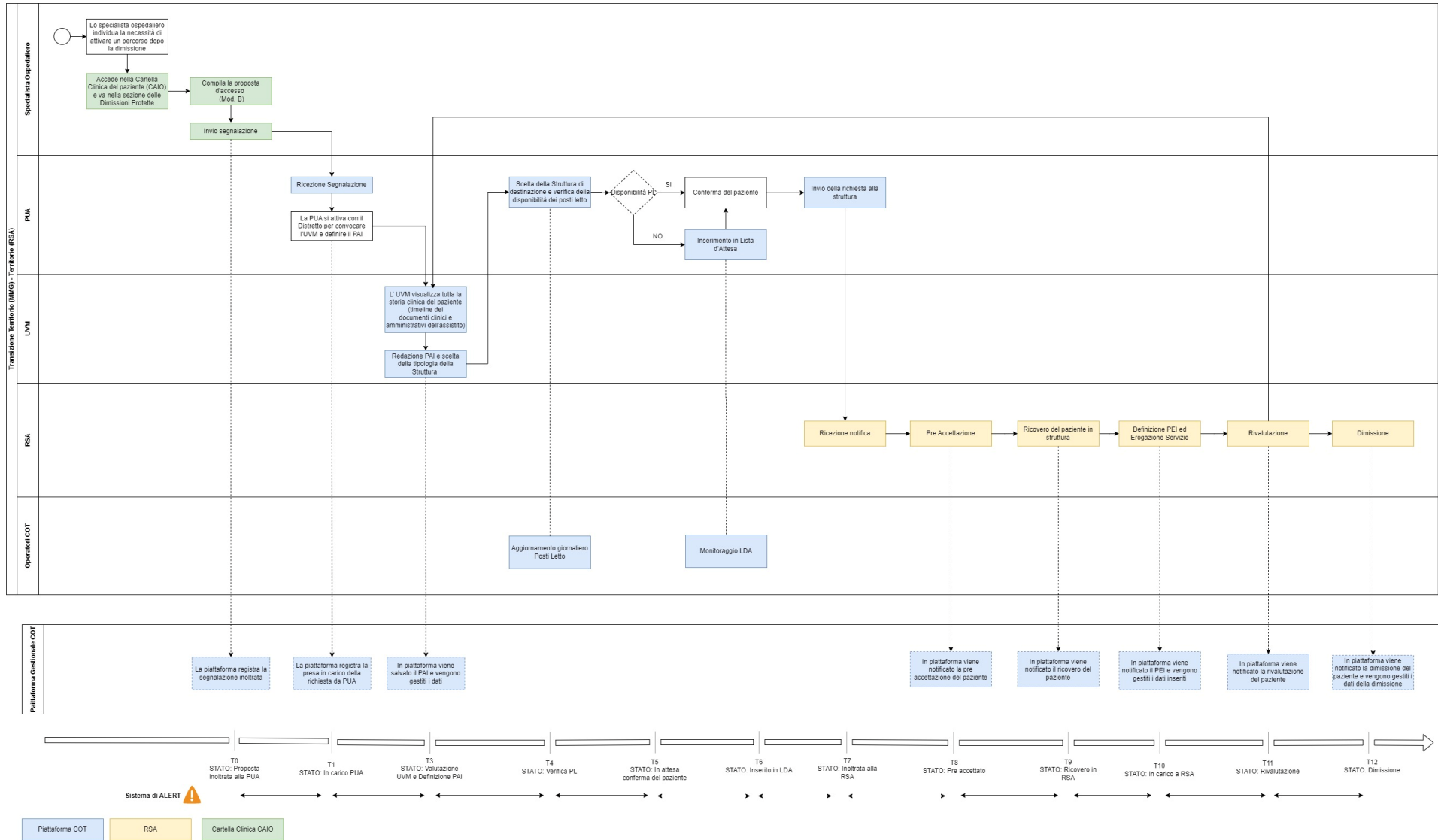
Le finalità per le quali la COT tratta i dati personali menzionati sono principalmente volte al coordinamento della presa in carico della persona e al collegamento tra servizi e professionisti operanti nei diversi contesti assistenziali: attività territoriali, sociali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e collaborazione con la rete dell'emergenza-urgenza.

I soggetti a cui i dati possono essere comunicati dalla COT sono principalmente gli stessi dai quali la COT potrebbe riceverli: ospedali, servizi territoriali, medici di medicina generale (MMG) o pediatri di libera scelta (PLS), e enti locali.

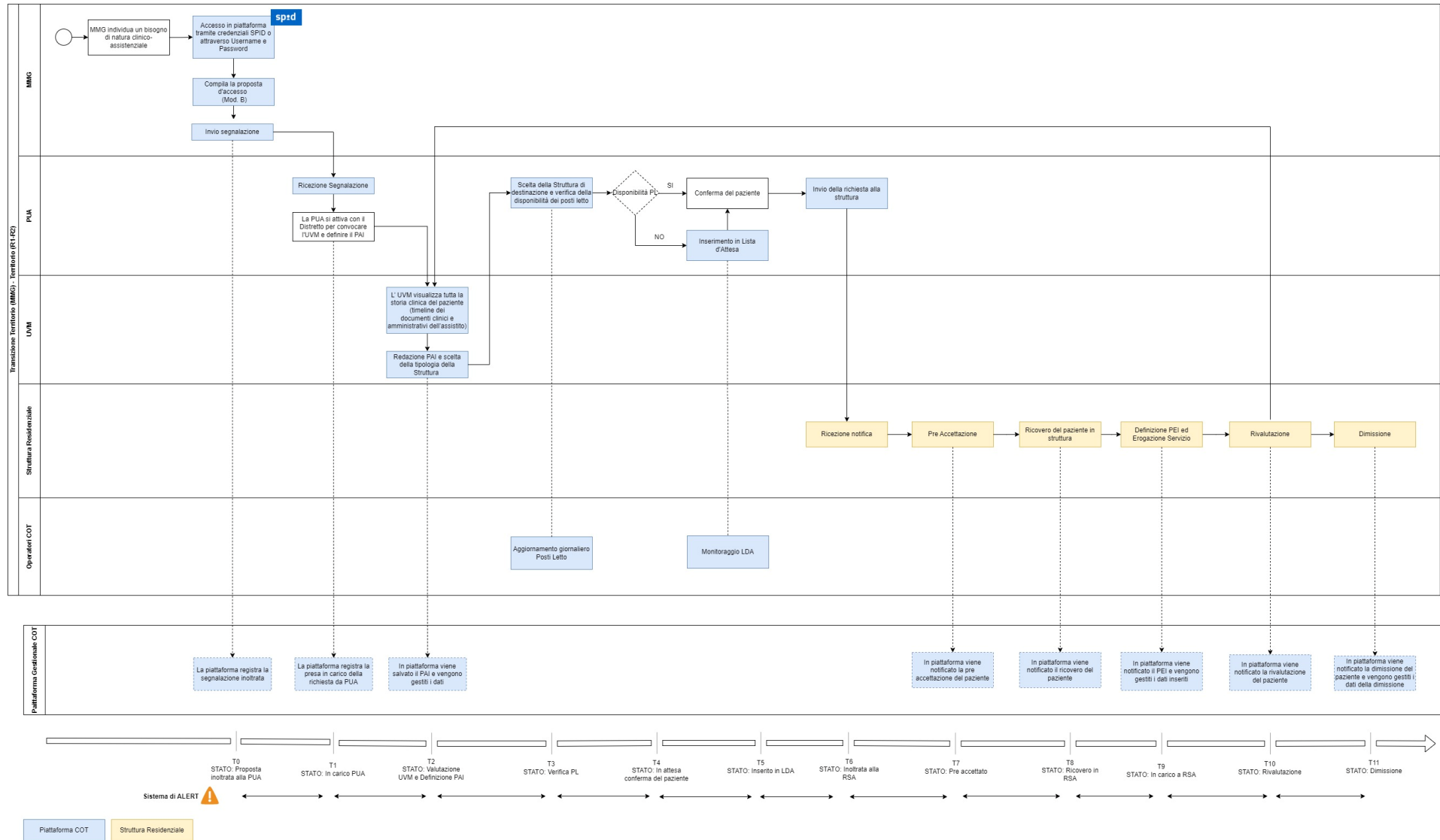
ALLEGATO 1: TRANSIZIONE OSPEDALE – RSA (R1-R2)



ALLEGATO 2: TRANSIZIONE OSPEDALE – ADI



ALLEGATO 3: TRANSIZIONE MMG – RSA (R1-R2)



ALLEGATO 4: TRANSIZIONE MMG – ADI

