

Codice A1400A

D.D. 27 maggio 2022, n. 906

**Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6 C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Progetto pilota di sviluppo delle Centrali Operative Territoriali nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte.**



**ATTO DD 906/A1400A/2022**

**DEL 27/05/2022**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE  
A1400A - SANITA' E WELFARE**

**OGGETTO:** Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6 C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Progetto pilota di sviluppo delle Centrali Operative Territoriali nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte.

Premesso che:

il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza individua tra l'altro, i temi chiave del futuro impianto programmatico e organizzativo in ambito sanitario, prevedendo nella missione 6 il rafforzamento della rete erogativa di prestazioni sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali quali le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, nonché lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

La COT è un modello organizzativo dell'ASL a valenza distrettuale che svolge funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connessione tra servizi e professionisti coinvolti nel processo assistenziale (a titolo esemplificativo e non esaustivo: dalle case della comunità e gli ospedali di comunità, ai servizi di assistenza domiciliare e servizi per la prevenzione, ai centri di salute mentale, ai consultori) compresi gli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali.

La COT deve interconnettersi con la Centrale Operativa 116117, sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti, con riferimento, in particolare, alla fruizione di un sistema informativo condiviso. La Centrale Unica Armonizzata 116117 offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni a bassa intensità assistenziale.

Visti:

- il Decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, coordinato con la legge di conversione 1° luglio 2021, n. 101, recante: «Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti.»; che approva il piano nazionale per gli investimenti complementari al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e che, con riferimento al tema della Salute, è focalizzato su due obiettivi: il rafforzamento della rete territoriale

e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con il rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina;

- il Decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2021, n. 108, recante: «Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure.»;
- il Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 recante «Misure per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia»;
- il Decreto 6 agosto 2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze “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-legge 6 novembre 2021, n. 152 “Disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose. (21G00166) (GU Serie Generale n.265 del 06-11-2021)”;
- Il Decreto 23 novembre 2021 “Modifiche alla tabella A del decreto 6 agosto 2021 di 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 per la trasformazione digitale. (21A07650) (GU Serie Generale n.309 del 30-12-2021)”;
- la Legge 29 dicembre 2021, n. 233. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152, recante disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose;
- la Legge 30 dicembre 2021, n. 234. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.

Preso atto che:

- tra le Missioni del PNRR è prevista la Missione 6 denominata "Salute", i cui investimenti e riforme sono finalizzati a rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario, garantire equità di accesso alle cure, migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, promuovere la ricerca e l'innovazione e lo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale sanitario;
- le Centrali Operative Territoriali svolgeranno un ruolo di integrazione tra i diversi servizi sanitari e socio-sanitari, disponendo della mappa delle soluzioni offerte dal territorio e garantendo la continuità assistenziale nel percorso del paziente, anche attraverso il coordinamento delle attività di telemedicina;
- il numero previsto dal PNRR nella Regione Piemonte è pari a n. 43 Centrali Operative Territoriali (1/100.000 ab circa)

Visti:

- Il DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 “Piano Nazionale Cronicità”.

Richiamate:

- la DCR 3 aprile 2012, n. 167 – 14087. Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazonali;
- la DGR 14 marzo 2013, n. 6-5519. Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015);

- la DGR 30 dicembre 2013, n. 25-6992 Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012;
- la DGR 19 novembre 2014, n. 1-600. Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale
- la DGR 23 gennaio 2015, n. 1-924. Integrazioni alla DGR 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale";
- la DGR 29 giugno 2015, n. 26-1653. Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.;
- la DGR 22 maggio 2017, n. 33-5087 Recepimento dell' Accordo ai sensi dell' art. 5 comma 12 dell' Intesa 10 luglio 2014 (rep Atti 82/CSR) "Patto per la Salute 2014-2016" tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalita' di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117",
- la DCR 10 luglio 2018, n. 306 - 29185. Recepimento dell'Accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 15 settembre 2016 sul Piano nazionale della cronicità e approvazione delle linee di indirizzo regionali per le annualità 2018 – 2019.

Dato atto che con la nota prot. n. 28345 del 03.08.2021 la Direzione Sanità e Welfare ha richiesto alle Aziende Sanitarie la prima ricognizione dei siti idonei, secondo le indicazioni di AGENAS, per quanto riguarda le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali.

Dato atto della successiva fase istruttoria e di interlocuzione intercorsa tra le Aziende Sanitarie Locali e i competenti Settori della Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte

Richiamate:

- la DGR n. 5- 629 del 11 febbraio 2022 “Approvazione del Programma di investimenti in edilizia sanitaria per l’adeguamento sismico di strutture ospedaliere con risorse a valere sul PNRR M6, C.2, 1.2 e sul Fondo Complementare”;
- la DGR n. 6- 630 del 11 febbraio 2022 “Approvazione Programma di investimenti finanziato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato all’ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie: M6, C.2, 1.1.2.”;
- la DGR n. 4-4628 del 11 febbraio 2022 n. 4 - 4628 “Approvazione della programmazione relativa: localizzazione dei siti delle Case di Comunita', Ospedali di Comunita' e Centrali Operative Territoriali. Proposta al Consiglio regionale”;
- la DCR n. 199 del 22 febbraio 2022 “Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimita' ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali: localizzazione dei siti delle Case di Comunita', Ospedali di Comunita' e Centrali Operative Territoriali”;
- la DGR n. 1-4892 del 20 Aprile 2022 ”PNRR Missione 6 “Salute”. Approvazione del Piano Operativo Regionale (P.O.R.)”.
- la DGR n. 17-4952 del 29 aprile 2022 “D.C.R. 22 febbraio 2022 n. 199-3824. Ripartizione alle Aziende Sanitarie Locali delle risorse di cui al Decreto Ministero Salute 20 gennaio 2022 per la realizzazione delle Case di comunita', Ospedali di Comunita' e Centrali Operative Territoriali. Missione 6 Componente 1

Considerato:

- la necessità di definire, secondo le indicazioni di AGENAS, il modello di sviluppo e attuazione delle COT a livello delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte in coerenza con le indicazioni del PNRR, attraverso un progetto pilota attuato in collaborazione con alcune Aziende Sanitarie

Locali della Regione Piemonte.

- le note della Direzione Sanità e Welfare prot. n. 32776 del 20/09/2021 e prot. n. 8658 del 19/10/2021 aventi per oggetto “Collaborazione istituzionale tra Regione Piemonte e AGENAS per progetto di ricerca su COT (Centrali Operative Territoriali). Richiesta di attivazione convenzioni con le Aziende Sanitarie Regionali aderenti alla sperimentazione” indirizzate ad AGENAS, la quale ha accolto favorevolmente la partecipazione al progetto delle Aziende Sanitarie Locali ASL Torino 3, ASL Novara, ASL CN2 e ASL Città di Torino sottoscrivendo apposita convenzione unitaria finalizzata a fornire ogni più utile supporto al raggiungimento degli obiettivi posti dal PNRR, e mettendo anche a disposizione, mediante il Progetto PONGOV ICT e Cronicità, una Comunità di Pratica, quale strumento operativo di confronto continuo e conoscenza condivisa delle migliori esperienze e buone pratiche condivisibili tra le Regioni, le ASL, i Distretti e possibili stakeholders.

Ritenuto pertanto:

di definire il gruppo di coordinamento del Progetto regionale relativo alla definizione e attuazione del modello di sviluppo delle COT nella Regione Piemonte, come di seguito riportato:

Direzione Sanità e Welfare

- Mario Minola, direttore Direzione Sanità e Welfare
- Franco Ripa, dirigente responsabile Settore “Programmazione dei servizi sanitari e socio sanitari”
- Antonino Ruggeri, dirigente responsabile Settore “Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti”
- Arabella Fontana, direttore medico Ospedale di Borgomanero, Project Manager COT (Centrale Operativa Territoriale) per conto Direzione Sanità Regione Piemonte
- Elisabetta Siletto, funzionario Direzione Sanità e Welfare
- Gigliana Mainardi, funzionaria Direzione Sanità e Welfare
- Marco Musso, funzionario Direzione Sanità e Welfare
- Fabrizia Tagliaferri, funzionaria Direzione Sanità e Welfare
- Mario Traina, direttore Distretto ASL TO5
- Federica Riccio, dirigente medico ASL Vercelli
- Marco Boccacciari, infermiere ASL TO4
- Marco Pappalardo, infermiere ASL Città di Torino

AGENAS

- Francesco Enrichens, Responsabile scientifico
- Michela Santurri, PONGOV ICT e Cronicità
- Antonio Paris, PONGOV ICT e Cronicità

ASL Città di Torino

- Carlo Picco, direttore generale
- Stefano Taraglio, direttore sanitario
- Fabiano Zanchi responsabile DIPSA - referente operativo aziendale
- Franco Cirio, DiPSA

ASL Torino3

- Franca Dall’Occo, direttore generale
- Davide Minniti, direttore sanitario
- Paola Fasano, Direttore Distretto, referente operativo aziendale

ASL Novara

- Angelo Penna, direttore generale
- Emma Zelaschi, direttore sanitario
- Bartolomeo Ficili, Direttore Distretto, referente operativo aziendale
- Maria Luisa Demarchi, Dirigente Medico Distretto, referente aziendale nucleo cronicità

ASL Cuneo 2

- Massimo Veglio, direttore generale
- Alessandra D’Alfonso, direttore sanitario

- Sabrina Contini responsabile DIPSA - referente operativo aziendale
- di definire i seguenti obiettivi generali del Progetto:
  - analizzare l'attuale organizzazione e le best practices già esistenti nelle Aziende Sanitarie regionali;
  - definire il primo documento relativo al modello organizzativo elaborato e condiviso da Agenas e Regione Piemonte;
  - sperimentare nel corso del 2022 il modello a livello locale e valutare le ricadute sull'organizzazione delle attività sul territorio in funzione dello sviluppo delle COT nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte;
  - definire le linee di indirizzo per lo sviluppo delle COT e supportarne l'implementazione nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte;
  - valutare i risultati gestionali e in termini di salute.

Di approvare il documento "Definizione e implementazione di modello sperimentale di Centrali Operative Territoriali previste nella Missione 6 Component 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in collegamento con il numero europeo armonizzato 116117 e in armonia col previsto riordino della rete territoriale del Piemonte" - allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto - elaborato dal gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale costituito da rappresentanti della Direzione Sanità e Welfare, di AGENAS, PONGOV ICT e Cronicità, e delle ASL TO3, NO, CN2 e Città di Torino, nell'ambito del progetto di ricerca attivato sulle COT in in Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte;

di demandare alle quattro Aziende "pilota" l'avvio nel corso del 2022 della sperimentazione del modello sopradefinito e di valutarne le ricadute organizzative;

di dare atto che l'attuazione sperimentale del succitato progetto consentirà di sviluppare un modello di COT coerente con le potenzialità ed i limiti dei diversi contesti e allineato con le indicazioni normative e di formulare primi indirizzi per l'accreditamento professionale delle COT nella Regione Piemonte;

di dare atto che la sperimentazione si sviluppa nell'ambito delle azioni e dei finanziamenti connessi al PNRR e ripartiti alle Aziende Sanitarie.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016 modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14 giugno 2021.

#### IL DIRETTORE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- il Decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, coordinato con la legge di conversione 1° luglio 2021, n. 101
- il Decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2021, n. 108
- il Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113
- la Legge 29 dicembre 2021, n. 233
- la Legge 30 dicembre 2021, n. 234

*determina*

di definire il gruppo di coordinamento del Progetto regionale relativo alla definizione e attuazione del modello di sviluppo delle COT nella Regione Piemonte, come di seguito riportato:

#### Direzione Sanità e Welfare

- Mario Minola, direttore Direzione Sanità e Welfare
- Franco Ripa, dirigente responsabile Settore “Programmazione dei servizi sanitari e socio sanitari”
- Antonino Ruggeri, dirigente responsabile Settore “Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti”
- Arabella Fontana, direttore medico Ospedale di Borgomanero, Project Manager COT (Centrale Operativa Territoriale) per conto Direzione Sanità Regione Piemonte
- Elisabetta Siletto, funzionario Direzione Sanità e Welfare
- Gigliana Mainardi, funzionaria Direzione Sanità e Welfare
- Marco Musso, funzionario Direzione Sanità e Welfare
- Fabrizia Tagliaferri, funzionaria Direzione Sanità e Welfare
- Mario Traina, direttore Distretto ASL TO5
- Federica Riccio, dirigente medico ASL Vercelli
- Marco Boccacciari, infermiere ASL TO4
- Marco Pappalardo, infermiere ASL Città di Torino

#### AGENAS

- Francesco Enrichens, Responsabile scientifico
- Michela Santurri, PONGOV ICT e Cronicità
- Antonio Paris, PONGOV ICT e Cronicità

#### ASL Città di Torino

- Carlo Picco, direttore generale
- Stefano Taraglio, direttore sanitario
- Fabiano Zanchi responsabile DIPSA - referente operativo aziendale
- Franco Cirio, DiPSA

#### ASL Torino3

- Franca Dall’Occo, direttore generale
- Davide Minniti, direttore sanitario
- Paola Fasano, Direttore Distretto, referente operativo aziendale

#### ASL Novara

- Angelo Penna, direttore generale
- Emma Zelaschi, direttore sanitario
- Bartolomeo Ficili, Direttore Distretto, referente operativo aziendale
- Maria Luisa Demarchi, Dirigente Medico Distretto, referente aziendale nucleo cronicità

#### ASL Cuneo 2

- Massimo Veglio, direttore generale
- Alessandra D’Alfonso, direttore sanitario
- Sabrina Contini responsabile DIPSA - referente operativo aziendale

- di definire i seguenti obiettivi generali del Progetto:

- analizzare l’attuale organizzazione e le best practices già esistenti nelle Aziende Sanitarie regionali;
- definire il primo documento relativo al modello organizzativo elaborato e condiviso da Agenas e Regione Piemonte;
- sperimentare nel corso del 2022 il modello a livello locale e valutare le ricadute sull’organizzazione delle attività sul territorio in funzione dello sviluppo delle COT nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte;
- definire le linee di indirizzo per lo sviluppo delle COT e supportarne l’implementazione nelle

Aziende Sanitarie della Regione Piemonte;

- valutare i risultati gestionali e in termini di salute.

Approvare il documento “Definizione e implementazione di modello sperimentale di Centrali Operative Territoriali previste nella Missione 6 Component 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in collegamento con il numero europeo armonizzato 116117 e in armonia col previsto riordino della rete territoriale del Piemonte” - allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto - elaborato dal gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale costituito da rappresentanti della Direzione Sanità e Welfare, di AGENAS, PONGOV ICT e Cronicità, e delle ASL TO3, NO, CN2 e Città di Torino, nell’ambito del progetto di ricerca attivato sulle COT in Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte;

Di demandare alle quattro Aziende “pilota” l’avvio nel corso del 2022 della sperimentazione del modello sopradefinito e di valutarne le ricadute organizzative.

Dare atto che l’attuazione sperimentale del succitato progetto consentirà di sviluppare un modello di COT coerente con le potenzialità ed i limiti dei diversi contesti e allineato con le indicazioni normative e di formulare primi indirizzi per l’accreditamento professionale delle COT nella Regione Piemonte;

di dare atto che la sperimentazione si sviluppa nell’ambito delle azioni e dei finanziamenti connessi al PNRR e ripartiti alle Aziende Sanitarie.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell’art. 61 dello Statuto e dell’art. 5 della L.R. n. 22/2010.

IL DIRETTORE (A1400A - SANITA' E WELFARE)

Firmato digitalmente da Mario Minola

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire <sup>1</sup>, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. 2\_Allegato\_MODELLO\_COT\_Piemonte\_2022.pdf

Allegato



---

1 L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

**PROGETTO SPERIMENTALE DI RICERCA:** definizione e implementazione di modello sperimentale di Centrali Operative Territoriali previste nella Missione 6 Component 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in collegamento con il numero europeo armonizzato 116117 in armonia col previsto riordino della rete territoriale del Piemonte.

## **MODELLO SPERIMENTALE DI CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI IN PIEMONTE**

**Versione 20 maggio 2022**

### **INDICE**

#### **INTRODUZIONE**

#### **1. ANALISI DEL CONTESTO ED ORIENTAMENTI NORMATIVI**

#### **2. LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (C.O.T.)**

##### **2.1. INPUT**

##### **2.2. VARIABILI INTERNE**

2.2.1 Struttura di base

2.2.2 Processi assistenziali

2.2.3 Processi organizzativi di supporto

##### **2.3. RISULTATI**

#### **3. CRITICITA'**

#### **BIBLIOGRAFIA**

#### **RIFERIMENTI NORMATIVI**

#### **ALLEGATI:**

**ALL A) INDICE DEL "REGOLAMENTO TIPO" DI FUNZIONAMENTO DELLA COT**

## INTRODUZIONE

La Regione Piemonte - Direzione Sanità, AGENAS e le ASL TO3, NO, CN2 e Città di Torino hanno condiviso un progetto di ricerca per la definizione e implementazione di un modello sperimentale di Centrali Operative Territoriali (COT) previste nella Missione 6 Component 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in collegamento con il numero europeo armonizzato 116117 in armonia col previsto riordino della rete territoriale del Piemonte.

Obiettivi specifici:

- analizzare l'attuale organizzazione e le best practices già esistenti nelle Aziende aderenti alla sperimentazione
- definire entro il 31/12/2021 il documento relativo al modello organizzativo condiviso ed approvato da Agenas e Regione Piemonte
- sperimentare il modello approvato nel corso del 2022 e valutare le ricadute sull'organizzazione delle attività del territorio in funzione dello sviluppo delle COT nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte
- definire le linee di indirizzo per lo sviluppo delle COT nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte

Il percorso per definire il modello organizzativo della COT, utilizzando la metodologia del Project Management, ha visto impegnati in confronti settimanali rappresentanti (Direttori di Distretto e del DiPSA) dei Project Team attivati dalle Direzioni Generali in ciascuna ASL, espressione delle differenti componenti aziendali debitamente coinvolte e responsabilizzate, con un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, supportati da figure esperte della Regione Piemonte e di Agenas. La supervisione da parte della "Cabina di Regia" regionale (costituita da Project Manager, Responsabile scientifico AGENAS, Direttore Generale, Direttore Sanitario, Referente operativo di ciascuna delle ASL partecipanti) ha perseguito l'obiettivo di validare un modello condiviso, rispettoso delle peculiarità evidenziate dalle singole Aziende, e assicurerà, nella fase della sperimentazione sul campo, il coordinamento degli step successivi di sviluppo del progetto.

Per la conduzione dell'analisi organizzativa ci si è ispirati alle dimensioni di analisi sistemica di una struttura sanitaria (Vaccani, 1992), composte dai singoli elementi costitutivi:

- Input: fattori di contesto, esterni all'organizzazione, che ne influenzano e condizionano l'operato (es. bisogni, ambiente)
- Variabili interne: fattori interni all'organizzazione che condizionano la "produzione" (es. struttura di base; processi assistenziali e processi organizzativi di supporto);
- Risultati: i prodotti dell'organizzazione (es. output, outcome, soddisfazione),

con l'ambizioso obiettivo di partire dai bisogni della popolazione assistita, nello specifico contesto sociale e produttivo, per identificare i criteri basilari di un modello di COT cui fare riferimento per orientare le scelte organizzative delle ASL per rispondere a quei bisogni, fino a valutare l'impatto ed i benefici derivanti dall'introduzione dell'innovazione organizzativa.

L'attuazione del progetto nelle quattro Aziende "pilota" consentirà di attivare e sviluppare un modello di COT coerente con le potenzialità ed i limiti dei diversi contesti produttivi e allineato con le indicazioni normative, e di formulare primi indirizzi per l'accreditamento delle COT nella Regione Piemonte.

## 1. ANALISI DEL CONTESTO ED ORIENTAMENTI NORMATIVI

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha evidenziato come la pandemia da Covid-19 abbia confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici.

La “missione 6” del PNRR si articola nelle seguenti componenti: la componente M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale; la componente M6C2- innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. In particolare, precisato che il nostro SSN nel complesso presenta esiti sanitari adeguati e un’elevata speranza di vita alla nascita, nonostante la spesa sanitaria sul PIL risulti inferiore rispetto alla media UE, il PNRR sottolinea come la pandemia abbia contestualmente reso ancor più evidenti alcuni degli aspetti critici di natura strutturale, aggravati dalle variazioni demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

In Piemonte la popolazione totale residente<sup>1</sup>, al 01/01/2021, ammonta a 4.273.210 abitanti, di cui 2.077.405 maschi (48,6% del totale) e 2.195.805 femmine (51,4%), in riduzione rispetto al 2010, in cui la popolazione totale era di 4.457.335 abitanti, 2.158.445 maschi (48,4%) e 2.298.890 (51,6%). Si rileva un costante aumento percentuale delle fasce di età più anziane: la popolazione **ultra 65enne (1.111.333)** rappresenta nel 2021 il **26%** della popolazione totale (il dato nazionale è 23,5%); era 22,9 nel 2010. I **“grandi anziani”** (persone con più di 85 anni) passano in Piemonte nell’arco di dieci anni dal 3 al **4,2%** (in Italia dal 2,7 al 3,7%). L’indice di vecchiaia (ossia il rapporto tra la popolazione con oltre 64 anni e quella con meno di 15), è in Piemonte nel 2021 pari a 216 (Italia: 184). L’indice di vecchiaia presenta gradienti territoriali: vi è una tendenza all’invecchiamento nelle aree geograficamente più periferiche, così come una tendenza alla concentrazione di ultra 75enni nelle grandi aree urbane, come Torino. L’incremento dell’indice di invecchiamento regionale è attenuato dalla quota di immigrati dall’estero, appartenenti per lo più a fasce di età giovani. L’indice di dipendenza, che stima la capacità delle fasce di età economicamente attive (15-64 anni) a mantenere le età inattive (0-14 anni e >65 anni) è in costante peggioramento (61,4 nel 2021 rispetto a 55,5 nel 2010), con aumento della popolazione inattiva e quindi del carico sociale.

Tali caratteristiche richiedono un modello assistenziale sensibilmente differente da quello centrato sull’ospedale, bensì orientato verso un’offerta territoriale che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona.

La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), già nel 2014, definiva l’Assistenza Primaria come: “l’erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell’assistenza alle persone”.

Per essere realmente efficaci i servizi sanitari devono essere in grado di garantire un’azione proattiva (e non solo prestazionale di diagnostica e cura) in termini di promozione della salute individuale e collettiva. Particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, condizione oggi sempre più diffusa in termini di incidenza e prevalenza.

---

<sup>1</sup> Dati ISTAT, reperibili al sito: <https://www.tuttitalia.it/statistiche/>

L'assistenza sanitaria territoriale diventa quindi luogo elettivo per la messa in opera di percorsi di presa in carico della cronicità e di personalizzazione dell'assistenza, in stretta correlazione con il **Piano Nazionale della Cronicità** ed in integrazione con il **Piano Nazionale della Prevenzione**.

La necessità di potenziare la rete di assistenza territoriale e di promuovere, anche attraverso l'assistenza infermieristica proattiva, la presa in carico degli assistiti sono già state rimarcate, nel pieno della pandemia, con il **D.L. 19 maggio 2020, n.34, coordinato con la Legge di conversione del 17 luglio 2020 n.77** recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

L'*art.1-Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale*, al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2, dispone al *comma 3* che "le aziende sanitarie, tramite i distretti, provvedono ad implementare le attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti" e al *comma 4* che le regioni e le province autonome "incrementano e indirizzano le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, sia con l'obiettivo di assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena nonché per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502»[..]".

Al *comma 5*, al fine di rafforzare i servizi infermieristici, vengono introdotti gli Infermieri di Famiglia e Comunità "in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti."

Il *comma 8* sancisce che "per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, le regioni e le province autonome provvedono all'attivazione di **centrali operative** regionali, che svolgano le funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina".

Sono dunque indicati nel DL 34/2020 "due elementi strutturali importanti per una riforma della assistenza e del coordinamento territoriale: il primo con l'introduzione di 9600 infermieri di famiglia o di comunità al fine di garantire la massima presa in carico dei pazienti e la continuità assistenziale; il secondo con l'attivazione di centrali operative che svolgono le funzioni di raccordo con tutti i servizi del territorio e con quelli di emergenza-urgenza e ospedalieri, favorendo finalmente il dialogo tra tutti gli attori della organizzazione sociosanitaria."<sup>2</sup>

**Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**, nell'adottare una strategia volta a superare le criticità rese evidenti dalla pandemia (disparità territoriali, inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e sociali, tempi di attesa elevati, scarsa capacità di sinergie per affrontare i rischi connessi alla salute e all'ambiente), compie un significativo sforzo sia in termini di risorse che di riforme.

La *Missione 6* dedicata alla *Salute* si articola in due componenti, la prima delle quali è destinata alle reti di prossimità, alle strutture intermedie ed alla telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. "Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case

---

<sup>2</sup> F. Enrichens "I pilastri di una nuova rete territoriale"

della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari”<sup>3</sup>

La riforma è volta a conseguire standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e ad identificare le strutture ad essa deputate (da adottarsi entro il 2021 con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale). Accanto alle due linee di investimento dedicate alle Case della Comunità e alle strutture dell'assistenza sanitaria intermedia, gli Ospedali di Comunità, troviamo nella Missione 6 del PNRR una linea di investimento (1.2) rivolta alla “Casa come primo luogo di cura e telemedicina”.

*“L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti” e mira a:*

- *Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione)*
- *Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale*
- *Attivare 602 **Centrali Operative Territoriali (COT)**, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza*
- *Utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche<sup>4</sup>.*

*Le misure previste sono in linea con quanto promosso con gli investimenti della Componente 2 (Infrastrutture sociali, Famiglie, Comunità e Terzo settore) della Missione 5-Inclusione e Coesione, destinate al “Sostegno delle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti” e ai “Percorsi di autonomia per persone con disabilità”<sup>5</sup> Auspicabilmente infatti “attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Ciò sarà possibile anche grazie all'introduzione di strumenti di domotica, telemedicina e telemonitoraggio.”<sup>6</sup>*

Il 18 dicembre 2019 veniva approvato in via definitiva dalla Conferenza Stato-Regioni il nuovo **Patto per la salute 2019-2021**, accordo finanziario e programmatico tra Governo e Regioni finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e garantire l'unitarietà del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Con riferimento all'Assistenza territoriale e alla Medicina generale, ancor prima della pandemia, era stata concordata la riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, in stretta collaborazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano nazionale della prevenzione.

La Cabina di regia del Patto della Salute ha prodotto una bozza della riorganizzazione dell'assetto territoriale (luglio 2021) che, con riferimento alle Centrali Operative Territoriali, individua gli elementi che seguono<sup>7</sup>:

<sup>3</sup> Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 6:Salute, pag. 226

<sup>4</sup> Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 6:Salute, pag. 229

<sup>5</sup> Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 5: Inclusione e Coesione, pagg. 213-214

<sup>6</sup> Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 6:Salute, pag. 229

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

*- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore.*

*- Standard minimo di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 5 infermieri/IFeC, 1 coordinatore. L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale (COT) è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.*

*La centrale operativa territoriale assolve funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:*

*- Coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).*

*- Coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.*

*- Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.*

*- Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.*

*- Monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.*

*Tutti gli attori del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali e dei servizi sociali.*

*La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.*

*Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché ad affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la CO Regionale 116117.*

*La COT è un servizio a valenza distrettuale.*

*La dotazione di personale infermieristico per ogni COT dovrebbe essere di 5 infermieri/IFeC per un distretto standard di 100.000 abitanti. La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore infermieristico unico a livello aziendale.”*

---

<sup>7</sup> Bozza “Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” – Cabina di regia Patto della Salute 2019-2021, luglio 2021, pagg. 21-22

Come evidenziato nel documento nazionale in bozza di cui sopra la COT deve interconnettersi con la Centrale Operativa 116117, sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti, con riferimento, in particolare, alla fruizione di un sistema informativo condiviso.

La Centrale Unica Armonizzata 116117 offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni a bassa intensità assistenziale.

Il riferimento normativo regionale è la Deliberazione della Giunta Regionale 22 maggio 2017, n. 33-5087 "Recepimento dell'Accordo ai sensi dell'art. 5 comma 12 dell'Intesa 10 luglio 2014 (rep Atti 82/CSR) "Patto per la Salute 2014-2016" tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117".

**In linea con quanto previsto dalla suddetta normativa il Numero Unico 116117 rappresenta per i cittadini un unico riferimento telefonico con l'individuazione di due livelli di performance prestazionali:**

- Livello operativo: centralizzazione, almeno su base provinciale, delle chiamate al servizio di Continuità Assistenziale, con relativo smistamento alle postazioni competenti sul territorio;
- Livello informativo: rilascio di informazioni o eventuale trasferimento della chiamata al servizio in grado di erogare la stessa per quesiti sanitari di carattere non urgente.

**Il progetto prevede altresì la condivisione delle tecnologie con il servizio di Emergenza Urgenza e l'integrazione dei sistemi informativi regionali già in essere.**

**Attualmente in Piemonte il servizio NEA 116117 è attivo su tutto il territorio per la funzione relativa all'aspetto operativo di ricezione delle chiamate di Continuità Assistenziale ed in alcuni ambiti territoriali sono presenti sperimentazioni relative all'attività informativa.**

Una ricognizione a livello nazionale ha rilevato **esperienze** - simili ma non univoche, con modelli di somogenei - di Centrali Operative attive in varie regioni (Veneto, Toscana, Lazio), nate prima o durante il periodo di emergenza COVID.

Tra queste si richiama l'esperienza della Regione Veneto che ha formalizzato le COT con DGR n.1075/2017 e DGR n.782/2020 con le seguenti finalità:

- svolgere attività di coordinamento funzionale delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, con funzioni di raccordo con tutti i servizi, garantendo la tracciabilità delle informazioni e supervisionando la gestione delle transizioni
- assicurare, a supporto dei Direttori della Funzione Territoriale e della Funzione Ospedaliera e del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, la funzione di coordinamento e comunicazione unitaria, anche telefonica, a servizio dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale e loro aggregazioni, dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica e servizi territoriali, delle strutture di ricovero intermedie, delle strutture residenziali, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio
- costituire il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni e il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Distretto e Dipartimento di Prevenzione.

## **2. LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (C.O.T.)**

La C.O.T. è un modello organizzativo distrettuale dell'ASL che svolge funzioni di **coordinamento organizzativo** della presa in carico della persona e di **raccordo/connessione** tra servizi e professionisti coinvolti nel processo assistenziale (a titolo esemplificativo e non esaustivo: dalle case della comunità e gli ospedali di comunità, ai centri di assistenza domiciliare e centri per la prevenzione, ai centri di salute mentale, ai consultori) compresi gli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali. L'obiettivo è quello di assicurare **continuità, accessibilità e integrazione** dell'assistenza.

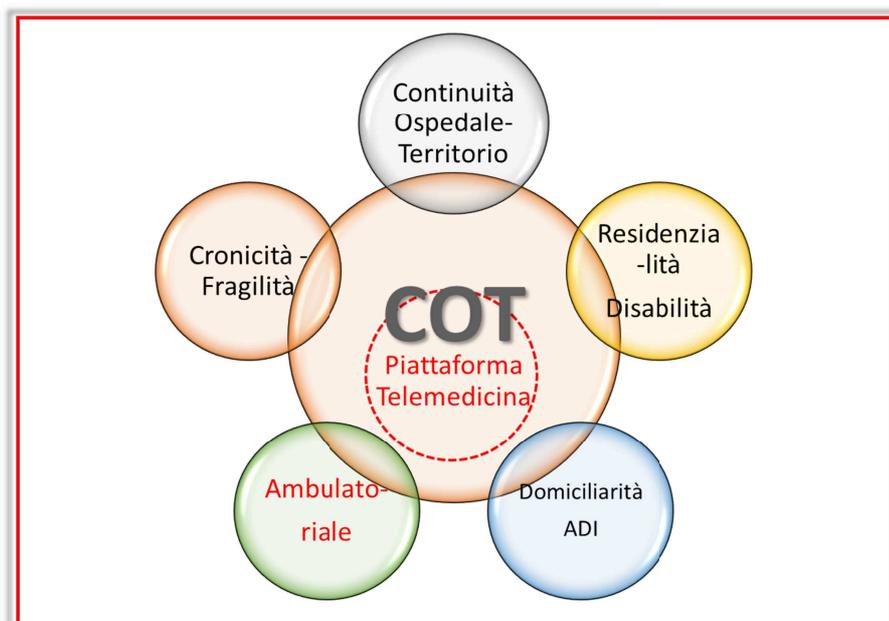
Atteso: 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque 1 COT per Distretto, che raccoglie il problema/bisogno espresso dai nodi della rete territoriale ed effettua le prime azioni valutative per la distinzione tra bisogni semplici (che richiedono una risposta assistenziale immediata) e complessi (che richiedono interventi sociosanitari di tipo multiprofessionale), attiva le risorse più appropriate per garantire percorsi sanitari e sociosanitari coordinati tra professionisti e servizi ospedalieri, distrettuali e sociali, assicura il monitoraggio degli interventi.

Deve essere in grado di dare risposta unitaria e aziendale a bisogni differenziati che richiedono l'attivazione di processi erogativi multipli e anche di differente natura.

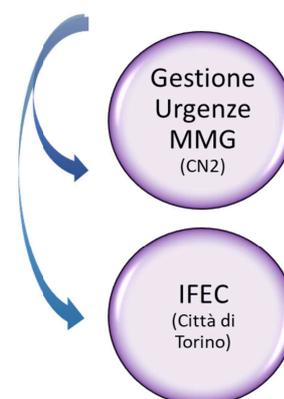
#### Condizioni necessarie:

1. personalizzazione degli interventi
2. conoscenza specifica della rete di offerta
3. allineamento di più processi produttivi in modo da velocizzare la gestione del singolo caso ed evitare di bloccare il transito nella rete;
4. integrazione di più processi informativi relativamente a paziente, contesto di riferimento, setting necessario

#### Macroaree organizzative essenziali:



La COT potrà avere ulteriori articolazioni **specifiche** nel rispetto dei criteri di flessibilità e adattamento al contesto del modello organizzativo. Esempi:



La Centrale è il punto spaziale che connette le macroaree (= percorsi territoriali); la piattaforma telemedicina è dentro la centrale in quanto strumento di lavoro.

La COT è una funzione organizzativa, e non struttura organizzativa, facilitatrice dei processi clinico-assistenziali e della integrazione socio-sanitaria attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti (in particolare sistema sanitario e sociale aziendale e sistema socio-assistenziale degli Enti Gestori).

La COT non deve essere:

- ✓ una duplicazione di servizi e attività già esistenti
- ✓ un rallentamento di processi assistenziali già consolidati
- ✓ un centralino/call center e smistamento delle problematiche
- ✓ un ulteriore passaggio burocratico di carte

### **A chi si rivolge:**

La COT si rivolge essenzialmente ai professionisti dei diversi servizi coinvolti nei processi di cure dei cittadini, a conferma della natura organizzativa della stessa (che non deve essere confusa con lo sportello unico o call center):

- Medici di Assistenza Primaria (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, MCA)
- Ospedale (reparti, MECAU)
- Dipartimenti (DSM, DPD, DP, DMI)
- Strutture sanitarie intermedie (Hospice, CAVS, Ospedali di Comunità, RSA)
- Servizi Sociali (aziendali ed Enti Gestori del territorio)
- CO 116-117

### **Benefici attesi**

- Opportunità per i professionisti di essere sperimentatori di nuovi modelli di riorganizzazione e di diventare propulsori di reti di integrazione di competenze diverse e multi specialistiche
- Condivisione di obiettivi che puntano a fornire risposte integrate, sanitarie e sociali e a strutturare percorsi di connessione tra i diversi setting assistenziali
- Disponibilità di un modello assistenziale che consente di rilevare i bisogni di salute e progettare interventi calibrati
- Capacità di effettuare un continuo monitoraggio delle attività svolte attraverso un sistema strutturato di raccolta ed analisi dei dati
- Finanziamento importante per la realizzazione di questi obiettivi da PNRR con la Missione 6 che individua nel domicilio il setting da privilegiare per l'assistenza a paziente
- Crescita culturale derivante dal continuo confronto tra professionisti del SSR e creazione di "comunità di pratica"

Nell'ambito della "cornice" del modello COT disegnato, ciascuna Azienda partecipante alla sperimentazione potrà declinare con la dovuta flessibilità applicativa le modalità operative, in maniera da risultare aderente alle peculiarità del proprio territorio (differente ad esempio per una realtà territoriale estesa su ambito provinciale con comuni scarsamente abitati, sparsi anche in zone difficilmente accessibili, che affida il governo della COT al Distretto per privilegiare prossimità e domiciliarità, rispetto ad una realtà metropolitana con una elevata concentrazione di abitanti su una superficie territoriale contenuta, che necessita di un governo forte centrale a livello di Direzione Generale/Sanitaria che assicuri un'offerta omogenea ed efficace) e contestualmente garantire il coordinamento organizzativo finalizzato al passaggio dalla prestazione isolata al processo assistenziale integrato.

## FUNZIONI DELLA COT

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio sanitari, rappresentando l'interfaccia tra Servizi territoriali, 116117, Rete emergenza Urgenza, Ospedali (pubblici e privati accreditati convenzionati).

Funzioni principali:

- a) Coordinamento della presa in carico della persona tra servizi e professionisti sia sanitari che sociali: valutazione del bisogno agito attraverso triage interprofessionale sociosanitario, identificazione del bisogno, identificazione del setting.
- b) Attivazione delle risorse presenti nella rete assistenziale e coordinamento delle azioni, grazie alla mappatura aggiornata, disponibile in tempo reale, delle risorse e delle dotazioni a disposizione dei nodi della rete di offerta
- c) Tracciamento e monitoraggio del percorso assistenziale del paziente nei vari setting di cura assicurando la continuità terapeutica/assistenziale e la tracciabilità dei flussi.
- d) Supporto informativo a tutti gli attori della rete riguardo ai servizi disponibili sul territorio e sulle tempistiche di attivazione
- e) Centrale operativa di monitoraggio e reporting dei sistemi di telemedicina a supporto della presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche.
- f) Monitoraggio dei PDTA e PCP secondo il Piano Locale della Cronicità

## ATTIVITA'

### MACROAREA

**continuità Ospedale-Territorio**

### ATTIVITA

percorso post-dimissione e individuazione dei servizi appropriati per il singolo caso

**domiciliarità – ADI**

raccordo con le unità valutative  
supporto comunicativo e informativo nella gestione di casi complessi

**residenzialità/disabilità**

messa in rete di tutte le possibili risposte di tipo sanitario, socio-sanitario e socio assistenziale

**cronicità**

gestione della presa in cura delle persone arruolabili nei percorsi di salute delle malattie croniche

**telemedicina**

gestione delle piattaforma tecnologica di supporto alle attività di telecontrollo e tele monitoraggio attivati e attivabili sia nell'ambito dei percorsi delle cronicità sia nelle situazioni di presa in carico di persone in ambito extraospedaliero per brevi periodi  
supporto logistico alle attività di teleconsulto e tele consulenza

**ambulatoriale/urgenze MMG**

attivazione dell'ambulatorio delle urgenze di medicina generale in risposta a quei casi in carico al MMG che richiedono esami diagnostici, terapie e controlli in tempi brevi  
coordinamento di percorsi ambulatoriali complessi  
gestione dei casi complessi che richiedono l'attivazione di un tavolo multi professionale e multidisciplinare

## 2.1. INPUT

<b>Bisogni di salute</b>	<p>Domanda di salute della popolazione in generale, con particolare attenzione alla cronicità (cronicità di lunga durata o stabilizzata, cronicità riacutizzata e/o scompensata; cronicità ad elevato recupero funzionale o della riabilitazione; cronicità con necessità di sollievo dei care-givers).</p> <p>Trasversalmente a queste aree va considerata la condizione sociale, che può incrementare o diminuire la complessità del bisogno quindi della successiva domanda di salute espressa.</p> <p>Bisogno di informazione diffusa e semplificazione delle procedure</p> <p>Bisogno di mettere in relazione tra loro reti di assistenza già attive sul territorio e che hanno canali paralleli di azione: la rete dei servizi sanitari, dei servizi sociali, del volontariato e delle relazioni che ruotano attorno all'assistito.</p>
<b>Assistenza Fasce d'età</b>	<p>Tutta la popolazione, stratificata per rischio, alla quale i servizi sanitari e sociosanitari devono dare risposta, anche attraverso medicina di iniziativa, con particolare attenzione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utenti fragili/complessi sia minori che adulti per cui è riconosciuta la necessità di una presa in carico multidimensionale o che sono idonei all'accesso a cure intermedie</li> <li>- Utenti affetti da patologie croniche</li> </ul> <p>A ciascuna categoria di pazienti corrisponde un modello di presa in carico calibrato in base al bisogno.</p> <p>La complessità non necessariamente è clinica ma frequentemente di tipo gestionale: ciò che rende ardua la presa in carico e la continuità delle cure è il fatto che si tratti di casi intorno ai quali occorre organizzare e conciliare interventi sanitari di natura diversa, spesso combinati a quelli di contenuto sociale o socio assistenziale</p> <p>Quando è possibile utilizzare meccanismi di coordinamento più semplici (quali, ad esempio, la standardizzazione) per governare la filiera dei servizi di cui ha bisogno il malato, la responsabilità della gestione di queste interdipendenze può essere affidata al professionista e all'unità operativa di riferimento; quando invece occorre utilizzare strumenti più sofisticati, tale responsabilità si scarica su una funzione aziendale che si dota di modelli multi-professionali e multi-disciplinari, che rappresentano forme di coordinamento di adattamento reciproco</p>
<b>Domanda - Accesso</b>	<p><u>Domanda.</u> Domanda di servizi e di prestazioni, di orientamento e attivazione dei percorsi più efficaci per soddisfare i bisogni socio-sanitari del paziente indirizzandolo verso il setting assistenziale più appropriato</p> <p><u>Accesso.</u> Le modalità di accesso devono essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unificate</li> <li>- integrate ossia garantire percorsi sanitari e sociosanitari coordinati tra professionisti e servizi: ospedalieri, distrettuali e sociali.</li> </ul> <p>Il bacino di utenza corrisponde orientativamente al bacino di utenza media di un Distretto (100.000 abitanti)</p> <p>Deve essere accessibile a tutti i professionisti della salute operanti su quello stesso territorio</p> <p>La COT è di norma ubicata presso il Distretto e copre una fascia oraria di 12 ore/giorno per tutti i giorni della settimana.</p>

## 2.3 VARIABILI INTERNE

### 2.2.1 Struttura di base

<p><b>Sistema di govern- ment</b></p>	<p>Nella COT confluiscono altre modalità organizzative già presenti a livello aziendale (es. NDCC, PUA) dalle quali vengono riconvertite e riassegnate le risorse; dovendo valutare i bisogni clinici, assistenziali e sociali dei cittadini ai quali costruire un progetto di cura necessita di un team in cui siano presenti professionalità sanitarie mediche e infermieristiche e professionalità del sociale, con figure amministrative per gli aspetti di rendicontazione delle attività.</p> <p><u>Chi fa:</u>  <b>Responsabile:</b> Direttore Distretto o Direttore Sanitario (*) o delegati          Il governo operativo della COT è ricondotto alla responsabilità della <b>struttura distrettuale</b> in diretta integrazione con le Strutture Sanitarie (Territoriali ed Ospedaliere) e gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali.          Al fine di assicurare l'esercizio integrato ed uniforme delle funzioni sul territorio aziendale, le COT rispondono al <b>Tavolo di coordinamento interdistrettuale</b> composto dai Direttori dei Distretti e funzionalmente presieduto dal Coordinatore Funzionale dei Distretti: tale tavolo fa capo alla <b>Direzione Aziendale</b>.</p> <p>(*) Nel caso di specifiche peculiarità territoriali (es. realtà metropolitane quale la Città di Torino) il governo operativo della COT potrà essere centralizzato a livello di Direzione Generale/Sanitaria. E' fatto salvo il <b>Coordinamento regionale delle COT</b> per tutto il territorio Piemontese.</p> <p><b>Referente organizzativo:</b> Coordinatore Infermieristico (Dipsa)  <b>Team operativo multiprofessionale:</b> Medico (USCA/CA) + Infermiere (IfeC) + Assistente Sociale + Amministrativo, che turnano per l'espletamento delle attività previste</p> <p><u>Che cosa:</u>  <b>Coordinatore Infermieristico</b> (eventuale incarico di funzione organizzativa afferente alla DIPSA): è responsabile del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale, supervisiona l'attività e le procedure adottate, partecipa all'UCAD.</p> <p><b>Infermiere (IfeC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>accoglie la domanda</b> strutturata (scheda di segnalazione) da MMG, PLS, 116117, ospedale, DEA, NOCC, ambulatori specialistici, servizi sociali territoriali segnalatori civici (Amministratori, farmacisti, insegnanti, ect), SerD, CSM</li> <li>- <b>attiva istruttoria</b> approfondimento per identificazione corretta del bisogno, colloquio con segnalato o Sua rete,</li> <li>- <b>attiva la risposta</b> possibile e congruente immediata (esempio dal DEA al CAVS/ospedale di comunità) e attiva i percorsi necessari a garantire nel tempo, la migliore risposta possibile e monitoraggio dei casi complessi con intercettazione dell'evoluzione</li> <li>- <b>effettua il monitoraggio</b> dei percorsi di cura, il tracciamento e monitoraggio delle transizioni tra i livelli assistenziali</li> </ul> <p><b>Assistente sociale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione e presa in carico delle fragilità sociali e attivazione dei percorsi</li> </ul> <p><b>Medico (USCA/CA)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione e gestione degli aspetti clinici del paziente ai fini della selezione del corretto setting assistenziale e monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi</li> </ul> <p><b>Amministrativo / Operatore Laico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione flussi informativi in entrata (mappatura disponibilità), supporto documentale e amministrativo, reportistica interna ed esterna</li> </ul> <p><u>Dove:</u> Sedi previste secondo PNRR – locali dedicati e attrezzati  <u>Quando:</u> Il Servizio è attivo tutti i giorni (7/7) dalle ore 8.00 alle ore 16.00 in presenza attiva e dalle 16.00. alle 20.00 in reperibilità.  <u>Sistema di attivazione del servizio:</u>          segnalazione dei professionisti di tutta la rete tramite contatto telefonico, mail          Strumenti operativi: schede, algoritmi di valutazione del bisogno e istruzioni operative specifici di ciascun percorso.</p>
---	---

Personale	<p>L'ASL nella propria autonomia organizzativa assicura la disponibilità di personale dedicato, in totale o in parte, alla COT, in numero sufficiente al corretto funzionamento 7 giorni/7 per 12 ore/die, adeguatamente formato rispetto ad abilità professionali relative a accoglienza, orientamento, risposte ai bisogni, valutazione del bisogno e presa in carico, anche sulla base di pregresse esperienze lavorative in settori oggetto di riconversione o di accordi di programma con Enti Gestori dei servizi socio assistenziali.</p> <p><u>Figure suggerite:</u>  <b>1 referente organizzativo *</b>  <b>5 infermieri (preferibilmente IFeC) *</b>  <b>1 unità di personale di supporto (amministrativo o personale laico) *</b></p> <p>Dovranno inoltre essere a disposizione specifici profili professionali in grado di garantire il completo svolgimento delle funzioni previste per la COT (valutazione degli aspetti sociali e socio assistenziali; valutazione degli aspetti clinici per identificazione del corretto setting), quali: - <b>assistenti sociali</b> (che potranno essere sia del Servizio Sociale Aziendale sia degli Enti Gestori),  - <b>medici (USCA/CA)</b></p> <p>secondo le risorse disponibili in ciascuna realtà Aziendale.  * <u>Numero minimo indispensabile di unità a tempo pieno</u></p> <p>Il personale dovrà agire in maniera integrata con figure delle cure intermedie, MMG, PLS, CSM, SerD, RRF, Medici assegnati al Distretto, Medici struttura Assistenza Territoriale Ambulatoriale e Domiciliare, Medici Struttura Cure Palliative, Medici specialisti, CPSE, CPSI, Infermieri di famiglia</p> <p><u>VINCOLI:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione del fabbisogno di risorse professionali: <ul style="list-style-type: none"> <li>- in base al target di popolazione e al numero presumibile di interventi di coordinamento organizzativo della Centrale</li> <li>- nel rispetto degli standard di personale previsti dal PNRR.</li> <li>- nel rispetto di un'organizzazione efficiente in condizioni di sicurezza</li> <li>- nel rispetto della normativa in materia di orario di lavoro del personale</li> </ul> </li> <li>• Attivazione della risposta nei diversi percorsi nel rispetto dei tempi-lavoro contrattuali per il personale.</li> </ul>								
Attrezzature	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Struttura: accesso, accoglienza/segreteria, centrale operativa, studio medici; sala riunioni locali accessori</li> <li>• Adeguamento impiantistico, strutturale e normativo dei locali dedicati all'attività COT</li> <li>• Rete informativa/piattaforma di interazione flussi, fascicolo sanitario, postazioni informatiche, telefonia</li> <li>• Autoveicoli</li> </ul>								
Risorse economiche/ costi	<p>Gli investimenti necessari per il progetto e la relativa copertura finanziaria dovranno essere verificati da parte di ciascuna singola ASL, che sarà tenuta a rendicontare le risorse utilizzate nell'anno di riferimento (vedi elenco non esaustivo di seguito riportato):</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Risorse da rendicontare</b></td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Costi 2022 (previsti ed effettivi)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">sede</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">personale</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">attrezzature</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">arredi</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">altro (specificare)</td> <td></td> </tr> </table>	<b>Risorse da rendicontare</b>	Costi 2022 (previsti ed effettivi)	sede	personale	attrezzature	arredi	altro (specificare)	
<b>Risorse da rendicontare</b>	Costi 2022 (previsti ed effettivi)								
sede									
personale									
attrezzature									
arredi									
altro (specificare)									

--	--

## 2.2.2 Processi assistenziali

<b>Prevenzione /Promozione della salute</b>	<p>La COT interagisce con la struttura/risorsa deputata alla Promozione della salute; in base al Piano Nazionale Prevenzione e promozione alla salute formula il piano locale prevalentemente sulla cronicità.</p> <p>In collaborazione con DP, DMI, DSM, DPD orienta eventuali bisogni di gruppi omogenei (scuole, anziani, malati cronici, ect) con interventi specifici di gruppo quali attività fisica (AFA); avvicinamento sanità e promozione salute: dipendenza, sicurezza ambienti di vita. Materno infantile: promozione della salute nei primi 100 giorni. alimentazione età evolutiva, ect..</p> <p>Gruppi Auto Mutuo Aiuto</p>
<b>Percorsi</b>  <b>Patologia</b>  <b>Continuità Assistenziale</b>	<p>Strumento: protocolli operativi aziendali per ciascun setting di cura</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percorsi del Piano Locale Cronicità: BPCO; Scopenso Cardiaco; Diabete; Demenze ed eventuali altre patologie cronico-degenerative con presa in carico a livello ambulatoriale in integrazione fra MMG specialista e IFeC</li> <li>• Cure Palliative per tutte le patologie in fase avanzata e non suscettibili di trattamenti attivi</li> <li>• Continuità Assistenziale: Paziente “fragile” con bisogni sanitari e/o sociali e/o riabilitativi e/o di fine vita (risposte CAVS, Hospice, RSA, cure domiciliari) sia in dimissione ospedaliera sia al domicilio con attivazione delle competenti commissioni di valutazione (UMVD, UMVDM, UVG, Dip.DIP, DSM, DMI)</li> <li>• Covid</li> <li>• Percorsi Ambulatoriali Complessi</li> <li>• Percorsi Urgenti dei MMG/PLS</li> <li>• Protocolli operativi interni all’ASL e condivisi</li> <li>• Piano Assistenziale Individuale (PAI)</li> </ul>
<b>Coordinamento con reti di servizi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- coordinamento con le <b>reti ospedaliere</b> (Presidio ospedaliero a gestione diretta, erogatori pubblici quali A.O.U. e privati accreditati convenzionati, NOCC-NDCC) e <b>sistemi di emergenza</b> per la presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nella transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare.</li> <li>- collaborazione con Rete dei servizi Unità di Valutazione Geriatrica; Unità di Valutazione Disabili minori e adulti Rete vulnologica</li> <li>- coordinamento con la <b>rete dei servizi assistenziali</b> attraverso l’integrazione degli interventi con la segnalazione ai servizi socio-assistenziali dei pazienti in condi-</li> </ul>

<p><b>Coordinamento con reti di servizi</b></p>	<p>zioni di particolare disagio sociale</p> <p style="text-align: right;"><i>(segue)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- integrazione con la <b>CUA NEU 116117</b>: poichè la COT è rivolta essenzialmente ai professionisti per facilitare la interconnessione tra i nodi della rete, mentre la CUA è una centrale al servizio dell'utenza, con un'estensione territoriale maggiore rispetto alla COT, la CUA NEU 116117 dovrà segnalare alla COT competente per territorio i bisogni espressi dal cittadino in merito alla integrazione Socio sanitaria di particolare complessità, per i quali dovrà essere redatta una specifica scheda che contenga almeno i seguenti elementi : NOME /COGNOME / DATA DI NASCITA / DOMICILIO / RECAPITO TELEFONICO MMG BISOGNO RIFERITO = richiesta di supporto sanitario e sociale per persone fragili quali: <ul style="list-style-type: none"> <li>- persone non autosufficienti non in carico a servizi</li> <li>- persone che fanno richieste di inserimenti in strutture assistenziali residenziali</li> <li>- persone che manifestano bisogni sociali non in carico ai servizi</li> </ul> </li> </ul> <p>La segnalazione alla COT dei casi pervenuti al 116-117 che evidenziano un bisogno sociale e sanitario da parte di soggetti fragili, che necessita di una valutazione e presa in carico, è finalizzata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indirizzare l'utente al servizio che meglio risponde al bisogno manifestato</li> <li>- migliorare l'appropriatezza organizzativa</li> <li>- ridurre gli accessi impropri ai servizi e i tempi di risposta dei servizi.</li> </ul>
<p><b>Informazioni-comunicazioni al paziente</b></p>	<p>Segreterie Commissioni con lettere, telefonate e mail; colloqui in fase di triage, PUA</p> <p>Per gruppi omogenei: incontri in rete con associazioni, sindacati territoriali; tavoli comunali; Comitati dei Sindaci distretto</p>

### 2.2.3 Processi organizzativi di supporto

<b>Sistema Informativo</b>	<p><b>COSA C'E'</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● AURA (anagrafica, esenzioni per reddito e patologia)</li> <li>● Gestionale MMG/PLS</li> <li>● Cartella informatizzata ospedaliera</li> <li>● Cartella informatizzata ambulatoriale</li> <li>● Referti di diagnostica strumentale e di laboratorio (FSE)</li> <li>● Reti Regionali di patologie: (oncologiche, cure palliative, metaboliche, NPI, DSM, Dip DIP,</li> <li>● Dipartimento di Prevenzione (Vaccinazioni)</li> <li>● Flussi Regionali riguardanti la domiciliarità e residenzialità per anziani (FAR-SIAD), SAO-ADI.</li> <li>● ECWMED (percorsi cronici, vaccinazioni, prestazioni MMG, PLS, bilanci di salute ecc)</li> <li>● Sistemi informatici del privato accreditato</li> </ul>	<p><b>COSA MANCA</b></p> <p>Indubbiamente il FSE rappresenta il punto di arrivo, ma essendo ancora in fase di costruzione non contiene tutt'ora le informazioni complete per valutare i bisogni clinico-assistenziali dei pazienti da prendere in carico.</p> <p>Tali informazioni sono però presenti in una numerosità di sistemi informatici non integrati tra loro.</p> <p>Manca piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali</p> <p>Manca software di registrazione delle chiamate.</p> <p>La frammentazione degli ENTI GESTORI non consente di avere una panoramica dei sistemi in uso per le informazioni riguardanti gli aspetti sociali.</p>
	<p>Occorrono per la COT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un SISTEMA INFORMATIVO completamente interfacciabile con quelli dei singoli nodi della rete di offerta per agire una vera e propria gestione del percorso del paziente nelle fasi di transizione tra setting, in grado di integrare le informazioni presenti nei diversi database, facilmente consultabile dal quale poter estrarre i dati necessari per una valutazione sulle condizioni cliniche, sociali e assistenziali per costruire il percorso di cura più appropriato</li> <li>• una MAPPATURA DELLE RISORSE DISPONIBILI in tempo reale tramite accesso diretto ai sistemi informativi aziendali che consentono di monitorare costantemente i posti letto (ospedalieri, cure intermedie, residenziali), l'attivazione dell'ADI, i tempi di prenotazione e consegna degli ausili, ecc. ovvero le informazioni sui servizi e le dotazioni che consentono di gestire la presa in carico e la continuità assistenziale</li> <li>• un CRUSCOTTO per il monitoraggio dei percorsi di cura attivati, alimentato dal sistema informativo, che deve garantire estrazione, elaborazione, analisi e valutazione dei dati.</li> <li>• una PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA          La COT dovrà svolgere anche il ruolo di centrale operativa dei sistemi di monitoraggio di telemedicina.          Questa tipologia di assistenza che permette il monitoraggio e la televisita in remoto può essere suddivisa in due grandi categorie:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- TELEVISITA per questa tipologia il ruolo della COT potrebbe essere non indispensabile. La Televisita può avvalersi dei sistemi di prenotazione CUP ed essere effettuata indipendentemente dalla COT. Il referto così come quello della visita in presenza dovrebbe essere disponibile nel sistema in caso di presa in carico del paziente.</li> <li>- TELEMONITORAGGIO attraverso l'utilizzo di device che utilizzati dai pazienti trasmettono in tempo reale i parametri rilevati alla Centrale Operativa che ne analizza i risultati e mette in contatto i professionisti con il TELECONSULTO per la valutazione rispetto al percorso di cura.</li> <li>- TELEASSISTENZA attraverso device in grado di monitorare il paziente a</li> </ul> </li> </ul>	

	domicilio per gli aspetti di vita quotidiana
--	--



<b>Sistema Valutativo</b>	<u>INDICATORI</u>	<u>STANDARD</u>
<b>ESITO</b>	<p>Riduzione dei reingressi in Ospedale post-dimissione</p> <p>Numero dei ricoveri evitabili per patologie curabili nei diversi setting ospedalieri/ Numero di ricoveri effettuati</p> <p>Riduzione degli accessi al DEA/PS</p> <p>Verifica applicazione dei PDTA nei soggetti segnalati</p> <p>collaborazione con il Dipartimento di prevenzione</p>	<p>&lt; del 20% rispetto all'anno precedente</p> <p>&lt; del 20% rispetto all'anno precedente come da indicazioni contenute nei percorsi per patologia.</p> <p>Monitoraggio degli accessi e del trend in corso del periodo in esame a partire dall'attivazione della COT</p> <p>&gt; 80%</p> <p>Realizzazione di 2 interventi nel primo anno di esercizio della COT previsti nel PLP</p>

## 2.4 RISULTATI

<b>Attività - Prestazioni (output)</b>	<p>Tempi d'attesa per l'attivazione dei progetti formulati dalla COT</p> <p>Tempi di risposta della COT sui casi segnalati dal PS, per ricoveri ospedalieri impropri</p> <p>Tempi di reazione della COT per la rimodulazione tempestiva dei setting assistenziali da domicilio verso residenzialità, senza ricoveri intermedi e/o degenze presso Ospedale di Comunità</p> <p>Mappatura aggiornata dei nodi della rete di offerta sanitaria</p>
<b>Esito clinico - (outcome)</b>	<p>Rallentamento dell'evoluzione clinica delle patologie croniche</p> <p>Riduzione liste d'attesa ambulatoriali</p> <p>Miglioramento dei processi clinico-assistenziali.</p> <p>Dal momento che può essere attivata da tutti i professionisti ed i servizi del sistema, benché afferente all'area distrettuale, di fatto è strumento organizzativo del sistema azienda.</p>
<b>Esperienza degli utenti (=servizi)</b>	<p>Qualità percepita rispetto alle prestazioni della COT</p> <p>Gradimento del servizio</p> <p>Segnalazioni/elogi/reclami</p>

### 3. CRITICITA'

Le principali criticità che, rappresentando condizioni vincolanti, vanno superate per poter dare attuazione al Progetto COT in Regione Piemonte sono le seguenti:

#### 1) **SISTEMA INFORMATIVO DI SUPPORTO**

Deve essere disponibile un sistema informativo unico ed omogeneo a livello regionale per evitare che ciascuna Azienda si organizzi in proprio; devono essere sviluppate le possibilità di connessione interaziendale per facilitare i percorsi su tutto il territorio regionale.

La piattaforma deve essere unica e il sistema informatico deve potersi interfacciare con tutti gli applicativi in uso, per consentire lo scambio delle informazioni/dati/documenti in tempo reale ed in sicurezza; la piattaforma deve essere integrata/interfacciabile con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali. Va mantenuta omogeneità ma anche flessibilità per valorizzare (e non perdere) il patrimonio delle singole Aziende.

Va attivato un software di registrazione delle chiamate.

Il processo organizzativo di supporto deve essere oggetto di confronto sia con il settore regionale competente al fine di operare una scelta efficace e rispondente alle attese del territorio, sia con eventuali altre esperienze regionali già funzionanti (Trentino, Lazio). Nelle more della disponibilità della piattaforma regionale si auspica l'attivazione sperimentale di una COT utilizzando ciò che è già in uso in Azienda ed evidenziando i punti critici.

#### 2) **RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA (SERVIZI/LINEE PRODUTTIVE)**

Deve essere effettuato un allineamento del modello COT con le risposte date sul territorio: i servizi devono essere in grado di rispondere 7/7 giorni (es. ADI; CAVS) per assicurare efficienza ed efficacia dei percorsi gestiti dalla COT.

#### 3) **RISORSE A DISPOSIZIONE**

Necessità di effettuare gli interventi per disporre di logistica idonea.

Necessità di acquisire risorse umane da dedicare alla COT (nuove professionalità e/o riconversione di personale).

#### 4) **FORMAZIONE**

Va programmata (e mantenuta nel tempo in maniera continua) la Formazione per tutti i professionisti coinvolti in modo da assicurare una corretta gestione delle interfacce tra: Ospedale e Distretto; rete dei servizi sanitari e sociali; professionalità diverse; contesti organizzativi diversi.

#### 5) **STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE**

La creazione di un database di livello individuale di dati, quale base informativa per procedere alla c.d. "stratificazione" di utenti del SSN volta a definire un "profilo sanitario individuale", legato alla presenza di patologie croniche e connesso allo "status sociale" è un'attività delicata, che presenta anche significativi risvolti etici (diritto di non sapere) e come tale necessita di essere opportunamente disciplinata, quanto prima, in tutti i suoi aspetti in un atto normativo a livello nazionale.

*Autori: Project Manager A Fontana; Gruppo regionale: G. Mainardi, F. Riccio, L. Petrone, M. Boccacciarì;  
Referenti Operativi Aziendali: S. Contini (ASL CN2); P. Fasano (ASL TO3); B. Ficili, M.L. Demarchi (ASL NO); F.  
Cirio, F. Zanchi (ASL Città di Torino).  
Supervisione AGENAS: F. Enrichens; M. Santurri; A. Paris*

## RIFERIMENTI NORMATIVI

- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116/117" - Rep. Atti: n. 221/CSR del 24/11/2016
- Regione Piemonte. Deliberazione della Giunta Regionale 22 maggio 2017, n. 33-5087 "Recepimento dell'Accordo ai sensi dell'art. 5 comma 12 dell' Intesa 10 luglio 2014 (rep Atti 82/CSR) "Patto per la Salute 2014-2016" tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116/117".
- Regione Piemonte Deliberazione del Consiglio regionale 10 luglio 2018, n. 306 - 29185. Recepimento dell'Accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 15 settembre 2016 sul Piano nazionale della cronicità e approvazione delle linee di indirizzo regionali per le annualità 2018 - 2019.
- Conferenza Stato Regioni. Intesa ai sensi dell'art. 8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 – Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019
- Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19." Pubblicato nella Gazz. Uff. 19 maggio 2020, n. 128, S.O.
- Legge 17 luglio 2020, n. 77 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19."
- Regione Piemonte. DGR 23-3080 del 9 aprile 2021 Emergenza Covid-19. Approvazione misure relative a percorsi temporanei protetti di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi dall'Ospedale verso assistenza domiciliare in RSA. Approvazione percorsi per assistenza erogata in RSA o p.l. CAVS all'interno delle RSA ex D.G.R. n. 2-2254/2020.
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Italia domani – trasmesso alla Commissione Europea il 30 aprile 2021
- Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea ST10160/21 del 6 luglio 2021 relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia
- - la DGR n. 5- 629 del 11 febbraio 2022 "Approvazione del Programma di investimenti in edilizia sanitaria per l'adeguamento sismico di strutture ospedaliere con risorse a valere sul PNRR M6, C.2, 1.2 e sul Fondo Complementare";
- - la DGR n. 6- 630 del 11 febbraio 2022 "Approvazione Programma di investimenti finanziato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato all'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie: M6, C.2, 1.1.2.";
- - la DGR n. 4-4628 del 11 febbraio 2022 n. 4 - 4628 "Approvazione della programmazione relativa: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Proposta al Consiglio regionale";
- - la DCR n. 199 del 22 febbraio 2022 "Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende Sanitarie Locali: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali";
- - la DGR n. 1-4892 del 20 Aprile 2022 "PNRR Missione 6 "Salute". Approvazione del Piano Operativo Regionale (P.O.R.)".
- - la DGR n. 17-4952 del 29 aprile 2022 "D.C.R. 22 febbraio 2022 n. 199-3824. Ripartizione alle Aziende Sanitarie Locali delle risorse di cui al Decreto Ministero Salute 20 gennaio 2022 per la realizzazione delle Case di comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Missione 6 Componente 1

## BIBLIOGRAFIA

AAVV (2009), Stato di attuazione dei modelli innovativi di Assistenza Primaria nelle regioni italiane”, Agenas, Roma

Longo F. et al (2012), Il governo dei servizi territoriali: budget e valutazione dell'integrazione, Egea, Milano

Longo F. et al (2013), La presa in carico dei pazienti cronici: il disegno dei CReG Lombardi e i possibili scenari di governance, in Mecosan, n. 86: 33-52

Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy 2002; 60: 201– 218. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. [PDF: 197 Kb] HSR: Health Services Research 2003; 38:3, 831-865.

Starfield B. et al. (2005), Contribution on Primary Care to Health Systems and Health, in the Milbank Quarterly, 83 (3): 457-502

Vaccani R. (1992), La Sanità Incompiuta, Nuova Italia Scientifica, Milano

Bozza “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” – Cabina di regia Patto della Salute 2019-2021, luglio 2021, pagg. 21-22

Monitor 44 – Anno I - 2020, Semestrale Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali AGENAS

Monitor 45 – Anno II 2021, Semestrale Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali AGENAS F. Enrichens: I pilastri di una nuova rete territoriale. Forward - @forwardRPM - 2 lug

F. Di Stanislao: “Per una Sanità Pubblica dopo Covid 19 (prima puntata)” Quotidiano Sanità 4/10/2021

G. Banchieri, F. Di Stanislao e L. Goldoni: “Per una Sanità Pubblica dopo Covid 19: Integrazione e Continuità Assistenziale” Quotidiano Sanità 5/10/2021

A.G. De Belvis: “Per una sanità pubblica dopo Covid 19. Dal benessere degli operatori alla soddisfazione dell’utente (terza puntata)” Quotidiano Sanità 6/10/2021

Regione Veneto. Delibera della Giunta Regionale n. 1075 del 13 luglio 2017 - Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende Ulss

Regione Veneto. Delibera della Giunta Regionale n. 782 del 16 giugno 2020 – Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.

Regione Piemonte. Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento del Piano della Cronicità.

Regione Umbria. Piano Regionale Cronicità 2017

Riflessioni del TAVOLO 3 "Centrali Operative Territoriali-USCA-116117 La continuità assistenziale" del 16° Forum Risk Management in Sanità 30/11-3/12/2021

**ALL. A - Indice del “Regolamento Tipo” di Funzionamento della COT**

<b>Logo ASL</b>	<b>ASL</b>	<b>Codice azienda</b>
<b>REGOLAMENTO CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE</b>		

<b>REVISIONE</b>			
<b>REV.</b>	<b>DOCUMENTO DI RIFERIMENTO</b>	<b>MOTIVO</b>	<b>DATA</b>

<b>REDATTO</b>	<b>VERIFICATO</b>	<b>APPROVATO</b>
Indicare: - qualifica e struttura di chi ha redatto il documento; - nome, cognome; - firma sull'originale.	Indicare: - qualifica e struttura di chi ha verificato il documento; - nome, cognome; - firma sull'originale.	Indicare: - qualifica e struttura di chi ha approvato il documento; - nome, cognome; - firma sull'originale.
Data: Indicare data di redazione	Data: Indicare data di verifica	Data: Indicare data di approvazione