



# PNNR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

## Investimento M6C1 | 1.2.2

### CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

## MODALITÀ ORGANIZZATIVE E FUNZIONALI

A cura di: Giuseppe Montagano, Massimo Mancini, Maurizio Nunzio Cesare Friolo, Antonello Maraldo, Angela Braia, Chiara Gentile, Maria Chietera, Brunella Caputo, Carmela Cito, Angela Acito, Gianvito Corona, Franca Cicale.

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 1/32

## Sommario

<b>1. PREMESSA .....</b>	2
<b>2. SCOPO/OBIETTIVO .....</b>	2
<b>3. CAMPO DI APPLICAZIONE .....</b>	3
<b>4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI .....</b>	3
<b>5. ABBREVIAZIONI, TERMINOLOGIA .....</b>	4
<b>6. PROCESSO/MODALITA' OPERATIVE .....</b>	5
6.1 REQUISITI ORGANIZZATIVI .....	5
6.2 FUNZIONI E ATTIVITÀ .....	7
6.3 TIPOLOGIA DI UTENZA .....	8
6.4 LOCALIZZAZIONE DELLA COT .....	8
6.5 SISTEMA INFORMATIVO DELLA COT .....	10
6.6 MODALITÀ CON CUI LA COT ASSICURA CONTINUITÀ, ACCESSIBILITÀ ED INTEGRAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIOSANITARIA .....	12
6.6.1 MODALITÀ OPERATIVE DELLA COT NELLA TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO E RELATIVO DIAGRAMMA DI FLUSSO .....	13
6.6.2 MODALITÀ OPERATIVE DELLA COT NELLA TRANSIZIONE TERRITORIO – OSPEDALE E RELATIVO DIAGRAMMA DI FLUSSO .....	18
6.6.3 MODALITÀ OPERATIVE DELLA COT NELLA TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO E RELATIVO DIAGRAMMA DI FLUSSO .....	22
6.6.4 MODALITÀ OPERATIVE DELLA COT NEL COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE AL DOMICILIO – TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO – E RELATIVO DIAGRAMMA DI FLUSSO .....	27
<b>7. DEFINIZIONE COT E ASPETTI PRIVACY .....</b>	31
<b>8. INDICATORI .....</b>	32

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 2/32

## 1. PREMESSA

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”*, definisce schemi funzionali, 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, la Centrale Operativa Territoriale (COT) rappresenta un nuovo innovativo modello organizzativo di Centrale che svolge funzioni di coordinamento sia della presa in carico della persona, che diventa integrata e coordinata, che del raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliero e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

In linea generale quindi i percorsi assistenziali già operativi da anni in Regione Basilicata non vengono sconvolti o rimodulati in questa fase, ma vi sarà a disposizione una struttura (la COT) a supporto della direzione di distretto, che interverrà in modo autonomo in tutti quei processi che trovano un impedimento al loro normale sviluppo (alert sui tempi ed esiti di processo) o che potrà dare supporto agli operatori della rete che le chiedano aiuto.

L'attività della COT è rivolta a tutti gli attori del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero, che possono richiederne l'intervento: 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, per il suo funzionamento, è dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.

Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, la COT, a livello regionale, usufruisce di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

## 2. SCOPO/OBIETTIVO

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

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

- assolvere al suo 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

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 3/32

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. CAMPO DI APPLICAZIONE

Matera e Potenza

### 4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

D.M. Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 - G.U. n. 144 del 22.6.2022	Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
Missione 6 “Salute” Componente 1 (M6C1) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	“Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”
REGIONE BASILICATA Deliberazione 26 maggio 2022, n.313	Piano Nazionale di Riprese e Resilienza (PNRR) - Misura 6: Approvazione dello schema del Contratto Integrativo di Sviluppo (CIS)
Regione Basilicata Deliberazione n. 434 del 2 luglio 2020	Ruolo delle Centrali Operative Regionali Aziendali e della Centrale Unica Regionale
REGIONE BASILICATA Deliberazione 30 dicembre 2022, n.948	D.M. Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 - G.U. n. 144 del 22.6.2022 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo Sviluppo dell'Assistenza Territoriale o nel Servizio Sanitario Nazionale - Adozione del provvedimento generale di programmazione ai sensi dell'art. 1, comma 2.
REGIONE BASILICATA Deliberazione 30 marzo 2023, n. 202300188	TELEMEDICINA - Progetto Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali, COT, della Telemedicina e Interoperabilità Aziendale e Regionale Anno 2023, Marzo 2023, DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA
ASM MATERA – Delibera n. 65 del 03 febbraio 2023	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). M6C1 – Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale: Costituzione dell'Ufficio Speciale “Missione 6 Salute” e istituzione Tavolo di Concertazione; rettifica di errore materiale presente nella Delibera n.350 del 27/05/2022 avente ad oggetto “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR – Missione 6 –

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	La COT: modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 4/32

	Componente n. 1.1: Approvazione Documenti Programmatici di Indirizzo (DIP)" .
GDPR / General Data Protection Regulation  Regolamento Europeo 2016/679, ed al D.Lgs. 196/2003	Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati
AGENAS – I Quaderni. SUPPLEMENTO ALLA RIVISTA SEMESTRALE MONITOR 2022	LE CENTRALI OPERATIVE Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali
AGENAS – I Quaderni. SUPPLEMENTO ALLA RIVISTA SEMESTRALE MONITOR 2022	La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione

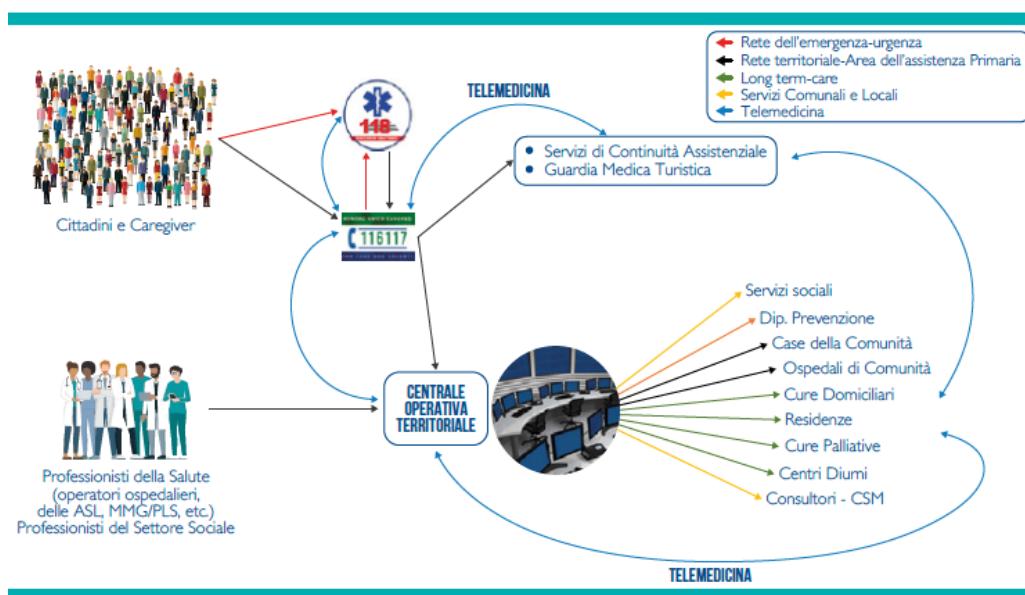
## 5. ABBREVIAZIONI, TERMINOLOGIA

COT	Centrale Operativa Territoriale
ASM	Azienda Sanitaria Matera
MMG	Medici di Medicina Generale
PLS	Pediatri di Libera Scelta
DM	Decreto Ministeriale
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
CdC	Case della Comunità
PIC	Percorsi Integrati di Cronicità
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale
Il numero telefonico 116117	È il numero unico europeo per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT: modalità organizzative e funzionali</b>		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 5/32

## 6. PROCESSO/MODALITA' OPERATIVE

La Centrale Operativa Territoriale (COT) opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti di prossimità che hanno la necessità di rapportarsi con una moltitudine di soggetti e servizi che vanno dall'ospedale ai servizi territoriali come rappresentato nel seguente schema



### 6.1 REQUISITI ORGANIZZATIVI

Come previsto dal DM 77/2022, il servizio offerto dalla COT è operativo 7/7 giorni h 12/24 ore per le COT HUB, mentre le altre potrebbero operare h 8/24 ore per 5/7 giorni.

Le sedi attivate dall'ASM sono 2, di cui una a Matera e una a Policoro.

- Matera: Sede Centrale ASM, Via Montescaglioso 3° Piano (con ascensore) – sede h12/24 per 7/7 giorni - sede HUB
- Policoro: Distretto Via Moncenisio n. 1 – sede H8/24 per 5/7 giorni – sede spoke

Le sedi attivate dall'ASP sono 4 (Venosa, Potenza, Marsicovetere e Lagonegro).

- Venosa: POD di Venosa 3° Piano (con ascensore) – sede h12/24 per 7/7 giorni - sede HUB
- Potenza: Via della Fisica 18/e – sede H8/24 per 5/7 giorni – sede spoke
- Marsicovetere: Via San Pio – sede H8/24 per 5/7 giorni – sede spoke
- Lagonegro: Via Giustino Fortunato – sede H8/24 per 5/7 giorni – sede spoke

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 6/32

La COT avranno i seguenti orari di apertura:

- 8.30-20.30 da lunedì a venerdì su tutte le sedi HUB
- 8.30-16.30 da lunedì a venerdì su tutte le sedi Spoke

Durante la chiusura delle COT spoke le chiamate sono deviate alla COT HUB.

#### **Contatti:**

Le COT sono contattabili attraverso specifici recapiti telefonici e indirizzi email aziendali:

- [COT-Matera@asmbasilicata.it](mailto:COT-Matera@asmbasilicata.it)
- [COT-Policoro@asmbasilicata.it](mailto:COT-Policoro@asmbasilicata.it)
- [COT-Venosa@aspbasilicata.it](mailto:COT-Venosa@aspbasilicata.it)
- [COT-Potenza@aspbasilicata.it](mailto:COT-Potenza@aspbasilicata.it)
- [COT-Marsicovetere@aspbasilicata.it](mailto:COT-Marsicovetere@aspbasilicata.it)
- [COT-Lagonegro@aspbasilicata.it](mailto:COT-Lagonegro@aspbasilicata.it)

La COT è un facilitatore per l'attivazione di servizi aziendali, la presa in carico, la eventuale gestione delle transizioni nei diversi setting assistenziali e supporta il telemonitoraggio e la teleassistenza nell'ambito dei rispettivi setting assistenziali.

**Lo standard professionale previsto per la COT di Matera:** 1 Responsabile Coordinatore Infermieristico;

- 6 Infermieri;
- 1 Unità di Personale di Supporto Sanitario.

**Lo standard professionale previsto per la COT di Policoro:**

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

**Lo standard professionale previsto per la COT di Venosa:**

- 1 Responsabile Coordinatore Infermieristico;
- 6 Infermieri;
- 1 Unità di Personale di Supporto Sanitario.

**Lo standard professionale previsto per la COT di Potenza:**

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

**Lo standard professionale previsto per la COT di Marsicovetere:**

- 1 Responsabile Coordinatore Infermieristico;
- 6 Infermieri;

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT: modalità organizzative e funzionali</b>		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 7/32

- 1 Unità di Personale di Supporto Sanitario.

**Lo standard professionale previsto per la COT di Lagonegro:**

- 1 Responsabile Coordinatore Infermieristico;
- 6 Infermieri;
- 1 Unità di Personale di Supporto Sanitario.

Nell'ambito del team professionale, l'ASM di Matera e l'ASP di Potenza hanno individuato rispettivamente due e quattro Coordinatori Infermieristici in qualità di responsabili del funzionamento, della gestione e del coordinamento delle COT.

Il team potrà, all'occorrenza, integrarsi con ulteriori professionalità come Infermiere case manager, Medico, Assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione.

**Il team**

- È composto da figure professionali che operano valutando le situazioni a livello multidimensionale ed integrando le competenze di figure diverse tra loro. La composizione e la numerosità del team all'interno delle COT tiene conto delle funzioni previste e del bacino di utenza. Anche se la COT non ha compiti specifici di valutazione multidimensionale, è opportuno che i suoi operatori acquisiscano tali competenze per dialogare in maniera efficace e dare supporto agli altri organi competenti (UVM, UVI, UVBR). Anche se spesso l'individuazione del setting assistenziale si basa su esigenze già raccolte da altri, la COT interviene per gestire eventuali criticità proprio perché è rappresenta un facilitatore per l'attivazione di servizi aziendali, la presa in carico, e la eventuale gestione delle transizioni nei diversi setting assistenziali e supporta il telemonitoraggio e la teleassistenza nell'ambito dei rispettivi setting assistenziali.

## 6.2 FUNZIONI E ATTIVITÀ

La COT costruisce, con le banche dati disponibili, una mappa di orientamento alla rete dei servizi per i cittadini. Si tratta della implementazione di una rete delle Strutture Sanitarie e delle Unità di Offerta Sociosanitarie e Sociali inerenti i servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari presenti in ciascun Distretto e le associazioni di volontariato/terzo settore in raccordo con i Servizi Sociali dei Comuni.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo all'interno della rete dei servizi, attraverso specifiche attività tra loro interdipendenti di transitional care delle persone fragili e dei non autosufficienti nell'ambito:

- della rete ospedaliera per acuti (COT quale presidio delle dimissioni protette)
- della rete delle cure intermedie (riabilitazione residenziale), unità di offerta sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari quali le Cure Domiciliari.

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT: modalità organizzative e funzionali</b>		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 8/32

La COT si occupa pertanto del percorso di dimissione dei pazienti (nella prima fase poi anche dei ricoveri programmabili), che non sono nelle condizioni di rientrare direttamente al domicilio, gestendo il passaggio dei pazienti dall'ospedale per acuti al territorio, qualora questo richieda un ricovero in cure intermedie o in struttura sociosanitaria, l'attivazione di ADI, l'attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, il rinvio al MMG/PLS, Infermiere di Comunità (in fase di attivazione).

### 6.3 TIPOLOGIA DI UTENZA

L'utenza a cui è diretto questo servizio è ad uso esclusivo delle figure che appartengono alla rete dei Professionisti della Salute, parte del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero, che possono richiederne l'intervento di:

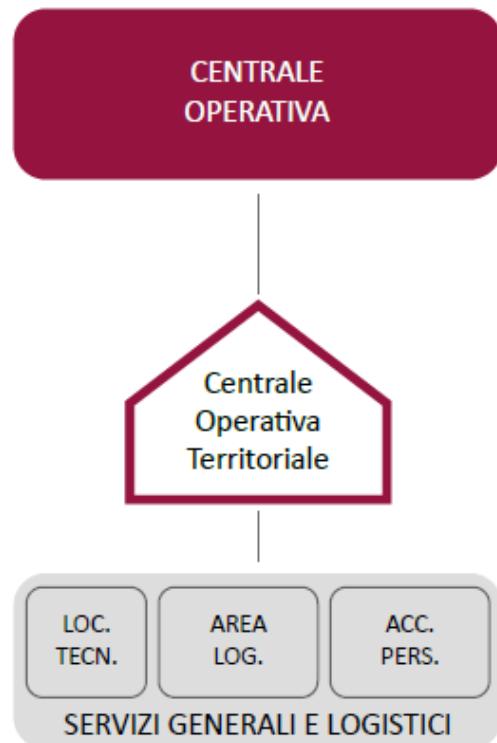
- medici di medicina generale (MMG),
- pediatri di libera scelta (PLS),
- medici di continuità assistenziale,
- medici specialisti ambulatoriali interni,
- professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali,
- infermiere di Comunità (in fase di attivazione),
- professionisti sanitari presenti nei servizi distrettuali,
- personale delle strutture di ricovero intermedie,
- personale delle strutture di ricovero residenziali e semiresidenziali,
- personale operante nei servizi sociali (ambiti e comuni).

### 6.4 LOCALIZZAZIONE DELLA COT

Le COT di Matera, di Policoro, Potenza, Venosa, Marsicovetere, Lagonegro sono situate in spazi appositamente progettati in conformità agli standard strutturali, organizzativi e tecnologici definiti nel DM 77/2022, organizzate in:

- Area logistica e Locali tecnici come rappresentati nella seguente figura:

 REGIONE BASILICATA	La COT: modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 9/32

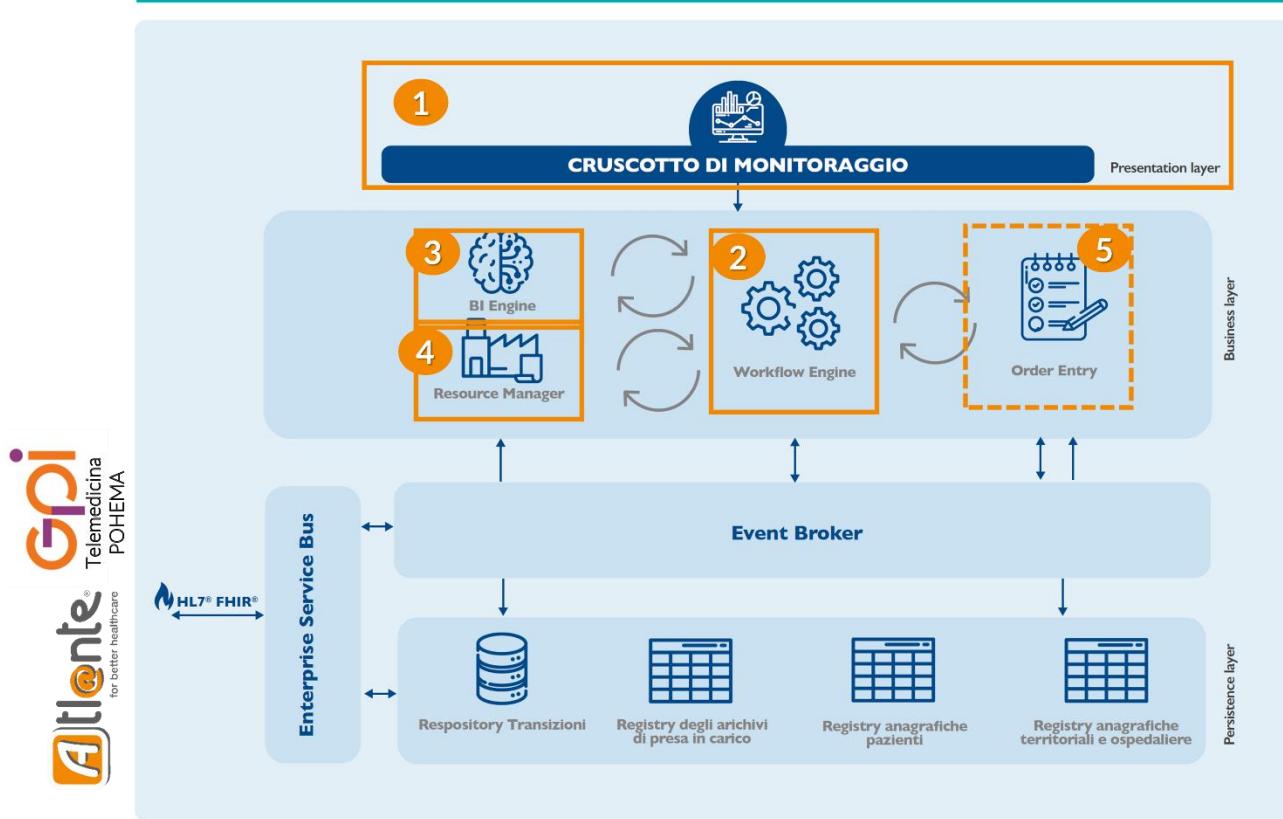


 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 10/32
--	--	----------	--------------

## 6.5 SISTEMA INFORMATIVO DELLA COT

L'architettura di riferimento per il sistema informativo della COT è quella prevista da Agenas nei Quaderni citati in pre messa:

Figura 5 - Architettura di riferimento



Nella logica della tutela degli investimenti già fatti in passato e come descritto nel documento di TELEMEDICINA - Progetto Ecosistema Digitale delle Cure Territoriali, COT, della Telemedicina e Interoperabilità Aziendale e Regionale Anno 2023, Marzo 2023, DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA, per la COT sono disponibili:

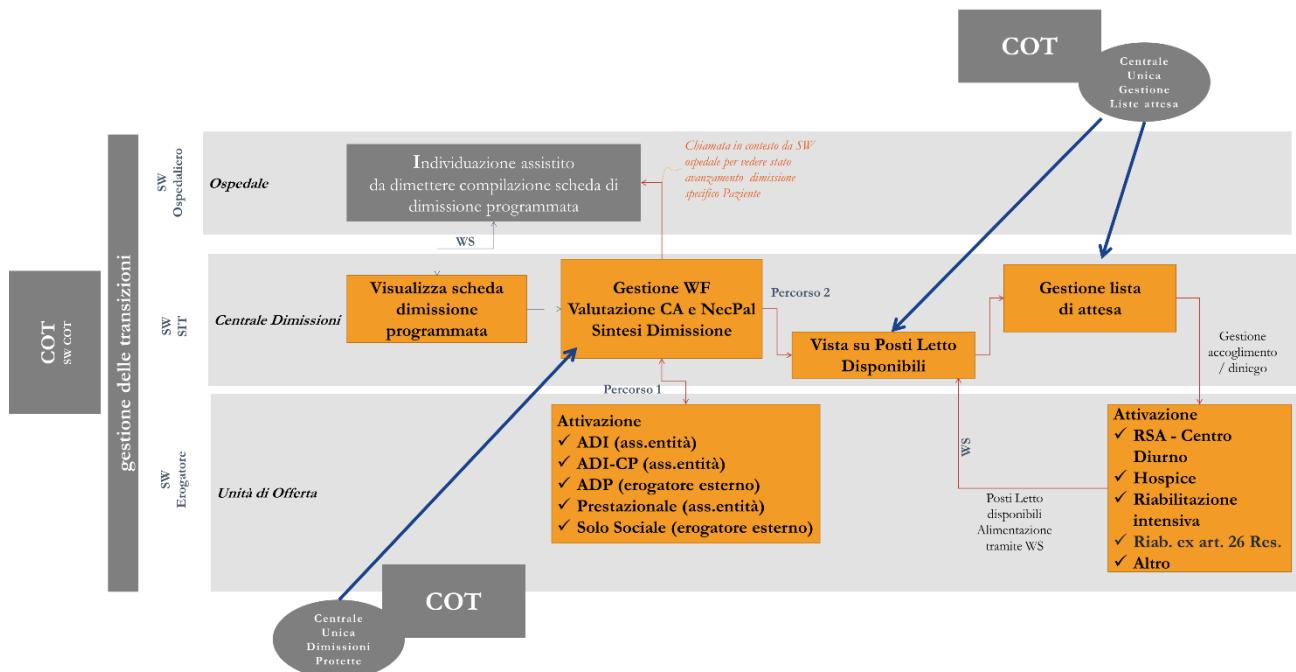
- Una soluzione di **Workflow Engine** che permette il disegno dei principali processi e i relativi contenuti tecnici riferibili ai dati che devono essere scambiati tra i sistemi informatici che operano per i vari setting territoriali.
- Una soluzione definita **Resource Manager** che, sulla base della logica dell'MRA, 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**, di cui Regione, ASP e ASM dispongono da tempo, per l'analisi dei dati di produzione, la costruzione di indici e indicatori e la costruzione di scenari.

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 11/32

- Un sistema di **Order Entry**, che attraverso accessi diretti ed indiretti permette alla COT l'accesso al FSE, al CUP e alla prenotazione di taxi sanitario per l'organizzazione della attività di trasporto.
- L'accesso al **Sistema Informativo Territoriale Regionale Atl@nte** in uso a tutta la rete dei servizi di territorio.
- L'accesso alla **Piattaforma di Telemedicina** operativa in Regione denominata **Pohema**.
- In particolare, 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 supportando le transizioni, rendicontare i propri interventi di supporto.

La COT, in questo senso, non si sostituisce agli operatori e alle unità organizzative nelle loro funzioni ma dà loro supporto operativo.

A tale scopo si ricorda che il percorso delle Dimissioni Protette in Regione è già operativo da qualche anno e prevede il seguente schema operativo (come da previsioni della DGR 434 del 2/7/2020 che descrive il ruolo delle Centrali Operative Regionali Aziendali e della Centrale Unica Regionale).



 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 12/32

## 6.6 MODALITÀ CON CUI LA COT ASSICURA CONTINUITÀ, ACCESSIBILITÀ ED INTEGRAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIOSANITARIA

La COT, per garantire le funzioni sopracitate, utilizza la specifica piattaforma tecnologica messa a disposizione e che permette il dialogo “formale” tra i sistemi usati dai professionisti. Nel caso di utilizzo del supporto Mail e telefonico, la COT documenta tali interazioni nella propria piattaforma con generazione di mail istituzionali verso gli attori interessati. Tale comunicazione si intende a supporto dei professionisti della salute che operano nelle Case della Comunità (dopo attivazione), nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), nelle Cure Domiciliari Integrate (ADI), nelle residenze/centri diurni, nelle strutture ospedaliere, nelle altre strutture territoriali (es. SERD, Alcologia) e con gli MMG/PLS, Infermiere di Comunità (in fase di attivazione), oltre che con i servizi sociali dei Comuni.

Per assicurare il supporto informativo, organizzativo e logistico delle transizioni dei pazienti da un setting di assistenza all’altro, la COT:

- si fa carico delle necessità espresse dal professionista del *setting* di provenienza responsabile del caso;
- contatta e attiva il servizio/i necessario/i alla definizione del *setting* di destinazione;
- da supporto ai processi necessari (tra cui anche il processo di valutazione del *setting*).

La COT monitora e, nel caso di intervento, registra il passaggio da un *setting* assistenziale all’altro:

- Ospedale-Territorio;
- Territorio-Territorio;
- Territorio-Ospedale;
- Coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – Telemonitoraggio e/o Telecontrollo - (DM 29 aprile 2022).

Il team della COT garantisce il coordinamento e l’ottimizzazione degli interventi, nei casi in cui sia richiesto il suo intervento da un professionista o dal sistema stesso (CRUSCOTTO MONITORAGGIO) che allerta il personale della COT quando i processi non seguono il percorso prefigurato o non ne rispettano i tempi, attraverso l’attivazione di tutte le risorse sociosanitarie presenti sul territorio di riferimento. Nello specifico, la COT funziona da facilitatore per il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, favorendo la tempestività e l’appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino.

Nel supportare i processi, provvede a tracciarli, verificando al contempo, la corretta e completa alimentazione dei flussi informativi necessari alla COT (“alimentazione dei Sistemi Informativi al fine di garantire le informazioni di ritorno alla COT”). La COT, inoltre, svolge la funzione di raccordare le informazioni tra i professionisti che operano nei diversi servizi attraverso l’interoperabilità tra i sistemi informativi adottati da regione, supportandoli nel mettere a sistema tutte le informazioni utili a soddisfare lo specifico bisogno.

<sup>1</sup> A.ge.nas - I Quaderni “LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE: DALLA REALIZZAZIONE ALL’ATTIVAZIONE” 2022.

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 13/32

## 6.6.1 MODALITÀ OPERATIVE DELLA COT NELLA TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO E RELATIVO DIAGRAMMA DI FLUSSO

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. Tale bisogno viene espresso attraverso l'uso della Scheda di Dimissione Programmata già a disposizione dei Sistemi Informativi Ospedalieri di tutti i reparti e che alimenta, in cooperazione applicativa, il modulo di dimissione protetta presente nel Sistema Informativo di Territorio che tutto il territorio regionale è tenuto ad utilizzare.

La Centrale Operativa Territoriale per le Dimissioni, istituita dall'Azienda come soggetto di Territorio e costola della COT, attiva il servizio di Valutazione (UVM o Operatori ADI all'uopo dedicati) che, utilizzando il Tablet con a bordo gli strumenti validati (interRAI Contact Assessment e NecPal) si reca a Posto Letto del Paziente, e ne completa le informazioni stilando, con la collaborazione del personale ospedaliero (non vincolante) la scheda di sintesi dimissione dalla quale si desume il servizio più congruo dato lo stato di salute e di bisogno del paziente.

La COT tenendo anche conto di eventuali segnalazioni da parte della U.O. ospedaliera dimettente, del grado di complessità o di specifiche peculiarità, interviene poi, in raccordo con gli altri setting (ADI, servizio sociale, Residenzialità, ecc.) identificando la struttura/servizio rispetto al setting indicato nella sintesi dimissione, cura, nel caso di accesso a residenzialità, la lista di attesa, e attiva, in assenza di disponibilità di posti letto, l'utilizzo di servizi alternativi e immediati per garantire la dimissione nei tempi previsti.

Nel percorso di Dimissione, la COT coordina, traccia, monitora ed interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione.

### I FASE – IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO E AVVIO DEL PROCESSO

La COT viene a conoscenza dello stato di ricovero di un paziente solo se è richiesto il suo intervento perché qualche attore chiede info e la COT può verificarlo da Cruscotto.

Durante il ricovero la struttura ospedaliera rileva le condizioni di difficile dimissibilità e quindi esprime il bisogno di continuità delle cure alla COT 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". Questa attività viene fatta attraverso la compilazione della Scheda di Dimissione Programmata a disposizione di ogni reparto Ospedaliero all'interno del software ospedaliero.

La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il CRUSCOTTO, prendendola in carico. Alla COT vengono messe a disposizione tutte le informazioni necessarie ad attivare il percorso di valutazione e di seguito a garantire la continuità delle cure ed attivare il percorso assistenziale più idoneo a rispondere alle necessità manifestate, monitorando il coinvolgimento di tutti gli attori necessari.

### Attori, Azioni e Responsabilità

#### La Struttura Ospedaliera:

- rileva le condizioni di difficile dimissibilità e, quindi, il bisogno di continuità della presa in carico alla dimissione;

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 14/32

- comunica tempestivamente (almeno 48 ore prima della data presunta di dimissione) alla COT la necessità di supporto post dimissione, prefigurando una “dimissione programmata”.

**La COT:**

- rileva la richiesta di Dimissione Programmata
- attiva la UVM affinché effettui la valutazione a Posto Letto in pre-dimissione, e completa la sintesi dimissione all'interno del Sistema Informativo di Territorio.;
- monitora tutte le fasi del processo.

**La UVM:**

Su attivazione della COT la UVM (o l'expertise infermieristico ADI territoriale presente nella centrale dimissione ospedaliera) effettua la valutazione a Posto Letto in pre-dimissione, utilizzando lo strumento NecPal, se la richiesta è formulata per un bisogno di cure di fine vita, oppure interRAI Contact Assessment in tutti gli altri casi di difficile dimissibilità, e completa la Sintesi Dimissione all'interno del Sistema Informativo di Territorio (Atl@nte). Lo status di scheda compilata e sintesi compilata è visibile immediatamente alla COT.

**I Supporti tecnici e informativi a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase**

Limitatamente ai pazienti per i quali è richiesto l'intervento COT, o perché è giunto alla COT un alert per non rispetto delle tempistiche di processo, giungono alla COT le seguenti informazioni attraverso il CRUSCOTTO DI MONITORAGGIO:

- notifiche di richiesta della dimissione programmata (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni rilevabili dalla scheda dimissione programmata;
- possibilità di verificare, per il paziente specifico, i servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali);
- mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);

**II FASE - IDENTIFICAZIONE DEL SETTING DI DESTINAZIONE E COORDINAMENTO DELLA TRANSIZIONE**

A seguito della valutazione e della formulazione da parte dell'UVM, laddove necessaria, di una proposta di setting di destinazione e delle conseguenti informazioni necessarie ed essenziali alla definizione di un PAI, la COT attiva il servizio, se si tratta di un servizio ad attivazione diretta e non a Posto Letto (es. ADI, ADICP, ADP, SAD, Telemedicina, ecc.) o agisce per la raccolta della preferenza del cittadino, nel caso di inserimento in una struttura (es. OdC dopo attivazione, struttura riabilitativa, Hospice, RSA, Riab. intensiva, ecc.). Nel caso di disponibilità immediata la COT cura la PIC da parte della Struttura destinataria, ovvero provvede alla messa in lista di attesa dell'assistito e provvede ad attivare un servizio alternativo in attesa di disponibilità di posto letto. La COT, quindi, raccordandosi direttamente con la struttura ospedaliera, pianifica ed organizza il momento della

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 15/32

dimissione e la transizione verso il nuovo setting territoriale individuato, sulla base delle condizioni del paziente.

### **Attori, Azioni e Responsabilità**

#### **La COT:**

- supporta l'individuazione della struttura/servizio di destinazione specifica;
- attiva/prenota la struttura/servizio territoriale individuato e i relativi professionisti/servizi coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);
- coordina tutte le risorse necessarie al trasferimento;
- registra le informazioni di sua competenza relative al trasferimento.

#### **La Struttura Ospedaliera:**

- Mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia accompagnando alla dimissione.

#### **I Supporti tecnici ed informazioni che si ritiene debbano essere a disposizione della COT per as- solvere alle funzioni della fase:**

Limitatamente ai pazienti per i quali è richiesto l'intervento COT, o è giunto alla COT un alert per non rispetto delle tempistiche di processo, attraverso il CRUSCOTTO DI MONITORAGGIO la COT dispone di (o accede a):

- Un cruscotto dei pazienti in dimissione con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, programmazione primo accesso al domicilio, ecc.) comprensivo di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
- Al sistema di notifica in automatico-al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere;
- La mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.) e con la possibilità di “riservare” la risorsa.

### **III FASE - ATTUAZIONE DELLA TRANSIZIONE**

La COT organizza il momento della dimissione da ospedale al setting territoriale di destinazione attivando ed organizzando i servizi necessari.

### **Attori, Azioni e Responsabilità**

#### **La COT:**

- verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
- attiva gli attori necessari per la corretta presa in carico del paziente;
- verifica l'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/strutture territoriale preposto;
- supporta l'organizzazione del primo accesso da parte dei professionisti della salute;
- monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche;

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT: modalità organizzative e funzionali</b>		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 16/32

- notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.
- attiva e prenota il taxi sanitario se richiesto e ne monitora l'avvenuto accesso

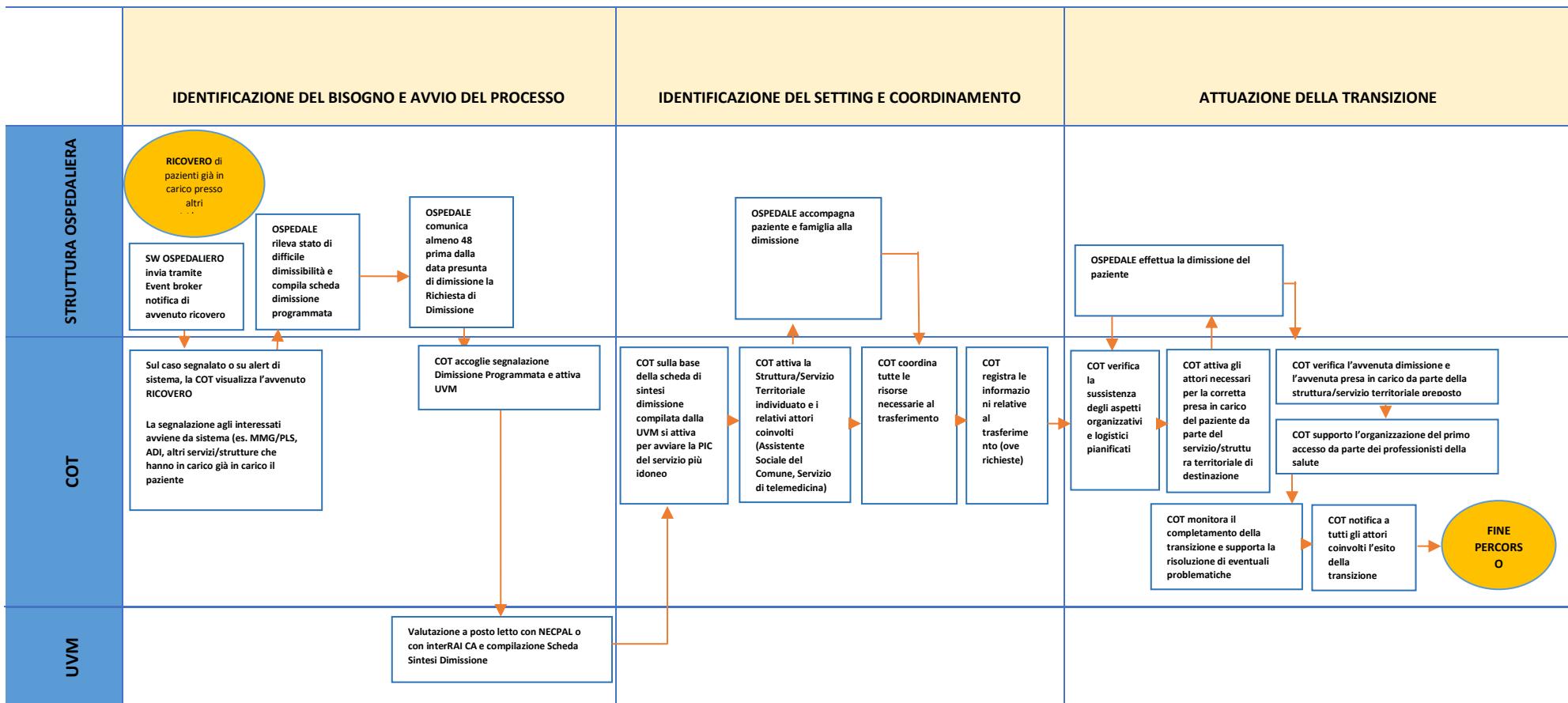
**I Supporti tecnici ed informazioni che si ritiene debbano essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase:**

Limitatamente ai pazienti per i quali è richiesto l'intervento COT, o è giunto alla COT un alert per non rispetto delle tempistiche di processo, attraverso il CRUSCOTTO DI MONITORAGGIO la COT dispone di (o accede a):

- 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.
- Software di gestione taxi sanitario;

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 17/32

### Diagramma di Flusso 1 Transizione: OSPEDALE – TERRITORIO



 <b>REGIONE BASILICATA</b>	La COT: modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 18/32

## 6.6.2 MODALITÀ OPERATIVE DELLA COT NELLA TRANSIZIONE TERRITORIO – OSPEDALE E RELATIVO DIAGRAMMA DI FLUSSO

Il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero (ammissione programmata) non a carattere di urgenza, ma programmabile.

### I FASE – IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO E AVVIO DEL PROCESSO

Il MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso, concorda la necessità di un accesso ospedaliero programmabile (nel presente caso d'uso non sono contemplati casi di emergenza). A fronte della necessità viene emessa una prescrizione/richiesta di attivazione della procedura con le relative informazioni sui bisogni e condizioni del paziente (es. necessità ossigeno o specifici presidi, presenza di accompagnatore, possibilità di trasporto da sdraiato/seduto, ecc.).

La COT visualizza la nuova richiesta prendendola in carico.

#### Attori, Azioni e Responsabilità

##### I MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso:

- ravvisa il bisogno di un intervento che prevede un accesso ospedaliero programmabile e predispone la prescrizione/richiesta;
- invia alla COT la prescrizione/richiesta.

#### La COT:

- prende in carico la prestazione/richiesta;
- attiva e prenota il taxi sanitario se richiesto e ne monitora l'avvenuto accesso;
- gestisce e integra informazioni sul caso.

#### I Supporti tecnici ed informazioni che si ritiene debbano essere a disposizione della COT per asolvere alle funzioni della fase:

Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di ricovero programmato si ritiene necessario disporre di:

- Sistema di ricezione delle notifiche in prima fase telefoniche;
- Possibilità di recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico assistenziali specifiche (es. trasportabilità, utilizzo di particolari presidi, presenza di un accompagnatore);
- Possibilità di recuperare informazioni sulla prestazione richiesta per cui è necessario un accesso in ospedale (es. sostituzione di catetere venoso centrale, PEG, programmazione di visite specialistiche o esami diagnostici).
- Software di gestione taxi sanitario;

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 19/32

## **II FASE - IDENTIFICAZIONE DEL SETTING DI DESTINAZIONE E COORDINAMENTO DELLA TRANSIZIONE**

La COT, accedendo alle liste di attesa e alle agende di prenotazione, propone al richiedente la struttura ospedaliera più idonea con le relative disponibilità di appuntamento. Il servizio territoriale richiedente conferma la proposta sulla base della situazione clinica e organizzativa del paziente, lo informa e insieme alla COT organizza il trasporto.

La COT fissa l'appuntamento concordato all'interno dell'agenda ospedaliera prescelta.

### **Attori, Azioni e Responsabilità**

#### **La COT:**

- Accede alle liste di attesa, alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere idonee al caso per la prestazione richiesta per verificare la disponibilità e in forma nominativa relativamente ai soli pazienti di cui gestisce la transizione;
- propone al richiedente la struttura disponibile individuata;
- fissa l'appuntamento, supportando la valutazione e gestione delle priorità di risposta da dare;
- facilita, salvo diverse organizzazioni territoriali, la transizione (es. organizzazione dell'appuntamento e accesso) del paziente dal territorio alla struttura ospedaliera individuata.

#### **La Struttura/servizio territoriale richiedente:**

- conferma alla COT la proposta di appuntamento;
- mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia.

#### **I Supporti tecnici ed informazioni che si ritiene debbano essere a disposizione della COT per asolvere alle funzioni della fase:**

Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione si ritiene necessario disporre di:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;
- possibilità di accedere alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere con l'indicazione delle disponibilità per la fase di prenotazione e con la possibilità di riservare la risorsa individuata;
- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere.

## **III FASE - ATTUAZIONE DELLA TRANSIZIONE**

La COT traccia e registra il buon esito della transizione del paziente verso la Struttura Ospedaliera individuata. Il documento emesso dall'ospedale al termine della prestazione (es. foglio di ricovero, lettera di dimissione, referto, ecc.) genera una notifica alla COT la quale a sua volta informerà del buon esito della prestazione tutti i professionisti coinvolti.

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 20/32

Nel caso in cui la prestazione non sia stata erogata, l'ospedale informa la COT che in accordo con la Struttura/servizio territoriale richiedente, che ha in gestione il caso, riprogramma un nuovo appuntamento.

### **Attori, Azioni e Responsabilità**

#### **La COT:**

- monitora il 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, riprogrammando un nuovo appuntamento nel caso in cui la prestazione non venga erogata.

#### **La Struttura Ospedaliera:**

- effettua la prestazione;
- a seguito della prestazione emette la documentazione clinica dandone notifica alla COT;
- eventualmente notifica la non avvenuta prestazione alla COT nel caso di impedimenti.

#### **La Struttura/servizio territoriale richiedente:**

- gestisce il paziente nella fase di transizione (es. informazione, coinvolgimento accompagnatori, ecc.);
- riprende in carico il paziente al termine della transizione in ospedale;
- in accordo con la COT riprogramma un nuovo appuntamento, nel caso in cui la prestazione non venga erogata.

### **I Supporti tecnici ed informazioni che si ritiene debbano essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase:**

Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione si ritiene necessario disporre di:

- 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;
- sistema integrato con i principali applicativi di gestione ospedaliera per acquisire accettazione del paziente (prestazioni ospedaliere);
- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere.



REGIONE BASILICATA

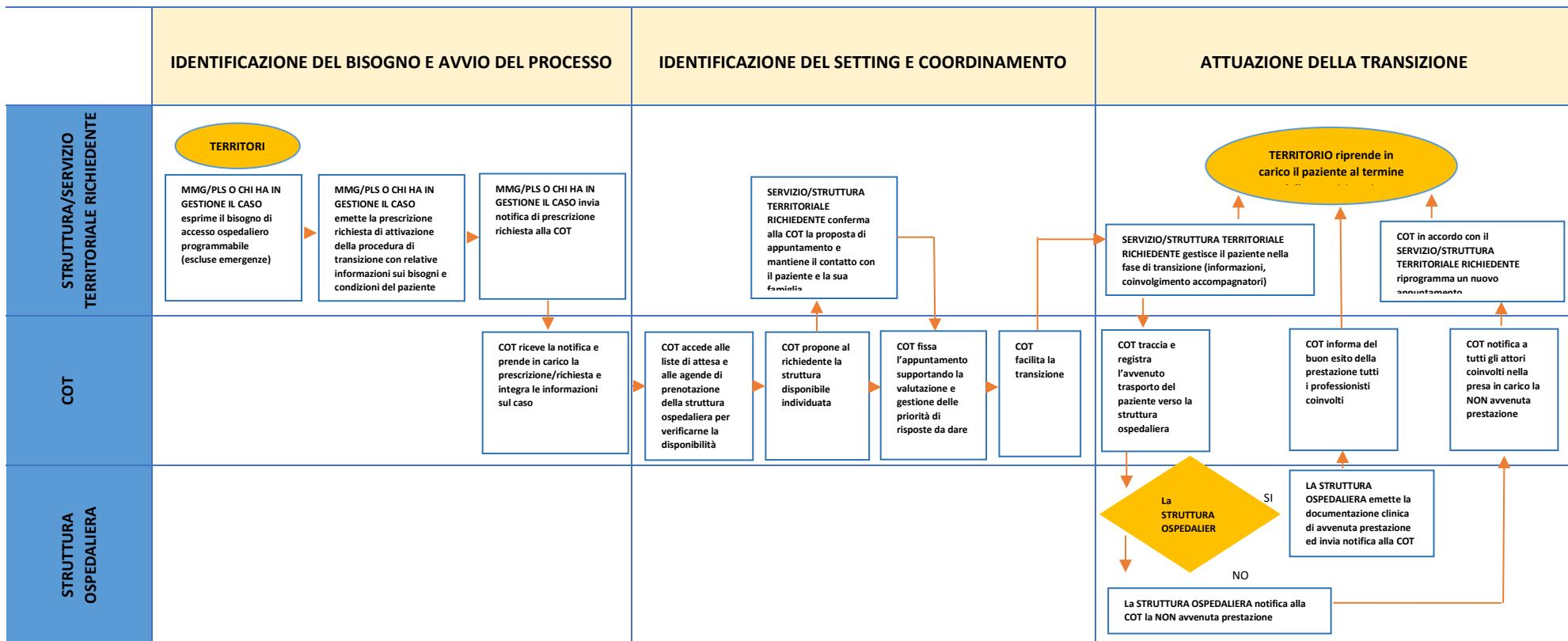
La COT:  
modalità organizzative e funzionali

Giugno 2024

REV. 0.0

Pagina 21/32

## Diagramma di Flusso 2 Transizione: TERRITORIO – OSPEDALE



 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 22/32

### 6.6.3 MODALITÀ OPERATIVE DELLA COT NELLA TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO E RELATIVO DIAGRAMMA DI FLUSSO

I Servizio sociale/sociosanitario/MMG che ha in carico il soggetto sul territorio esprime il bisogno di modificare/integrare il setting assistenziale della persona.

Nel presente caso d'uso viene approfondito lo scenario in cui si palesa la necessità di assecondare un bisogno sanitario di nuova manifestazione per un paziente che risiede in una struttura a valenza sociale (Comunità Alloggio, ecc.) oppure in una struttura sociosanitaria (RSA, Residenzialità per disabili, ecc.) o al proprio domicilio. La presa in carico di questa necessità esiterà in una transizione verso:

- un'integrazione di presa in carico con servizi aggiuntivi (transizione tra servizi);
- una transizione verso struttura sanitaria o altra sociosanitaria territoriale (transizione tra setting).

#### **I FASE – IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO E AVVIO DEL PROCESSO**

Il MMG/PLS o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso (es. referente di struttura, ecc.), individua un bisogno di natura clinico-assistenziale pianificabile non a carattere emergenziale, ed attiva il normale processo di richiesta verso la UVM per la attivazione di un servizio compatibile con quello in essere o alternativo, secondo i processi definiti e strutturati. Qualora il percorso subisca dei ritardi o trovi difficoltà a essere rispettato, la COT visualizza nel proprio cruscotto un alert che può essere diverso a seconda del ritardo del processo e può intervenire, oppure viene richiesta di intervenire. Dal cruscotto la COT vede la descrizione del bisogno, l'ipotesi di intervento necessario, le principali informazioni sul caso (es. diagnosi, descrizione della disabilità, grado di autonomia, ecc.).

La COT prendendo in carico la pratica, interviene sollecitando gli attori a dare una risposta o suggerendo una risposta alternativa se il setting richiesto o il servizio non sono prontamente disponibili.

#### **Attori, Azioni e Responsabilità**

**I MMG/PLS o chi ha in gestione il caso (es. referente di struttura, ecc.), previo raccordo con MMG/PLS:**

- individua un bisogno di natura clinico-assistenziale pianificabile che prevede una nuova/ulteriore presa in carico sanitaria;
- produce una valutazione del bisogno del paziente utilizzando uno degli strumenti già previsti per il setting specifico di provenienza (delibera Commissario ASP n. 2018/00421 del 13/06/2018 adozione valutazione multidimensionale del paziente cronico e/o fragile mediante l'utilizzo della Suite di interRAI e dello strumento NecPal CCOMS-ICO<sup>2</sup>);

<sup>2</sup> Regione Basilicata con proprie DGR (n.862/2008, 1842/2012 e 1132/2013) ha adottato gli strumenti della Suite interRAI per la valutazione multidimensionale del paziente cronico e/o fragile. Il Ministero della Salute con nota DGSISS Prot. 001282-P-

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 23/32

- notifica la prescrizione/richiesta alla UVM (se prevista una valutazione di eleggibilità) ovvero al servizio/setting di destinazione;
- la COT visualizza eventuali anomalie e se riscontra anomalie o vi è richiesta di intervento, interviene per sollecitare gli attori della rete alla risposta. Nel caso specifico può attivare la UVM per la valutazione di eleggibilità, ovvero verifica disponibilità di posti letto e stato delle liste di attesa per la residenzialità. La COT non interviene nei processi ordinari dei casi in carico e attivazioni gestite in coerenza con processi già rodati;
- anche se viene richiesto intervento della COT in ogni caso la informazione al paziente/caregiver della avvenuta richiesta, avviene da parte degli operatori territoriali coinvolti.

**La COT:**

- (se necessario per i casi descritti) prende in carico la richiesta;
- si attiva, se necessario, in accordo con il Distretto, per far attivare l'UVM per la valutazione di eleggibilità e per la conseguente definizione del PAI;
- integra le informazioni e funge da facilitatore tra tutti i professionisti coinvolti;
- visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni (tramite propri diari) sul caso comunicandole alla UVM.

**Supporti tecnici ed informazioni che si ritiene debbano essere a disposizione della COT per as- solvere alle funzioni della fase:**

Limitatamente ai pazienti per i quali è richiesto intervento della COT si ritiene necessario disporre di:

- un cruscotto dei pazienti con evidenziate necessità di intervento della COT, con lo stato di avanzamento del processo (es. richiesta, attivazione UVM, esito UVM, programmazione primo accesso, ecc.) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni (informazioni funzionali alla gestione dei rapporti con i professionisti coinvolti nel caso);
- possibilità di verificare, per il paziente specifico, servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali);

---

08/11/2017 ha definito le nuove specifiche per il flusso delle cure palliative domiciliari ed ha adottato il NECPAL CCOMS-ICO© per la produzione dei relativi indicatori. Con nota della Regione Basilicata prot. 143390/13A2 del 14 settembre 2017 si è data delega all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, in qualità di capofila, doveva *"approvvigionarsi di una soluzione software integrata, rispondente in pieno a quanto previsto dal ... programma di miglioramento e di riqualificazione di cui all'art. 1 comma 385 e ss.mm.ii. legge 11/12/2016 n.232, approvato dal comitato LEA nella riunione del 21/9/2017. Gli strumenti in essa previsti devono essere utilizzati anche nell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, uniformando, così, le modalità di valutazione dei pazienti su tutto il territorio regionale.*

Con tale delibera 2018/00421 del 16/06/2018 è stato acquistato un software utilizzabile in Cloud per la gestione informatizzata della Valutazione Multidimensionale del paziente cronico e/o fragile, nonché per la stesura del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), integrato tra le diverse componenti sanitarie e sociosanitarie avente come caratteristica principale quella di utilizzare la Suite di Valutazione Multidimensionale e di elaborazione dei dati di interRAI™ e di uno strumento di individuazione precoce dei bisogni di Cure Palliative – NecPal®";

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 24/32

- mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);

## **II FASE - IDENTIFICAZIONE DEL SETTING E COORDINAMENTO DELLA TRANSIZIONE**

La COT (qualora coinvolta secondo i criteri sopra descritti), sulla base degli esiti della valutazione/ri-valutazione/richiesta, verifica la disponibilità da parte dei servizi o delle strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato, appropriate in termini di prossimità e di bisogni clinico-assistenziali ravveduti, attraverso la mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, posti letto, referenti, liste di attesa, ecc.).

Una volta individuata la struttura o il servizio più idoneo, la COT provvede a contattarla (in via informatica) e a pianificare la presa in carico, e quindi la transizione. Successivamente, il sistema informatico della COT notifica l'avvenuta pianificazione della transizione al soggetto richiedente e a tutti gli altri attori coinvolti nel processo (MMG/PLS ecc.), sviluppando le opportune interoperabilità tra i sistemi.

### **Attori, Azioni e Responsabilità**

#### **La COT:**

- raccoglie e trasmette le informazioni utili a gestire la transizione (es. bisogni specifici, personalizzazione della presa in carico, ecc.);
- supporta l'individuazione del servizio/struttura di destinazione;
- effettua un'analisi sul territorio per verificare la disponibilità dei servizi o strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato;
- attiva/prenota la struttura o il servizio territoriale individuato e i relativi professionisti coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);
- si interfaccia con il soggetto richiedente per gli aspetti organizzativi e logistici della transizione;
- pianifica la transizione.
- verifica e prenota il taxi sanitario

#### **La Struttura/servizio Territoriale richiedente:**

- riceve notifica, da parte della COT, di avvenuta individuazione della struttura/servizio sanitaria/sociosanitaria idonea;
- conferma/approva la proposta ricevuta;
- riceve la notifica di tutti gli aspetti organizzativi e logistici della transizione, da parte della COT;
- mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia, accompagnandolo nella transizione.

#### **La Struttura/servizio Territoriale di destinazione:**

- conferma la disponibilità alla presa in carico;
- pianifica la transizione, unitamente alla COT.

#### **I Supporti tecnici ed informazioni che si ritiene debbano essere a disposizione della COT per as- solvere alle funzioni della fase:**

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 25/32

Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione si ritiene necessario disporre di:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, ecc.) comprensivo di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
- sistema per la “prenotazione/impegno” della risorsa/servizio individuati.
- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).
- database delle strutture/servizi territoriali con l’indicazione delle eventuali disponibilità (mappatura).

*Software di gestione taxi sanitario;*

- 

### **III FASE - ATTUAZIONE DELLA TRANSIZIONE**

La COT (per i casi per i quali è richiesto il suo intervento come prima descritto) organizza e monitora la transizione e verifica che il primo accesso alla struttura di destinazione o al domicilio sia avvenuto secondo quanto programmato, dandone notifica a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico.

#### **Attori, Azioni e Responsabilità**

##### **La COT:**

- verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
- attiva gli attori per la corretta presa in carico del paziente;
- monitora lo stato della transizione e del primo accesso nella sede di destinazione;
- in caso di scostamenti dal programmato, si attiva proattivamente con il referente del servizio/struttura di destinazione;
- notifica a tutti gli attori coinvolti l’esito della transizione e ne garantisce l’adeguato aggiornamento.

##### **La Struttura/servizio territoriale di destinazione:**

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

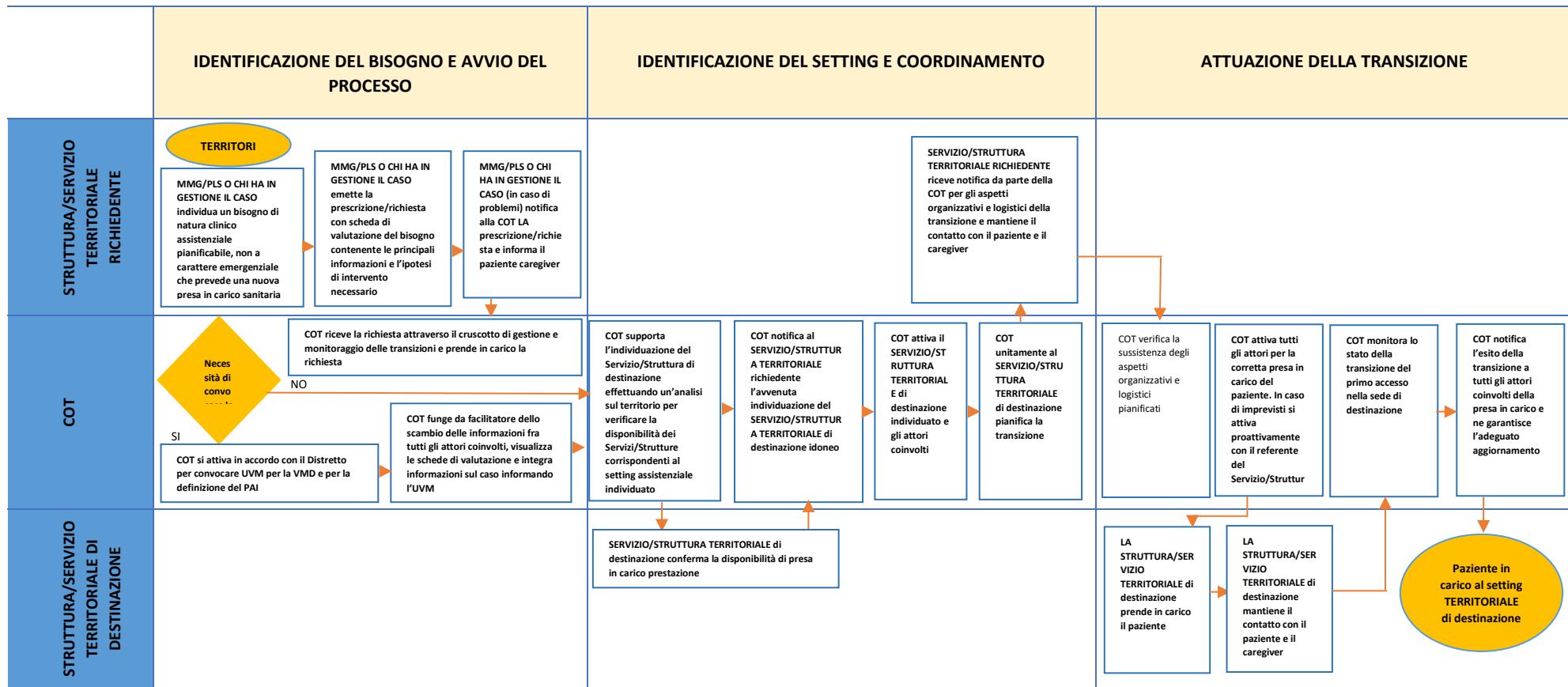
#### **I Supporti tecnici ed informazioni che si ritiene debbano essere a disposizione della COT per asolvere alle funzioni della fase:**

Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione si ritiene necessario disporre di:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche comprensiva della notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi)
- sistema di notifica esito transizione al MMG/ PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere.

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 26/32	

### Diagramma di flusso 3 Transizione: TERRITORIO – TERRITORIO



 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 27/32

#### **6.6.4 MODALITÀ OPERATIVE DELLA COT NEL COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE AL DOMICILIO – TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO – E RELATIVO DIAGRAMMA DI FLUSSO**

**(DM 29 APRILE 2022)**

Di seguito si riporta come caso d'uso quanto già previsto dalle Linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", approvate con DM 29 aprile 2022, che definisce il ruolo della COT nel coordinamento dei servizi di telemedicina, tra i quali anche il telemonitoraggio e il telecontrollo della salute.

##### **I FASE – IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO E PRESA IN CARICO DELLA RICHIESTA**

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista, Infermiere di Comunità, UOCD) che ravvisa la necessità di monitorare da remoto, in maniera continuativa ed automatica i parametri vitali di un paziente mediante l'utilizzo di dispositivi e sensori certificati forniti dall'Azienda Sanitaria.

La attivazione, tramite la centrale servizi di telemedicina avviene in modo automatico e autonomo secondo il processo già sperimentato in Regione Basilicata. Nei casi di ritardo o necessità può essere attivale la COT. Nel qual caso, la COT visualizza la richiesta, prendendola in carico ed informando i servizi preposti all'erogazione del telemonitoraggio (centrale servizi che attiva la consegna dei dispositivi all'assistito e attiva il telemonitoraggio – telerilevamento o altre prestazioni di telemedicina richieste).

Nel caso in cui venga ravvisata la necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, la COT attiverà l'UVM al fine di valutare la situazione complessiva dell'assistito e verificare la risposta complessiva da dare in aggiunta al telemonitoraggio e/o telecontrollo.

##### **Attori, Azioni e Responsabilità**

###### **I MMG/PLS o il medico specialista o l'infermiere di comunità o la UOCD:**

- ravvisa il bisogno di monitorare da remoto i parametri vitali di un paziente e individua la tipologia di device utili al monitoraggio;
- invia alla COT la prescrizione/richiesta;
- informa il paziente/caregiver dell'avvenuta richiesta.

###### **La COT:**

- prende in carico la richiesta;
- informa il servizio preposto;
- attiva, qualora necessario, l'UVM per la valutazione della richiesta;
- visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole all'UVM.

###### **I Supporti tecnici ed informazioni che si ritiene debbano essere a disposizione della COT per as-solvere alle funzioni della fase I**

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 28/32

Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata la richiesta di attivazione, si ritiene necessario disporre di:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche comprensiva della notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi), con corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia e dati sulla complessità del caso e del bisogno;
- possibilità di verificare i servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente.

## **II FASE – ATTIVAZIONE ED EROGAZIONE**

(Nei casi critici ove non siano rispettati i tempi o su richiesta specifica) l'attivatore del telemonitoraggio/telecontrollo è la COT.

La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale della Centrale dei Servizi o del personale sanitario che segue il paziente (eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi) ed è organizzata dai servizi preposti al telemonitoraggio/telecontrollo.

La COT monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo (tramite cruscotto).

Il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., è erogato dalla Centrale Servizi per la telemedicina, il cui supporto viene richiesto dalla COT e/o dagli operatori che erogano l'assistenza. Il Centro servizi si occuperà di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti).

Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/caregiver che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale.

## **Attori, Azioni e Responsabilità**

### **Il Personale sanitario che ha in carico il paziente per il telemonitoraggio/telecontrollo:**

- provvede alla consegna dei dispositivi prescritti, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi;
- provvede alla formazione del paziente e/o caregiver;
- rappresenta il riferimento per il paziente e/o caregiver per la gestione del telemonitoraggio/telecontrollo.
- Gestisce direttamente (attraverso la centraldei servizi) i devices per le rilevazioni più complesse (bioimpedenziometri, rilevatori e misuratori di ulcere cutanee, elettrocardiografi, ecc)

### **La COT:**

- attiva il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo;
- monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo;

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 29/32

**Il Paziente/Caregiver (telecontrollo):**

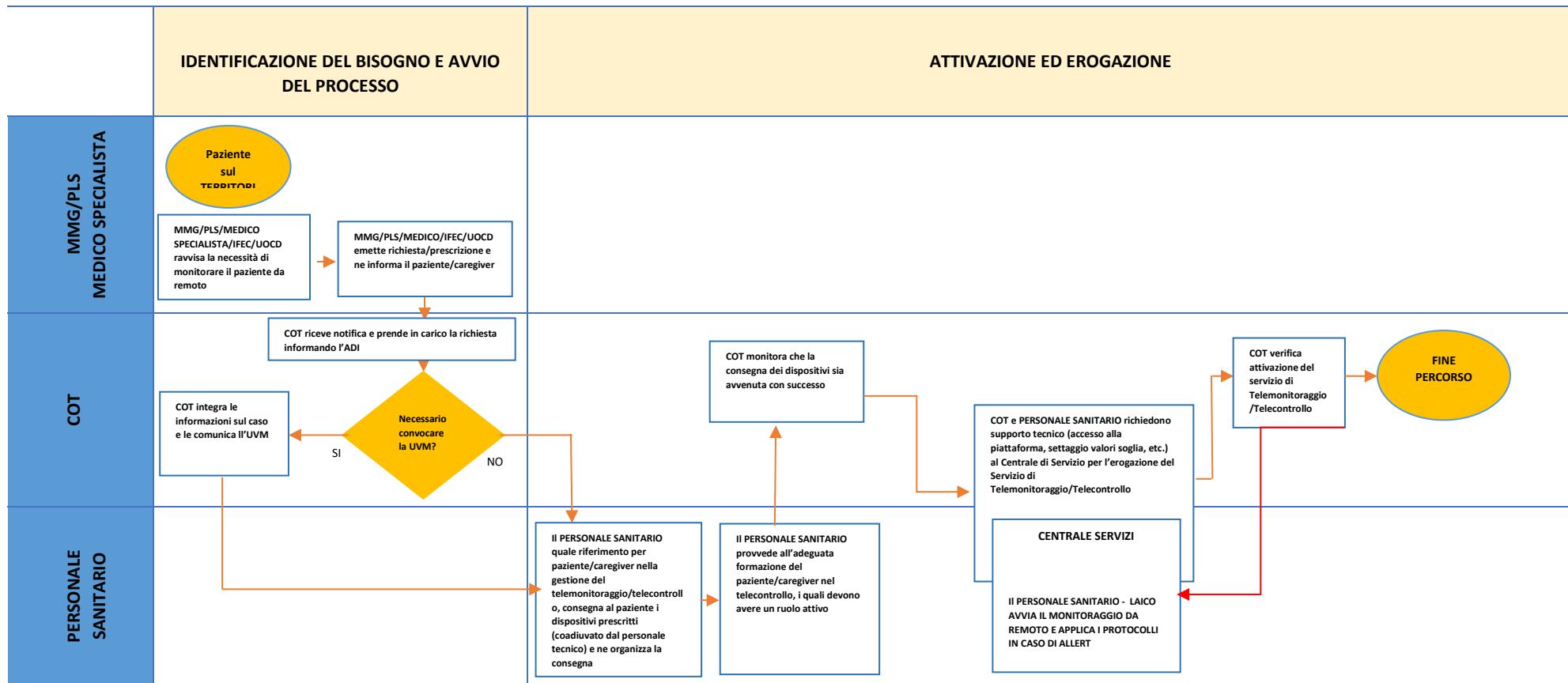
- Fornisce dati relativi al proprio stato di salute;

**I Supporti tecnici ed informazioni che si ritiene debbano essere a disposizione della COT per asolvere alle funzioni della fase II:**

- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere;
- cruscotto su dati di salute anonimi derivanti da strumenti di telemedicina ai fini di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno. (I dati di produzione del sistema Pohema di telemedicina, confluiscano alla piattaforma ci BI Charta di Regione Basilicata come previsto dal progetto di COT Regionale.)

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT: modalità organizzative e funzionali</b>  <b>Giugno 2024</b>	<b>REV. 0.0</b> <b>Pagina 30/32</b>
--	--	--

#### Diagramma di Flusso 4: COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE AL DOMICILIO – TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO



## 7. DEFINIZIONE COT E ASPETTI PRIVACY

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 nemmeno in generale relazioni dirette con loro.**

La COT utilizza quindi una serie di dati personali, intesi come dati relativi a una persona identificata o identificabile.

In questo contesto, i principi di trattamento dei dati fanno riferimento al GDPR / General Data Protection Regulation (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati), ovvero il Regolamento Europeo 2016/679, ed al D.Lgs. 196/2003 i quali chiariscono come i dati personali debbano essere trattati, incluse le modalità di raccolta, utilizzo, protezione e condivisione.

### TIPOLOGIA DI DATI PERSONALI TRATTATI

In virtù della descrizione delle COT riportate nei paragrafi precedenti si ritiene che le stesse potrebbero trovarsi a trattare:

- dati personali afferenti a pazienti 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).

Al fine di garantire un corretto coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, 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;
- patient summary / assessment summary (ove disponibile);
- valutazioni desunte dagli strumenti di identificazione del grado di complessità del caso e del bisogno (es. interRAI CA, interRAI LTCF, interRAI Home Care e Palliative Care, NecPal, indice di Karnofsky, ecc.).

Le finalità per le quali la COT potrà trattare i dati personali sopra indicati sono sostanzialmente volte al coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sociali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

I soggetti a cui i dati potranno essere comunicati dalla COT sono sostanzialmente i medesimi dai quali la COT stessa potrebbe riceverli: Ospedali, servizi territoriali, MMG/PLS, enti locali.

 <b>REGIONE BASILICATA</b>	<b>La COT:</b> modalità organizzative e funzionali		
	Giugno 2024	REV. 0.0	Pagina 32/32

## 8. INDICATORI

Le modalità organizzative e funzionali delle COT saranno monitorate attraverso i seguenti indicatori nelle diverse Transizioni.

### TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO:

- Numero richieste dimissione programmata (transizione pervenute dalla struttura ospedaliera)/Numero percorsi (transizioni) avviate dalla COT;
- Numero transizioni avviate dalla COT/Numero transizioni conclusive.

### TRANSIZIONE TERRITORIO – OSPEDALE:

- Numero richieste intervento COT/alert pervenute da chi ha in gestione il caso sul territorio/Numero transizioni avviate dalla COT;
- Numero transizioni avviate dalla COT/Numero transizioni conclusive nella struttura ospedaliera.

### TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO

- Numero richieste intervento COT/alert pervenute da chi ha in gestione il caso sul territorio /Numero transizioni avviate dalla COT;
- Numero transizioni avviate dalla COT/Numero transizioni conclusive sul territorio.

### TRANSIZIONE CON ATTIVAZIONE DEL TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO

- Numero richieste attivazione monitoraggio da remoto dei parametri vitali di un paziente, pervenute dai MMG, o dal PLS, o dal medico specialista o dall'IFEC o dalla UOCD/Numero prescrizioni avviate dalla COT;
- Numero prescrizioni avviate dalla COT/Numero prescrizioni conclusive con l'attivazione del servizio di telemonitoraggio-telecontrollo.