



**Il modello operativo delle Centrali Operative Territoriali
Regione Campania**

Indice

1. Premessa	3
2. Le cure di transizione.....	4
3. Obiettivi delle COT	4
4. Modello operativo delle nascenti COT Campane.....	5
4.1. Transizioni prioritarie: le dimissioni ospedale territorio	6
4.2. La progettazione delle COT: un framework per implementare il modello operativo	7
4.2.1. Modello di servizio	8
4.2.2.1. <i>Filiera di riferimento</i>	9
4.2.2.2. <i>Target di pazienti</i>	9
4.2.2. Funzioni	10
4.2.2.1. <i>Pooling delle segnalazioni e della conformità formale dei report di valutazione</i>	11
4.2.2.2. <i>Gestione delle transizioni e selezione delle priorità sulla base dell'offerta</i>	11
4.2.2.3. <i>Monitoraggio della transizione</i>	12
4.2.2.4. <i>Monitoraggio cronoprogramma della presa in carico</i>	12
4.2.3. Condizioni organizzative	12
4.2.3.1. <i>Assetto Organizzativo</i>	13
4.2.3.2. <i>Personale</i>	15
4.2.3.3. <i>Logistica</i>	16
4.2.3.4. <i>Strumenti clinici (report di valutazione clinica)</i>	16
4.2.3.5. <i>Strumenti informativi</i>	16
4.3. Le linee guida di processo	17
4.3.1. Transizione dall'Ospedale al Territorio	17
4.3.2. Transizione dal Territorio all'Ospedale	21
4.3.3. Transizione dal Territorio al Territorio	22

1. Premessa

Le indicazioni del presente documento forniscono le linee guida per la definizione del Modello Operativo delle Centrali Operative Territoriali (COT) della Regione Campania, in conformità alle disposizioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale. Esso è da considerarsi un documento dinamico che potrà essere soggetto a integrazioni e aggiornamenti dipendentemente dalle fasi di sviluppo, consolidamento e avviamento delle Centrali.

Le indicazioni del documento sono in linea con gli investimenti previsti nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 682 del 13 dicembre 2022 che definisce le linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal PNRR e recepite dal suddetto Decreto Ministeriale.

La necessità di intervenire e rinnovare alcuni aspetti chiave del SSN è emersa in seguito alla pandemia da COVID-19. La Missione 6 del PNRR, in particolare la componente 1, mira a potenziare l'assistenza sanitaria e la rete territoriale attraverso la creazione di strutture come le Centrali Operative Territoriali (COT), le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali della Comunità (OdC).



Figura 1: Ripartizione dei fondi PNRR Missione 6 Componente 1 in Italia e in Regione Campania¹.
Fonti: Italia Domani - Portale PNRR²; PNRR - Salute³; PNRR - Campania⁴.

Tra le risorse del PNRR destinate alla Regione Campania, circa 20 €Mln saranno dedicati alla costruzione delle COT, suddivisi in ca. 10 €Mln per i lavori sulle infrastrutture, ca. 4 €Mln per l'ICT e interconnessione regionale e ca. 6 €Mln per l'acquisizione di dispositivi medici (*device*)⁵.

L'obiettivo del presente documento è definire il modello di funzionamento delle COT, specificandone le caratteristiche, funzioni e processi operativi fornendo alle aziende sanitarie locali le direttive regionali in coerenza con quelle nazionali e con le strategie di assistenza territoriale precedenti, al fine di garantire equità nell'accesso alle cure, tempestività e qualità degli interventi per la popolazione assistita.

¹ I valori segnalati con * sono onnicomprensivi dei fondi già impegnati nell'ambito del Perimetro Sanità del Bilancio regionale e appostati nel fondo per il Potenziamento dei LEA iscritto nel Bilancio della GSA e Consolidato Sanità.

² www.italiadomani.gov.it

³ www.pnrr.salute.gov.it

⁴ www.pnrr.regione.campania.it

⁵ Piano operativo regionale - Investimenti Missione 6 Salute. (2022). Tratto da Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome (PP./AA.) tra Ministero della Salute e Regione Campania: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=3240

2. Le cure di transizione

L'interesse per le Cure di Transizione, (note come *Transitional Care*, di seguito TC), è emerso a seguito della ristrutturazione generale del Servizio Sanitario Regionale (SSR) con l'implementazione di progetti specifici per facilitare la transizione dei pazienti tra l'ospedale e il territorio. Le TC sono modelli di gestione per processi, che mirano alla realizzazione di forme di allineamento tra diverse partizioni aziendali tra di loro interdipendenti o che fanno riferimento ad aziende distinte contribuendo alla connessione tra filiere di servizi diverse per natura, come quelle che afferiscono al territorio o all'ospedale. Tra le interdipendenze, quella tra ospedale e territorio è storicamente la più difficile da gestire e di grande sensibilità per l'utenza.

Le cure di transizione sono principalmente pensate per la programmazione della dimissione, i servizi da attivare in uscita dall'ospedale, in risposta a fabbisogni non solo sanitari ma anche sociosanitari e assistenziali che richiedono interventi dedicati e condivisi tra le unità operative, non più gestibili con soluzioni eterogenee e interne a ciascuna di esse.

A tal riguardo le TC derivano in larga parte dall'evoluzione dei servizi di dimissione programmata attivati per un *target* specifico: i pazienti fragili con dimissione protetta.

Le TC portano una serie di criticità, di seguito evidenziate, che riguardano la progettazione della transizione: pluralità di approcci clinico-comportamentali tra specialisti; difficoltosa integrazione degli interventi clinici con quelli assistenziali e sociali; condivisione delle informazioni di ciascun paziente lungo l'intera transizione attraverso un sistema integrato; gestione della responsabilità plurima, ossia di equipe multi-professionale e multi-disciplinare.

Dunque, le TC possono essere definite come un insieme di azioni, progettate per dare coordinamento e continuità tra *setting* di cura.

Si tratta di uno spettro ampio di soluzioni in cui è difficile definire puntualmente il contenuto.

Per ciò che attiene la gestione e l'assegnazione di tali azioni, già nella descrizione del *Transitional care model* presente nei contributi di Naylor⁶, così come prima nei contributi di Coleman⁷ per i *Care Transition Intervention*, sono stati individuati alcuni professionisti con ruoli dedicati alla gestione delle transizioni (in genere, figure infermieristiche e/o assistenti sociali, definiti *transitional coach*, *guided nurse*, *navigator manager*). Essi si occupavano della valutazione del paziente in fase di pre-dimissione, collaboravano con il *team* ospedaliero per sviluppare il piano di cura e seguivano il paziente nel periodo di transizione (da uno a tre mesi post dimissione).

Le Centrali Operative Territoriali (COT) attivate in Campania si prevede siano particolarmente efficaci nella gestione delle transizioni, con particolare enfasi sul passaggio dall'ambiente ospedaliero a quello territoriale.

3. Obiettivi delle COT

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo 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.

L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale (COT) è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Costituisce un servizio operativo 7 giorni su 7, dotato di adeguate infrastrutture tecnologiche e informatiche quali ad esempio una piattaforma

⁶ Naylor M., K. S. (2008). Transitional care. In *Journal of Social Work Education* (p. 65-73).

⁷ Coleman E.A., B. R. (2004). Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. In A. o. medicine.

comune regionale integrata con gli altri sistemi regionali, con sistemi nazionali e con i principali applicativi di gestione aziendale.



Figura 2: Funzioni della COT

La COT svolge il suo compito di coordinamento tra i diversi servizi attraverso funzioni separate e specifiche, anche se interconnesse fra loro⁸:

- **Coordinamento della presa in carico della persona** tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi *setting* assistenziali;
- **Coordinamento/ottimizzazione degli interventi** attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- **Tracciamento e monitoraggio delle transizioni** da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- **Supporto informativo e logistico, ai professionisti** della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- **Monitoraggio dei pazienti** in assistenza domiciliare, e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona.

4. Modello operativo delle nascenti COT Campane

L'evidente transizione demografica ed epidemiologica in atto e il conseguente aumento della domanda di salute per bisogni complessi hanno definito un innovativo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale, rispondente in termini di servizi integrati ad un bisogno di salute che si configura non più solo come mera assenza di malattia ma come stato di benessere fisico, sociale e mentale della persona.

La riforma rappresentata dal citato DM77/22 aggiorna e definisce strutture e *governance* al fine di rispondere in maniera più efficace alle esigenze della popolazione grazie al rafforzamento dei servizi territoriali nonché alla promozione della prevenzione primaria, della presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche e della gestione dell'area della fragilità: in ottemperanza a tali obiettivi la nuova programmazione dell'assistenza territoriale prevede nuovi luoghi di cura (Case della comunità *hub* e/o *spoke*, Ospedali di comunità) e nuove piattaforme erogative e servizi di coordinamento (la cd. Centrale Operativa Territoriale)⁹.

⁸ Agenas. (2022). I Quaderni di Monitor - Le Centrali Operative: standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali.

⁹ DGRC n.682 "Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal decreto ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022". (2022).

4.1. Transizioni prioritarie: le dimissioni ospedale territorio

Le transizioni del paziente verso *setting* di cura più appropriati possono essere di due tipologie:

- **Step-down (dall'ospedale al territorio):** nella transizione *step-down*, l'obiettivo è quello di accompagnare le dimissioni dei pazienti (potenziali pazienti *bed blocker* che, per motivi di fragilità fisica e/o sociale, rallentano e bloccano la dimissione ospedaliera) verso la presa in carico presso i servizi e *setting* di cure intermedie *ad hoc* per ciascun caso;
- **Step-up (dal territorio all'ospedale e dal territorio al territorio):** nelle transizioni *step-up*, l'obiettivo è quello di guidare il passaggio dei pazienti verso strutture adeguate alla presa in carico di bisogni più complessi.

In generale, è possibile identificare complessivamente tre tipologie di transizioni, di seguito riportate:

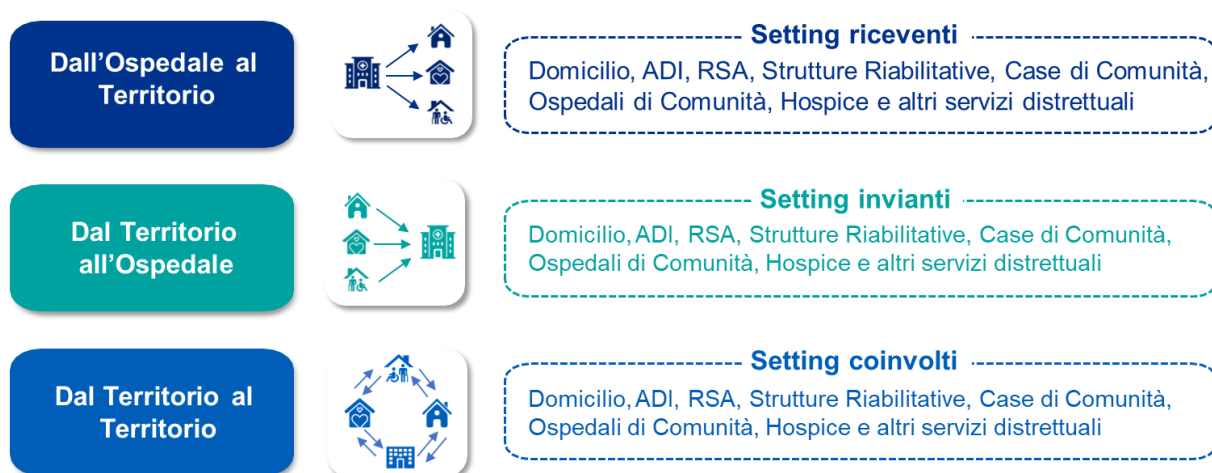


Figura 3: Schematizzazione dei processi di transizione dei pazienti (con setting coinvolti)

Il processo di transizione del paziente dal *setting* ospedaliero a quello territoriale sarà prioritario.

Si riporta di seguito Use Case esemplificativo del modello operativo proposto relativamente alla transizione prioritaria Ospedale-Territorio.



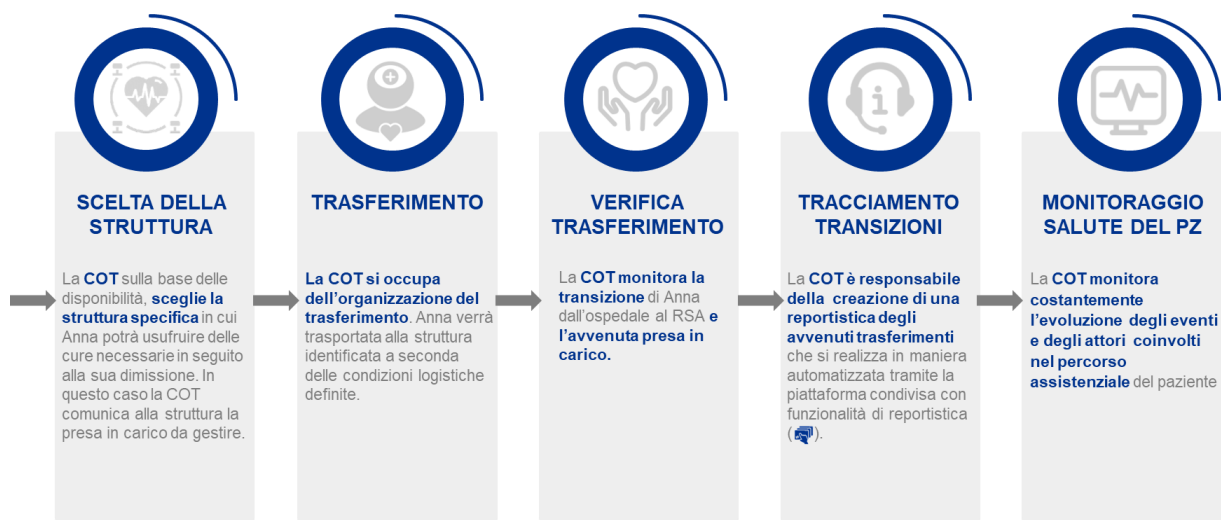


Figura 4: Use Case della transizione Ospedale-territorio

4.2. La progettazione delle COT: un framework per implementare il modello operativo

La progettazione delle COT comporta la definizione di alcuni elementi gestionali che costituiscono il *framework* entro cui circoscrivere il modello operativo¹⁰. Il *framework* individuato è composto da tre *macro-item*:

- **Modello di servizio:** nell'ambito di tale *item* vengono specificati i flussi di transizione, la filiera di riferimento e i pazienti *target*;
- **Funzioni:** nell'ambito di tale *item* vengono specificate le modalità di raccolta delle segnalazioni e di conformità formale del report di valutazione, la selezione della struttura/servizio di destinazione in base alla priorità dell'offerta, il monitoraggio delle transizioni e il controllo delle relative tempistiche.
- **Condizioni organizzative:** nell'ambito di tale *item* viene specificata la definizione dell'assetto organizzativo, del personale, della logistica e degli strumenti clinici e informativi.

¹⁰ Ferrara L., D. Tozzi V., Zazzera A. (2021). Capitolo 12, Rapporto OASI 2021: Il management della transizione: COT e non solo COT (p. 489-517).

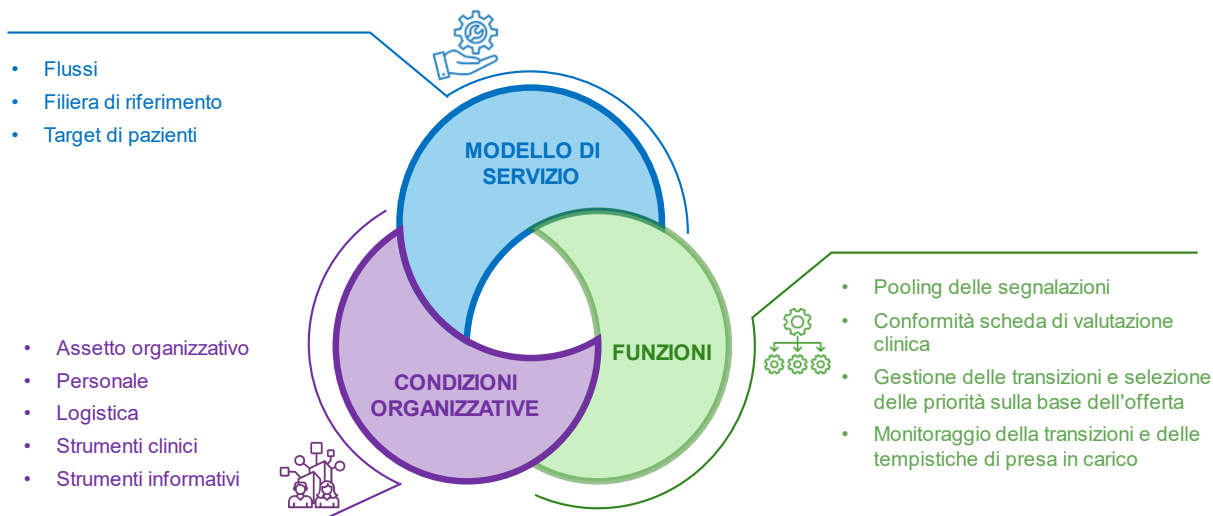


Figura 5: Ambiti di intervento del modello operativo delle COT

4.2.1. Modello di servizio

Le COT sono responsabili dell'organizzazione, del monitoraggio e dell'attività di tracciamento delle transazioni di cui il paziente ha bisogno, tra *setting*, strutture e/o livelli assistenziali differenti, mediante il sistema informatico sviluppato *ad hoc*.

Il modello di servizio delle COT si riassume in due pilastri:

- **Filiera dei *setting* riceventi:** tale item è relativo all'insieme di strutture/servizi destinatari e all'individuazione di quelli che intervengono nella transizione individuata come prioritaria;
- **Target di pazienti (fase 1):** tale item è relativo alla tipologia di pazienti individuati come target nella transizione prioritaria.

Nella seguente tabella vengono illustrate in maniera sintetica le linee guida regionali per ciascun pilastro:

ITEM	Descrizione
Filiera di <i>setting</i> riceventi	In riferimento alla transizione Ospedale-Territorio, il <i>setting</i> inviante sarà l'Ospedale e i setting riceventi aventi priorità nel modello saranno: Assistenza Domiciliare Integrata, RSA, Hospice e Case di Cura . Tra i <i>setting</i> riceventi sono incluse le strutture private accreditate .
Target di pazienti (fase 1)	Verrà data priorità ai pazienti fragili con necessità di dimissione protetta (in particolare, a tutti quei pazienti la cui condizione è oggetto del monitoraggio degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia).

Figura 6: Sintesi delle direttive regionali per il modello di servizio delle COT

4.2.2.1. Filiera di riferimento

La filiera dei servizi che le COT sono chiamate a coordinare include:

- Strutture ospedaliere;
- Strutture intermedie (Ospedali di Comunità, Case di Comunità, strutture riabilitative, Hospice, RSA, ecc.);
- Servizi distrettuali (ADI, ecc.);
- Medici di medicina generale e Pediatri di Libera Scelta.

In generale, la COT dovrà organizzare, coordinare e monitorare le transizioni dei pazienti tra i seguenti *setting*:



Figura 7: Setting invianti/riceventi

Nell'ambito della transizione prioritaria (dall'ospedale al territorio), il *setting* inviante sarà l'Ospedale e i *setting* riceventi aventi priorità nel modello saranno RSA, ADI, Case di Cura e Hospice. Per tale motivo, il percorso potrà prevedere:

- **il ricovero in RSA;**
- **il ricovero in Case di Cura;**
- **il ricovero in Hospice;**
- **l'attivazione dell'ADI.**

Tra esse saranno coinvolte le strutture private accreditate.

La COT Distrettuale potrà valutare una scelta all'interno dei *setting* prioritari definiti a livello regionale valorizzando l'offerta del territorio.

La filiera di riferimento della COT è integrata in un ecosistema di servizi sanitari ospedalieri e territoriali con cui la COT si interfaccia, come il NEA (numero unico Nazionale ed Europeo) 116117 e il PUA.

4.2.2.2. Target di pazienti

Affinché il modello organizzativo funzioni e faciliti il percorso appropriato dei pazienti tra i diversi *setting* assistenziali coinvolti nel percorso di cura, è necessario porre l'attenzione sulla popolazione di riferimento e delimitare una categoria di pazienti prioritaria.

Nell'ambito della transizione prioritaria (dall'ospedale al territorio), quindi, verrà data priorità ai pazienti fragili con necessità di dimissione protetta¹¹, in particolare, a tutti quei pazienti la cui condizione è oggetto del monitoraggio degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia:

- Diabete;
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO);
- Scompenso cardiaco;
- Asma;
- Gastroenterite;
- Patologie psichiatriche.

¹¹ Le linee guida regionali conferiranno priorità ai pazienti cronici, over 65, multi-patologici e malati terminali e oncologici, lasciando alle Aziende la possibilità di decidere, in base alla capacità assistenziale posseduta, il target prioritario.

4.2.2. Funzioni

La COT si occupa di coordinare il passaggio del paziente tra *setting* differenti, che siano strutture e servizi assistenziali, lasciando ai professionisti sanitari la gestione delle attività assistenziali e cliniche. Benché molto essenziale, la principale funzione di coordinamento della COT è eseguita attraverso una serie di funzioni propedeutiche tra esse, che vedono il coinvolgimento di più figure che si interpongono in differenti momenti.

Le funzioni afferenti in capo alla COT si riassumono in quattro pilastri:

- **Pooling delle segnalazioni e valutazione formale della conformità del report di valutazione:** tale item è relativo all'attività della COT di raccolta delle segnalazioni pervenute e attivazione, ove richiesto, del teleconsulto tra struttura dimettente e Unità di Valutazione Integrata (UVI), utile alla definizione del tipo di *setting* più adatto alle necessità del paziente;
- **Gestione delle transizioni e selezione delle priorità sulla base dei driver che verranno definiti nel modello:** tale item è relativo all'attività della COT di verifica della disponibilità dei posti letto o dei servizi di assistenza, a seconda della tipologia di *setting* identificato dall'ospedale, gestendo al contempo i flussi di transizioni prioritizzandole sulla base dei driver che verranno definiti nel modello;
- **Monitoraggio della transizione:** tale item è relativo ad un primo monitoraggio, da parte della COT, riguardante l'attivazione del trasporto e la registrazione del passaggio dei pazienti da un *setting* all'altro;
- **Monitoraggio cronoprogramma della presa in carico:** tale *item* è relativo al monitoraggio del rispetto delle tempistiche di presa in carico del paziente, segnalando eventuali ritardi con un sistema di *alert*.

Nella seguente tabella vengono illustrate in maniera sintetica le linee guida regionali per ciascun pilastro:

ITEM	Descrizione
Valutazione di conformità del report di valutazione	Il responsabile della struttura dimettente invia la segnalazione alla COT; inoltre potrebbe richiedere di attivare un teleconsulto con l'UVI, attivato dalla COT, per la valutazione del tipo di setting ricevente adeguato. Le attività saranno supportate dalla piattaforma di Telemedicina TM-Sinfonia. La COT valuterà la conformità formale del report generato dal teleconsulto. Il report conterrà le informazioni relative alla tipologia di setting ricevente più adeguato alle necessità del paziente.
Monitoraggio della disponibilità delle strutture/servizi riceventi	La COT individuerà la struttura ricevente più idonea per il paziente servendosi in tempo reale del cruscotto contenente le informazioni relative alla disponibilità dei PL tra le strutture del setting ricevente o del servizio da attivare indicato durante il teleconsulto tra UVI, COT e struttura dimettente.
Monitoraggio delle transizioni	La COT dovrà attivare il servizio di trasporto e monitorare il passaggio di transizione del paziente (i mezzi impiegati non saranno forniti dalla COT). Essa dovrà essere informata che la struttura/servizio ricevente abbia preso in carico il paziente.
Monitoraggio cronoprogramma della presa in carico	La COT Distrettuale dovrà monitorare le tempistiche di presa in carico del paziente al fine di verificare il rispetto dei tempi previsti, mediante un sistema di alert per segnalare ritardi e poter eventualmente intervenire con azioni correttive se necessario.

Figura 8: Sintesi delle direttive regionali per le funzioni delle COT

4.2.2.1. Pooling delle segnalazioni e della conformità formale dei report di valutazione

La segnalazione di un bisogno di assistenza, che determina l'attivazione della COT, proviene da professionisti che rilevino l'esigenza di prestazioni socio-sanitarie per una persona in condizione di fragilità sanitaria e sociosanitaria, che necessita di una presa in carico "protetta".

La segnalazione è un momento operativo che serve a fornire un quadro globale dei problemi o dei bisogni della persona, al fine di effettuare la valutazione clinica del paziente ed individuare la tipologia di *setting*/servizio più adatto.

Nella transizione prioritaria (ospedale-territorio), le segnalazioni verranno effettuate dai responsabili delle strutture di dimissione nelle modalità di segnalazione operative che saranno previste sulla piattaforma regionale.

In linea generale:

1. Il responsabile della struttura di dimissione inserisce in piattaforma i dati anagrafici (compresi residenza e/o domicilio) dell'assistito oggetto del trasferimento;
2. La piattaforma individua la COT Distrettuale di afferenza del distretto di appartenenza dell'assistito;
3. La segnalazione viene inviata alla COT-D individuata.

A supporto delle attività relative al pooling delle segnalazioni, dall'inserimento della richiesta all'attivazione del teleconsulto alla valutazione del report di rilevazione, interviene la piattaforma di Telemedicina TM-Sinfonia, di cui la Regione si è dotata con DGRC n.6/2021, già operativa su tutte le Aziende Sanitarie del territorio campano e con successiva DGRC n.378 del 29/06/2023 è stato approvato il modello organizzativo regionale per la Telemedicina.

Il responsabile della struttura di dimissione potrebbe richiedere alla COT di attivare un teleconsulto con l'UVI, presente nel Distretto, per l'individuazione del tipo di *setting* ricevente più adeguato ai bisogni del paziente.

Il personale della COT valuta la formalità del report di rilevazione del bisogno previsto a conclusione delle attività del teleconsulto.

4.2.2.2. Gestione delle transizioni e selezione delle priorità sulla base dell'offerta

Le COT devono essere dotate di sistemi informatici in grado di svolgere determinate funzioni, quali *monitoring* e consultazione *live* dei posti letto disponibili nelle strutture di destinazione o della disponibilità dei servizi (ADI), allo scopo di attivare, all'interno della rete dei servizi, il percorso più appropriato a rispondere al bisogno di ogni paziente.¹²

- Nel caso in cui il trasferimento del paziente avvenga verso una struttura, la COT si avvale della possibilità di prenotare il posto letto presso la struttura ricevente individuata;
- Nel caso in cui si preveda l'attivazione di un servizio quale l'ADI, la COT coordina la presa in carico del paziente visualizzando la disponibilità del servizio sul territorio e indirizzando il paziente verso il personale ADI individuato.

La COT viene quindi informata dell'arrivo del paziente/attivazione del servizio mediante la notifica della struttura o servizio ricevente. In ambito di gestione delle transizioni, la COT svolge inoltre la funzione di raccordo tra i servizi e i professionisti sul territorio, in particolare mediante le seguenti attività:

¹² Tale attività prevederà anche l'integrazione con la piattaforma regionale SIGARS.

- Visualizzare in tempo reale il trasferimento dei pazienti;
- Informare tutti gli attori coinvolti nel processo.

Nella transizione prioritaria (ospedale-territorio), in un'ottica di continuità delle cure, nel momento della dimissione il personale ospedaliero è chiamato a supportare l'operato della COT attraverso l'utilizzo di scale di priorità. La struttura ospedaliera individua gli elementi utili alla prioritizzazione del caso specifico e la COT identifica la struttura e/o il servizio da erogare, in modo da garantire il buon esito della transizione.¹³

4.2.2.3. Monitoraggio della transizione

La COT monitora le transizioni dei pazienti avvalendosi di una piattaforma su cui vengono registrate le informazioni relative alle stesse comprendendo le informazioni sulla situazione clinica dei soggetti. Ciò permette alla COT di provvedere alla programmazione delle transizioni e alla loro gestione in tempo reale, monitorando i diversi passaggi tra i *setting*. In particolare, l'attività di monitoraggio affiora durante le varie fasi del processo di transizione:

- Organizzazione della dimissione ospedaliera;
- Individuazione della struttura destinataria o del servizio ADI;
- Attivazione dei professionisti e referenti necessari per la corretta presa in carico;
- Attivazione del servizio di trasporto (con mezzi non propri della COT);
- Presa in carico del paziente da parte della struttura/servizio ricevente;
- Diverse fasi di trasferimento da setting inviante a setting destinatario;
- Raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute anche attraverso strumenti ICT, dei percorsi integrati di cronicità, dei pazienti in assistenza domiciliare.

4.2.2.4. Monitoraggio cronoprogramma della presa in carico

La COT monitora le tempistiche di presa in carico del paziente al fine di verificare il rispetto dei tempi previsti, mediante un sistema di *alert* per segnalare ritardi e poter eventualmente intervenire con azioni correttive se necessario.

Nello specifico la COT agisce su diversi livelli:

- Si accerta della comunicazione tempestiva da parte della struttura ospedaliera in merito all'imminente dimissione protetta del paziente (almeno 72 ore prima della dimissione);
- Monitora le tempistiche delle diverse azioni;
- Monitora l'elenco delle transizioni in atto, visualizzando e gestendo lo stato di avanzamento della singola transizione.¹⁴

4.2.3. Condizioni organizzative

Il modello operativo delle COT si fonda su condizioni organizzative definite sia a livello regionale, sia in riferimento a ciascuna Azienda, in un'ottica di definizione di tutti gli aspetti inerenti al rapporto tra COT Aziendale e COT Distrettuale, alla definizione dell'organico e degli strumenti clinici e informatici usati,

¹³ Agenas. (2022). I Quaderni di Monitor - La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione.

¹⁴ Agenas. (2022). I Quaderni di Monitor - La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione.

sino agli aspetti logistici che interessano il percorso del paziente e la sua permanenza presso una struttura.

Le condizioni organizzative relative alle COT si riassumono in cinque pilastri:

- **Assetto Organizzativo:** tale *item* è relativo alla distribuzione e alla quantità di COT sul territorio Campano e alla distinzione COT-Aziendale/COT-Distrettuale;
- **Personale:** tale *item* è relativo alla tipologia e alla numerosità di risorse che operano all'interno del *team* della COT;
- **Logistica:** tale *item* è relativo all'intervento delle COT in merito alla gestione della logistica di tutti gli aspetti inerenti agli spostamenti del paziente;
- **Strumenti clinici:** tale *item* è relativo a strumenti clinici in aiuto alle attività delle COT;
- **Strumenti informativi:** tale *item* è relativo ai sistemi IT a supporto delle funzioni gestite dalla COT.

Nella seguente tabella vengono illustrate in maniera sintetica le linee guida regionali per ciascun pilastro:

ITEM	Descrizione
Assetto organizzativo tra COT Aziendale e COT Distrettuale	Si prevede la presenza di una COT ogni 100.000 abitanti o a valenza distrettuale qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore. La COT-A coordina e supervisiona ciascuna transizione. La COT-D si occupa della gestione operativa di ciascuna transizione definendo, ove necessario, le sub-priorità della tipologia di strutture/servizi riceventi.
Personale	La composizione professionale delle COT sarà come previsto dal DM 77 in cui si prevede la presenza di 1 infermiere coordinatore (responsabile del corretto funzionamento della COT), 3-5 infermieri, 2 unità di supporto ed includendo su necessità anche la presenza di un assistente sociale .
Logistica	La COT dovrà attivare il servizio di trasporto e monitorare il passaggio di transizione del paziente (i mezzi impiegati non saranno forniti dalla COT). Ulteriori dettagli sono da definire.
Strumenti clinici	Il personale delle COT valuterà la conformità formale del report di valutazione dei bisogni clinico-assistenziali dei pazienti. Ulteriori dettagli sono da definire.
Strumenti informativi	La COT sarà dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche, che la supportano nell'espletamento delle funzioni ad esse affidate. Per consentire l'interoperabilità della COT con i diversi attori coinvolti e tra gli stessi e il paziente, verrà impiegata la soluzione tecnologica di Telemedicina TM-Sinfonia . Ulteriori specifiche sono da definire.

Figura 9: Sintesi delle direttive regionali per le condizioni organizzative delle COT

4.2.3.1. Assetto Organizzativo

Il DM77/22 indica come standard la costituzione di una COT ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore. Il numero di COT da attivare previste dal PNRR, come target minimo per la Campania, è di 65 strutture distribuite sul territorio delle 7 ASL Campane, sono inoltre previste 17 COT provvisorie. Di seguito il dettaglio della localizzazione delle COT distinte per Azienda.



ASL	N° COT	N° COT provvisorie	Sede COT (Comune)
ASL Avellino	4	0	Avellino – Monteforte Irpino – Moschiano – Vallata
ASL Benevento	5	1	Benevento – Cerreto Sannita – Montesarchio – Pietrelcina – San Bartolomeo In Galdo – San Giorgio del Sannio*
ASL Caserta	11	0	Caialzo – Caserta – San Felice A Cancello – Aversa – Marcianise – San Cipriano D’Aversa – Capua – Mondragone – Roccamonfina – Santa Maria Capua Vetere – Teverola
ASL Napoli 1	11	0	Napoli – Capri
ASL Napoli 2	10	1	Giugliano In Campania* – Ischia – Marano Di Napoli – Pozzuoli – Acerra – Afragola – Caivano – Frattamaggiore
ASL Napoli 3	11	2	Marigliano – Pomigliano D’Arco – Roccarainola – Ottaviano – Palma Campania – Pollena Trocchia – San Giorgio A Cremano – Torre Del Greco – Gragnano – Sorrento – Vico Equense – Somma Vesuviana* – Sant’Anastasia*
Salerno	13	13	Angri – Bellizzi – Castel San Giorgio – Mercato San Severino* – Sarno* – Tramonti – Auletta – Capaccio – Eboli* – Pontecagnano Faiano – Salerno* – Sanza – Vallo Della Lucania* – Roccadaspide* – Scafati* – Cava del Tirreno* – Battipaglia* – Giffoni Valle Piana* – Sapri* – Sala Consilina* – Nocera Superiore*
Sub-totale	65	17	
TOTALE		82	

* In questo comune sono presenti COT provvisorie («in overbooking»).

Figura 10: Distribuzione, numeriche e localizzazione delle COT (effettive e provvisorie) sul territorio Campano¹⁵

Al fine di garantire il coordinamento organizzativo finalizzato al passaggio di transizione saranno attivate Centrali Operative Territoriali distribuite e organizzate sul territorio secondo un modello Aziendale e Distrettuale.

La distinzione della delibera 682/22 di COT-A, a cui era affidata la gestione del flusso step-down, e COT-D, a cui era affidata la gestione della rete di prossimità, organizzazione degli accessi a cure intermedie e domiciliari e il flusso *step-up* è superata.

Le COT Aziendali interverranno nella gestione delle transizioni con ruolo afferente alla supervisione e al coordinamento delle attività delle COT D e di monitoraggio del PL e non di governo di ciascuna transizione.

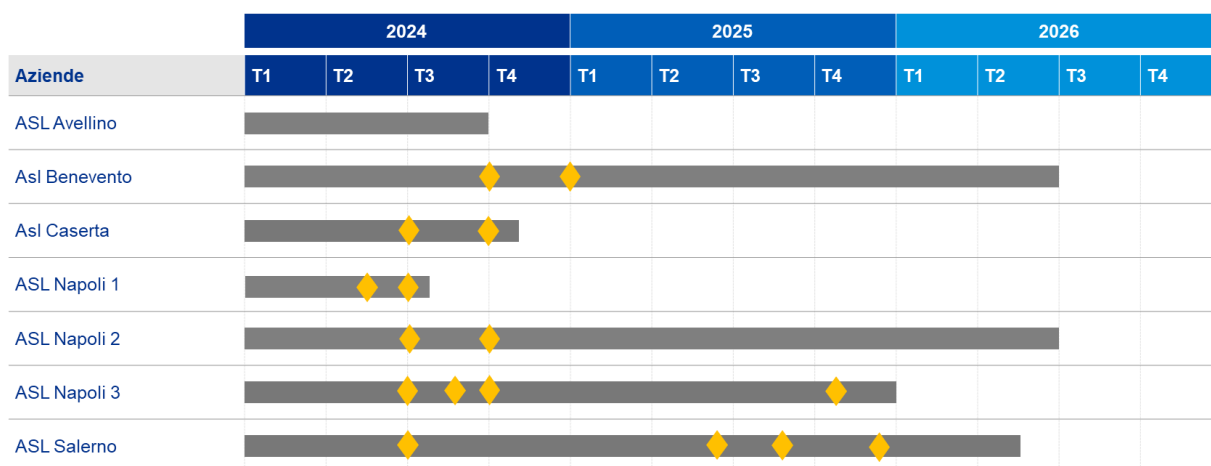
La COT Distrettuale definirà, ove necessario, le sub-priorità in merito alle tipologie di strutture/servizi riceventi e si occuperà della gestione operativa di ciascuna transizione.

Le modalità di interazione tra le due tipologie di COT restano da definire, congiuntamente a ruoli e responsabilità del Coordinamento Regionale e ai Dipartimenti di afferenza delle COT la cui scelta sarà a discrezione delle Aziende.

Infine, resta necessario definire l’operatività delle COT con particolare attenzione alle caratteristiche dei diversi territori e considerando i progetti avviati per la tutela delle aree con particolare difficoltà di accesso della Regione come, ad esempio, “isole e monti campani” (rif. con DCA n° 779 del 28.12.2016)

Di seguito il riepilogo della data effettiva di fine esecuzione lavori per la realizzazione delle COT (effettive e provvisorie) per ciascuna Azienda.

¹⁵ Contratto Istituzionale di Sviluppo per l’esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome (PP/AA.)



Alcune COT saranno realizzate prima della data di fine lavori di tutta l'Azienda. Le stesse sono indicate con il simbolo ◆ nel diagramma GANTT.

Figura 11: Riepilogo data effettiva di fine esecuzione lavori COT

4.2.3.2. Personale

Le COT prevedono la presenza di varie figure professionali predisposte all'integrazione multiprofessionale, la cui composizione e consistenza, in termini numerici, sarà predisposta in base al bacino di utenza e alle attività.

In riferimento al DM77/22 e le linee guida Agenas, i requisiti minimi di personale richiesto in una COT, per un distretto standard di 100.000 abitanti, prevedono i seguenti professionisti:

- 1 Coordinatore infermieristico con la responsabilità del funzionamento della COT e della gestione del personale;
- 3-5 Infermieri;
- 1-2 personale di supporto.

Alle figure sopracitate potranno aggiungersi assistenti sociali a discrezione delle Aziende.

Il fabbisogno di personale per le COT Regionali è stato definito sulla base della Delibera n° 190 del 19.04.2023 in linea con il DM 77 del 23.05.2022. La giunta Regionale della Campania ha approvato i piani triennali dei fabbisogni 22 - 24 delle Aziende Sanitarie Locali, ove è indicato anche lo standard di dotazione per il DM 77.

In particolare, per le COT è prevista la dotazione organica suddivisa sulle 7 ASL come segue:

Dotazione Organica prevista per le COT							
AA.SS.LL.	ASL AVELLINO	ASL BENEVENTO	ASL CASERTA	ASL NAPOLI 1	ASL NAPOLI 2	ASL NAPOLI 3	ASL SALERNO
RUOLO SANITARIO	24	17	66	66	60	66	78
Personale del comparto area sanitaria - Infermieri	24	17	66	66	60	66	78
RUOLO TECNICO	0	0	11	0	8	11	0
Personale del comparto area tecnica	0	0	11	0	8	11	0
RUOLO AMMINISTRATIVO	8	6	11	22	6	11	21
Personale del comparto area amministrativo	8	6	11	22	5	11	21
TOTALE	32	23	88	88	74	88	99

Figura 12: Standard di dotazione organica prevista per le COT campane

In linea con il modello esposto e considerato che le attività della COT presuppongono la conoscenza del territorio nel quale essa agisce, si ritiene necessario procedere in prima istanza alla ri-allocazione del personale con pregressa esperienza in argomento già dipendente delle aziende per poi integrarlo con il personale da reclutare ex novo.

4.2.3.3. Logistica

Nel coordinamento delle transizioni la COT attiva il trasporto del paziente (con mezzi non propri) e monitora l'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio o struttura individuata, fornendo un supporto nella risoluzione di eventuali criticità emergenti in fase di transizione. Ulteriori responsabilità delle COT sono da definire in sede Aziendale.

4.2.3.4. Strumenti clinici (report di valutazione clinica)

Le COT hanno la funzione di esaminare la conformità formale del report frutto del teleconsulto tra struttura dimettente e UVI, generato in formato pdf e riportante le informazioni relative al bisogno clinico del paziente e alla tipologia del setting ricevente.

La struttura del report, nonché di altri strumenti di valutazione clinica a disposizione della COT e delle strutture invianti all'interno del processo di transizione, restano da definire in sede Aziendale.

4.2.3.5. Strumenti informativi

Le COT devono essere dotate di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche, che le supportino nell'espletamento delle funzioni ad esse affidate.

Regione Campania, nell'ambito del progetto Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) – Interconnessione, finanziato dalla Missione 6 Componente 1.2.2 del PNRR, sta implementando una piattaforma regionale integrata con i sistemi informativi nazionali, regionali e aziendali, per il cui utilizzo le aziende dovranno dotare le COT dell'allestimento necessario.

In particolare, la piattaforma regionale COT sarà basata su:

- una componente di *work-flow*, che consentirà di gestire i diversi processi all'interno delle singole transizioni attraverso la configurazione di ruoli e attività associati ai profili utenti;
- una componente di interoperabilità integrata direttamente o indirettamente con le diverse piattaforme nazionali, regionali e aziendali, che consentirà di far visualizzare in *real time* all'operatore della COT le disponibilità delle strutture/servizi per tipologia, inclusi i privati convenzionati (es. ADT, CUP, MMG/PLS);
- una componente che consenta l'interoperabilità della COT tra i diversi attori coinvolti come i MMG, i PLS, i Medici di Continuità Assistenziale, le strutture sanitarie e sociosanitarie e tra gli stessi e il paziente;
- una componente di *alerting* che consenta di monitorare i passaggi tra le diverse transizioni e garantire le tempistiche di attivazione dei servizi, come definiti a livello regionale;
- una componente di analisi dati per la valutazione delle performance delle COT e degli attori che intervengono nei diversi processi di transizione.

Ne consegue che per consentire l'operatività tra i diversi soggetti coinvolti e tra di essi e il paziente, rimane centrale l'impiego della soluzione tecnologica di Telemedicina TM-Sinfonia, unica su scala regionale.

La piattaforma, già in essere per i servizi di Televisita e Teleconsulto inter/intra aziendale, consente la gestione del processo di inserimento delle richieste di segnalazione e di esecuzione dei Teleconsulti tra strutture dimettenti e UVI, anche attraverso l'utilizzo delle migliori componenti di videoconferenza sia SW che HW, fondamentali per un'adeguata esperienza comunicativa.

TM-Sinfonia garantisce, inoltre, l'interoperabilità attraverso una componente integrata con le diverse piattaforme digitali regionali (SPID, CUP, ARA) e aziendali (Repository, sistemi di firma digitale) e attraverso l'adozione degli standard nazionali di riferimento (FSE 2.0, HL7 CDA R2).

4.3. Le linee guida di processo

4.3.1. Transizione dall'Ospedale al Territorio

La pianificazione della dimissione protetta prevede una gestione multidisciplinare, che si attiva prima del momento della dimissione, in modo tale da indirizzare il paziente verso il *setting* più appropriato.

Linee guida processo - Transizione da Ospedale a Territorio

1. Attivazione della COT

- La struttura ospedaliera comunica tempestivamente (auspicabilmente, almeno 72 ore prima della dimissione) alla COT l'imminente dimissione protetta del paziente. Il setting inviante invia la segnalazione, compresa di valutazione clinica del paziente e definizione di fabbisogno, alla COT.

A tal riguardo si precisa che la struttura dimettente può richiedere l'intervento della COT nel caso in cui sia necessario un teleconsulto con l'UVI, situato nel Distretto, per valutare la tipologia di setting destinatario più adatto ai bisogni del paziente.¹⁶

- Nel caso in cui venga richiesto l'intervento dell'UVI, la COT organizza e attiva il teleconsulto tra UVI e struttura ospedaliera inviante, al cui termine viene predisposto un report in cui viene indicato il tipo di setting destinatario più adatto per il caso;
- La COT visualizza la richiesta di transizione attraverso il sistema di ricezione delle notifiche ed effettua la valutazione di conformità formale del report di valutazione, richiedendo le opportune correzioni in caso di esito negativo al setting inviante o all'UVI;¹⁶
- La COT prende in carico la richiesta e consulta la piattaforma aggiornata in tempo reale di tutti i servizi disponibili della rete territoriale per potere prenotare il posto letto (auspicabilmente 24 h prima della dimissione) attraverso la piattaforma regionale oppure per attivare il servizio distrettuale.

2. Preparazione della transizione Ospedale-Territorio

- La COT individua la struttura o il servizio di destinazione idonea/o per il caso specifico indicato dal report di valutazione, in funzione delle disponibilità della struttura/servizio;
- La COT comunica la struttura individuata al responsabile in Ospedale;
- La COT organizza e coordina il trasferimento del paziente, con mezzi non propri.
- Il setting inviante comunica al paziente/*caregiver* l'imminente trasferimento.

3. Realizzazione della transizione Ospedale-Territorio

- La COT riceve comunicazione della dimissione e quindi del trasferimento dall'ospedale al setting territoriale di destinazione;
- La COT attiva i professionisti e referenti necessari per la corretta presa in carico del paziente;
- La COT monitora l'avvenuta dimissione, il trasferimento e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/struttura territoriale preposto, congiuntamente all'evoluzione degli eventi e degli attori coinvolti nel percorso assistenziale;
- La COT notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione.

Si riporta di seguito il *workflow* della transizione Ospedale – Territorio, distinto in Ospedale – Struttura di ricovero Territoriale (a titolo esemplificativo si considera di seguito l'RSA) e Ospedale – ADI, e il dettaglio delle singole attività distinte per *owner*:

¹⁶ Tali attività sono supportate dalla piattaforma regionale di Telemedicina TM-Sinfonia.

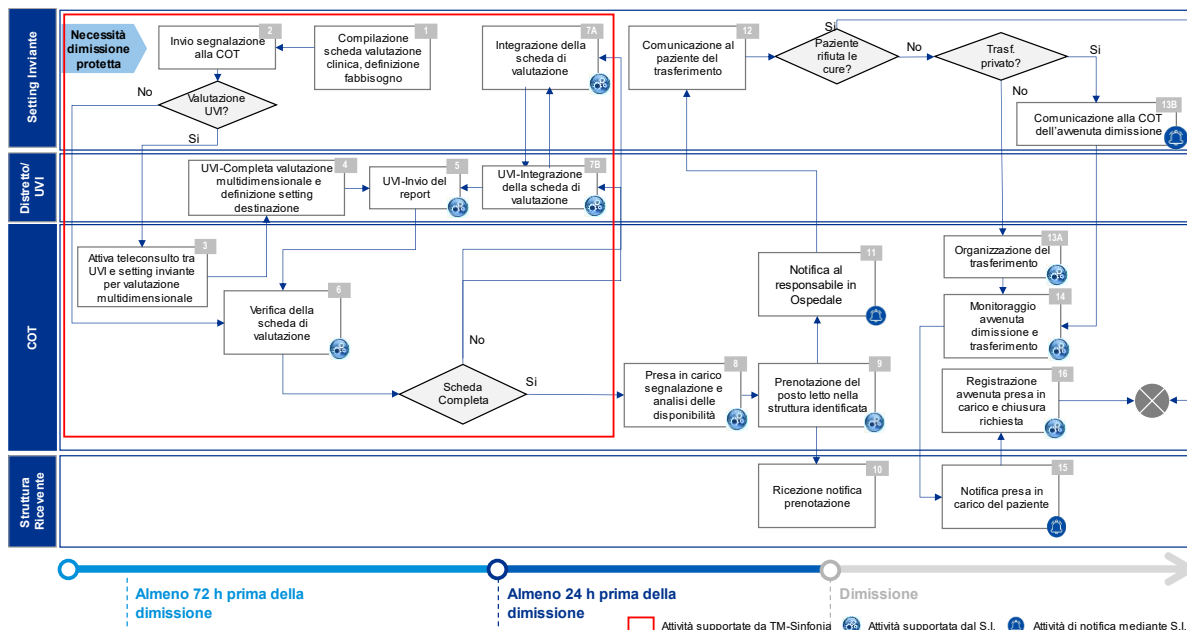


Figura 13: Workflow transizione Ospedale - Struttura di ricovero Territoriale (es. RSA)

ID	Attività	Descrizione	OWNER
1	Compilazione scheda valutazione clinica, definizione fabbisogno	Il responsabile del setting inviante, avendo necessità di trattare una dimissione protetta, compila la scheda di valutazione clinica del paziente e la definizione del fabbisogno (auspicabilmente 72 h prima della dimissione).	Setting inviante
2	Invio segnalazione alla COT	Nel caso in cui il setting inviante ritiene necessario far integrare la valutazione all'UVI, invia la segnalazione alla COT per la richiesta di integrazione all'UVI. Nel caso in cui il setting inviante non ritiene necessario far integrare la valutazione all'UVI, invia la segnalazione di apertura pratica alla COT.	Setting inviante
3	Attiva teleconsulto tra UVI e setting inviante per valutazione multidimensionale	La COT organizza e attiva il teleconsulto tra l'UVI distrettuale e la struttura ospedaliera inviante per l'integrazione della valutazione del paziente.	COT
4	UVI-Completa valutazione multidimensionale e definizione setting destinazione	L'UVI completa la valutazione multidimensionale del paziente e individua il setting di destinazione appropriato.	UVI
5	UVI-Invio del report	L'UVI invia il report alla COT con la scheda di valutazione integrata.	UVI

Figura 14: Attività del workflow transizione Ospedale – Struttura di ricovero territoriale (es. RSA) (1/4)

ID	Attività	Descrizione	OWNER
6	Verifica della scheda di valutazione	La COT verifica la conformità formale della scheda; se non è andata a buon fine rinvia a struttura ospedaliera dimettente e UVI per integrazione/correzione.	COT
7A	Integrazione della scheda di valutazione	Se la valutazione non è andata a buon fine e le correzioni/integrazioni della stessa sono a carico dell'ospedale, il responsabile della struttura ospedaliera dimettente apporta le opportune correzioni/integrazioni.	Struttura inviante
7B	UVI-Integrazione della scheda di valutazione	Se la valutazione non è andata a buon fine e le correzioni/integrazioni della stessa sono a carico dell'UVI, l'UVI integra la scheda di valutazione restituita dalla COT.	UVI
8	Presenza in carico segnalazione e analisi delle disponibilità	Se la verifica di conformità formale della scheda è andata a buon fine, la COT prende in carico la segnalazione ed analizza la disponibilità in tempo reale dei posti letto sul territorio (auspicabilmente 24 h prima della dimissione).	COT
9	Prenotazione del posto letto nella struttura identificata	La COT procede con la prenotazione del posto letto presso la struttura individuata (auspicabilmente 24 h prima della dimissione).	COT

Figura 15: Attività del workflow transizione Ospedale - Struttura di ricovero territoriale (es. RSA) (2/4)

ID	Attività	Descrizione	OWNER
10	Ricezione notifica prenotazione	La struttura ricevente riceve la notifica dalla COT della avvenuta prenotazione del posto letto	Struttura ricevente
11	Notifica al responsabile in Ospedale	La COT notifica l'Ospedale in merito all'imminente trasferimento del paziente (auspicabilmente 24 h prima della dimissione).	COT
12	Comunicazione al paziente del trasferimento	La struttura inviante comunica al paziente il trasferimento.	Struttura inviante
13A	Organizzazione del trasferimento	Nel caso in cui il paziente non rifiuti le cure e il trasferimento viene demandato alla COT, la COT organizza e coordina il trasferimento del paziente, con mezzi non propri.	COT
13B	Comunicazione alla COT dell'avvenuta dimissione	Nel caso in cui il trasferimento è a carico del privato, alla COT viene comunicata l'avvenuta dimissione	Struttura inviante

Figura 16: Attività del workflow transizione Ospedale - Struttura di ricovero territoriale (es. RSA) (3/4)

ID	Attività	Descrizione	OWNER
14	Monitoraggio avvenuta dimissione e trasferimento	La COT monitora l'avvenuta dimissione dalla struttura ospedaliera di provenienza e il trasferimento del paziente.	COT
15	Notifica presa in carico del paziente	La struttura ricevente notifica la COT dell'esito della transizione.	Struttura ricevente
16	Registrazione avvenuta presa in carico e chiusura richiesta	La COT registra la presa in carico del paziente e chiude la pratica.	COT

Figura 17: Attività del workflow transizione Ospedale - Struttura di ricovero territoriale (es. RSA) (4/4)

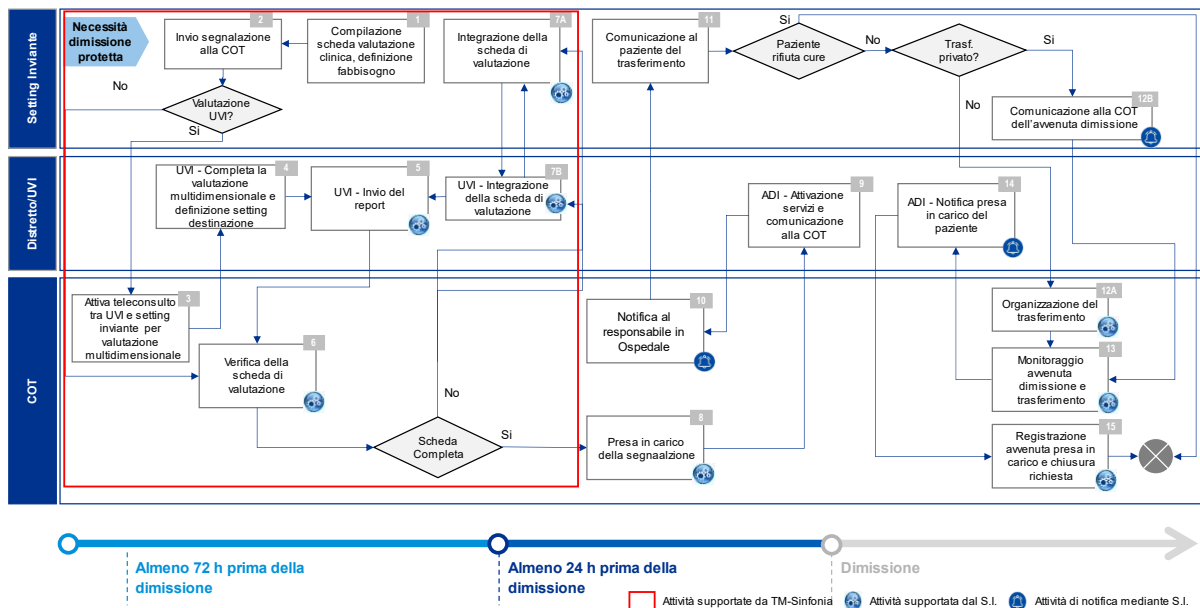


Figura 18: Workflow transizione Ospedale - ADI

ID	Attività	Descrizione	OWNER
1	Compilazione scheda valutazione clinica, definizione fabbisogno	Il responsabile del setting inviante, avendo necessità di trattare una dimissione protetta, compila la scheda di valutazione clinica del paziente e la definizione del fabbisogno (auspicabilmente 72 h prima della dimissione).	Setting inviante
2	Invio segnalazione alla COT	Nel caso in cui il setting inviante ritiene necessario far integrare la valutazione all'UVI invia la segnalazione alla COT per la richiesta di integrazione all'UVI. Nel caso in cui il setting inviante non ritiene necessario far integrare la valutazione all'UVI invia la segnalazione di apertura pratica alla COT	Setting inviante
3	Attiva teleconsulto tra UVI e setting inviante per valutazione multidimensionale	La COT organizza e attiva il teleconsulto tra l'UVI distrettuale e la struttura ospedaliera inviante per l'integrazione della valutazione del paziente.	COT
4	UVI-Completa valutazione multidimensionale e definizione setting destinazione	L'UVI completa la valutazione multidimensionale del paziente e individua il setting di destinazione appropriato	UVI
5	UVI - Invio del report	L'UVI invia il report alla COT con la scheda di valutazione integrata.	UVI

Figura 19: Attività del workflow transizione Ospedale - ADI (1/4)

ID	Attività	Descrizione	OWNER
6	Verifica della scheda di valutazione	La COT verifica la conformità formale della scheda; se non è andata a buon fine rinvia a struttura ospedaliera dimettente e UVI per integrazione/correzione.	COT
7A	Integrazione della scheda di valutazione	Se la valutazione non è andata a buon fine e le correzioni/integrazioni della stessa sono a carico dell'ospedale, il responsabile della struttura ospedaliera dimettente apporta le opportune correzioni/integrazioni.	Struttura inviante
7B	UVI-Integrazione della scheda di valutazione	Se la valutazione non è andata a buon fine e le correzioni/integrazioni della stessa sono a carico dell'UVI, l'UVI integra la scheda di valutazione restituita dalla COT.	UVI
8	Preso in carico segnalazione	Se la verifica di conformità formale della scheda è andata a buon fine, la COT prende in carico la segnalazione.	COT
9	ADI - Attivazione servizi e comunicazione	L'ADI attiva i servizi e comunica alla COT.	ADI

Figura 20: Attività del workflow transizione Ospedale - ADI (2/4)

ID	Attività	Descrizione	OWNER
10	Notifica al responsabile in Ospedale	La COT notifica l'Ospedale in merito all'imminente trasferimento del paziente (auspicabilmente 24 h prima della dimissione).	COT
11	Comunicazione al paziente del trasferimento	La struttura inviante comunica al paziente il trasferimento.	Setting inviante
12A	Organizzazione del trasferimento	Nel caso in cui il paziente non rifiuti le cure e il trasferimento viene demandato alla COT, la COT organizza e coordina il trasferimento del paziente, con mezzi non propri.	COT
12B	Comunicazione alla COT dell'avvenuta dimissione	Nel caso in cui il paziente non rifiuti le cure e il trasferimento è a carico del privato, la struttura inviante comunica alla COT l'avvenuta dimissione.	Setting inviante
13	Monitoraggio avvenuta dimissione e trasferimento	La COT monitora l'avvenuta dimissione dalla struttura ospedaliera di provenienza e il trasferimento del paziente.	COT

Figura 21: Attività del workflow transizione Ospedale - ADI (3/4)

ID	Attività	Descrizione	OWNER
14	ADI - Notifica presa in carico del paziente	L'ADI notifica la COT dell'avvenuta presa in carico.	ADI
15	Registrazione avvenuta presa in carico e chiusura richiesta	La COT registra la presa in carico del paziente e chiude la pratica.	COT

Figura 22: Attività del workflow transizione Ospedale - ADI (4/4)

4.3.2. Transizione dal Territorio all'Ospedale

Il passaggio dal *setting* territoriale a quello ospedaliero è determinato dall'insorgere di un bisogno clinico-assistenziale a cui non è possibile dare risposta presso il *setting*/la struttura territoriale (es. ADI, RSA...) in cui è preso in carico il paziente; la transizione si svolge in modalità protetta, agevolata dalla

COT. Qualora si parli di un paziente che, in seguito all'insorgere di un bisogno clinico-assistenziale, abbia necessità di una prima presa in carico presso una struttura ospedaliera, sarà il MMG/PLS o medico specialista responsabile del caso a predisporre le condizioni di ricovero, senza intermediare per la COT.

Linee guida processo – Transizione da Territorio a Ospedale

1 Attivazione della COT

- Il ricovero viene richiesto mediante una segnalazione alla COT dal responsabile del setting inviante che ha in carico il paziente, con l'ausilio se necessario dell'UVI. La richiesta di ricovero può essere inoltrata dal MMG/PLS o dai medici che hanno in carico il paziente, attraverso la prescrizione effettuata attraverso il ricettario SSN del MMG/PLS ed inviata alla COT;
- La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche e se necessario, richiede ulteriori integrazioni al setting inviante rispetto al caso clinico.

2 Preparazione della transizione

- La COT accede alle liste di attesa delle strutture ospedaliere e propone al responsabile del setting richiedente la struttura disponibile e provvede ad informare la struttura/setting inviante;
- La COT prenota lo slot in agenda;
- Il setting inviante comunica al paziente/*caregiver* l'imminente trasferimento.

3 Realizzazione della transizione

- La COT monitora la transizione notificando sulla stessa a tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura;
- La struttura ospedaliera di destinazione prende in carico il paziente;
- La COT monitora l'avvenuta presa in carico da parte della struttura ospedaliera di destinazione;
- La COT registra l'avvenuto trasferimento sulla pratica gestita dalla piattaforma COT;
- La COT notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione;
- Nel caso in cui dopo il ricovero in ospedale il paziente avesse bisogno di continuità delle cure sul territorio, la struttura ospedaliera che ha effettuato il ricovero, richiede supporto alla COT (par. 4.3.1. "Transizione dall'Ospedale al Territorio").

4.3.3. Transizione dal Territorio al Territorio

Le esigenze di cura e assistenza di un paziente seguito in *setting*/strutture territoriali possono mutare e richiedere il trasferimento verso un diverso *setting* afferente all'ambito territoriale. In questo caso il *setting* inviante responsabile del caso attiva la COT che si occupa di gestire la transizione del paziente dall'attuale *setting*/struttura al nuovo *setting*/struttura territoriale. Qualora si parli di un paziente che in seguito all'insorgere di un bisogno clinico-assistenziale, abbia necessità di esser preso in carico per la prima volta presso, potrà fare riferimento al MMG/PLS, il quale si occuperà della gestione del paziente per il tramite della COT.

Linee guida processo – Transizione da Territorio a Territorio

1. Attivazione della COT

- Il professionista o il MMG/PLS che ha in gestione il paziente presso una struttura/setting territoriale segnala alla COT la necessità di un trasferimento verso un diverso setting afferente all’assistenza territoriale e notifica ove necessario l’intervento dell’UVI;
- Nel caso di pazienti in assistenza domiciliare, la richiesta di una nuova Valutazione da parte del professionista che ha in cura il paziente, avviene sempre per il tramite della COT, che monitora i tempi di risposta degli utenti coinvolti;
- A seguito della suddetta rivalutazione, l’UVI comunica alla COT il nuovo setting identificato come idoneo per il caso in questione;
- La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche e, se necessario, richiede ulteriori informazioni rispetto al caso clinico e si occupa della gestione e organizzazione e del monitoraggio della transizione verso il nuovo setting/struttura.

2. Preparazione della transizione

- La COT individua la struttura/servizio di destinazione più idonea/o per il caso specifico, tenendo conto di quanto definito dall’UVI, propone al responsabile del setting richiedente la struttura disponibile;
- La COT effettua la prenotazione della struttura territoriale di destinazione individuata o attiva il servizio distrettuale;
- La COT comunica la transizione alla struttura/setting ricevente;
- Il setting inviante comunica al paziente/*caregiver* l’imminente trasferimento.

3. Realizzazione della transizione

- La COT procede all’organizzazione della transizione sul territorio e al tracciamento della stessa;
- La COT monitora la transizione notificando la stessa a tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura;
- La struttura territoriale di destinazione prende in carico il paziente;
- La COT monitora l’avvenuta presa in carico da parte della struttura/servizio territoriale di destinazione a tutti gli attori coinvolti;
- La COT registra l’avvenuto trasferimento sulla pratica gestita dalla piattaforma COT;
- La COT notifica a tutti gli attori coinvolti, compreso il MMG/PLS del paziente, l’esito della transizione.
- Nel caso in cui il paziente avesse bisogno di continuità delle cure in Ospedale, la struttura territoriale che ha effettuato la presa in carico, richiede supporto alla COT (par. 4.2.1.2. “Transizione Territorio - Ospedale”).

5. Monitoraggio delle prestazioni della COT

Il funzionamento del sistema COT verrà monitorato e valutato a livello regionale e a livello di singola ASL. Tramite un set di indicatori applicato a livello di singola COT, si potranno effettuare una serie di analisi per risalire alle tempistiche medie di gestione delle casistiche, alle fasi del processo più critiche o che richiedono una maggior interazione con richiedenti ed erogatori.

È compito del coordinatore infermieristico garantire il corretto funzionamento della COT, supervisionando la gestione e il coordinamento del personale, nonché monitorando le attività e le procedure adottate.

È possibile monitorare, tramite l'utilizzo di KPI, le prestazioni del servizio erogato dalle COT e i benefici che porteranno al singolo cittadino, alla comunità e alla totalità dei *setting* assistenziali. Alcuni degli indicatori da prendere in considerazione sono illustrati nella figura seguente.

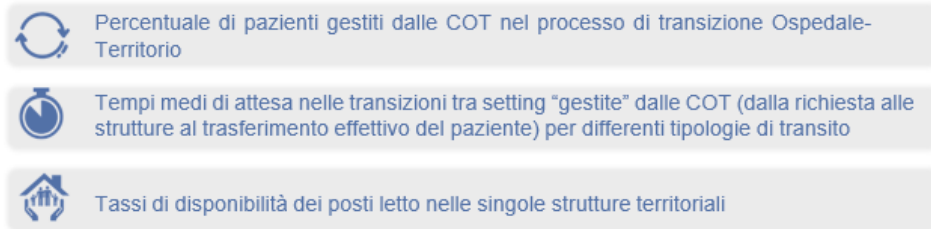


Figura 23: Indicatori KPI per il monitoraggio delle prestazioni della COT