



**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: [asl.rieti@pec.it](mailto:asl.rieti@pec.it)  
[www.asl.rieti.it](http://www.asl.rieti.it) C.F. e P.I. 00821180577

# **IL MODELLO OPERATIVO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI DELLA ASL DI RIETI**

## **Gruppo di Lavoro**

**Dott.ssa M. Vescia** Quality and Operation Manager ASL di Rieti

**Dott.ssa A. Barsacchi** Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie

**Dott. M.C. Totaro** Direttore UOSD ADI

**Dott. M. Pitorri** P.O. Assistenza Infermieristica di Comunità

**Dott. M. Angelucci** Direttore f.f. UOC DMO

**Dott.ssa E. Onorati** Coordinatrice TOH

***DIPARTIMENTO AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (DAPS)***

## INDICE

<b>1</b>	<b>PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>LA COT COME “TORRE DI CONTROLLO” DELLA ASL DI RIETI .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>MODELLO DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO DELLE COT A RIETI .....</b>	<b>6</b>
<b>3.1</b>	<b>PROCESSO.....</b>	<b>6</b>
<b>3.2</b>	<b>MODALITÀ OPERATIVE .....</b>	<b>8</b>
<b>3.2.1</b>	<b>GOVERNANCE OSPEDALIERA .....</b>	<b>8</b>
<b>3.3</b>	<b>GOVERNANCE TERRITORIALE.....</b>	<b>10</b>
<b>3.3.1</b>	<b>COT A .....</b>	<b>10</b>
<b>3.3.2</b>	<b>CENTRALE OPERATIVA DISTRETTUALE COT D .....</b>	<b>21</b>
<b>3.3.3</b>	<b>TRANSITI DISTRETTUALI .....</b>	<b>23</b>

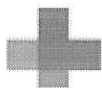
# 1 Premessa

Il presente documento fornisce delle linee guida per il modello operativo delle Centrali Operative Territoriali. 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.

La pandemia da COVID-19 ha portato al centro dell'attenzione la necessità di intervenire e rinnovare alcuni elementi chiave del SSN. La componente 1 della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si focalizza sul rafforzamento dell'assistenza sanitaria e della rete territoriale, tramite la creazione di strutture e presidi territoriali come le Centrali Operative Territoriali (COT), le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali della Comunità (OdC). Secondo la delibera della regione Lazio, per la ASL di Rieti sono previste quattro COT, sette CdC e due OdC.

Tra le risorse del PNRR destinate alla ASL, circa 1,4 €Mln saranno dedicati alla costruzione delle COT, suddivisi in ca. €700.000 per i lavori sulle infrastrutture, ca. €290.000 per l'ICT e interconnessione e ca. €400.000 per le attrezzature elettromedicali (tabella dettagliata in Annex). I requisiti strutturali e tecnologici delle COT, ripresi dal DM77, le linee guida Agenas e il DGR n.64, prevedono la dotazione di una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendali (SIATESS), software di accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

La necessità di realizzare un'assistenza sanitaria di prossimità sempre più sviluppata assume particolare importanza in località come la provincia di Rieti, dove, a causa di una conformazione territoriale prevalentemente montuosa, l'erogazione dei servizi sanitari diventa difficoltosa, specialmente ai cittadini dei comuni più interni, numerosi e difficilmente raggiungibili.



## 2 La COT come “Torre di Controllo” della ASL di Rieti

La COT della ASL di Rieti dovrà svolgere la funzione di coordinamento della *transitional care* e raccordare i servizi e professionisti sanitari e sociali sul territorio. In particolare, svolgerà le seguenti funzioni:



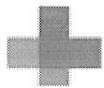
L'obiettivo principale della singola COT è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, erogando i seguenti servizi:

- 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 tra diversi luoghi o livelli clinico assistenziali;
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete;
- monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso strumenti di telemedicina.
- soggetti esterni alla COT che contemplano l'utilizzo di standard di interoperabilità consolidati anche in ambito sanitario.

Per svolgere tali funzioni la COT è dotata di uno strumento tecnologico: la piattaforma condivisa Ospedale-Territorio, che permette di rilevare il fabbisogno di salute, verificare le disponibilità dei professionisti e delle strutture sul territorio, visualizzare in tempo reale il trasferimento dei pazienti e informare tutti gli attori coinvolti nel processo.

L'implementazione dell'infrastruttura informatica a supporto delle COT dovrà, a livello logico-funzionale, mettere a disposizione degli operatori presenti nelle COT, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di trattamento dei dati personali e sicurezza, i seguenti strumenti:

- SIATESS;



- la mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale ed ospedaliera, con tutte le informazioni necessarie (es. tipologia e classificazione delle strutture, disponibilità effettiva posti letto/risorse, capacità e modalità di erogazione prestazioni, referenti dei servizi sanitari attivabili, ecc.)
- funzionalità di accesso agli archivi di presa in carico, gestiti a livello aziendale, che forniscono l'informazione di quali servizi sanitari sono attivi per coloro per i quali è richiesta una transizione o è in corso o è stata completata con informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia/caregiver, e stato del soggetto all'interno del setting assistenziale proprio;
- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni di setting assistenziale con informativa sullo stato e sulle caratteristiche delle stesse (ad esempio trasportabilità paziente, necessità di presidi, necessità di accompagnamento), con possibilità di effettuare programmazione delle transizioni e di ricevere alert a fronte di eventuali scostamenti;
- Il sistema di ricezione e invio notifiche integrato con il cruscotto delle transizioni.
- L'elemento cardine è il potenziamento delle integrazioni delle infrastrutture a livello regionale, e in esso viene sottolineato come la disponibilità di un insieme di dati pertinente e non eccedente sia elemento abilitante per:
  - l'interoperabilità tra aziende (ad esempio con l'eventuale presa in carico distribuita tra più aziende, la trasmissione di richieste verso servizi cross-azienda);
  - il monitoraggio in tempo reale su scala regionale (tramite strumenti di Business Intelligence).

L'architettura di riferimento proposta per il sistema informatico a supporto della COT adotta un **approccio event-driven** ed è stata individuata sulla base di tre direttrici principali che derivano dalle funzioni che questa deve svolgere. Queste direttrici sono:

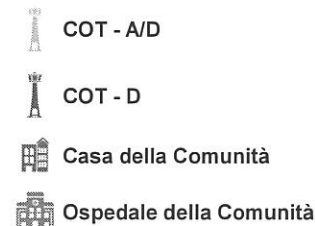
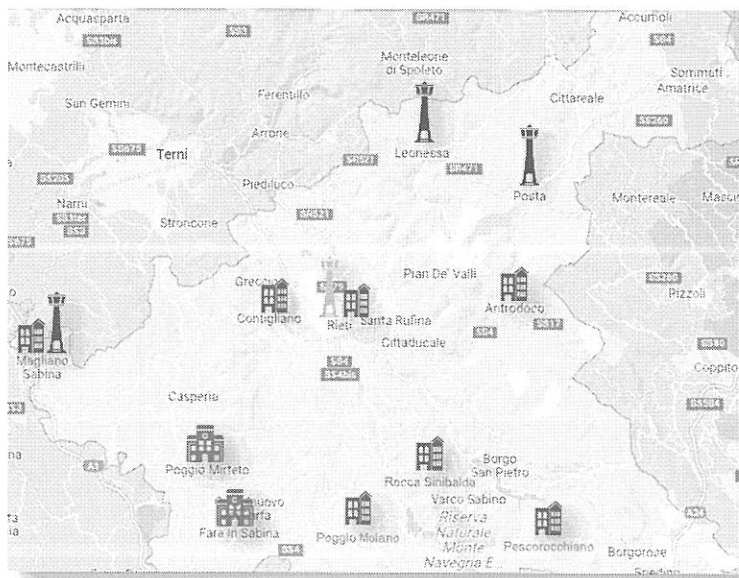
- sistemi con cui la COT deve interfacciarsi (anagrafica strutture, anagrafica pazienti...) per ottenere le informazioni necessarie a governare le transizioni di setting assistenziali (posti letto, capacità di erogazione prestazioni per le strutture territoriali, fabbisogni individuali derivanti dalla storia clinica del paziente, presenza di supporto socio-assistenziale, ecc.);
- livello di interfacciamento (inter-distrettuale, inter-aziendale, inter-regionale): quello proposto è un livello di interfacciamento almeno inter-aziendale, e quindi regionale, con informazioni che vengono scambiate in modalità near real-time;
- modalità di interoperabilità con i soggetti coinvolti nei processi relative alle funzioni svolte dalla COT.

### 3 Modello di Erogazione del Servizio delle COT a Rieti

Le COT sono costruite sulla base di un modello organizzativo volto al coordinamento della presa in carico del paziente e il raccordo dei servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali offerti nell'area Reatina.

Le 4 COT di Rieti sono distinte in 1 COT-A e 3 COT-D che si occupano rispettivamente della *transitional care* relativa alle strutture di offerta e servizi su scala operativa aziendale (COT-A) e alle strutture di offerta e servizi su scala operativa distrettuale o inter-distrettuale (COT-D). In particolare:

- La COT-A è situata a Rieti e si occupa principalmente della gestione delle transizioni tra strutture di offerta sanitaria diverse, prioritizzando le attività relative alle dimissioni ospedaliere e in presidi della rete ospedaliera regionale;
- Le 3 COT-D, situate a, Magliano Sabina, Leonessa e Rieti (in seguito verrà spostata a Posta) si occuperanno della gestione della rete di prossimità, con particolare attenzione alle dimissioni complesse, organizzando gli accessi in regime ambulatoriale, alle cure intermedie e domiciliari.



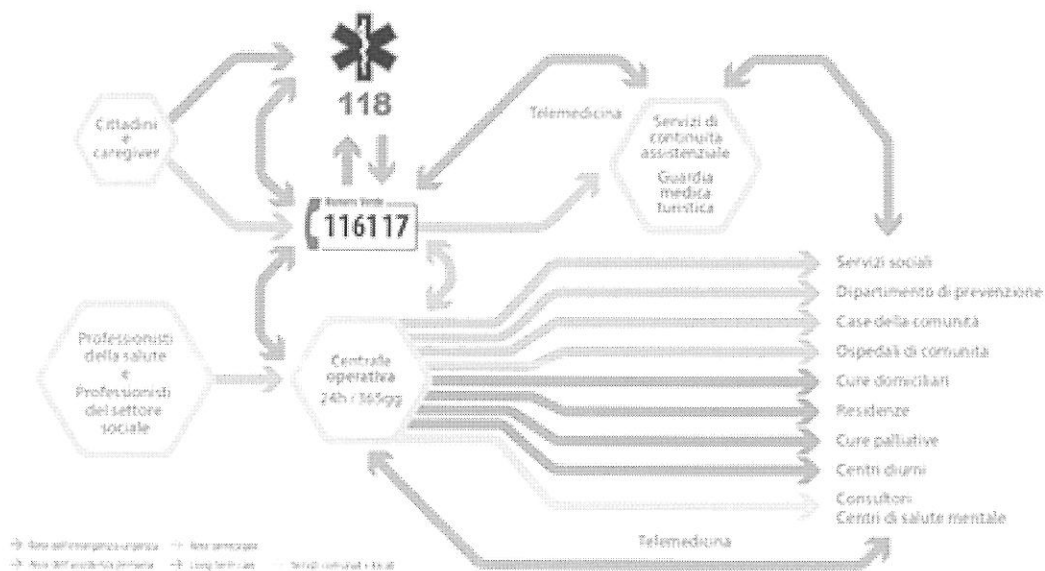
#### 3.1 Processo

Il pilastro organizzativo della rete territoriale e della sua interconnessione con le altre reti è rappresentato dalle centrali operative territoriali, con funzione di coordinamento e raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, dalle case della comunità e gli ospedali di comunità, ai centri di assistenza domiciliare e centri per la prevenzione, ai centri di salute mentale, consultori e centri veterinari. L'obiettivo è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza,

attraverso un servizio rivolto primariamente a operatori sanitari e sociosanitari del distretto, da cui dipende.

La realizzazione dovrà avvenire in coerenza con un modello organizzativo che tenga conto anche di quanto già previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2016, nonché con gli ulteriori impegni europei per l'attivazione del numero unico europeo per le cure mediche non urgenti 116117.

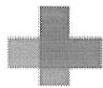
La centrale operativa regionale 116117 costituisce un punto di riferimento con bacino di utenza da 1 a 2 milioni di abitanti, o comunque a valenza regionale, in grado di garantire al cittadino informazioni sull'offerta dei servizi territoriali nonché sulle modalità di accesso ad essi. Questa sarà a sua volta in contatto con le centrali operative territoriali di competenza, con la rete ospedaliera e soprattutto con la rete dell'emergenza-urgenza per deviare i casi di competenza verso i percorsi più appropriati. Le sue funzioni non si sovrappongono a quelle delle centrali operative territoriali ma potenziano i nodi di coordinamento per saper rispondere prontamente e in modo affidabile anche ai bisogni informativi dell'utenza.



Il concetto di cure intermedie risulta pressoché inscindibile da quello di cure di transizione (*transitional care*): queste rappresentano l'insieme delle misure attuate al fine di assicurare la continuità delle cure e di evitare la perdita di informazioni al momento del cambio di setting, sia nel passaggio da una struttura per acuti a una di cure intermedie, sia nel momento della dimissione al domicilio. Gli interventi di transizione delle cure iniziano durante la degenza, attraverso la pianificazione precoce della dimissione, l'educazione al caregiver, la ricognizione e riconciliazione terapeutica, il contatto con il medico curante. La *transitional care* passa poi attraverso la programmazione del follow-up (ambulatoriale o telefonico) e attraverso un eventuale passaggio in strutture di cure intermedie.

Tale modello, mettendo al centro i bisogni del paziente, prevede:

- coinvolgimento del paziente,



- coinvolgimento del caregiver,
- gestione della complessità,
- riconciliazione terapeutica,
- educazione del paziente ed educazione del caregiver,
- benessere del paziente e benessere del caregiver,
- continuità di cura e assistenza.

## 3.2 Modalità operative

La COT interviene nella gestione dei processi di transizione, per tutti gli assistiti del suo territorio con bisogni clinico assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e cronici ad alta complessità, sia tra servizi in setting di offerta diversi sia nel passaggio da un livello clinico assistenziale all'altro anche all'interno dello stesso setting.

Il modello organizzativo proposto presenta degli snodi operativi in cui confluiscono le attività:

- Governance Ospedaliera con istituzione del Team Operativo Ospedaliero (TOH),
- Governance territoriale attraverso la presenza di:
  - Centrale Operativa Territoriale a valenza aziendale (COT-A);
  - Centrale Operativa Territoriale Distrettuale (COT-D).

Ogni snodo opera secondo una logica di presa in carico precoce del bisogno assistenziale in tutte le sue espressioni e variazioni.

### 3.2.1 Governance Ospedaliera

Il Team Operativo Ospedaliero (TOH) è il servizio dedicato alla gestione di tutti i flussi ospedalieri di ricovero e dimissione e al governo dei processi assistenziali e informatizzati che regolano l'accesso o il rientro da altri setting assistenziali.

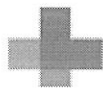
Inoltre, il TOH è uno dei nodi del sistema organizzativo ospedaliero la cui funzione è quella di facilitare attuare ed integrare le attività di valutazione sanitaria e sociale degli utenti ricoverati in collaborazione con le UU.OO. ospedaliere, con i servizi socio-sanitari coinvolti nelle transizioni dal setting ospedaliero alla post-acuzie o alla rete dell'assistenza territoriale.

Le attività del TOH quali quelle di discharge management rappresentano la base per la pianificazione e facilitazione delle dimissioni di utenti con fragilità e complessità sociosanitaria verso le strutture territoriali il cui completamento e coordinamento è di competenza della COT A con cui il TOH interagisce in maniera strutturata e sistematica anche tramite piattaforme informatiche. Quindi costituisce l'interfaccia tra l'ospedale e la Centrale Operativa Territoriale.

La composizione del TOH è la seguente:

- un coordinatore;





- un team di professionisti (medici ospedalieri, infermieri, assistenti sociali) con competenze cliniche, gestionali e relazionali che li rendono figure di riferimento per la facilitazione del percorso assistenziale del paziente.

Il team Operativo Ospedaliero coordina le attività di gestione del flusso di ricovero attraverso le seguenti modalità:

- attività di coordinamento con i responsabili dei flussi delle UU.OO. di PS e di ricovero;
- monitoraggio e interventi sui ritardi di avvio procedure o dimissioni;
- gestione trasferimenti intraospedalieri ed esterni per cambio setting;

Le attività di discharge management del TOH comprendono:

- la ricezione della segnalazione precoce della dimissione complessa da parte delle UU.OO. degenza tramite la compilazione di schede di valutazione con scale di inquadramento del bisogno sociale entro 24 ore dal ricovero;
- la ricezione della rivalutazione del bisogno sempre ad opera del personale delle UU.OO. tramite le schede ad ogni modifica dello stato di salute e almeno una settimana prima della dimissione;
- la presenza giornaliera del TOH nelle UU.OO. per facilitare l'individuazione di pazienti complessi con dimissione difficile supportando le attività di valutazione;
- il supporto del TOH alle UU.OO. nell'avvio delle pratiche burocratico amministrative necessarie alle dimissioni verso RSA;
- il controllo da parte del TOH della completezza delle richieste di dimissione soprattutto in caso di attivazione delle cure domiciliari e contestuale verifica della continuità farmacologica e protesica;
- l'attivazione da parte del TOH delle UVMO con garantita la presenza dell'Assistente sociale;
- la valutazione del paziente da parte del TOH per dimissione verso RSA con attivazione UVMO e corretto inserimento dati clinico assistenziali e sociali in sistema regionale SIRA per la restituzione del setting assistenziale RSA appropriato;
- invio da parte del TOH delle richieste di dimissione per inserimento in strutture territoriali alla COT A previo controllo della completezza e correttezza delle stesse;
- invio alle COT D di residenza del paziente delle richieste di dimissione con attivazione delle cure domiciliari;
- invio alla COT D di richieste di attivazione telemonitoraggio;
- invio alla COT D di richieste di attivazione ambulatori cronicità per inserimento in percorsi/PDTA;
- invio alla COT D di richieste di attivazione IFeC;
- invio alla COT D di richieste di attivazione U.C.A. Distrettuale (Unità di Continuità Assistenziale: Medico e Infermiere).

Processi di integrazione del TOH I principali processi di integrazione del TOH avvengono: **verticalmente** con:

- Direzione Medica Ospedaliera;
- Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

**Orizzontalmente con:**

- COT A/D;
- Dipartimenti e UU.OO. ospedaliere.

### **3.3 Governance Territoriale**

La realizzazione ed implementazione delle Centrali Operative Territoriali risponde a queste esigenze emergenti. La gestione territoriale comprende servizi ed attività di seguito riportate:

- Centrale Operativa Aziendale (COT-A);
- Centrale Operativa Distrettuale (COT-D);
- PUA sociosanitario;
- OdC;
- CAD/ADI;
- UCA;
- Telemonitoraggio.

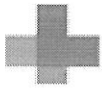
#### **3.3.1 COT A**

La COT A rappresenta l'interfaccia di collegamento nella gestione dei transiti tra strutture di offerta di aziende sanitarie diverse (ad esempio, tra AO e ASL) e di quelli in dimissione dai presidi della rete ospedaliera regionale, pubblici e privati, che afferiscono al territorio delle ASL e che devono essere prioritariamente gestiti nel distretto sociosanitario di residenza del paziente.

La COT A gestisce direttamente l'accesso presso strutture di offerta la cui scala operativa è aziendale: RSA, OdC, Hospice, Riabilitazioni, richieste da Presidi Ospedalieri aziendali o da servizi/strutture territoriali.

Le funzioni della COT-A/D:

- Coordina i transiti dei pazienti tra Servizi e Strutture sanitarie aziendali ed extra aziendali, tra azienda e strutture private e accreditate per facilitare il percorso tra setting diversi per tutti gli assistiti del suo territorio con bisogni clinico assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e cronici ad alta complessità e in dimissione dalle strutture di ricovero;
- Funge da interfaccia con le omologhe COT-A;
- Gestisce la lista d'attesa centralizzata distinta per setting assistenziale, per assicurare l'equità di accesso: RSA, Hospice, Ospedale di Comunità, Riabilitazione Territoriale;
- Collabora all'esercizio della funzione di committenza della ASL sia verso erogatori pubblici che privati accreditati, secondo organizzazione aziendale;
- Coordina le richieste di cambio setting per pazienti in carico alla rete di assistenza territoriale;
- Coordina le richieste di rientro in Ospedale per prestazioni programmate per utenti fragili/complessi,



- Monitorizza i tempi di fruizione dei servizi erogati e verifica la qualità delle prestazioni/servizi erogati;
- Riceve da parte del TOH le richieste di dimissione verso le strutture territoriali e ne completa il processo inserendo i pazienti nei setting appropriati tenendo conto della priorità definita dai criteri di composizione della lista unica di accesso;
- Collabora con i TOH/team dedicati alla rete dei trasporti aziendali o interaziendali non in emergenza;
- Promuove percorsi formativi per gli operatori delle COT, del TOH, dei presidi ospedalieri, dei distretti e dipartimenti;
- Condivide con le COT D e con le strutture distrettuali ed ospedaliere eventualmente interessate le indicazioni provenienti dal CR-COT;
- Richiede periodicamente l'aggiornamento dell'anagrafe dei Servizi/Strutture presenti sul territorio aziendale, anche per facilitazione dei processi comunicativi.

**I principali processi di integrazione della COT-A avvengono:**

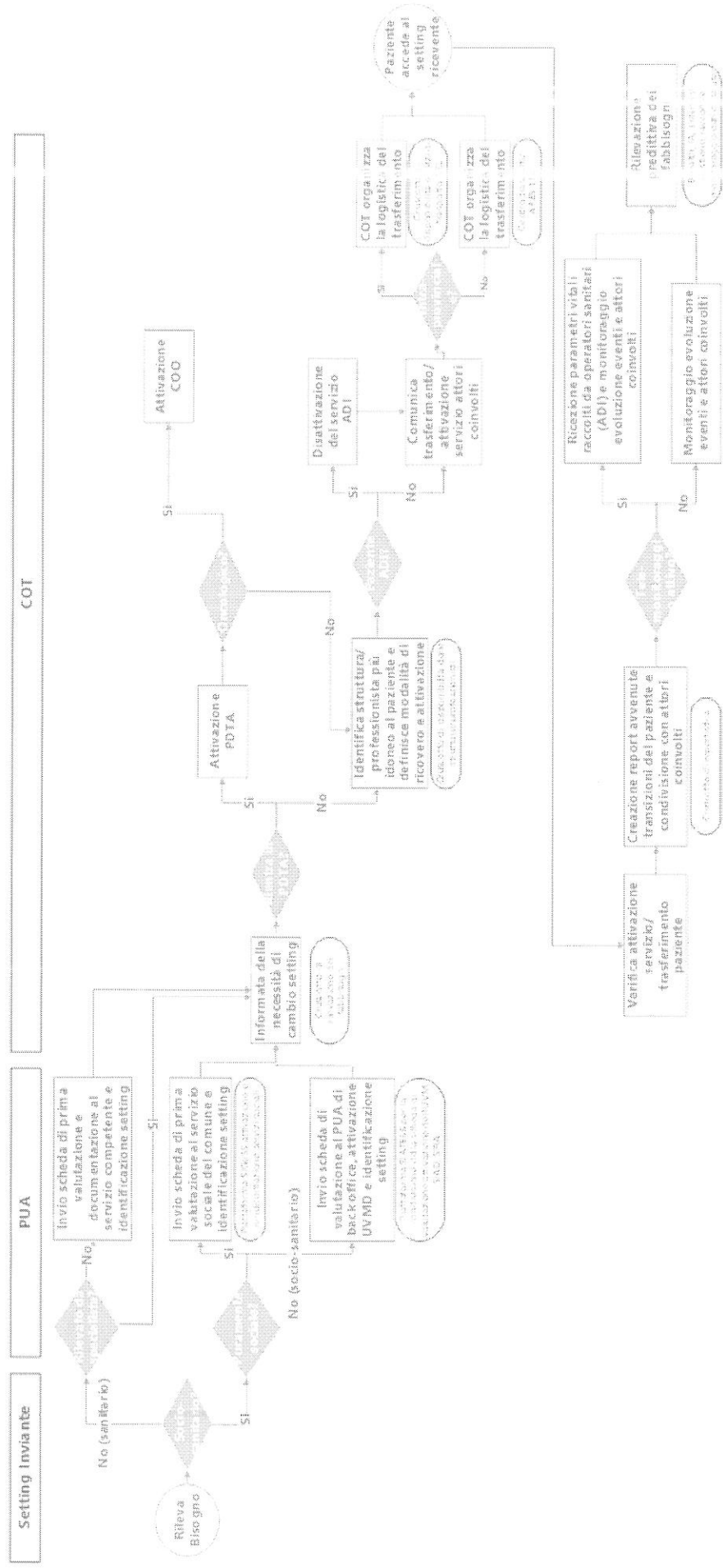
- verticalmente e funzionalmente con il CR-COT;
- orizzontalmente con:
  - COT-A di altre ASL;
  - COT-D aziendali;
  - TOH dei presidi ospedalieri aziendali;
  - NEA 116117;
  - Dipartimenti ospedalieri;
  - Dipartimenti Territoriali e Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali.

La Popolazione target della COT-A è rappresentata da:

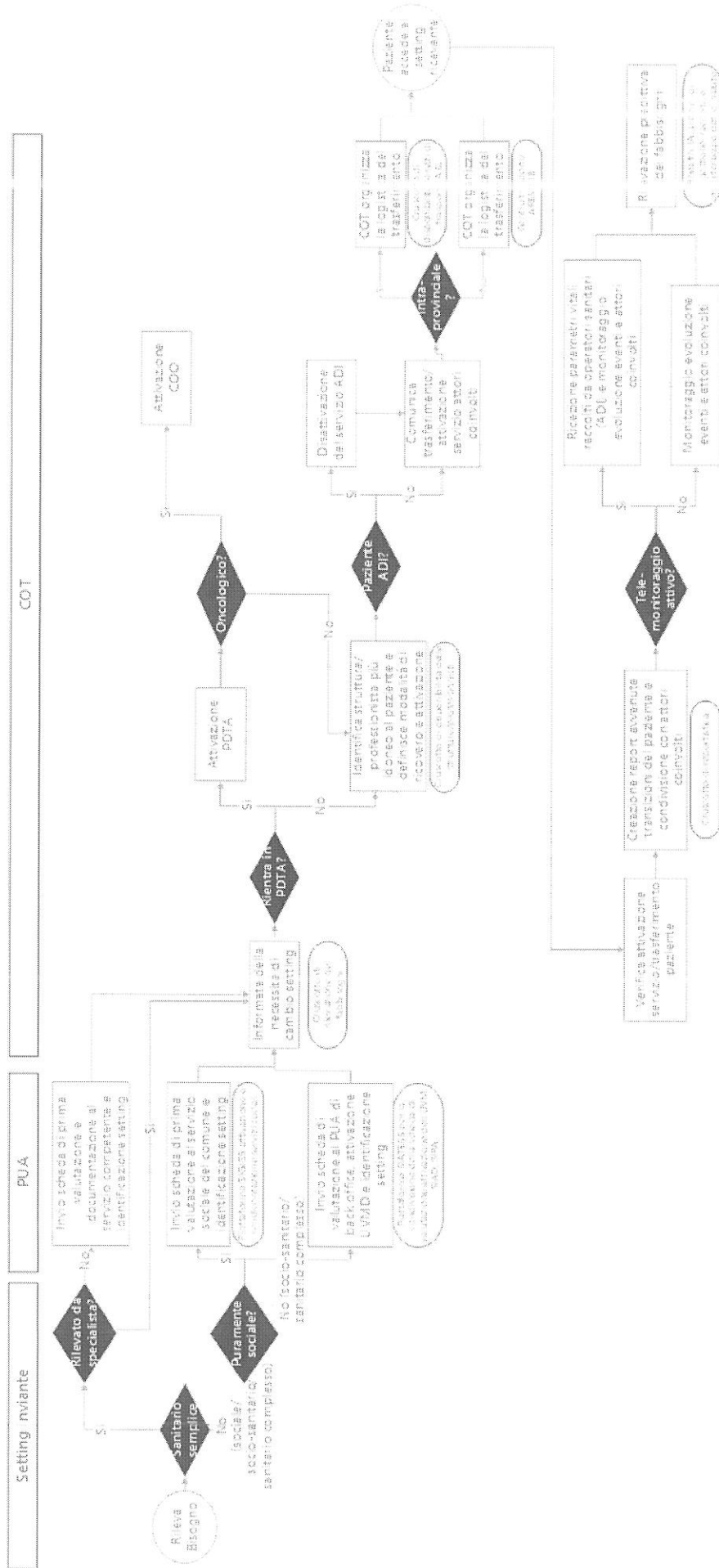
- utenti non autosufficienti, in stato di fragilità sociale e/o complessità clinico assistenziale;
- utenti con patologie croniche ad alta complessità, diversificate per stadiazione e ricomprese in specifici PDTA;
- utenti stessa categoria segnalati dal NEA 116117.

Strumenti e piattaforme informatiche di gestione transiti: applicativi regionali o aziendali.

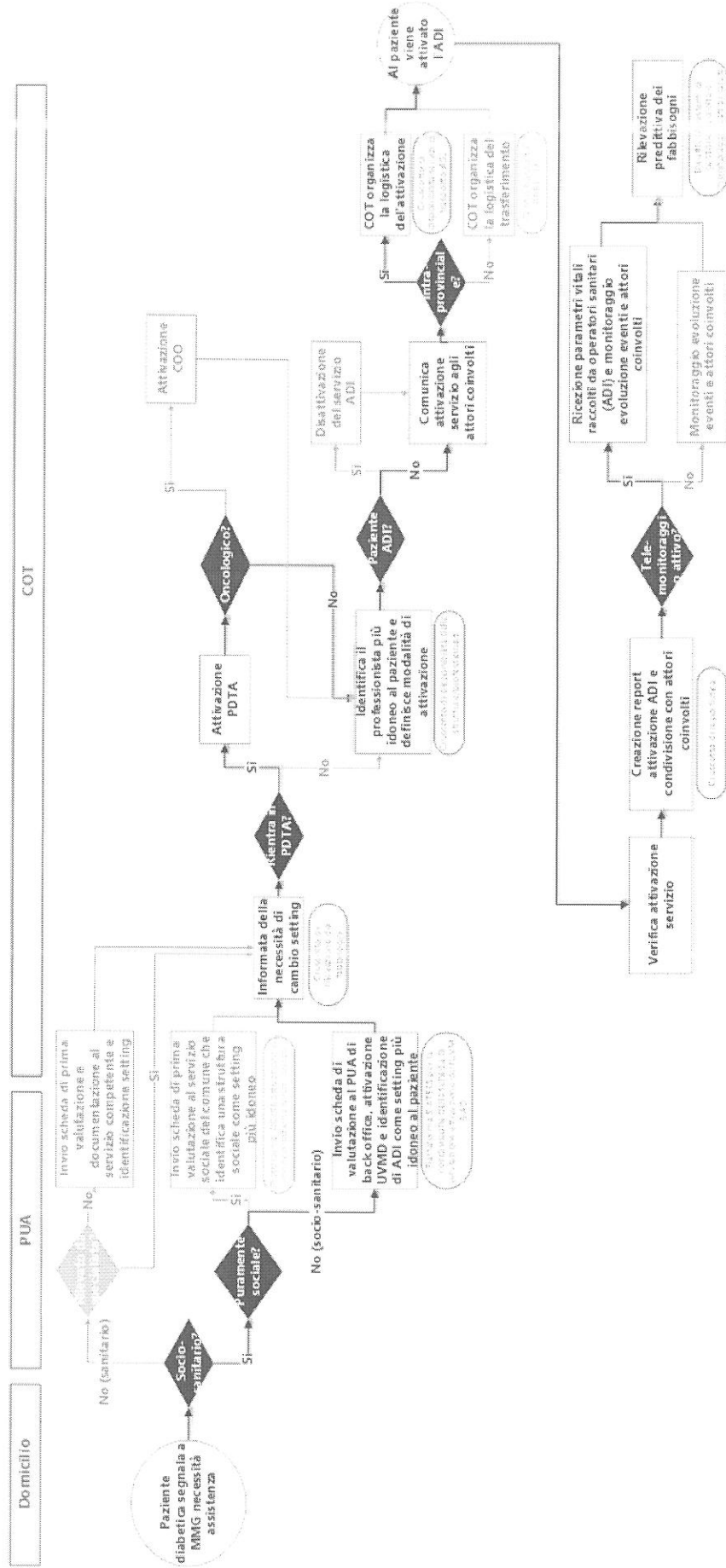
## Il ruolo di PUA e COT nelle varie transizioni dal setting inviante a quello ricevente



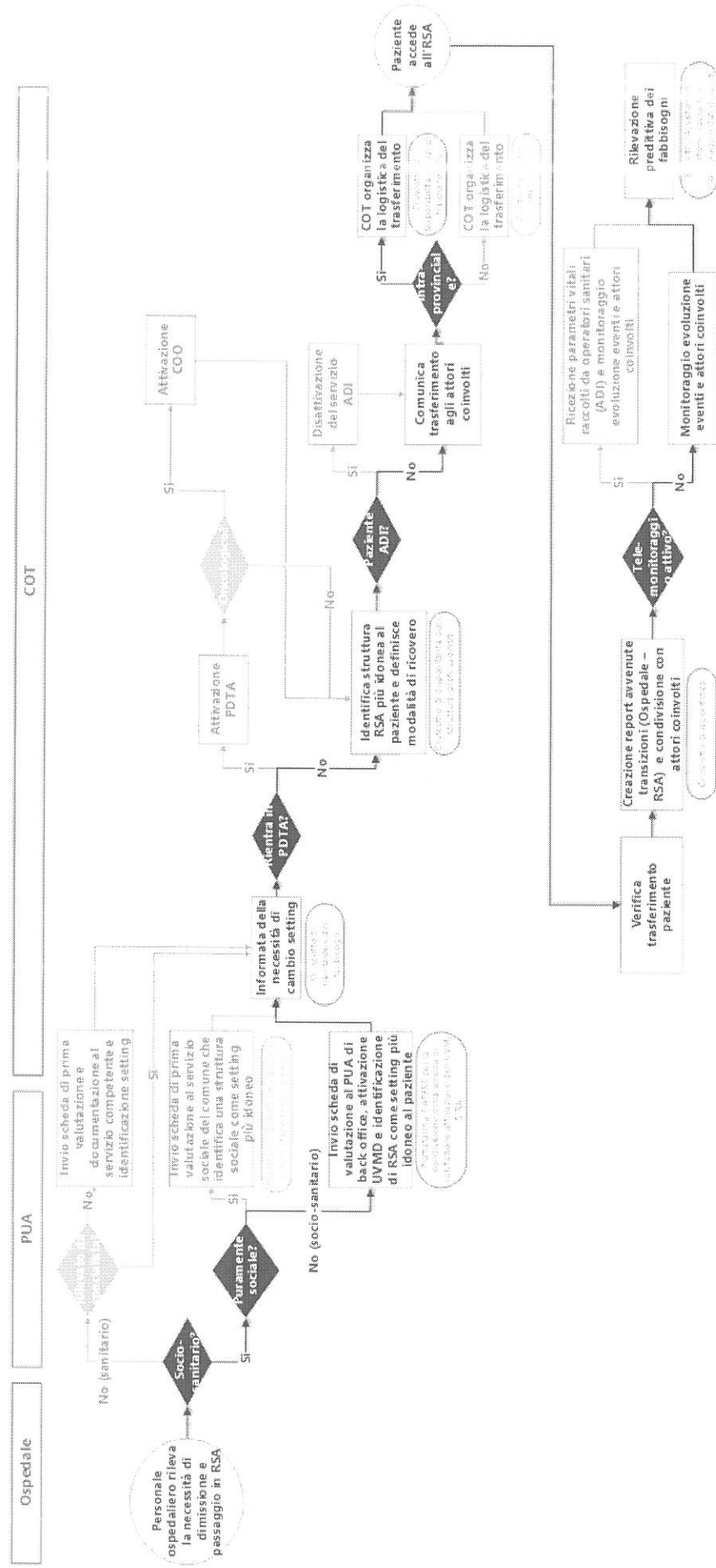
### Il ruolo di PUA e COT nelle varie transizioni dal setting inviante a quello ricevente



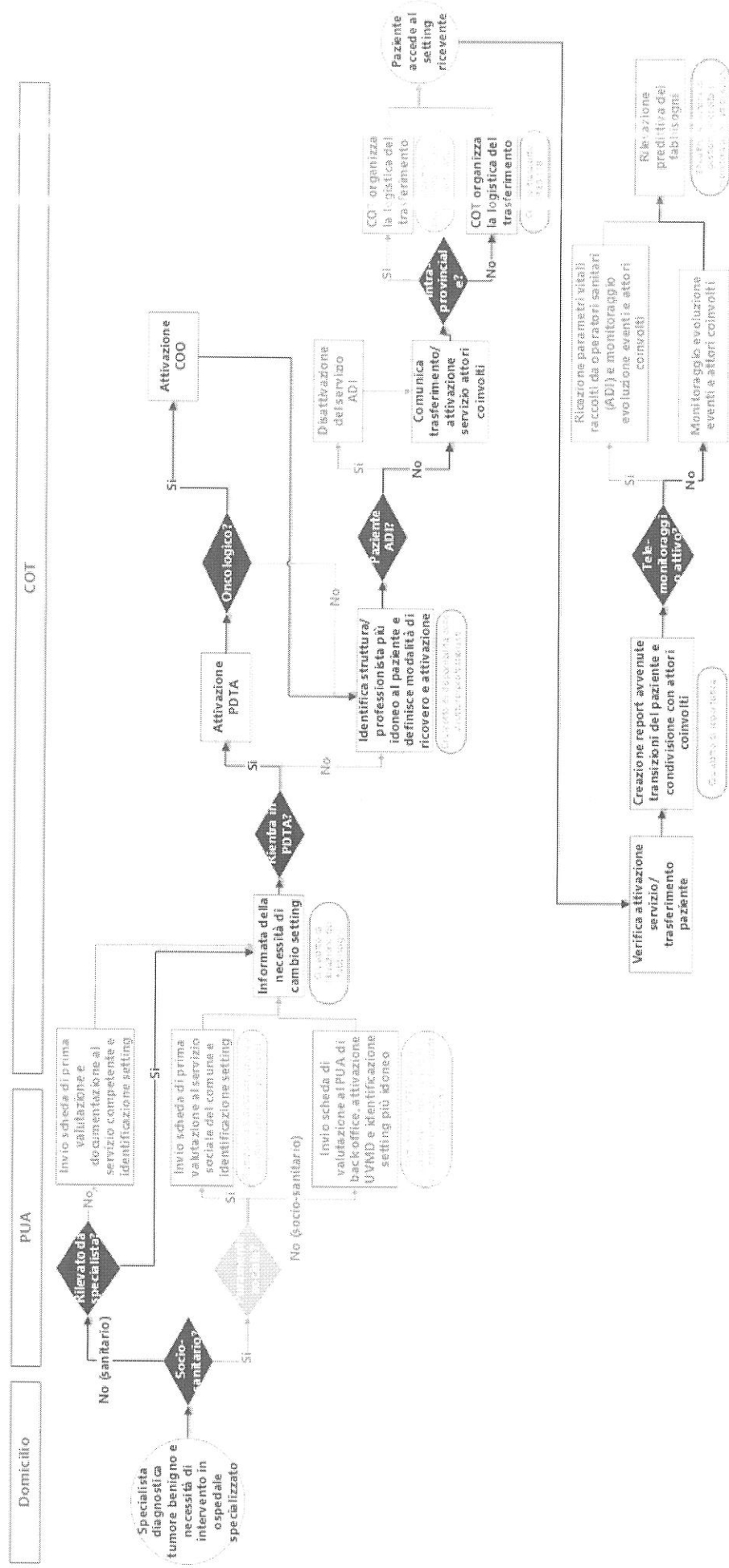
### Transizione Territorio – Territorio: dal domicilio all’attivazione dell’ADI



### Transizione Ospedale – Territorio: dall'ospedale a RSA



Transizione Territorio – Ospedale: dal domicilio ad Ospedale extra-provinciale





### 3.3.1.1 Processi di Transizione

La COT-A:

- riceve da TOH, COT-D, dal PUA e dalla Centrale NEA comunicazione/richieste di nuovi setting assistenziali o modifiche degli stessi dell'utente/paziente residente, al fine di provvedere al completamento del percorso assistenziale assegnando la struttura appropriata.
- Riceve dalle omologhe COT A delle altre aziende sanitarie le richieste di presa in carico dei pazienti residenti ricoverati in strutture insistenti sui territori di altre ASL del Lazio o di altre Regioni per l'attivazione dei percorsi assistenziali di competenza.
- monitora:
  - i trasferimenti, e la relativa tempistica nei setting di post-acuzie medica, riabilitazione intensiva e riabilitazione estensiva territoriale;
  - i tempi di attesa per l'accesso alle Residenze Sanitarie Assistenziali per ciascun livello assistenziale insistenti sul territorio di competenza;
  - i tempi di presa in carico da parte degli Hospice (domiciliare/residenziale);
- analizza eventuali criticità nei flussi aziendali ed extra aziendali anche in relazione alle strutture private e accreditate e le segnala qualora di competenza, al CR-COT per le opportune azioni correttive o di miglioramento.

#### 1. Richiesta inserimento di utente in "RSA" da strutture di ricovero e da territorio

La COT-A riceve le richieste di inserimento in RSA riferite ai pazienti residenti nel territorio aziendale in dimissione da strutture di ricovero o provenienti dal territorio già valutati per l'eleggibilità da parte di TOH/PUA/UVMD competenti e corredati da autorizzazione all'accesso ottenuta tramite il sistema SIRA.

Nello specifico la COT A riceve:

- dai TOH dei presidi ospedalieri la richiesta di inserimento in RSA per utenti ricoverati in fase di dimissione, previa valutazione del paziente tramite UVMO ed inserimento dati nel sistema informatico regionale SIRA per l'elaborazione del setting appropriato;
- riceve richieste da COT D di riferimento delle Strutture territoriali pubbliche o private accreditate richiedenti un cambio setting;
- riceve richieste dalle COT-D su indicazione del MMG/PLS;
- riceve richieste dai PUA;
- riceve richieste di valutazione in delega dalle COT-A di aziende extra ASL per utenti residenti ricoverati nelle stesse, valuta il caso, autorizza le valutazioni e le reinvia ai richiedenti, infine le inoltra al PUA di residenza del paziente per il proseguo di competenza.

Accertate l'idoneità della richiesta la COT A inserisce il paziente nella lista unica d'accesso secondo i criteri di priorità stabiliti e previa scelta del familiare provvede ad assegnare la struttura disponibile;

- inserisce i dati di presa in carico nel software dedicato;
- informa il PUA e la COT-D di residenza dell'assistito dell'inserimento dello stesso nella struttura RSA assegnata per la necessaria rivalutazione e per il proseguo delle pratiche amministrative e fiscali.

## 2. **Richiesta inserimento di utente in "Hospice" da strutture di ricovero e da territorio**

La COT-A riceve le richieste di attivazione Hospice residenziale e domiciliare per utenti residenti nel territorio aziendale già valutati per l'eleggibilità da parte del team competente e conseguente autorizzazione all'accesso al sistema delle Cure Palliative e le inserisce nella lista unica di accesso.

Le richieste su modulo regionale pervengono via email:

- dal TOH dei Presidi Ospedalieri Aziendali e dalle COT- A dei presidi ospedalieri extra-Aziendali e strutture di ricovero private accreditate in caso di dimissione;
- da COT D di riferimento delle Strutture territoriali private accreditate richiedenti un cambio setting;
- dalle COT-D su richiesta del MMG/PLS.

La COT-A:

- inserisce i dati di presa in carico nel software dedicato;
- inserisce la richiesta di Hospice nella lista unica d'accesso secondo specifici criteri di priorità e successivamente le strutture hospice procedono alla presa in carico;
- comunica alla COT-D e al PUA di residenza del paziente la struttura assegnata.

## 3. **Richiesta inserimento di utente in "Strutture Riabilitative"**

La COT-A riceve le richieste di inserimento in strutture riabilitative per utenti residenti nel territorio aziendale in dimissione da strutture di ricovero o provenienti dal territorio già valutati per l'eleggibilità da parte dei medici specialisti competenti e corredati da autorizzazione all'accesso in riabilitazione.

Setting riabilitativi:

- COD.56;
- COD.60;
- COD.28;
- COD.75;
- Riabilitazione Estensiva e di mantenimento territoriale (ex art. 26).

Le richieste su modulo regionale pervengono da:

- TOH dei Presidi Ospedalieri Aziendali e dalle COT- A dei presidi ospedalieri extra-Aziendali e strutture di ricovero private accreditate in caso di dimissione;
- dalle COT-D su richiesta del MMG/PLS previa valutazione del solo specialista per setting ambulatoriali e domiciliari e dell' UVM in caso di setting residenziali e semiresidenziali per utenti adulti che pediatrici (solo ex art. 26).

La COT-A:

- inserisce il paziente nella lista unica d'accesso secondo i criteri di priorità stabiliti e provvede ad assegnare la struttura disponibile;
- in caso di codici 28 e 75, constatata l'indisponibilità di P.L. nelle strutture specialistiche, chiede l'intervento del Coordinamento Regionale COT inoltrando ad esso la richiesta di accesso;
- contatta quotidianamente le strutture riabilitative aziendali ed extra aziendali per verifica disponibilità posto letto;
- inserisce i dati di presa in carico nel software dedicato sia in itinere sia a completamento del percorso.

#### **4. Richiesta attivazione Cure Domiciliari/Equipe itineranti/UDI da strutture di ricovero aziendali e extra aziendali**

La COT-A riceve le richieste di attivazione delle Cure Domiciliari/Equipe itineranti/UDI per utenti residenti nel territorio aziendale in fase di dimissione già valutati per l'eleggibilità a domicilio da parte dei Teams competenti. Le richieste di dimissione con CAD pervengono:

- dal TOH dei Presidi Ospedalieri Aziendali e dalle COT- A dei presidi ospedalieri extra-Aziendali e strutture di ricovero private accreditate in caso di dimissione;
- la COT-A inoltra le richieste tramite il sistema attualmente in uso CAD Online secondo la procedura aziendale implementata; in futuro, con l'attivazione delle COT-D, inoltrerà le richieste a queste ultime in base alla residenza deli assistiti;
- La COT A contestualmente all'attivazione delle cure domiciliari, informa il MMG/PLS dell'assistito.
- la COT-A inserisce i dati di presa in carico nel software dedicato.

## **5. Richiesta inserimento di utente in “Ospedale di Comunità” da strutture di ricovero e da territorio**

La COT-A riceve le richieste di inserimento in Ospedale di Comunità per utenti residenti nel territorio aziendale in dimissione da strutture di ricovero o provenienti dal territorio già valutati per l'eleggibilità da parte dei medici specialisti competenti.

Le richieste potranno pervenire:

- dal TOH dei Presidi Ospedalieri Aziendali previa valutazione con scala MEWS e IDA e accettazione del MMG dell'assistito o suo sostituto in caso di paziente di altro Comune/Distretto;
- dalle COT-D su richiesta del MMG/PLS;

La COT- A inserirà il paziente nella lista unica d'accesso secondo i criteri di priorità stabiliti e provvede ad assegnare la struttura disponibile favorendo la prossimità e procederà con informare la COT-D di residenza dell'assistito dimesso dall'ospedale dell'inserimento dello stesso nella struttura per l'avvio delle pratiche amministrative legate alla presenza degli MMG che accedono agli OdC da parte dei Distretti.

## **6. Utenti “NON” RESIDENTI Transito di utenti ricoverati nelle strutture di ricovero aziendali o domiciliati nel territorio aziendale ma non residenti**

Le richieste su modulo dedicato pervengono da:

- TOH dei Presidi Ospedalieri Aziendali e dalle COT- A dei presidi ospedalieri extra-Aziendali e strutture di ricovero private accreditate in caso di dimissione;
- in caso di utente dimesso dalle strutture aziendali, la COT A inoltra la richiesta di attivazione cure domiciliari all'omologa COT A di residenza dell'assistito.
- In caso di utente domiciliato sanitario (o altro motivo) nel territorio aziendale, la COT A procede ad inoltrare le richieste attualmente al CAD; in futuro, con l'attivazione delle COT-D, inoltrerà le richieste a queste ultime in base alla residenza deli assistiti e contestualmente informa il MMG/PLS dell'assistito domiciliato.
- La COT-A inserisce i dati di presa in carico nel software dedicato.
- TRANSITI “Socio Sanitari complessi”: utenti SENZA residenza.

7. **Transito di pazienti SENZA residenza (senza fissa dimora italiani e stranieri; non residenti: stranieri irregolari; stranieri comunitari; stranieri non comunitari; utenti senza documenti.) da ospedale al territorio o da territorio verso le strutture tramite PUA, PIS, associazioni di volontariato.**

In caso di paziente dimesso da ospedali aziendali il TOH effettua le seguenti attività:

- valutazione della fragilità/complessità sanitaria e sociale del paziente;
- Richiesta valutazione sociale al Servizio Sociale Ospedaliero;
- Attivazione Distretto di competenza per segnalazione caso e attivazione procedura per richiesta residenza fittizia al Comune individuato ed assegnazione codice ENI/STP; ➤
- Segnalazione al PUA di presunta residenza del paziente e richiesta di valutazione in back office del caso con UVM sanitaria e sociale;
- Attivazione UVM ospedaliera e identificazione del setting assistenziale appropriato.
- la COT A riceve la richiesta di inserimento in struttura UDI/ ADI/ RSA o Riabilitazione e ricerca il posto letto per l'assegnazione della struttura corrispondente al setting richiesto (lista unica d'accesso),
- interagendo contestualmente con il PUA della Asl del Comune ove ricondotto il paziente con residenza fittizia.
- La COT A inserisce i dati di presa in carico nel software dedicato

### **3.3.2 Centrale Operativa Distrettuale COT D**

La COT D distrettuale è incardinata nei Distretti Socio Sanitari e opera all'interno delle Case di Comunità ed in ogni caso è con esse integrata almeno funzionalmente e collabora direttamente con gli IFeC e con tutti i servizi di presa in carico del territorio tramite l'attivazione di percorsi già definiti e con le seguenti strutture e servizi:

- ADI e CAD;
- Ambulatori infermieristici di Comunità (PDTA);
- Ambulatorio di Prevenzione (DPP);
- Ambulatori del DSM;
- Consultorio (percorsi specifici per adolescenti, per donne, per coppie);
- Percorso Disabilità T.O.B.I.A/D.A.M.A;
- Unità di Continuità Assistenziale (U.C.A.);
- Ambulatori Specialistici (specialisti patologie croniche);
- Assistenza Protesica;
- UCP MMG/PLS;

- Ambufest;
- Guardia Medica;
- Associazioni di Volontariato;

La COT-D, quale strumento distrettuale, è una funzione interna alla rete dei servizi territoriali non direttamente contattabile dai pazienti. La relazione con il paziente prioritariamente gestita dai professionisti (MMG, specialisti, infermieri, ecc.) o dalle strutture dedicate (ad esempio il PUA, NEA 116117- CAD).

Gli operatori della COT (indicati nel DM 77/2022) possono contattare il paziente e la sua famiglia solo in casi specifici, quali ad esempio l'approfondimento del quadro informativo sul contesto familiare e sociale se indispensabili per la gestione della transizione.

Funzioni della COT D:

- Coordina i transiti dei pazienti tra Servizi sanitari aziendali territoriali non di ricovero per facilitare il percorso tra setting diversi per gli assistiti del suo territorio con bisogni clinico assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e cronici ad alta complessità e in dimissione dalle strutture di ricovero verso domicilio con Cure domiciliari;
- Rappresenta l'interfaccia con le omologhe COT-D;
- Rappresenta l'interfaccia con la COT-A per le richieste di cambio setting per pazienti in carico alla rete di assistenza territoriale del Distretto di appartenenza;
- Rappresenta l'interfaccia con la COT-A per le richieste di rientro in Ospedale per prestazioni programmate per utenti fragili/complessi del Distretto di appartenenza;
- richiede periodicamente l'aggiornamento dell'anagrafe dei Servizi/Strutture presenti sul territorio aziendale, anche per facilitazione dei processi comunicativi;
- riceve richieste di attivazione di servizi distrettuali da PUA, MMG, PLS, CAD, RSA, Hospice, Riabilitazioni, COT-A, TOH, DSM, DPP, Medici Specialisti, Consultori, Ambufest

I principali processi di integrazione della COT-A avvengono:

- verticalmente con: COT-A;
- funzionalmente con: PUA;
- orizzontalmente con:
  - COT-D aziendali;
  - TOH dei presidi ospedalieri aziendali;
  - NEA 116117;
  - Dipartimenti Territoriali e Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali.

### 3.3.3 Transiti Distrettuali

Le richieste pervengono:

- dal MMG (scheda dedicata con campi specifici);
- dal medico specialista territoriale (scheda dedicata con campi specifici);
- dal TOH (richiesta del medico di U.O. che dimette); (
- dal PUA (accesso del cittadino- segnalazione Enti Locali);
- dal PAT (intercettazione pz. cronico con episodio di riacutizzazione) (scheda dedicata con campi specifici).

La COT-D:

- inserisce i dati socio anagrafici e tutti i dati relativi allo stato del paziente;
- invia la richiesta all'ambulatorio specifico nel distretto di residenza del paziente;
- Segnala il paziente all'IFeC che svolge attività di valutazione del pz., promozione e controllo dell'aderenza alle indicazioni terapeutiche e monitoraggio della compliance nel follow up.