

Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

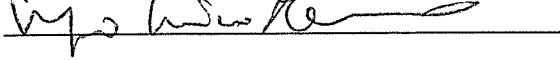
DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 375 DEL 22.08.2024

OGGETTO: PNRR M6 C2 - 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT). Target PNRR M6C1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti" - Requisiti obbligatori per la compilazione della check-list a supporto dell'ingegnere Indipendente. **Modello organizzativo di funzionamento delle COT.**

STRUTTURA PROPONENTE: Dipartimento Cure Primarie

PROPOSTA N. 402 DEL 22 Agosto 2024

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(TPO Infermieristico Dr. Vincenzo Lucio Mancuso)



IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA
(Dott. Ercol Marchica)



VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

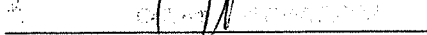
() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

() Autorizzazione n. _____ del _____

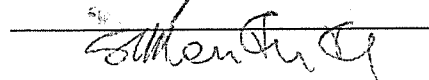
C.E.

C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)



IL DIRETTORE UOC SEF e P.
(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)



RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

22.08.2024

L'anno duemilaventiquattro il giorno VENTIDUE del mese di AGOSTO
nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodiceci, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.310/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, [acquisito il parere del Direttore Sanitario, dott. Emanuele Cassarà,

nominato con delibera n. 376 del 22/02/2023 e s.m.i.,] con l'assistenza del Segretario verbalizzante

DOTT.SSA PERESA CINQUE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata. IN ASSENZA DI PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO DIMESSOSI IN DATA 24/08/2024

PROPOSTA

Il Direttore del Dipartimento Cure Primarie e dell'integrazione socio sanitaria, DOTT. ERCOLE MARCHICA

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

VISTO il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che ha istituito il Dispositivo per la ripresa e resilienza;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Governo, trasmesso il 30 aprile alla Commissione Europea e definitivamente approvato il 13 luglio 2021, con Decisione di esecuzione del Consiglio Europeo, che comprende la Missione numero 6, dedicata alla Salute;

Visto il decreto del Ministro della Salute del 20/01/2022 che determina la ripartizione programmatica delle risorse del "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" (PNRR) e del "Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari" (PNC), destinate alla realizzazione di interventi a regia del Ministero della Salute, a favore dei Soggetti Attuatori, ossia di Regioni e Province autonome;

VISTO il D.A. n. 406 del 26/5/2022, con il quale l'Assessore della Salute della Regione Siciliana, in aderenza ai contenuti dello Statuto Regionale, ha approvato il Piano Operativo Regionale (POR) della Regione, composto, tra l'altro, da 750 Schede intervento, nelle quali sono riportate le informazioni anagrafiche e finanziarie di ciascun intervento, le relative modalità attuative, il cronoprogramma e le milestone e i target stabiliti;

VISTO il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) sottoscritto dal Ministro della Salute e dal Presidente della Regione Siciliana in data 30.05.2022, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 - Componenti 1 e 2 - e dal PNC - di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), punto 2, del decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, di competenza della Regione Siciliana, sulla scorta del relativo POR;

VISTO il D.A. della Regione siciliana n. 564/GAB del 28/07/2022, con cui gli Enti del Servizio Sanitario Regionale sono autorizzati allo svolgimento di specifiche attività finalizzate alla realizzazione degli interventi in base alla relativa competenza territoriale;

VISTO il D.A. dell'Assessorato della Salute n. 664/22, quale provvedimento di delega all'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, per lo svolgimento di specifiche attività finalizzate alla realizzazione degli interventi in base alla relativa competenza territoriale.

Vista la delibera n.58 del 11/01/2024 avente per oggetto: Costituzione del Gruppo Lavoro Locale (GLL) PNRR e designazione del coordinatore dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento.

Vista la nota 11972 del 11 Marzo 2024 a firma dei Dirigenti Generali DASOE e DPS avente per oggetto: "Convenzione AGENAS-Regione Sicilia Predisposizione Piani Operativi per realizzazione delle strutture in attuazione del DM 77: CdC-OdC-COT;

VISTA la delibera n. 1068 del 30/05/2024 "Adozione piani attuativi Centrali Operative Territoriali (COT) –Case della Comunità (CDC) Ospedali di Comunità (OdC) – Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento"

Ritenuto necessario di dover proporre, con il presente atto, l'approvazione del "modello organizzativo di funzionamento della COT — Centrale Operativa Territoriale";

dover ottemperare, entro il termine concesso dall'Assessorato della Salute — Dipartimento per la Pianificazione Strategica — Struttura per l'attuazione del PNRR e PNC — Missione 6, alla trasmissione dell'atto deliberativo unitamente all'allegato modello organizzativo di che trattasi

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

PRENDERE ATTO del documento indicato in premessa e inerente il "modello organizzativo di funzionamento della COT — Centrale Operativa Territoriale"

TRASMETTERE il presente atto e l'"Allegato A", che ne costituisce parte integrante e sostanziale, all'Assessorato della Salute — Dipartimento per la Pianificazione Strategica — Struttura per l'attuazione del PNRR e PNC — Missione 6 — indirizzandolo alla mail pnrr.dps@regione.sicilia.it e all'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it, al fine di rendere disponibile la documentazione all'Ingegnere indipendente individuato per l'esame istruttorio;

NOTIFICARE il presente atto a tutti i componenti del gruppo locale di lavoro costituiti con atto deliberativo n.58 del 11/01/2024 nonché a tutti i direttori dei DD.SS.BB., al direttore del Dipartimento Amministrativo, al direttore UOC Provveditorato, direttore UOC Risorse Umane, Direttore UOC SEF, direttore UOC AA.GG., direttori sanitari dei PP.OO., dirigente RSPP, dirigente risk management, e pertanto

Che l'esecuzione della deliberazione verrà curata dall'Ufficio Speciale PNRR

Di munire la deliberazione della clausola di immediata esecuzione

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore del Dipartimento Cure Primarie

(Dott. Ercole Marchica)

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VIENE ESPRESSO

Parere _____

Data _____

Il Direttore Sanitario

Dott. Emanuele Cassarà

DIMESSO IN DATA 24/02/2024

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Ercole Marchica (Direttore del Dipartimento Cure Primarie che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Sanitario; *ddt Marchica*

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Ercole Marchica (Direttore del Dipartimento Cure Primarie.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodice

Il Segretario verbalizzante

Ufficio Stes. e Controllo di Gestione

Dott.ssa Teresa Cinque



 Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.IVA e C.F. 02570910848 - Tel 0922 442111	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie	Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)			Pagina 1 di 20

Sommario

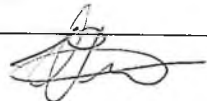
PROPOSTA.....	2
GRUPPO DI LAVORO - REDAZIONE	2
VERIFICA DI CONFORMITÀ.....	2
APPROVAZIONE.....	2
ARCHIVIAZIONE E CUSTODIA	3
REVISIONI	3
Oggetto	3
OBIETTIVI	4
SCOPO	5
CAMPO DI APPLICAZIONE	6
LISTA DI DISTRIBUZIONE PER L'ADOZIONE DEL DOCUMENTO	7
DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI	8
REQUISITI DI SISTEMA COT TIPO.....	8
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	9
ATTIVAZIONE DELLA COT	9
CARATTERISTICHE CENTRALINI	10
PROCESSO	12
Attori segnalanti:	12
Attori esecutori:	12
Gestione delle domande pervenute al PUA	12
Modalità informatica di gestione delle transizioni	12
INFORMATIZZAZIONE	13
Caratteristiche del software PUA/ADI	13
Architettura dell'applicativo	14
I moduli dell'applicativo.....	14
Modulo elenco PAI in attesa di autorizzazione (modulo operativo)	15
Modulo esportazioni (modulo statistico)	15
Modulo stampe (modulo reportistica)	16
FASCICOLO SANITARIO DOMICILIARE ADI	16



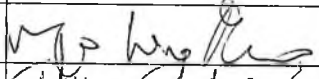
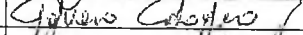
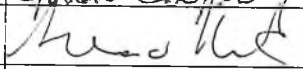
 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale: Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
		Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO FSE - NAR.....	17
Gli operatori delle COT sono stati abilitati all'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), per il recupero e la verifica delle informazioni e la verifica delle avvenute transizioni.	17
Ruoli e funzioni	17
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	18
RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI.....	19
MONITORAGGIO	19
CONSERVAZIONE E ARCHIVIAZIONE	20

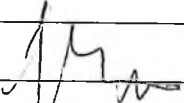
PROPOSTA

Struttura	Responsabile/Direttore Nome e Cognome	Firma
Dipartimento Cure Primarie	Dott. Ercole Marchica	

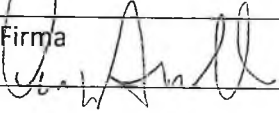
GRUPPO DI LAVORO - REDAZIONE

Struttura	Nome e Cognome	Qualifica - Funzione	Firma
Dipartimento Cure Primarie	Dott. Vincenzo Mancuso	Responsabile Infermieristico GLL	
Dipartimento Cure Primarie	Dott. Calogero Galvano	Infermiere	
U.O.S. Servizi Informatici Aziendali e ICT	Dott. Riccardo Insalaco	Dirigente Analista	

VERIFICA DI CONFORMITÀ

Struttura	Nome e Cognome	Qualifica - Funzione	Firma
UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico	Dott. Maurizio Galletto	Dirigente Medico U.O.S.	

APPROVAZIONE

Macrostruttura	Nome e Cognome	Qualifica - Funzione	Firma
Direzione Sanitaria	Dott. Giuseppe Augello	Direttore Medico UOC	



 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)		Pagina 3 di 20

ARCHIVIAZIONE E CUSTODIA

Macrostruttura	Nome e Cognome	Qualifica - Funzione	Firma
UFFICIO SPECIALE PNRR	Dott. Domenico Vella	Collaboratore Amministrativo	

REVISIONI

Revisione	Data	Codice revisione
Ultima revisione		
Revisione prevista (biennale)		

Modalità e motivazione per la revisione o il mantenimento del documento adottato:

☐ **Immodificata** rispetto al Documento adottato

☐ **Modificata** rispetto al Documento adottato per:

☐ **Intervenute modifiche organizzative:**

motivazioni specifiche : _____

☐ **Intervenute modifiche Normative interne ed esterne (Leggi, Decreti, Circolari, Regolamenti)**

motivazioni specifiche : _____

☐ **Intervenute modifiche delle evidenze scientifiche (Protocolli, Linee Guida, Buone Pratiche Clinico-Assistenziali)**

motivazioni specifiche : _____

Oggetto

La Centrale Operativa Territoriale (COT) prevista dal PNRR rappresenta un modello organizzativo innovativo distrettuale, che svolge funzioni sia di coordinamento della presa in carico della persona che di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi settings assistenziali: attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.



 Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570950846 - Tel 0922 442111	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie	Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)			Pagina 4 di 20

L'attività della COT è rivolta a tutti gli attori del sistema sanitario e sociosanitario, che possono richiederne l'intervento: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici ospedalieri e altri professionisti sanitari e sociali presenti nei servizi distrettuali, nonché personale delle unità di offerta sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari, di cure intermedie e dei servizi sociali comunali.

Le COT dell'ASP di Agrigento sono state attivate in data 25/06/2024 e sono pienamente operative sul software aziendale

OBIETTIVI

La COT assicura continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria ed assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi settings assistenziali (transizione tra i diversi settings: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale, riguardo le attività e i servizi distrettuali;
- monitoraggio dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina.

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

La COT realizza il "Transitional Care Model" attraverso la funzione di accompagnamento e programmazione delle attività di cura nei diversi settings assistenziali, con particolare attenzione alla rete delle cure intermedie e socio-sanitarie. Con la presa in carico, si propone al paziente il setting di cura più appropriato, accompagnandolo nelle transizioni secondo un processo step up, volto a implementare le cure territoriali e intermedie, riducendo le ospedalizzazioni e l'inappropriatezza delle prestazioni.

L'accompagnamento dei pazienti e dei loro caregivers lungo il processo di fruizione dei servizi delle cure intermedie o ospedaliere, consentirà di rilevare feedback sulla salute percepita e sulla qualità dei servizi erogati. L'interoperabilità organizzativa orientata in rete, supportate da strumenti digitali complementari ed integrati costituirà il cruscotto operativo della COT.



	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)			Pagina 5 di 20

L'ambito territoriale di riferimento è quello dell'ASP di Agrigento, comprende n°42 comuni, per una superficie di 3.043 Km2, con una popolazione complessiva di 412.932 (al 31.12.2022) abitanti e con una densità abitativa pari a 135,68 per Km2, con una minore densità nelle aree collinari della provincia.

L'ASP è suddivisa in 7 Distretti Sanitari di Base : Agrigento, Bivona, Casteltermini, Canicattì, Licata, Ribera e Sciacca.

L'Azienda ha individuato, 4 Aree di riferimento per la realizzazione delle COT, ciascuna delle quali comprende territori comunali appartenenti a diversi Distretti Socio-Sanitari come da tabella:

Tabella 1		
Sede	Distretti	Popolazione
Agrigento Via Esseneto, 10	Agrigento-Casteltermini	160.507
Canicattì Via Pietro Micca ,36	Canicattì	79.706
Licata via Santa Maria snc	Licata	57.081
Ribera via Circonvallazione snc	Ribera-Bivona-Sciacca	115.638

SCOPO

La COT realizza il "Transitional Care Model" attraverso la funzione di accompagnamento e programmazione delle attività di cura nei diversi setting assistenziali, con particolare attenzione alla rete delle cure intermedie e socio-sanitarie. Con la presa in carico, si propone al paziente il setting di cura più appropriato, accompagnandolo nelle transizioni secondo un processo Step up, volto a implementare le cure territoriali e intermedie, riducendo ospedalizzazioni e l'inappropriatezza delle prestazioni. L'accompagnamento dei pazienti e dei loro caregiver lungo il processo di fruizione dei servizi delle cure intermedie o ospedaliere, consentirà di rilevare feedback sulla salute percepita e sulla qualità dei servizi erogati. L'interoperabilità organizzativa orientata in rete, supportate da strumenti digitali complementari ed integrati costituirà il cruscotto operativo della COT.

La procedura operativa propone una ipotesi di percorso assistenziale trasversale che consente, attraverso un ruolo di coordinamento e monitoraggio, di raccogliere e strutturare le informazioni relative alla presa in carico, alla transizione e al trasferimento di pazienti cronici e fragili

Lo scopo è quello di garantire primariamente la "prossimità di cura" e la "presa in carico", secondo il nuovo modello di assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, specialmente nei confronti dei soggetti "fragili", anziani e con bisogni complessi, migliorando la qualità dell'offerta sanitaria territoriale.



 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 371-92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data:22.08.2024 N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)		Pagina 6 di 20

CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura operativa si applica a tutte le 4 Centrali Operative Territoriali dell'ASP di Agrigento, così come indicate nella Tabella 1, nonché a tutte le strutture e macrostrutture dell'ASP di Agrigento, ai servizi e ai professionisti sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali operanti al di fuori dell'ASP di Agrigento che richiedono di avvalersi del modello operativo del "Transitional Care", al fine di avviare un cambio di setting assistenziale nell'ambito della nuova Rete territoriale dell'assistenza alla cronicità ed alla fragilità, con l'obiettivo di gestire la transizione nell'ambito del territorio di competenza di ogni COT, interconnesse per affrontare le transizioni tra i vari territori dell'ASP.

Comuni serviti dalle COT		Tabella2
COT Agrigento Via Esseneto, 10		
Distretti	Comuni	
Agrigento	Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte, Santa Elisabetta, Sant'Angelo Muxaro, Siculiana. Cammarata, Casteltermini, San Giovanni Gemini.	
Casteltermini		
COT	Canicatti Via Pietro Micca ,36	
Distretto	Comuni	
Canicatti	Camastra, Campobello di Licata, Canicatti, Castrofilippo, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa.	
COT Licata	Via Santa Maria snc	
Distretto	Comuni	
Licata	Licata e Palma di Montechiaro.	
COT di Ribera	Via Circonvallazione snc	
Distretti	Comuni	
Ribera	Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula. Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di Sicilia, Santa Margherita Belice, Sciacca. Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana, San Biagio Platani, Santo Stefano di Quisquina.	
Sciacca		
Bivona		





 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111		Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)			Pagina 8 di 20

- i) Enti Locali ricadenti nel territorio di competenza dell'ASP Agrigento, Enti Accreditati, distribuzione a cura del Dipartimento Cure Primarie ed integrazione Socio-Sanitaria;

Ogni macrostruttura, così come sopra indicato, avrà cura di distribuire la presente procedura operativa alle articolazioni aziendali interne e alle strutture esterne.

DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
ASP: Azienda Sanitaria Provinciale
C.A.: Continuità Assistenziale
COT: Centrale Operativa Territoriale
DS: Distretto Sanitario DM: Decreto Ministeriale
MMG: Medico di Medicina Generale
PCS: Primary Care System
PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PTA: Presidio Territoriale di Assistenza PTE¹ Punto Territoriale di Emergenza
AO: Azienda Ospedaliera

RSA: Residenza Sanitaria Assistita
CCM: Chronic Care Model
CdC: Casa di Comunità
CSSI: Cartella Socio-Sanitaria Integrata
FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico
OdC: Ospedale di Comunità
PLS: Pediatra di Libera Scelta
PO: Presidio Ospedaliero PPI: Punto di Primo Intervento
PUA: Punto Unico di Accesso
PTE: Presidio Territoriale d'Emergenza
PPI e PPIP: Punti di Primo Intervento Adulti e Pediatrici
TRANSIZIONE: passaggio del paziente cronico tra i diversi modelli di assistenza territoriale (setting), inteso anche come transizione di cure

REQUISITI DI SISTEMA COT TIPO

Personale:

- 1 Coordinatore infermieristico,
- 4-5 Infermieri;
- 1 unità di Personale di Supporto.

In prima applicazione tutto il personale assegnato ha frequentato percorsi formativi specifici per potere adempiere alle funzioni delle COT, in data 04-05 giugno 2024, in una programmazione dinamica che vede continui aggiornamenti in funzione dell'evoluzione operativa secondo le indicazioni dell'Assessorato Regionale alla Salute.(Corso di formazione Allegato 1).

Inoltre agli operatori è stata fornita la documentazione redatta da AGENAS , Quaderni Agenas, e dall'Azienda , e dei Piani Operativi per la realizzazione delle COT in attuazione del DM 77/2022 dell'ASP di Agrigento, che si allegano al presente documento. Allegato 2.

L'organizzazione garantisce l'operatività della Centrale Operativa Territoriale 7 giorni su 7 come di seguito descritto.



	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria 121 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)			Pagina 9 di 20

Al fine di consentire l'operatività delle Centrali Operative Territoriali (COT) per almeno 10 ore, nella prima fase di avvio del servizio, l'orario di apertura prevede la presenza di personale dalla ore 7,45 alle ore 18,00 dal lunedì al venerdì, il sabato dalle ore 8,00 alle ore 15,00.

La domenica e i festivi l'apertura delle COT sarà garantito con l'operatività di una centrale operativa attiva interconnessa per tutta l'Azienda, si ribadisce che gli orari di operatività sopra descritti sono stati predisposti esclusivamente nella prima fase di avvio del servizio, in attesa del pieno funzionamento delle strutture territoriali previste dal DM 77/22.

Strumentazione di base

- PC con collegamento in rete per la gestione dei portali informatici aziendali, e del FSE.
- Sistema Telefonico ed e-mail

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La presente procedura operativa definisce il funzionamento attuale della COT nel coordinamento della presa in carico nei cambi setting Territorio - Ospedale - Territorio, relativamente alla domiciliarità (ADI e Cure Palliative) e alla residenzialità (RSA, OdC, Hospice, Suap, CTA, ex art 26 l. 833/78). A seguito della graduale implementazione e integrazione dei sistemi informatici, imprescindibile per il completo funzionamento della COT, si procederà alla revisione dei processi, funzionali all'ampliamento, delle transizioni nei vari setting assistenziali.

ATTIVAZIONE DELLA COT

La COT viene attivata dai professionisti sanitari per i soggetti con bisogni clinico-assistenziali complessi che necessitano di supporto nella transizione tra i vari setting assistenziali (transitional care), al fine di garantire un'assistenza efficace, efficiente ed appropriata in linea con i principi fondanti di tutela della salute, come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, ed al contempo di appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati.

Tutti gli attori coinvolti nel sistema di cura, ossia i professionisti sanitari e socio-sanitari, possono attivare la COT. Come sopra specificato, il Cittadino non può attivare autonomamente la COT, ma esclusivamente per il tramite del medico o assistente sociale di riferimento.

Il PUA rimane il Punto Unico di Accesso dedicato ai bisogni socio-assistenziali e sanitari espressi direttamente dal Cittadino, il quale può rivolgersi, sia in presenza che tramite e-mail al PUA.

L'Attivazione della COT può avvenire attraverso le seguenti modalità:



	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 521-92100 Agrigento - Piva e C.F. 02170930848 - Tel 0922-442111	Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)			Pagina 10 di 20

Telefonica:

- Telefono collegato al centralino: in tutte le 4 COT sono stati attivati i numeri di telefono collegati ai centralini, altresì, in tutte le 4 COT sono stati attivati i numeri di telefono fisso;
- E-Mail in tutte le 4 COT sono state generate le mail Aziendali dedicate;

Contatti e MAIL (vedi Tabella 3):

Tabella 3			
COT	e-mail	Numeri telefonici collegati ai centralini:	Numeri telefonici fissi:
Agrigento	cot.agrigento@aspaq.it	0922/407612	0922/407943
Canicattì	cot.canicatti@aspaq.it	0922/733704	0922/733436
Licata	cot.licata@aspaq.it	0922/869126	0922/869518
Ribera	cot.ribera@aspaq.it	0925/562252	0925/562407

CARATTERISTICHE CENTRALINI

La soluzione prevede il sistema equipaggiato per gestire le 4 sedi COT in cui in ognuna sono stati previsti 4 Softphone BcsBar per gli operatori sanitari.

I softphone su PC consentono facilmente di attivare conferenze fino a 4 partecipanti esterni (ampliabile). Le chiamate verso ADI, Case della Comunità, Medici di Medicina Generale, ecc... possono essere effettuate con un click ricercando il numero nella rubrica o nella Buddy list (elenco personale dei contatti più frequenti).

Le chiamate in ingresso vengono accolte da un servizio IVR di gestione chiamate in attesa.

L'applicazione è predisposta ad essere integrata con applicativi di gestione Sanitaria per effettuare le chiamate con un click direttamente dalla maschera dell'applicativo sanitario e per consentire agli operatori di assegnare ad un determinato codice paziente le chiamate in entrata ed uscita registrate.

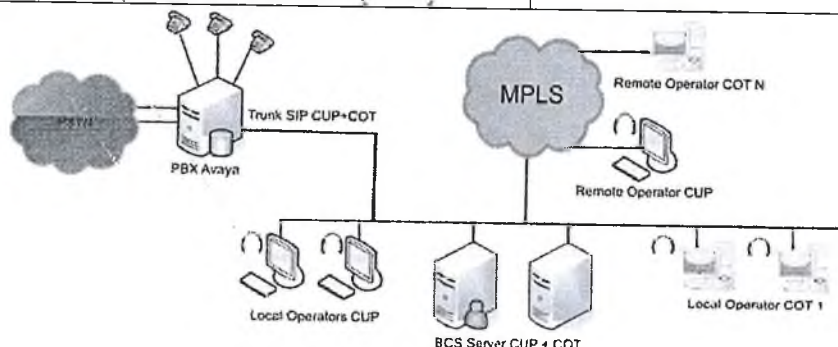
Per le chiamate in ingresso/uscita delle sedi COT sono previsti dei canali Trunk SIP verso il PBX per chiamate in/out verso la rete Pubblica e altri canali Trunk SIP per chiamate in/out verso gli interni presenti su sistema.

La piattaforma COT è installata su due macchine fisiche in modo da garantire la ridondanza a caldo.

L'architettura semplificata del sistema è la seguente:



 Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie	Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)			Pagina 11 di 20

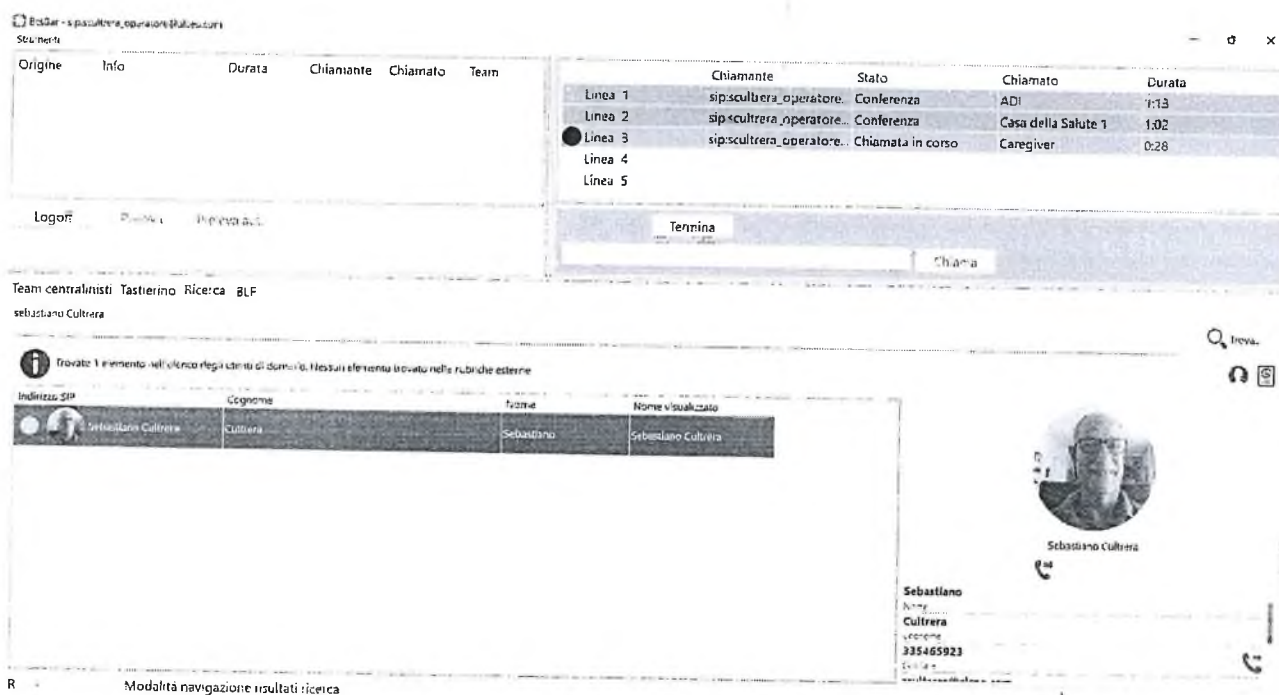


Per gli operatori della COT è previsto l'utilizzo del Softphone Client (BcsBar) con cuffia USB da installare sul PC per effettuare e/o ricevere chiamate.

Il Softphone offre un "telefono" multilinea con la possibilità di attivare facilmente conferenze con più persone, di visualizzare lo stato di "presenza" dei colleghi, di scambiare messaggi istantanei, effettuare chiamate dirette alle strutture esterne inserite in rubrica o nella "Buddy list", visualizzare le chiamate effettuate/ricevute/perse e di registrare le chiamate.

Il softphone su PC può inoltre essere utilizzato dall'esterno tramite un collegamento internet e la VPN (Telelavoro).

Di seguito l'esempio statico dell'interfaccia per il softphone studiata per le COT che viene abbinata ad una cuffia USB da collegare al PC.



Team centralinisti Tastierino Ricerca BLF
sebastiano Cultrera

Trovate 1 elemento nell'elenco degli utenti di dominio. Nessun elemento trovato nelle rubriche esterne

Indirizzo SIP	Cognome	Nome	Nome visualizzato
sebastiano.cultrera	Cultrera	Sebastiano	Sebastiano Cultrera

Sebastiano Cultrera
335465923

Modalità navigazione risultati ricerca



 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922.442111	Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data:22.08.2024 N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)		Pagina 12 di 20

PROCESSO

La COT, come nuovo attore facilitatore del percorso di cura socio-sanitario e socio-assistenziale, si integra funzionalmente con i soggetti già esistenti e con le nuove strutture della Rete Territoriale:

Attori segnalanti:

MMG, PLS, Medici Ospedalieri e delle Unità Territoriali, Enti Locali. Professionisti sanitari e sociali, etc..

Attori esecutori:

COT (Aziendali), PUA, UVM, Professionisti sanitari e sociali per i Setting socio-sanitari

Gestione delle domande pervenute al PUA

Il PUA rimane sempre e comunque il Punto Unico di Accesso ai servizi territoriali, riceve la richiesta del bisogno socio-sanitario e socio-assistenziale dal cittadino (o dal caregiver), svolgendo la sua funzione di FRONT OFFICE (attività di accoglienza, ascolto, decodifica ed orientamento della domanda). Il PUA provvede all'inserimento dei bisogni nell'apposito portale e del seguente invio all'UVM che esprimerà il proprio giudizio sul corretto setting assistenziale al quale il soggetto è destinato.

Modalità informatica di gestione delle transizioni

Al fine di garantire la transizione verso il setting assistenziale appropriato, l'Unità Valutativa si interfaccia con la COT e valuta il bisogno socio-sanitario e assistenziale del paziente

La COT si avvale di sistemi informativi/informatici, interoperabili e integrati con i principali applicativi di gestione aziendali che consentono di coordinare e facilitare il percorso di cure indicato dall'Unità Valutativa.

Ogni operatore COT è profilato, in relazione alle specifiche competenze, per tutti i suddetti sistemi informatici, avendo accesso alle richieste del Distretto di competenza e, ove se ne verificasse la necessità, su più territori. Gli operatori della COT aziendale sono profilati per tutti i sistemi informatici che consentono di avere una visione completa dell'intero territorio provinciale inter-distrettuale.

In questa fase di funzionamento le COT opereranno attraverso i seguenti sistemi informatici:

1. Portale PUA (gestione delle segnalazioni);
2. Sistema intranet - Lavagna letti strutture residenziali (Ospedale di Comunità, RSA, SUAP) in fase di implementazione;
3. Portale Hero Ospedale - Lavagna letti PP.OO. ASP ;



 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321- 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data:22.08.2024 N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)		Pagina 13 di 20

INFORMATIZZAZIONE

La scelta Aziendale dell'utilizzo delle soluzioni informatiche già in uso nell'area territoriale e per la gestione e la presa in carico dei pazienti che in atto usufruiscono delle cure domiciliari, ha permesso un avvio delle COT finalizzato a garantire il sistema di transizione. Tuttavia, nel contesto del piano triennale PA- strategia per la transizione digitale, si sta provvedendo alla migrazione sul Cloud della pubblica amministrazione, PSN, anche dei moduli dedicati all'area di riferimento. Questo processo è in corso di validazione e prevede, tra l'altro, l'ammodernamento e l'evoluzione che a regime prevede l'inserimento di alcune specifiche previste dal DM 77 e dal PNRR. In particolare l'evoluzione, oltre che l'aggiornamento tecnologico, permetterà l'inserimento di moduli che sono orientati all'analisi dei bisogni della popolazione ed a tutte le aree di transizione (consultori familiari, RSA, area della disabilità e di tutte le fragilità).

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento ha in uso un software per la gestione delle :

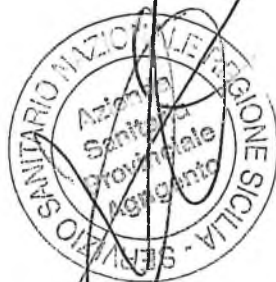
- procedure Sociosanitarie riferite a PUA (Punti unici di Accesso)
- dimissioni ospedaliere protette e facilitate;
- la gestione dei Progetti Personalizzati e Piani Assistenziali associati alla compilazione on-line della Scala di Valutazione Multidisciplinare S.Va.M.A

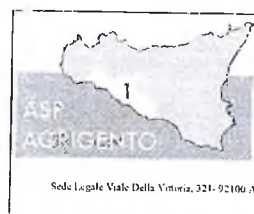
dette attività permettono la presa in carico dei pazienti presso il luogo di cura.

Attraverso l'applicativo attualmente disponibile è stato quindi possibile dotare gli Operatori incaricati delle varie fasi dei percorsi Domiciliari, Residenziali ed Ambulatoriali di credenziali di accesso dotate di livelli autorizzativi diversificati, allo scopo di consentire un'efficace front-office con il cittadino sia a livello informativo che di orientamento ai servizi, di segnalare eventuali richieste agli uffici competenti per mansioni o territorio, di convocare l'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) consentendo l'accesso differenziato alle parti di competenza della scheda S.Va.M.A., l'interfacciamento ai software ospedalieri al fine di consentire la corretta trasmissione dei dati per la dimissione protetta e/o facilitata, nonché la predisposizione di Progetti Personalizzati o Piani Assistenziali indicanti gli obiettivi nel periodo, gli interventi previsti al fine del raggiungimento di tali obiettivi, le prestazioni suggerite.

Caratteristiche del software PUA/ADI

La fruibilità via web/intranet dell'applicativo garantiscono la centralità e la sicurezza dei dati, permettendo di avere in tempo reale un quadro completo della situazione di un paziente. L'organizzazione modulare dell'applicativo permette di comporre le funzioni secondo le specifiche esigenze. L'infrastruttura, basata su un framework, garantisce facilità di utilizzo, sicurezza dei dati ed un elevato grado di personalizzazione delle visualizzazioni degli stessi, della loro struttura e delle autorizzazioni alle quali i dati stessi devono essere sottoposti. Il sistema è integrabile con applicativi di telemedicina, teleconsulto e telesoccorso.



	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 324 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)			Pagina 14 di 20

La profilazione degli utenti permette di agire a diversi livelli, a partire dalla visualizzazione o meno di determinate funzionalità sino ad arrivare alla granularità massima, ovvero a livello di singolo campo.

I client che utilizzano l'applicativo non richiedono l'installazione di alcun componente. E' sufficiente un qualsiasi browser per poter utilizzare il software, essendo l'applicativo cross-browser. Questo garantisce estrema flessibilità di utilizzo da qualsiasi piattaforma.

Architettura dell'applicativo

L'applicativo si suddivide in due principali sezioni: il Front End ed il Back Office.

Il Backoffice

La parte di backoffice è una sezione accessibile solamente agli utenti amministratori. Tramite backoffice è possibile svolgere le funzioni di configurazione e modellazione dell'applicativo, come ad esempio:

- Gestione utenti
- Gestione gruppi di utenti
- Gestione autorizzazioni alle pagine
- Gestione autorizzazioni alle funzioni
- Gestione tabelle e struttura delle stesse
- Gestione dei campi visibili nei form, nelle ricerche e nelle tabelle dei risultati
- Gestione dei valori nelle tendine (campi elenco)
- Gestione tabs e modellazioni

Questa sezione permette di gestire tutte le configurazioni di carattere generale e che tipicamente non sono di frequente utilizzo. Tutte le funzionalità di uso quotidiano sono inserite e opportunamente riservate agli utenti amministratori nella sezione di FrontEnd, per un più rapido accesso.

Il Front End

L'accesso al front end avviene tramite username e password, tramite protocollo HTTP, per garantire la sicurezza dei dati. L'identificazione dell'utente restringe le funzionalità del software stesso alle sole autorizzate per quel profilo, permettendo accessi da parte di diverse figure dell'organizzazione, ognuna con diversi ruoli.

Tramite la configurazioni delle autorizzazioni è possibile spingersi a livelli di personalizzazione elevata, a seconda del profilo dell'utilizzatore.

I moduli dell'applicativo

L'applicativo è strutturato a moduli, strettamente integrati tra loro, attivabili separatamente per modellare il software alle esigenze del cliente. Ogni singolo modulo si occupa di gestire verticalmente la parte del flusso ADI che gli compete, pur mantenendo collegamenti con gli altri moduli del sistema per garantire il rispetto dei vincoli di integrità incrociata dei dati inseriti a sistema. La modularità del software è in stretta correlazione con il motore di gestione delle



 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva - C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111		Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)			Pagina 15 di 20

autorizzazioni, tramite il quale è possibile configurare la visibilità/utilizzo di ogni singolo modulo e di ogni sua singola parte a seconda del profilo attribuito all'utilizzatore.

Tutti i moduli che gestiscono l'accesso ai dati comprendono, oltre alle funzioni proprietarie, una funzionalità di ricerca all'interno dell'archivio, con possibilità di configurare i campi filtro (tramite backoffice) e i campi visualizzabili nella tabella dei risultati. Dal risultato della ricerca è possibile accedere al dato per eseguire modifiche o inserire nuovi dati.

Grazie alla flessibilità del sistema risulta estremamente facile e veloce estendere o modificare i campi del form di dettaglio, operazione fattibile direttamente online da un amministratore, tramite opportuna funzione del backoffice.

Altra funzionalità trasversale e presente in tutti i moduli è la possibilità di esportare in Excel i risultati di una ricerca sull'archivio, per l'analisi dei dati. Dal backoffice è possibile esportare questi dati anche in altri formati, quali Access, Word, XML, RSS e HTML.

I moduli dell'applicativo possono essere raggruppati in quattro macro-categorie:

- Moduli anagrafici
- Moduli operativi
- Moduli di sistema
- Moduli di reportistica/analisi

Di seguito una breve descrizione delle funzionalità principali di ogni singolo modulo.

Modulo anagrafica operatori (modulo anagrafico)

Il modulo anagrafica operatori gestisce le anagrafiche degli operatori (persone che erogano fisicamente il servizio, quali ad esempio infermieri, terapisti, ecc.) coinvolti nel sistema.

Modulo gestione cartelle (modulo operativo)

Il modulo di gestione delle cartelle permette di avere una visione complessiva delle cartelle assistiti presenti a sistema e di accedere al dettaglio di tutti i casi in carico. La gestione avviene direttamente sull'archivio delle cartelle (a differenza di quanto accadeva nell'modulo di anagrafica assistiti in cui erano visibili solo le cartelle di quel determinato assistito) visualizzando tutte le cartelle a cui l'utilizzatore ha diritto di accedere in base alle autorizzazioni conferite dal suo ruolo. Le funzioni di ricerca, che come già detto sono presenti in tutti i moduli, permettono di filtrare i dati e di raggiungere rapidamente le informazioni cercate.

Modulo elenco PAI in attesa di autorizzazione (modulo operativo)

Questo modulo permette la visione e l'accesso rapido ai PAI che devono essere autorizzati dall'ASP prima di proseguire con i trattamenti. Il suo utilizzo è tipicamente riservato a particolari figure all'interno dell'ASP, come ad esempio il medico di distretto.

Modulo esportazioni (modulo statistico)

Questo modulo permette di estrarre in Excel diverse informazioni dal sistema (estrazione di dati circa le varie combinazioni paziente-patologia-prestazioni secondo modalità predefinite dall'aggiudicatario e secondo ulteriori richieste della ASP) per un'analisi statistica da parte dell'ASP.



 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria 321-92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111		Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)			Pagina 16 di 20

Modulo stampe (modulo reportistica)

Questo modulo permette di effettuare diverse estrazioni/stampe a partire dai dati inseriti a sistema. Si avvale di un motore di business intelligence di nome BIRT (Business Intelligence Reporting Tool) che rende visualizzabili in anteprima i report, con la possibilità di rivedere i parametri in ingresso e stampare i risultati.

Le stampe native nel modulo sono le seguenti, ferma restando la possibilità di modificarle o integrarle con altre, come ad esempio i costi medi/annui per diverse classificazioni da definire ad inizio servizio:

- Analisi numero utenti in carico
- Analisi costo annuo per pazienti in carico
- Analisi numero assistiti per MMG/PLS
- Analisi prese in carico
- Analisi tempi di attesa
- Analisi patologie in base alla classificazione ICD-9-CM
- Analisi accessi domiciliari, eseguiti nei giorni feriali ed eseguiti al sabato, prefestivi e festivi
- Analisi profili di cura personalizzati nel periodo
- Analisi utenti per tipologia paziente nel periodo
- Analisi numero dei PAI con prestazioni riabilitative/infermieristiche/miste nel periodo
- Analisi utenti minori nel periodo
- Analisi utenti non presi in carico nel periodo
- Analisi utenti che hanno cambiato il pattante
- Analisi frequenza degli accessi settimanali
- Analisi numero di accessi previsti/erogati
- Analisi assistiti per medico
- Analisi accessi del medico
- Analisi prestazioni infermieristiche per gruppo
- Analisi prestazioni infermieristiche per operatore
- Analisi scadenza cartelle cliniche

FASCICOLO SANITARIO DOMICILIARE ADI

Per quanto richiamato, di fatto è attivo il fascicolo Sanitario Domiciliare così come previsto dai Decreti Assessoriali 875 e 876 del 2021, contenente i dati relativi al paziente e all'attività, completamente informatizzato dove il personale autorizzato può accedere al fascicolo sanitario anche da remoto. Nel fascicolo sono indicati gli operatori di riferimento per il paziente e per il caregiver e contiene la data di inizio delle CD, i dati anagrafici del paziente e del caregiver, il Piano di Assistenza individualizzato (PAI), la valutazione della necessità di ausili e/o presidi, la diagnosi e gli eventuali elementi di rischio sanitario ed assistenziale (es. allergia, caduta), il consenso informato, gli strumenti di valutazione utilizzati, le verifiche, i risultati raggiunti e la motivazione della chiusura del programma di cura, il documento di dimissione. Il fascicolo è conservato ed



 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 351-92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02576910848 - Tel 0922-442111		Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)			Pagina 17 di 20

archiviato nel rispetto delle norme sulla protezione dei dati personali. Nel FSD avviene la registrazione degli atti sanitari e degli accessi condotti.

Ogni operatore COT è profilato, in relazione alle specifiche competenze, per tutti i suddetti sistemi informatici, avendo accesso alle richieste del Distretto di competenza e ove se ne verificasse la necessità, su più territori. Gli operatori delle COT aziendali sono profilati per tutti i sistemi informatici che consentono di avere una visione completa dell'intero territorio provinciale inter-distrettuale.

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO FSE - NAR

Gli operatori delle COT sono stati abilitati all'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), per il recupero e la verifica delle informazioni e la verifica delle avvenute transizioni.

Relativamente al collegamento degli operatori con il sistema informativo Aziendale gli stessi possono attingere ai dati della NAR (Nuova Anagrafe Regionale). La consultazione avviene tramite l'interoperabilità tra il software Aziendale di anagrafe assistiti provinciale, già integrato con NAR e il software di PUA.

Ruoli e funzioni

Il Direttore del Distretto Sanitario è il responsabile del funzionamento della COT che si integra con le strutture che insistono nel Distretto di competenza. Il Coordinatore Infermieristico della COT, designato dal Direttore del Distretto Sanitario, è responsabile della gestione delle attività e del coordinamento del personale della COT e la rendicontazione degli obiettivi previsti per il corretto funzionamento.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, tra loro interdipendenti:

1. Coordinamento e ottimizzazione della presa in carico della persona assistita, tra i servizi e i professionisti sanitari e sociali coinvolti nei diversi settings assistenziali:
 - a) Ammissione/dimissione nelle strutture residenziali e semiresidenziali (RSA, Hospice, SUAP, CTA, ex art 26 l. 833/78);
 - b) Ammissione/dimissione nelle strutture di ricovero intermedio (Ospedale di Comunità)
 - c) Ammissione/dimissione nei setting di assistenza domiciliare (ADI e cure palliative)
2. Tracciamento e monitoraggio delle transizioni tra i diversi luoghi di cura o livelli assistenziali.



 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.iva e C.F. 02570910848 - Tel 0932 442111		Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)			Pagina 18 di 20

3. Supporto informativo e logistico sulle attività ed i servizi distrettuali, offerto ai professionisti della rete assistenziale.
4. Raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute del paziente e dei percorsi integrati di cronicità, anche attraverso strumenti di telemedicina, in fase di attivazione, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno

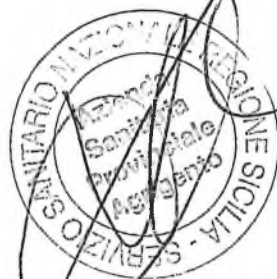
Inoltre, la COT si interfacerà telefonicamente anche con la Centrale Operativa 116117 (NEA: Numero Europeo Armonizzato, quando verrà attivato) - attiva 24 ore su 24, 7 giorni su 7 - servizio telefonico gratuito per la popolazione, per la gestione di richieste di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non urgenti a bassa intensità assistenziale ed anche per l'individuazione ed il trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112.

Il Direttore del Distretto Sanitario ha il compito di dotare il personale della COT territorialmente afferente, del materiale necessario alla concreta funzionalità delle attività previste, come contatti telefonici ed email di MMG/PLS, responsabili distrettuali. Professionisti sanitari e sociali, etc..

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

ATTIVITÀ FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON BISOGNI SOCIOSANITARI COMPLESSI	FIGURA PROFESSIONALE CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ						
	Professionisti Sanitari	Professionisti Sociali	Infermiere C.O.T.	Operatore informatico C.O.T	PUA Distretto	U.V.M. Distretto	Direttore Distretto
SEGNALAZIONE DEL BISOGNO	R	R					
INVIO DELLA SEGNALAZIONE ALLA U.V.M. DISTRETTUALE			R		R		
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE ED IDENTIFICAZIONE DEL SETTING DI DESTINAZIONE			C			R	
COORDINAMENTO DELLA TRANSIZIONE			R	C		C	C
ATTUAZIONE DELLA TRANSIZIONE			R	C		C	C
TRACCIAMENTO E MONITORAGGIO DELLE TRANSIZIONI			R	C			
MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI			R	C	C		R

R = Responsabile C = Coinvolto



 ASP AGRIGENTO Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92109 Agrigento - Fissa e C.F. 01570930848 - Tel 0922 442111	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie	Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)			Pagina 19 di 20

RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- Decreto del Ministero della Salute n° 77 del 23 maggio 2022: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022).
- Piano della Rete Territoriale di Assistenza Regione Siciliana del 14.12.2022.
- Quaderni Agenas - documento di indirizzo Centrali Operative Territoriali.

Documenti interni:

Regolamento avvio COT

Abstract Formazione operatori COT

Delibera n.58 del 11/01/2024 avente per oggetto: Costituzione del Gruppo Lavoro Locale (GLL) PNRR e designazione del coordinatore dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento (si allega il frontespizio e la parte relativa alle COT);

Deliberazione commissario Straordinario n° 1068 del 30 Maggio 2024 "Adozione piani attuativi Centrali Operative Territoriali (COT) –Case della Comunità (CDC) Ospedali di Comunità (OdC) – Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento" (si allega il frontespizio);

MONITORAGGIO

Questa procedura verrà sottoposta a revisione programmata entro 6 mesi dall'approvazione e comunque in costanza di attività all'apertura delle nuove strutture previste dal DM 77/2022. Sono stati individuati i seguenti indicatori di processo e di esito per monitorare l'attività erogata dalla struttura e la relativa performance:

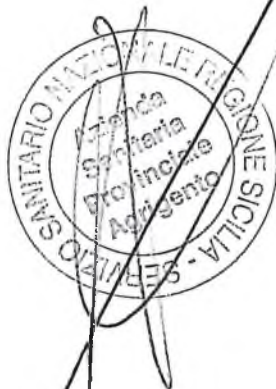
Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
n° casi gestiti dalla COT/ n° di segnalazioni pervenute alle COT	Portale PUA	Trimestrale	Direttore del Distretto
N° di segnalazioni trasmesse all'UVM/ n° di segnalazioni pervenute alla COT	Portale PUA	Trimestrale	Direttore del Distretto
Monitoraggio dei Tempi medi di attesa nelle transizioni tra setting "gestiti" dalle COT dalla segnalazione all'invio all'UVM:	Portale PUA	Trimestrale	COT



 Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02370930848 - Tel 0922 442111	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie	Procedura Operativa	Codice del documento: PO COT ASP AG 01 Data: 22.08.2024 N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Modello organizzativo di funzionamento della COT Centrale Operativa Territoriale M6C2 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT)			Pagina 20 di 20

CONSERVAZIONE E ARCHIVIAZIONE

La presente procedura operativa è stata già registrata e archiviata presso l'U.O.S Qualità e Gestione Rischio Clinico, dove sarà resa disponibile per la consultazione; altresì sarà parimenti archiviata e custodita presso l'ufficio speciale PNRR, inoltre, dopo la l'adozione formale con atto deliberativo, verrà distribuita alle COT, nonché alle Unità Operative/Servizio/Funzione. Dipartimento, Presidio Ospedaliero in cui verrà registrata, distribuita e diffusa a tutto il personale operante nella Struttura, in forma cartacea e digitale, e resa disponibile per la consultazione.





SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

Sede Legale Viale Della Vittoria, 321- 92100 Agrigento – P.iva e C.F. 02570930848 -Tel 0922 442111

Dipartimento Cure Primarie

Modello organizzativo delle Centrali Operative Territoriali (COT)

Premessa Le Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal PNRR rappresentano un modello organizzativo innovativo distrettuale, che svolge funzioni sia di coordinamento della presa in carico della persona che di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'attività della COT è rivolta a tutti gli attori del sistema sanitario e sociosanitario, che possono richiederne l'intervento: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici ospedalieri e altri professionisti sanitari e sociali presenti nei servizi distrettuali, nonché personale delle unità di offerta sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari, di cure intermedie e dei servizi sociali comunali.

Obiettivi La COT assicura continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria ed assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale, riguardo le attività e i servizi distrettuali;
- monitoraggio dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina.

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

Sedi	Distretti	Popolazione
Agrigento Via Esseneto, 10	Agrigento-Casteltermeni	160.507
Canicattì Via Pietro Micca ,36	Canicattì	79.706
Licata via Santa Maria snc	Licata	57.081
Ribera via Circonvallazione snc	Ribera-Bivona-Sciacca	115.638

Al fine di consentire l'operatività delle Centrali Operative Territoriali (COT) per almeno 10 ore, nella prima fase di avvio del servizio, l'orario di apertura prevede la presenza di personale dalla ore 7,45 alle ore 18,00 dal lunedì al venerdì , il sabato dalle ore 8,00 alle ore 15,00. Di seguito si espone un modello di turno da adottare per tutte le COT dell'ASP.



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

Sede Legale Viale Della Vittoria, 321- 92100 Agrigento – P.iva e C.F. 02570930848 -Tel 0922 442111

Dipartimento Cure Primarie

	lunedì		martedì		mercoledì		giovedì		venerdì		sabato
operatore											
1	7,45	15	7,45	15	7,45	15	7,45	15	libero		
operatore											8.00
1											15
operatore									8.00		
2	8.00	14	8.00	14	8.00	14	8.00	14	14.00		
operatore			15.00				15.00				
2			18.00				18.00				
operatore											
3	8.00	14	8.00	14	8.00	14	8.00	14	8.00	14	
operatore	15.00				15.00						
3	18.00				18.00						
operatore											
4	8.00	14	8.00	14	8.00	14	8.00	14	8.30	14.30	
operatore	15.00								15.00		
4	18.00								18.00		
operatore											
5	8.00	14	8.00	14	8.00	14	8.00	14	8.00	14	
operatore			15.00				15.00				
5			18.00				18.00				
operatore											
6	8.00	14	8.00	14	8.00	14	8.00	14	8.30	14	
operatore					15.00						
6					18.00				14.30	18.00	

Funzioni e attività

La COT costruisce, con le banche dati disponibili, una mappa di orientamento alla rete dei servizi per i cittadini, utilizzabile da tutte le COT dell'ASP.

Si tratta della implementazione di una rete delle Strutture Sanitarie e delle Unità di Offerta Sociosanitarie e Sociali inerenti i servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari presenti in ciascun Distretto dell'ASP e le associazioni di volontariato/terzo settore in raccordo con i Servizi Sociali dei Comuni.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo all'interno della rete dei servizi, attraverso specifiche attività tra loro interdipendenti:

- transitional care delle persone fragili e dei non autosufficienti nell'ambito:
- della rete ospedaliera per acuti (COT quale presidio delle dimissioni protette)
- della rete delle cure intermedie (riabilitazione residenziale), unità di offerta sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari quali ADI (C-DOM) e UCP-DOM.



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

Sede Legale Viale Della Vittoria, 321- 92100 Agrigento – P.iva e C.F. 02570930848 -Tel 0922 442111

Dipartimento Cure Primarie

La COT si occupa pertanto del percorso di dimissione dei pazienti che non sono nelle condizioni di rientrare direttamente al domicilio, gestendo il passaggio dei pazienti dall'ospedale per acuti al territorio, qualora questo richieda un ricovero in cure intermedie o in struttura sociosanitaria, l'attivazione di ADI, l'attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, l'attivazione dell'IFeC della CdC di riferimento, il rinvio al MMG/PLS.

In caso di dimissione, il reparto dimettente attiva la COT del territorio di residenza dell'assistito, che a sua volta attiverà gli interventi necessari in una logica di prossimità al domicilio.

- prenotazione delle prestazioni dell'attività specialistica ambulatoriale con gestione delle agende per gli assistiti cronici e con disabilità

- gestione e governo delle attività di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio).

La COT garantisce il supporto informativo e logistico ai professionisti della rete (MMG, PLS, CA, IFeC ecc.), riguardo le attività e i servizi distrettuali presenti.

Le COT si avvalgono della piattaforma del portale PUA quale strumento a supporto delle attività; tale strumento è in fase di implementazione, le COT inoltre accedono alle piattaforme e agli applicativi aziendali.

Le funzioni da attivare saranno implementate gradualmente in relazione all'acquisizione delle risorse previste.

Le COT si doteranno di specifiche procedure di connessione con le UO aziendali e con le COT delle altre ASP.

e-mail e riferimenti telefonici delle COT :

Agrigento :cot.agrigento@aspag.it

Canicattì: cot.canicatti@aspag.it

Ribera : cot.ribera@aspag.it

Licata : cot.licata@aspag.it

Numeri telefonici collegati ai centralini:

Agrigento- 0922/407612

Canicattì-0922/733704

Ribera-0925/562252

Licata- 0922/869126

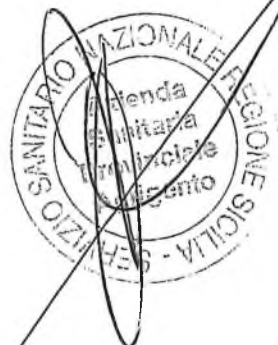
Numeri telefonici fissi :

Agrigento- 0922/407943

Canicattì-0922/733436

Ribera -0925/562407

Licata - 0922/869518

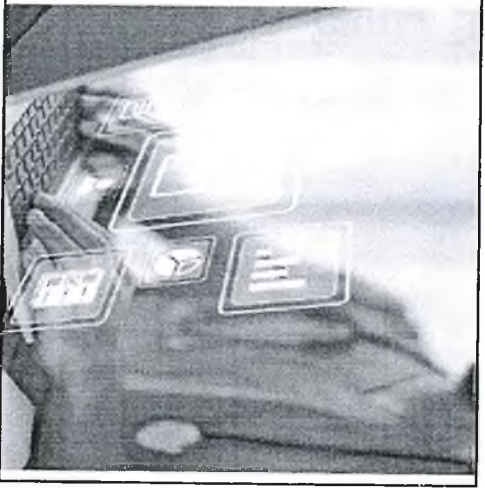




CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
ASP Agrigento
Cittadella della Salute 05-06-2024

COT: Attività e Servizi Erogabili

Dott. Giovanni Barone



Le Componenti Fondamentali di un PTA

COMPONENTI P.T.A.	
PUA per ADI / UVA	PPI / PTE
Specializz. cronico	Ambulatori
A.G.I. con HMO per gestione Diabetici e BPCO	Int. MMG
Amb. Inferm. GendSpa	Sportelli Paz. Fragili
PUNTO DI PRIMO INTERVENTO	
PRESIDIO TERRITORIALE DI EMERGENZA	
CUP	
Sportelli Amm.V. : - Anagrafe Assistiti - Proiezioni ed Integrità	
Poliambulatorio	
URP	
Guardia Medica	
Altri Servizi Esterni	
Associazionismo	



CUP ADI URP Poliambulatorio Sportelli ASB Servizi Esterni

**PIANO NAZIONALE
ATTIVITÀ E RESILIENZA**
Missione 3 Componenti 1



Il Futuro dell'assistenza sanitaria territoriale

- 1) Una rete sempre più integrata
- 2) Servizi di prossimità e prevenzione
- 3) Servizi di cura e riabilitazione
- 4) Servizi di cura e prevenzione
- 5) Servizi di cura e prevenzione
- 6) Servizi di cura e prevenzione
- 7) Servizi di cura e prevenzione
- 8) Servizi di cura e prevenzione
- 9) Servizi di cura e prevenzione
- 10) Servizi di cura e prevenzione



Nuovo paradigma di cure territoriali

Nuovi modelli

- Medicina di popolazione
- Chronic Care Model
- Integrazione delle cure
- Casa come luogo di cura

Nuova organizzazione

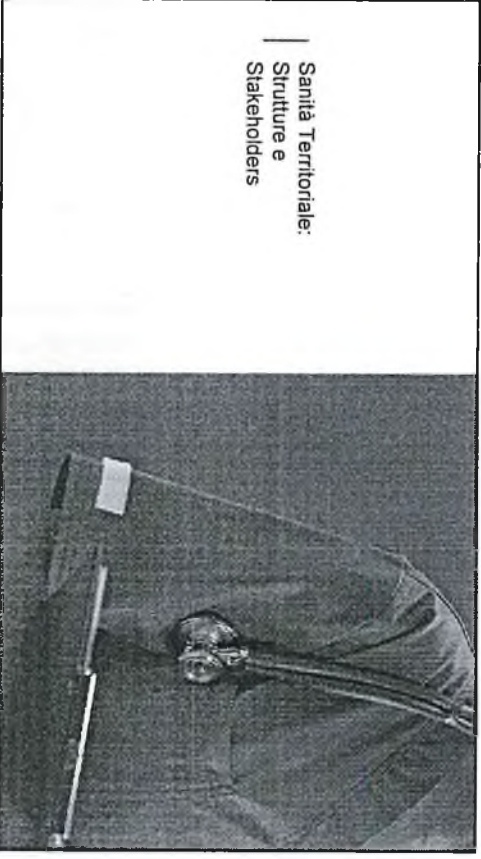
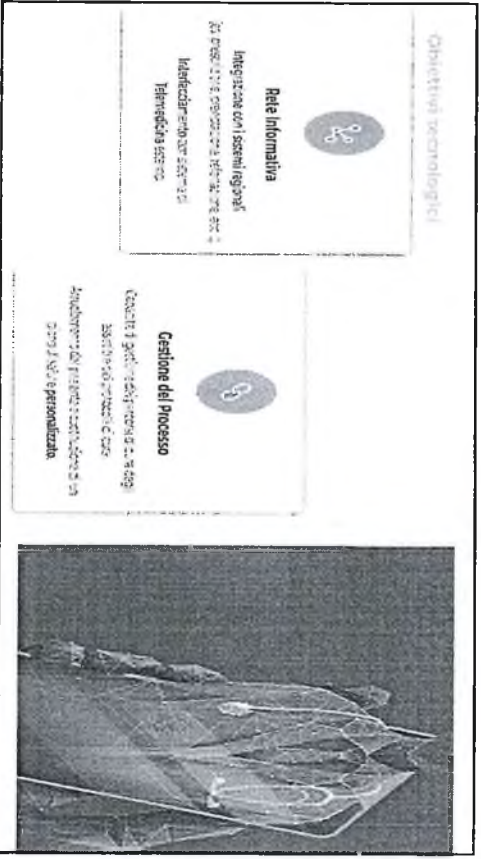
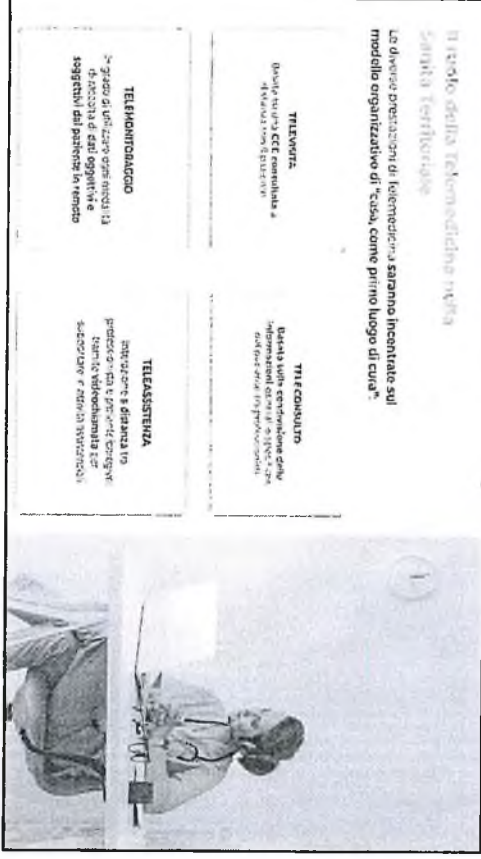
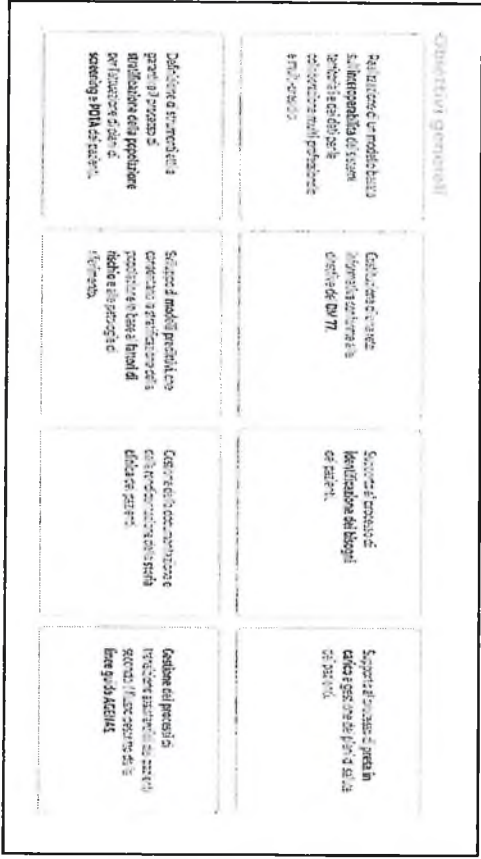
- Centralità distretto
- Case di Comunità
- Ospedali di Comunità
- Centri Operativi Territoriali

Digitalizzazione

- Digitalizzazione dei processi e dati clinici
- Correlazione delle informazioni
- Interoperabilità
- Telemedicina

Interoperabilità

interoperabilità tra sistemi alla base dell'integrazione Ospedali - Territorio



Struttura Territoriale

Le strutture di riferimento

1. Distretto Identificativo di Assistenza

- 1. Distretto Identificativo di Assistenza
- 2. Centro di Assistenza Primaria (CAP)
- 3. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 4. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 5. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 6. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 7. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 8. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 9. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 10. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)

- Programmazione dei servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza e delle risorse disponibili;
- Programmazione dei livelli di servizio da garantire;
- Pianificazione delle innovazioni organizzative/ produttive locali;
- Decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi;
- Produzione, erogazione dei servizi sanitari territoriali in forma diretta o indiretta;
- Funzione di garanzia d'accesso ai servizi e monitoraggio continuo della qualità dei servizi.

Struttura Territoriale

Le strutture di riferimento

1. Distretto Identificativo di Assistenza

- 1. Distretto Identificativo di Assistenza
- 2. Centro di Assistenza Primaria (CAP)
- 3. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 4. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 5. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 6. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 7. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 8. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 9. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 10. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)

- Accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo di riferimento, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- Prevenzione e promozione della salute, anche attraverso il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- Presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
- Valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- Risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza, anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- Attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali.

Struttura Territoriale

Le strutture di riferimento

1. Distretto Identificativo di Assistenza

- 1. Distretto Identificativo di Assistenza
- 2. Centro di Assistenza Primaria (CAP)
- 3. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 4. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 5. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 6. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 7. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 8. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 9. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)
- 10. Centro di Assistenza Specialistica (CAS)

- Pre-disposizione interventi sulla promozione della salute e dei corretti stili di vita, anche attraverso i programmi rivolti alle scuole;
- Interventazione precoce delle modifiche dello stato di salute al fine di ridurre i ricoveri impropri e la spesa e la gestione precoce della complessità e delle complicanze;
- Facilitazione della presa in carico preventiva delle persone fragili e affetto da patologie croniche attraverso modelli di sanità e welfare di iniziativa gestiti dalla CUC;
- Valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- Risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza, anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- Supporto all'adesione ai percorsi di cura, privilegiando l'uso appropriato dei servizi sanitari.

Il Ruolo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFEC)

Gestione della Salute

L'IFEC è orientato alla gestione proattiva della salute a livello individuale, familiare e comunitario.

Supporto al Welfare

Contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità, interagendo con le risorse locali.

CASE MANAGEMENT

È un modello organizzativo assistenziale che permette all'IFEC di coordinare diverse professionalità e risorse. Grazie a lui, gestore del caso, viene fornita un'assistenza personalizzata, che facilita la continuità delle cure, il coordinamento e la verifica degli interventi (sanitari, educativi e sociali).

1

2

3

Integrazione dei Servizi

Favorisce l'integrazione sanitaria e sociale, operando all'interno della rete di relazioni comunitarie.

Sanità Territoriale

Le strutture di riferimento

1. Dipartimento di Salute
2. ASL (Area Sanitaria)
3. Ospedale di Comunità (OC)
4. Unità di Continuità Assistenziale (UCA)
5. Ospedale di Comunità (OC)
6. Ospedale di Comunità (OC)
7. Ospedale di Comunità (OC)
8. Ospedale di Comunità (OC)
9. Ospedale di Comunità (OC)

- * Gestione e supporto della presa in carico di individui o per interventi sulle comunità che manifestano condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità;
- * Intervento a domicilio del paziente quando non è possibile attivare prontamente interventi di assistenza domiciliare e opera in coordinamento con la Continuità Assistenziale;
- * Supporto nei passaggi di setting da ospedale per acuti a domicilio;
- * Gestione a domicilio di problematiche di particolare complessità.

Sanità Territoriale

Le strutture di riferimento

1. Dipartimento di Salute
2. ASL (Area Sanitaria)
3. Ospedale di Comunità (OC)
4. Ospedale di Comunità (OC)
5. Ospedale di Comunità (OC)
6. Ospedale di Comunità (OC)
7. Ospedale di Comunità (OC)
8. Ospedale di Comunità (OC)
9. Ospedale di Comunità (OC)

- * Coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting);
- * Coordinamento/ottimizzazione degli interventi;
- * 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 (MAG, PLS, MCA, IPCC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- * Monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare;
- * Gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.).

Sanità Territoriale

Le strutture di riferimento

1. Dipartimento di Salute
2. ASL (Area Sanitaria)
3. Ospedale di Comunità (OC)
4. Ospedale di Comunità (OC)
5. Ospedale di Comunità (OC)
6. Ospedale di Comunità (OC)
7. Ospedale di Comunità (OC)
8. Ospedale di Comunità (OC)
9. Ospedale di Comunità (OC)

- * Piattaforma informativa sui servizi sanitari localmente disponibili e i loro meccanismi di accesso;
- * Trasferimento della chiamata al Servizio Emergenza Territoriale 118, come da protocolli;
- * Centralizzazione delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale (almeno su base provinciale);
- * Supporto nel coordinamento organizzativo alle attività sovradistrettuali.

Sanità Territoriale

Le strutture di riferimento

1. Dipartimento di Salute
2. ASL (Area Sanitaria)
3. Ospedale di Comunità (OC)
4. Ospedale di Comunità (OC)
5. Ospedale di Comunità (OC)
6. Ospedale di Comunità (OC)
7. Ospedale di Comunità (OC)
8. Ospedale di Comunità (OC)
9. Ospedale di Comunità (OC)

- * Struttura residenziale territoriale intermedia, di ricovero breve, con scopi di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e/o adattamento alle nuove necessità assistenziali da fornire a domicilio;
- * Garanzia di continuità assistenziale ai soggetti portatori di complessità assistenziali o particolari fragilità;
- * Attivazione di strutture di cure intermedie che accompagnino la transizione dal momento della malattia alla presa in carico domiciliare.

Sanità Terziario

Le strutture di riferimento

1. Ospedale di riferimento
2. Ospedale di riferimento
3. Ospedale di riferimento
4. Ospedale di riferimento
5. Ospedale di riferimento
6. Ospedale di riferimento
7. Ospedale di riferimento
8. Ospedale di riferimento
9. Ospedale di riferimento
10. Ospedale di riferimento

Garanzia della presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, integrata con l'ospedale e il domicilio del paziente;

Treatmento di soggetti affetti da patologie oncologiche, croniche, neurodegenerative, irreversibili e in stadi avanzati, candidabili a terapie di supporto, che necessitano di un appropriato sostegno medico, psicologico e sociale nelle ultime fasi della vita.

Sanità Terziario

Le strutture di riferimento

1. Ospedale di riferimento
2. Ospedale di riferimento
3. Ospedale di riferimento
4. Ospedale di riferimento
5. Ospedale di riferimento
6. Ospedale di riferimento
7. Ospedale di riferimento
8. Ospedale di riferimento
9. Ospedale di riferimento
10. Ospedale di riferimento

Treatmenti medici, infermieristici, riabilitativi ecc., prestati da personale sanitario e socio-sanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità;

Assistenza volta a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Sanità Terziario

Le strutture di riferimento

1. Ospedale di riferimento
2. Ospedale di riferimento
3. Ospedale di riferimento
4. Ospedale di riferimento
5. Ospedale di riferimento
6. Ospedale di riferimento
7. Ospedale di riferimento
8. Ospedale di riferimento
9. Ospedale di riferimento
10. Ospedale di riferimento

Assistenti sociali

MMG/PLS

Infermieri di comunità

UVM

Medici specialisti

Medici di comunità

Operatori

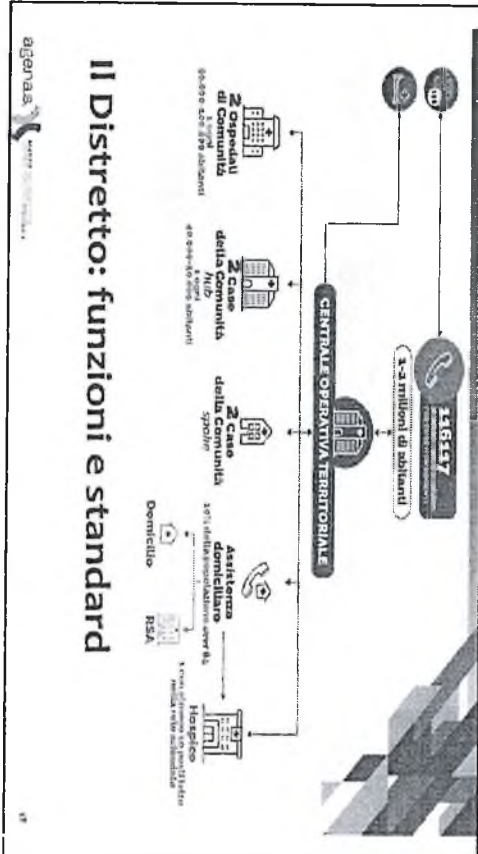
Terzo Settore

Sanità Terziario

Le strutture di riferimento

1. Ospedale di riferimento
2. Ospedale di riferimento
3. Ospedale di riferimento
4. Ospedale di riferimento
5. Ospedale di riferimento
6. Ospedale di riferimento
7. Ospedale di riferimento
8. Ospedale di riferimento
9. Ospedale di riferimento
10. Ospedale di riferimento

Workshop delle transizioni

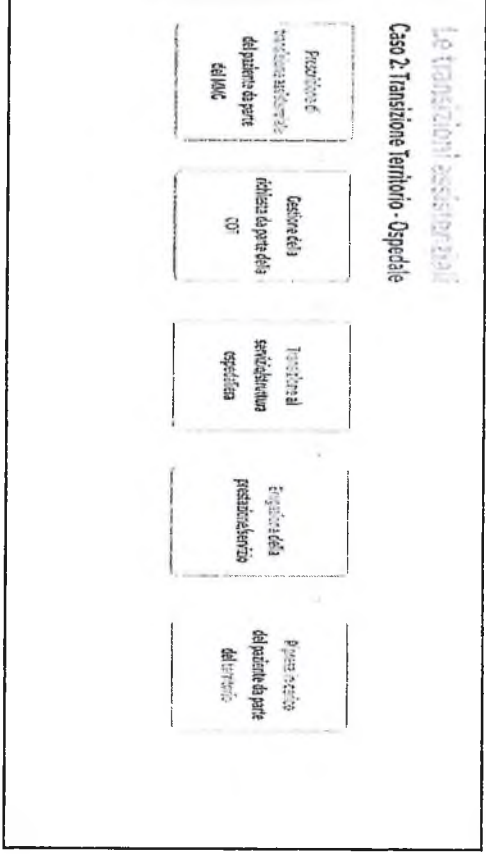
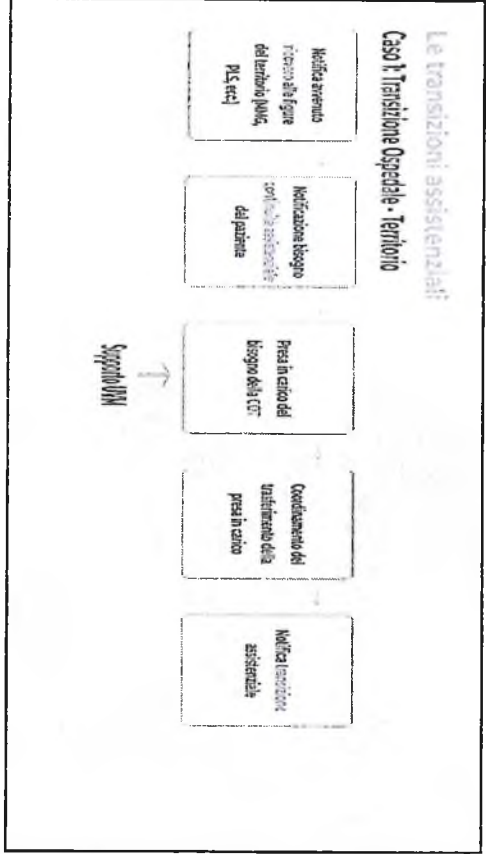


Il Distretto: funzioni e standard

agenzia

Transizioni Ospedale - Territorio

- 1. Ospedale inoltra una **richiesta alla Rete COT** riportando anche il bisogno di continuità di cura, da parte delle strutture territoriali riferite ad un paziente ricoverato e per il quale si preveda la necessità alla dimissione di supporto sanitario e/o sociale.
- 2. La COT riceve la **segnalazione** entro 48 ore deve **prendere in carico** la richiesta mettendo in relazione l'Unità di Valutazione Multidisciplinare territoriale (UVMT) con i richiedenti per la valutazione del caso e del grado di complessità dello stesso.
- 3. L'UVMT territoriale a seguito della propria valutazione, può confermare o rettificare la valutazione iniziale eseguita dall'ospedale, indicando il **setting assistenziale** più indicato per il paziente.
- 4. Durante il setting assistenziale, la COT **identifica** sul territorio la **struttura** o il servizio più idoneo rispetto al setting di cura indicato dall'UVMT coordinando tutte le attività necessarie per la presa in carico e conseguente trasferimento del paziente da parte della struttura identificata.



La richiesta con allegato di informazioni necessitate, ad esempio il bisogno di cura e le condizioni del malato, è sempre stata considerata da noi come un documento che ha in sé e in sé stesso il valore di un documento di prima assistenza.

La **COT** recoge los requerimientos de la ley de COT, el coste de la deuda, se hace en euros, CIVA, pero una vez al año se hace en pesetas.

La **COTI** in futuro si doterà di un sistema di gestione grazie al quale sarà possibile verificare la **disponibilità** dei prodotti e dei servizi in tempo reale, in modo da poterli mettere a disposizione dei clienti e dei fornitori in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo.

3) Il Servizio Territoriale Regionale, in accordo con il PAZIEMO, conferma la richiesta.

5. La **COT**, ricevuta in esenzione o sgravata da dati di ogni genere dalla titolarità tributaria, organizza il ricevimento di fascicoli ambulatoriali in presenza la **Sinistralità** (ciascuna attività esenziva o di prima mano) su richiesta anche a Montecitorio e a Montecitorio gli esenzioni sono della presidenza. Tale step deve dare **due possibili outcomes**.

Nota notifica alla COT per le imprese che al prodotto finito che hanno in mano il prodotto.

to in caso di mancata erogazione della prestazione, l'operante si avvalga con l'Ente per la riprogrammazione.

Transizioni Territorio - Territorio

[illegible]

La richiesta può essere inoltrata alla COT sulla struttura formativa, dal PUA o dal coregretario in presa in carico di questo. L'istituto deve risultare in un'organizzazione di servizi integrativi o produttiva di sostegno assistenziale e non transazionale verso altri utenti (famiglie o socio-sanitario). Anche in questi ultimi casi il caso è secondario, deve essere accertato che il servizio è di natura

La ricerca ha permesso di individuare le strategie di comunicazione del bisogno, e di cogliere informazioni preziose relative alle inferenze con cui i soggetti interpretano i dati.

1. I COI gestisce il cruscotto delle richieste inoltrate dal servizio accoglienza e ne dirige la visualizzazione in una nuova richiesta dello Transimanager e la prevede in cartella, contraddistinguendo i NUM per una valida ricerca completa del cliente.

La COT, sulla base delle informazioni ricevute dalle imprese e/o dagli enti della soluzione identificate, garantisce la completezza, l'accuratezza e la correttezza delle informazioni e, in base ai termini di presunta verifica le strutture e la relativa disponibilità temporale dei dati e delle strutture progettate dalle attività corrispondenti individuate in strutture e il servizio più idoneo.

La COT identifica alla sua prima atteggiamento propositivo a gestire le attività interne, ma poi la prova in campo del business, mobilitando l'esperienza, **classificazione** di soggetto che ha fatto la ricerca.

La COT ottimizza e monitora la transizione e verifica che il primo accesso alla struttura di riferimento al domicilio sia avvenuto secondo programma, dunque **notifica** ai diversi soggetti coinvolti nella presa in carico.

Le funzioni assistenziali

Caso 3: Transizione Territorio - Territorio

Prescrizione d'uso:
controindicata del pariente
da parte del NAC

Cessione della richiesta
di carta del CN

Trova il tuo stile
servizi personalizzati di styling
con relativi prezzi in carico

Monitoraggio da parte

Aspettativa del paziente da parte del servizio territoriale

Supporto UNH

Infrastruttura funzionale per i casi d'uso identificati

Ospedale - Territorio | Territorio - Ospedale | Territorio - Territorio

0000-5770/2006

Legende

(17)

Cautions

WAF

[illegible]

**Worldwide
Product**

Supporto UNH

```

graph TD
    1[Medicinas Terbutrina] --> 2[Cine de literatura]
    2 --> 3[Análisis sobre Medicinas]
    3 --> 4[Cine de literatura]
    3 --> 5[Revisión]
    5 --> 6[Deposito de Consulta]
    5 --> 8[Deposito de Consulta]
    6 --> 7[Medicinas]
    8 --> 9[Medicinas]
    9 --> 10[Medicinas]
    10 --> 11[Medicinas]
  
```

1. Medicinas Terbutrina

2. Cine de literatura

3. Análisis sobre Medicinas

4. Cine de literatura

5. Revisión

6. Deposito de Consulta

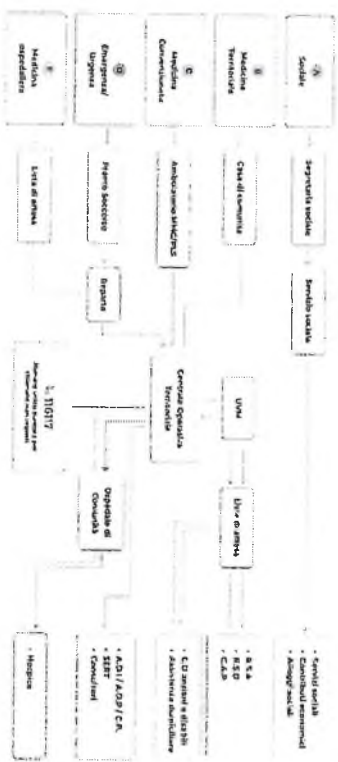
7. Medicinas

8. Deposito de Consulta

9. Medicinas

10. Medicinas

11. Medicinas

[illegible][illegible][illegible]

Scala BIRADS: valutazione dell'arresto fragile			
Percentuale di rischio		Rischio (non solo opzioni)	
a		b	
0-10		11-18	
Soggetti a basso rischio di problemi dopo la eliminazione dei noduli per il follow-up della mammografia, la diagnosi è molto limitata		Soggetti a medio rischio di problemi dopo la eliminazione dei noduli per il follow-up della mammografia, la diagnosi è molto limitata	
19-24		25-30	
Soggetti a medio-alto rischio di problemi dopo la eliminazione dei noduli per il follow-up della mammografia, la diagnosi è molto limitata		Soggetti a alto rischio di problemi dopo la eliminazione dei noduli per il follow-up della mammografia, la diagnosi è molto limitata	
31-39		40-49	
Soggetti a alto rischio di problemi dopo la eliminazione dei noduli per il follow-up della mammografia, la diagnosi è molto limitata		Soggetti a alto rischio di problemi dopo la eliminazione dei noduli per il follow-up della mammografia, la diagnosi è molto limitata	
50-59		60-69	
Soggetti a alto rischio di problemi dopo la eliminazione dei noduli per il follow-up della mammografia, la diagnosi è molto limitata		Soggetti a alto rischio di problemi dopo la eliminazione dei noduli per il follow-up della mammografia, la diagnosi è molto limitata	
70-79		80-89	
Soggetti a alto rischio di problemi dopo la eliminazione dei noduli per il follow-up della mammografia, la diagnosi è molto limitata		Soggetti a alto rischio di problemi dopo la eliminazione dei noduli per il follow-up della mammografia, la diagnosi è molto limitata	
90-99		100-109	
Soggetti a alto rischio di problemi dopo la eliminazione dei noduli per il follow-up della mammografia, la diagnosi è molto limitata		Soggetti a alto rischio di problemi dopo la eliminazione dei noduli per il follow-up della mammografia, la diagnosi è molto limitata	



Formazione COT 04 Giugno 2024

abstrat

ABBREVIAZIONI

```

1  #!/usr/bin/perl
2
3  use strict;
4  use warnings;
5
6  my $script = $0;
7  my $version = "1.0.0";
8
9  my $help = "
10  Usage: perl $script [options]
11  Options:
12  -h, --help            Display this help message
13  -v, --version         Display version information
14  -f, --file FILE       Input file name
15  -o, --output FILE      Output file name
16  -d, --debug           Enable debug mode
17  -s, --size SIZE       File size in bytes
18  -t, --type TYPE       File type
19  -m, --mode MODE       File mode
20  -u, --user USER       Username
21  -g, --group GROUP      Group name
22  -p, --perms PERMS     Permissions
23  -c, --checksum         Calculate checksum
24  -C, --checksum FILE    Checksum file
25  -e, --exec EXEC        Execute command
26  -E, --exec FILE         Executable file
27  -f, --force            Force operation
28  -F, --fail            Fail on error
29  -q, --quiet            Quiet mode
30  -Q, --quiet FILE       Quiet file
31  -v, --verbose          Verbose mode
32  -V, --verbose FILE     Verbose file
33  -w, --wait WAIT        Wait time
34  -W, --wait FILE        Wait file
35  -x, --xargs            Use xargs
36  -X, --xargs FILE       Xargs file
37  -y, --yes              Assume yes
38  -Y, --yes FILE         Yes file
39  -z, --zero             Zero mode
40  -Z, --zero FILE        Zero file
41  -Z, --zero FILE        Zero file
42  -Z, --zero FILE        Zero file
43  -Z, --zero FILE        Zero file
44  -Z, --zero FILE        Zero file
45  -Z, --zero FILE        Zero file
46  -Z, --zero FILE        Zero file
47  -Z, --zero FILE        Zero file
48  -Z, --zero FILE        Zero file
49  -Z, --zero FILE        Zero file
50  -Z, --zero FILE        Zero file
51  -Z, --zero FILE        Zero file
52  -Z, --zero FILE        Zero file
53  -Z, --zero FILE        Zero file
54  -Z, --zero FILE        Zero file
55  -Z, --zero FILE        Zero file
56  -Z, --zero FILE        Zero file
57  -Z, --zero FILE        Zero file
58  -Z, --zero FILE        Zero file
59  -Z, --zero FILE        Zero file
60  -Z, --zero FILE        Zero file
61  -Z, --zero FILE        Zero file
62  -Z, --zero FILE        Zero file
63  -Z, --zero FILE        Zero file
64  -Z, --zero FILE        Zero file
65  -Z, --zero FILE        Zero file
66  -Z, --zero FILE        Zero file
67  -Z, --zero FILE        Zero file
68  -Z, --zero FILE        Zero file
69  -Z, --zero FILE        Zero file
70  -Z, --zero FILE        Zero file
71  -Z, --zero FILE        Zero file
72  -Z, --zero FILE        Zero file
73  -Z, --zero FILE        Zero file
74  -Z, --zero FILE        Zero file
75  -Z, --zero FILE        Zero file
76  -Z, --zero FILE        Zero file
77  -Z, --zero FILE        Zero file
78  -Z, --zero FILE        Zero file
79  -Z, --zero FILE        Zero file
80  -Z, --zero FILE        Zero file
81  -Z, --zero FILE        Zero file
82  -Z, --zero FILE        Zero file
83  -Z, --zero FILE        Zero file
84  -Z, --zero FILE        Zero file
85  -Z, --zero FILE        Zero file
86  -Z, --zero FILE        Zero file
87  -Z, --zero FILE        Zero file
88  -Z, --zero FILE        Zero file
89  -Z, --zero FILE        Zero file
90  -Z, --zero FILE        Zero file
91  -Z, --zero FILE        Zero file
92  -Z, --zero FILE        Zero file
93  -Z, --zero FILE        Zero file
94  -Z, --zero FILE        Zero file
95  -Z, --zero FILE        Zero file
96  -Z, --zero FILE        Zero file
97  -Z, --zero FILE        Zero file
98  -Z, --zero FILE        Zero file
99  -Z, --zero FILE        Zero file
100 -Z, --zero FILE        Zero file

```

Prof. VINCENZO LUIGI MARCUSO

Customer Details		Order Details	
ID	Customer Name	Product Name	Quantity
001	John Doe	Product A	10
002	Jane Smith	Product B	5
003	Bob Johnson	Product C	20
004	Alice Brown	Product D	15
005	Charlie Davis	Product E	8
006	Eve White	Product F	12
007	Frank Green	Product G	3
008	Grace Black	Product H	7
009	Henry Blue	Product I	4
010	Ivy Gold	Product J	9
011	Jack Silver	Product K	6
012	Karen Bronze	Product L	11
013	Leo Copper	Product M	2
014	Mia Iron	Product N	14
015	Noah Steel	Product O	1
016	Olivia Tin	Product P	16
017	Peter Lead	Product Q	5
018	Quinn Zinc	Product R	13
019	Rachel Nickel	Product S	4
020	Sam Cobalt	Product T	17
021	Tina Manganese	Product U	3
022	Uma Vanadium	Product V	18
023	Victor Chromium	Product W	2
024	Wendy Molybdenum	Product X	19
025	Xavier Rhenium	Product Y	1
026	Yara Ruthenium	Product Z	20
027	Zoe Rhodium	Product AA	5
028	Adam Palladium	Product AB	10
029	Bella Silver	Product AC	3
030	Charlie Gold	Product AD	15
031	Diana Platinum	Product AE	2
032	Ethan Iridium	Product AF	18
033	Fiona Osmium	Product AG	4
034	George Selenium	Product AH	12
035	Hannah Tellurium	Product AI	1
036	Ian Polonium	Product AJ	14
037	Jane Astatine	Product AK	3
038	Kevin Francium	Product AL	16
039	Laura Actinium	Product AM	2
040	Mark Thorium	Product AN	19
041	Nora Uranium	Product AO	5
042	Paul Neptunium	Product AP	11
043	Quinn Plutonium	Product AQ	4
044	Rachel Americium	Product AR	17
045	Sam Curium	Product AS	2
046	Tina Berkelium	Product AT	13
047	Uma Californium	Product AU	1
048	Victor Einsteinium	Product AV	15
049	Wendy Fermium	Product AW	3
050	Xavier Mendelevium	Product AX	18

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

Il Governo italiano ha approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)¹ per rilanciarne l'economia e promuovere al contempo salute, sostenibilità e innovazione digitale.

Il PNRR fa parte del programma dell'Unione Europea noto come Next Generation EU (NGEU), un fondo che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale; migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori; e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

Tale fondo da 750 miliardi di euro (noto anche come Recovery Fund) assegna all'Italia un totale di 191,5 miliardi di Euro.

Il PNRR rappresenta quindi il motore per la programmazione degli investimenti e delle riforme che l'Italia prevede di attuare entro il 2026.

Il piano si articola in 6 Missioni, ciascuna delle quali caratterizzata da Componenti (in totale 16), a loro volta articolate in Investimenti con il corrispettivo importo assegnato

Prof. Vincenzo Lygia Marcolino

Le 6 Missioni del Piano sono:

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica;
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
4. Istruzione e ricerca;
5. Inclusione e coesione;
6. Salute. All'interno della Missione 6 "Salute" Componente 1 (M6C1) "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" cui sono stati destinati 7 miliardi di euro, sono state individuate 3 linee di investimento da attuare entro la metà del 2026.

Investimento 1.1 (2 miliardi di euro): "**Casa della Comunità e presa in carico della persona**" che prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti che di nuova realizzazione.

Investimento 1.2 (4 miliardi di euro di cui 0,28 per COT): "**Casa come primo luogo di cura e telemedicina**" che mira alla presa in carico domiciliare del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. In tale investimento rientrano 0,28 miliardi per l'istituzione delle **Centrali Operative Territoriali (COT)**.

Investimento 1.3 (1 miliardo di euro): "**Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)**" che mira all'attivazione di 381 **Ospedali di Comunità**.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA E DELLA RETE SANITARIA TERRITORIALE

Per l'attuazione di tali obiettivi, sono stati quindi successivamente emanati decreti nazionali di supporto come il DM 772 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"

DM 77: MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA NEL TERRITORIO

L'obiettivo generale dell'introduzione delle Case di Comunità (CdC), Ospedale di Comunità (OdC) e Centrali Operative Territoriali (COT) è quello di potenziare i servizi assistenziali territoriali quali punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

L'introduzione di tali strutture polivalenti è quindi finalizzata ad erogare ai cittadini, all'interno di un'unica rete assistenziale con il sistema ospedaliero, l'insieme dei Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria nella loro unitarietà di prevenzione, cura e riabilitazione. Queste strutture infatti rappresentano dei punti di riferimento per le cure primarie con caratteri di estensività assistenziale e integrano il sistema ospedaliero caratterizzato da intensività assistenziale, orientamento alla produttività delle prestazioni, efficienza ed eccellenza

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

In coerenza con il PNRR, mediante la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare con:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case di Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria per la popolazione di riferimento;
- il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multi-professionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

- logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e tele-monitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;
- la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Agenzie di Tutela della Salute, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

Il nuovo modello di assistenza sul territorio si muove quindi su quattro principi cardine:

- medicina di popolazione, che ha come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento;
- Sanità di Iniziativa, modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo;
- stratificazione della popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi;
- progetto di salute, uno strumento di programmazione, gestione e verifica che associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

La **Sanità di Iniziativa** è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Sanità di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbidità.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

Il DM 77, definisce inoltre le caratteristiche organizzative gestionali del distretto: il distretto è di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

Almeno 1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000-50.000 abitanti;

Casa della Comunità Spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

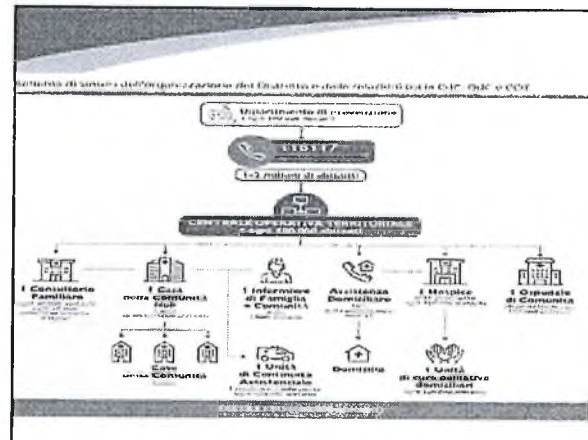
almeno 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti (tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola);

almeno 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;

1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;

almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso



Il DM 77 definisce inoltre le caratteristiche organizzative gestionali del distretto: il distretto è di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio. La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- almeno 1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Casa della Comunità Spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- almeno 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti (tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola);

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

- almeno 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti Per la definizione di tali strutture, come eme

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

Il modello organizzativo della CdC secondo il DM 77

Il DM 77 definisce la Casa di Comunità (CdC) "il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria". La CdC rappresenta quindi il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

Il DM 77 pone come obiettivo per lo sviluppo delle CdC quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa; la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali; la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

La CdC rappresenta un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto e proprio per questo adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- Rete Intra-CdC, definita dalla messa in rete delle figure professionali che operano all'interno delle CdC;
- Rete Inter-CdC, con l'obiettivo di mettere in relazione la CdC Hub con le sue CdC Spoke, così da soddisfare al meglio le esigenze di erogare servizi in maniera più ampia e diffusa possibile;

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

- Rete Territoriale, ovvero il sistema con il quale le CdC vengono messe in rete con le altre strutture sanitarie territoriali come assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- Rete Territoriale Integrata, che pone le CdC a sistema con l'attività ospedaliera. In questo caso è fondamentale il ruolo delle piattaforme informatiche: queste permettono il cruciale compito di poter destinare pazienti delle CdC alle strutture che possono garantire prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche, specie quando si tratta di malati con cronicità ad alta complessità.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

La stratificazione integrata di presa in carico

Per la ridefinizione dei modelli organizzativi socio sanitari, coerentemente con il raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto, la rete dei servizi deve superare la verticalizzazione dei sistemi disegnando "un'architettura organizzativa", che parta dai bisogni del paziente (sanitari e/o sociali), e che coinvolga le strutture attraverso le relazioni tra professionisti nei diversi livelli di cura.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

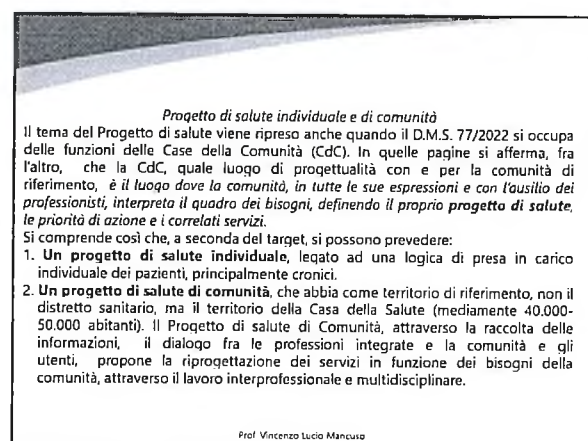
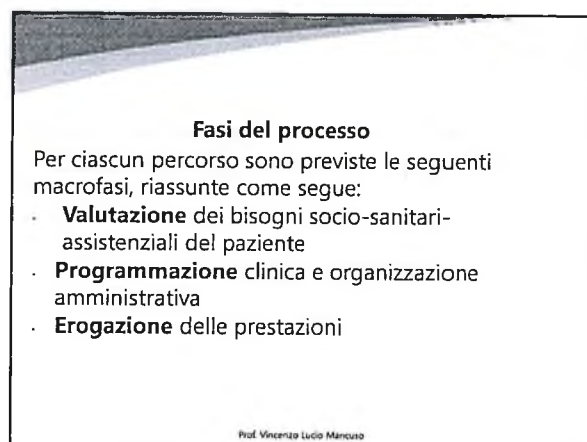
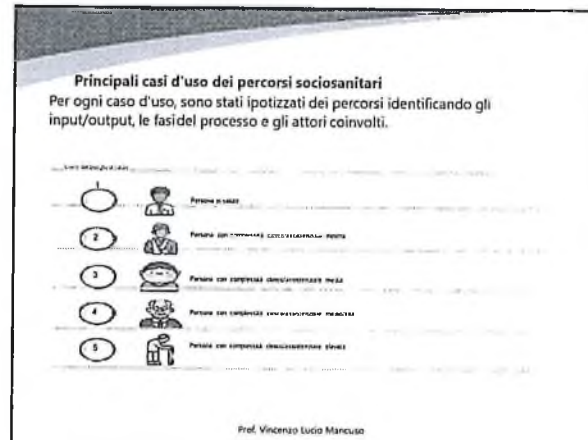
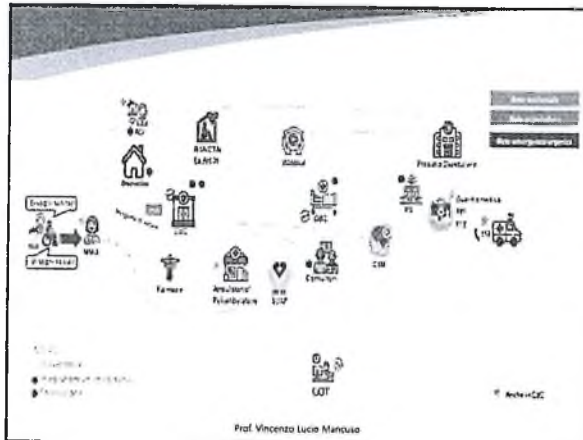
Gli snodi tra diversi *setting* assistenziali del distretto Socio Sanitario (100.000 abitanti)

Nella figura sottostante sono rappresentati tutti i potenziali snodi correlati ai vari punti di offerta nel territorio. Da ciascun *setting*, si diramano "n" percorsi che seguono i sei livelli di stratificazione del bisogno sociosanitario.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio sanitari					
Classificazione del bisogno sociosanitario	Condizione		Bisogni assistenziali	Azione (presa in carico del caso)	
	Comunità	Sociale			
1. <i>Preselezione salute</i>	Absenza di bisogni assistenziali	Absenza di bisogni assistenziali	Absenza di necessità assistenziali	Azione di promozione della salute e prevenzione	
2. <i>Preselezione complessità</i>	Absenza di bisogni assistenziali	Absenza di bisogni assistenziali	Utilizzo sporadico dei servizi	Stratificazione del rischio	
3. <i>Preselezione complessità</i>	Presenza di bisogni assistenziali	Absenza di bisogni assistenziali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Monitoraggio del rischio e presa in carico	
4. <i>Preselezione complessità</i>	Presenza di bisogni assistenziali	Eventuale presenza di bisogni assistenziali	Frequente utilizzo dei servizi	Intervento di integrazione tra servizi	
5. <i>Preselezione complessità</i>	Presenza di bisogni assistenziali	Presenza di bisogni assistenziali	Bisogni assistenziali	Intervento di integrazione tra servizi	
6. <i>Preselezione complessità</i>	Presenza di bisogni assistenziali	Presenza di bisogni assistenziali	Bisogni assistenziali	Intervento di integrazione tra servizi	

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso



Il progetto di salute semplice e complesso

In funzione della stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio-sanitari è possibile definire un progetto di salute individuale in **semplice** o **complesso**, come indicato nelle tabelle di seguito esposte.

Che cosa differenzia i progetti semplici da quelli complessi? Due aspetti.

I progetti di salute semplici si differenziano da quelli complessi perché i primi prevedono un'assistenza a pazienti stabili che non necessitano di un PAI o di un PRI e non contemplano la definizione di un budget di salute.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

PROGETTO DI SALUTE	COMPOSIZIONE	DESCRIZIONE
Semplice	Piano di autocura	Descrizione delle attività e valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

PROGETTO DI SALUTE	COMPOSIZIONE	DESCRIZIONE
Semplice	Piano delle attività di e-health	Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle compliance; Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale; Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto; Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari; Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione.
	Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale	Eventuale definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare

COMPLESSO	COMPOSIZIONE	DESCRIZIONE
Complesso	Piano di autocura	Valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

Complesso	COMPOSIZIONE	DESCRIZIONE
	Piano delle attività di e-health	Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze; Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale; Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto; Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari; Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione.
	Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale	Definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
	Budget di salute	Valutazione delle risorse impegnate: cliniche - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti

Le figure professionali coinvolte nel Progetto di salute

Le figure professionali che provvedono all'individuazione dei bisogni socio-assistenziali che poi portano alla definizione del Progetto di Salute è composta:

- dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta,
- dal medico specialista
- dall'infermiere.

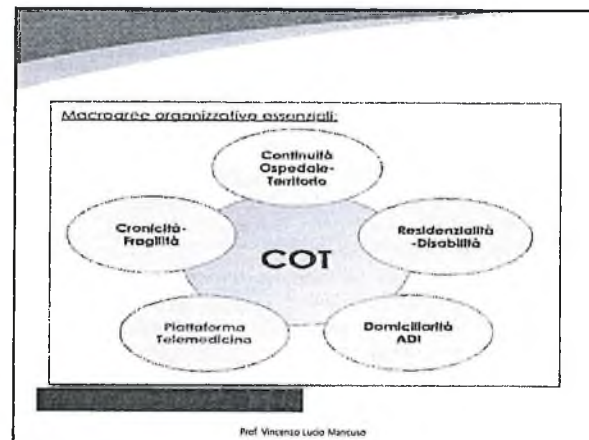
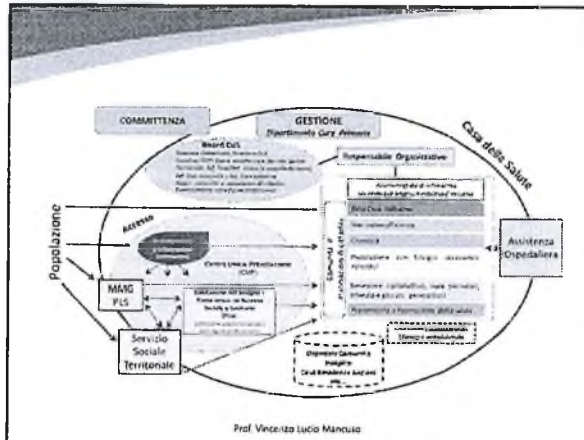
Quando la complessità clinico-assistenziale è maggiore, le figure professionali coinvolte saranno più numerose e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa.

Prof. Vincenzo Lucia Mancusa

FIGURE PROFESSIONALI	COMPITI
MMG e PLS Medico di Medicina di Comunità e Medici dei Servizi	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita. Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
Infermiere	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.

FIGURE PROFESSIONALI	COMPITI
Farmacista	Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilità economica).
Psicologo	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Altre professioni dell'Equipe	Le altre figure professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali.

Prof. Vincenzo Lucia Mancusa



La CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT) realizza il "Transitional Care Model" attraverso la funzione di accompagnamento e programmazione delle attività di cura nei diversi setting assistenziali, con particolare attenzione alla rete delle cure intermedie e socio-sanitarie. Con la presa in carico, si propone al paziente il setting di cura più appropriato, accompagnandolo nelle transizioni secondo un processo Step up, volto a implementare le cure territoriali e intermedie, riducendo ospedalizzazioni e l'inappropriatezza delle prestazioni.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

L'accompagnamento dei pazienti e dei loro caregiver lungo il processo di fruizione dei servizi delle cure intermedie o ospedaliere, consentirà di rilevare feedback sulla salute percepita e sulla qualità dei servizi erogati.

L'interoperabilità organizzativa orientata in rete, supportata da strumenti digitali complementari ed integrati costituirà il cruscotto operativo della COT.

Le COT sono uno strumento per far fronte alla domanda, sempre più ampia, di pazienti con bisogni socio sanitari, centralizzando i processi di accesso alla rete dei servizi territoriali e dando continuità al passaggio tra i vari setting assistenziali.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

La COT si occupa pertanto del percorso di dimissione dei pazienti che non sono nelle condizioni di rientrare direttamente al domicilio, gestendo il passaggio dei pazienti dall'ospedale per acuti al territorio, qualora questo richieda un ricovero in cure intermedie o in struttura sociosanitaria, l'attivazione di ADI, l'attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, l'attivazione dell'IfcC della CdC di riferimento, il rinvio al MMG/PLS.

In caso di dimissione, il reparto dimettente attiva la COT del territorio di residenza dell'assistito, che a sua volta attiverà gli interventi necessari in una logica di prossimità al domicilio.

- prenotazione delle prestazioni dell'attività specialistica ambulatoriale con gestione delle agende

per gli assistiti cronici e con disabilità;

gestione e governo delle attività di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio).

La COT garantisce il supporto informativo e logistico ai professionisti della rete (MMG, PLS, CA, IfcC ecc.), riguardo le attività e i servizi distrettuali presenti.

Prof. Vincenzo Lucia Mancuso

Il personale

Il personale previsto per ciascuna COT, segue gli standard minimi previsti dal DM 77/22:

- 1 coordinatore infermieristico;
- 5 infermieri per garantire la turnistica;
- 1 personale di supporto amministrativo.

Prof. Vincenzo Lucia Mancuso

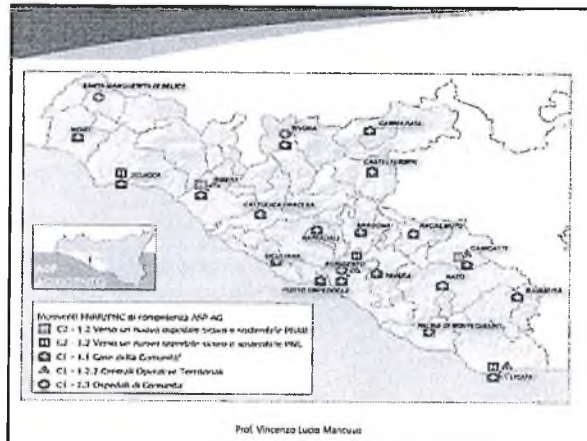
Gli Ospedali di Comunità (OdC) rappresentano strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale e hanno l'obiettivo di evitare ricoveri inappropriati supportando al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, garantendo assistenza a pazienti con condizioni complesse, superando la specificità per singola patologia/condizione.

Gli OdC, insieme alle CdC pongono il loro obiettivo nella riduzione degli accessi impropri ai poli ospedalieri e di Pronto Soccorso.

Prof. Vincenzo Lucia Mancuso

In particolare sono concepiti come struttura socioassistenziale per favorire la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per malattie acute al proprio domicilio, offrendo ai pazienti un luogo dove poter sostare per il percorso post-ricovero e per consentire alle loro famiglie di aver un periodo di tempo necessario per l'organizzazione del rientro al domicilio.

Prof. Vincenzo Lucia Mancuso



Percorso per l'ammissione in Ospedale di Comunità

sono rivolti ai cittadini-pazienti provenienti sia dal territorio che dall'ospedale, in una visione circolare di assistenza integrata Territorio-Ospedale-Territorio. Al fine di definire omogeneamente l'accesso presso gli OdC sarà utilizzata una "Scheda di Ingresso al Territorio" che il medico proponente deve compilare per filtrare le richieste di pazienti più idonei al ricovero presso un Ospedale per acuti e/o R.S.A. e/o Hospice, a causa di quadri clinici instabili o dall'elevato carico assistenziale.

Potranno accedere presso gli Ospedali di Comunità soltanto pazienti con una condizione di stabilità clinica di basso impegno assistenziale e potranno usufruire di una degenza massima di 30 giorni.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

Nella valutazione di ingresso viene definito un punteggio, determinato dall'integrazione dei punteggi ottenuti in due scale di valutazione distinte, una per la definizione della "stabilità clinica" ed una per la definizione del "basso impegno assistenziale", scale di valutazione già in uso clinico, opportunamente modificate e contestualizzate al livello di assistenza che può essere erogato negli OdC.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

La richiesta di accesso completa dovrà essere inviata al PUA territorialmente competente per residenza/domicilio (Distrettuale) che a sua volta invierà al Sovra-PUA Back-Office per la valutazione di ammissibilità. Se accolta, la richiesta sarà inoltrata alla C.O.T. di riferimento del distretto, che prenderà in carico il ricovero, e nel momento di pianificazione del ricovero provvederà a contattare sia il medico richiedente (territoriale o ospedaliero) sia il medico dell'OdC e/o l'infermiere coordinatore dell'OdC, pianificando modalità e tempi del ricovero.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

I criteri indispensabili di accoglibilità presso l'Ospedale di Comunità sono:

- assenza di problematiche acute in atto;
- condizione clinica stabile;
- basso carico assistenziale;
- inquadramento diagnostico definito;
- programma terapeutico delineato.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

I profilo clinico dei pazienti

Per poter fare accesso negli Ospedali di Comunità dell'ASP di Agrigento, il profilo generale funzionale dei pazienti deve con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica. Solitamente si tratta di pazienti clinicamente stabili e basso impegno assistenziale con perdita di alcune funzioni ma con diverse possibilità prognostiche.

Nello specifico, dalle indicazioni del DM 77 emerge che i pazienti degli OdC rientrano essenzialmente in quattro tipologie:

- pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di imprevisti, in cui il ricovero ospedaliero risulti inappropriato;
- pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

- pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione e addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, Protocolli, ecc. già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

Le principali patologie trattabili in Ospedali di Comunità sono:

- BPCO riacutizzata, senza grave insufficienza respiratoria; broncopolmoniti a lenta risoluzione.
- Pazienti in ossigeno terapia a basso flusso, in terapia ottimizzata, senza necessità di controllo della emogasanalisi arteriosa;
- Vasculopatie croniche o subacute (TIA, flebotrombosi, tromboflebiti) non complicate;
- Patologie cardiache con necessità di adattamento alla terapia rimodulata e monitoraggio clinico/ematochimico;
- Malassorbimento, esiti di resezione intestinale chirurgica con necessità di ottimizzare la terapia nutrizionale ed eventuale gestione della stomia; pazienti post-chirurgici e non che necessitano di convalescenza; terapie parenterali prolungate e/o di riattivazione motoria post allettamento;

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

- Malattie croniche del tratto urinario e/o infezioni, con necessità di terapia antibiotica anche endovenosa e monitoraggio clinico/ematochimico;
- Cicli di terapia per via parenterale, anche antibiotica in classe H, se non eseguibili a domicilio;
- Patologie neurodegenerative con necessità di riattivazione motoria (SLA nelle fasi iniziali);
- Ulcere trofiche con necessità di medicazioni giornaliere e ciclo di terapia antibiotica endovenosa;
- Pazienti con traumi lievi e/o non evolutivi, dopo completa valutazione clinica.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

La degenza

Le attività nell'Ospedale di Comunità sono basate su un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, in cui sono previste collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico (cfr. DM n. 70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020. L'assistenza infermieristica è garantita 24/24 ore e 7 giorni su 7, con il supporto degli Operatori Socio-sanitari e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

Tempi di ricovero e dimissione

La durata del ricovero normalmente non è superiore ai 30 giorni. La famiglia e il medico di medicina generale verranno contattati dalla COT e/o dall'OdC per predisporre il rientro al domicilio e condividere le eventuali richieste di ausili e/o assistenza domiciliare/residenziale. Qualora le condizioni psico-fisiche della persona siano tali da non considerare possibile il rientro al domicilio, il Responsabile clinico dell'OdC potrà accordare il prolungamento della degenza in accordo con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e comunque solo in casi eccezionali e motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte. Al raggiungimento degli obiettivi clinico/assistenziali, e comunque entro un intervallo di tempo previsto non superiore a 30 giorni, l'assistito presso l'OdC sarà dimesso al domicilio, se non indicato altro, oppure sarà pianificata la prosecuzione delle cure sempre tramite la COT.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

Il personale

Per la gestione degli ODC sono state individuate le seguenti figure professionali:

7-9 Infermieri per l'assistenza 7 giorni su 7;
 6 Operatori Socio-sanitari;
 1 unità di Altro personale sanitario con funzioni riabilitative;
 1 Medico disponibile per 4-5 ore al giorno, 6 giorni su 7.
 È previsto il reclutamento del personale da strutturare all'interno degli OdC e la relativa formazione. Il personale da allocare all'interno dell'Ospedale di Comunità dell'Azienda rispetta gli standard previsti da DM 77/22, seguendo, inoltre, le indicazioni strutturali dei quaderni Agenas.

Prof. Vincenzo Lucio Mancuso

	IFeC	CdC	116117	OdC	COT	ADI	UCA
Popolazione generale	Servizi di iniziativa	Servizi di iniziativa, erogazione di specialistica ambulatoriale, prevenzione, promozione della salute, iniziative di community building e di promozione	Filtro e orientamento tramite informazioni al paziente e rimando alla filiera della rete		Filtro e orientamento tramite informazioni al paziente e rimando alla filiera della rete		
Pazienti con patologie croniche	Servizi di iniziativa, emanazione all'autocura, domicilio, prevenzione secondaria	Servizi di iniziativa, gestione del PAU, erogazione specialistica ambulatoriale, prevenzione secondaria, iniziative comunitarie, iniziative di coordinamento	Filtro e orientamento tramite informazioni al paziente e rimando alla filiera della rete		Filtro e orientamento tramite informazioni al paziente e rimando alla filiera della rete		
Condotta alla cura specialistica		Integrazione di interventi sanitari, socio sanitari e sociali, gestione del PAU, erogazione di prestazioni specialistiche (terapeutiche e di follow up)	Filtro e orientamento tramite informazioni al paziente e rimando alla filiera della rete	Recupero univocale	Transizione tra setting sia nel flusso step down che step up	Intervento programmato clinico assistenziale	Intervento sistemico temporaneo clinico assistenziale in coordinamento con la continuità assistenziale
Pazienti in fase di cura specialistica				Recupero univocale	Transizione tra setting sia nel flusso step down che step up	Intervento programmato clinico assistenziale	Intervento sistemico temporaneo clinico assistenziale in coordinamento con la continuità assistenziale

Servizio	Descrizione
Televisita	Servizio di assistenza sanitaria, effettuato tramite il ricorso a tecnologie innovative, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non hanno la possibilità di interagire fisicamente nello stesso luogo al fine di prevenire, diagnosticare, trattare e fissare il successivo controllo.
Teleconsulto	Visita per condivisione delle scelte diagnostiche, degli orientamenti prognostici e del/degli trattamenti; è eseguibile anche in situazioni di urgenza o emergenza
Teleassistenza	Attività rivolta a tutte le persone assistite e loro famiglie/caregiver, in condizioni di fragilità generate da patologia cronica o post-acute. Il servizio può essere erogato ad un'ampia platea di soggetti in diversi livelli assistenziali, e in particolare in quello delle cure domiciliari e delle situazioni ad esso assimilabili, ad esempio case-famiglia, comunità residenziali, dormitori, centri diurni.
Telemonitoraggio	Monitoraggio a distanza di parametri, attraverso l'utilizzo di appositi dispositivi medici che, a seconda delle loro caratteristiche, sono in grado di rilevare determinate informazioni. Lo scopo è il controllo dei parametri, rilevati in un arco temporale, al fine di determinare una minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona.





Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 1068 DEL 30 MAG 2024

Oggetto: Adozione piani attuativi Centrali Operative Territoriali (COT) - Case della Comunità (CDC)
Ospedali di Comunità (OdC) - Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

STRUTTURA PROPONENTE: Dipartimento Cure Primarie	
PROPOSTA N. <u>1077</u> DEL <u>23/04/24</u>	
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (TPO Infermieristico Dr. Vincenzo Lucio Mancuso) <u>[Signature]</u>	Il Direttore del Dipartimento Cure Primarie (Dott. Ercole Marchica) <u>[Signature]</u>

IL DIRETTORE
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
Dr. Beatrice Saragò

VISTO CONTABILE			
Si attesta la copertura finanziaria: () come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.			
() Autorizzazione n. _____ del _____	<table border="1"><tr><td>C.E.</td><td>C.P.</td></tr></table>	C.E.	C.P.
C.E.	C.P.		
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO <u>[Signature]</u>	IL DIRETTORE U.O.C. SECSA SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE Dr. Esatino Saragò <u>[Signature]</u>		
RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA <u>30 MAG 2024</u>			

L'anno duemilaventiquattro il giorno TRENTA del mese di MAGGIO nella
sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Giuseppe Capodieci, nominato con Decreto Assessoriale n. 1/2024/Gab del 31/01/2024, acquisito il parere del Direttore Sanitario, dott. Emanuele Cassarà, nominato con delibera n. 376 del 22/02/2023 e s.m.i., con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOTT.SSA TERESA CINAQUE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.





AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO
Viale Della Vittoria n. 321, Agrigento 92100 - Tel. 0922/407111

PIANO ATTUATIVO
CONVENZIONE AGENAS-REGIONE SICILIA
CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

**Predisposizione Piani Operativi per la realizzazione
delle strutture in attuazione del DM 77/2022
dell'ASP di Agrigento**

Indice

1. PREMESSA	pag 2
2. IL CONTESTO TERRITORIALE PROVINCIALE DI RIFERIMENTO	pag 3
3. LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI DELL'ASP DI AGRIGENTO	pag 5
3.1 La COT di Canicattì	pag 5
3.2 La COT di Agrigento	pag 6
3.3 La COT di Ribera	pag 7
3.4 La COT di Licata	pag 8
4. IL MODELLO ORGANIZZATO PREVISTO	pag 9
4.1 Le procedure di funzionamento	pag 9
4.2 Il Personale	pag 10
4.3 Sistemi informativi	pag 10
4.4 Sistema telefonico	pag 11
5. INFORMAZIONE, FORMAZIONE E PIANO DELLA COMUNICAZIONE	pag 11
6. INDICATORI DI MONITORAGGIO	pag 12
7. TEMPI DI ATTIVAZIONE	pag 12

1. PREMESSA

La COT realizza il “Transitional Care Model” attraverso la funzione di accompagnamento e programmazione delle attività di cura nei diversi setting assistenziali, con particolare attenzione alla rete delle cure intermedie e socio-sanitarie. Con la presa in carico, si propone al paziente il setting di cura più appropriato, accompagnandolo nelle transizioni secondo un processo Step up, volto a implementare le cure territoriali e intermedie, riducendo ospedalizzazioni e l'inappropriatezza delle prestazioni. L'accompagnamento dei pazienti e dei loro caregiver lungo il processo di fruizione dei servizi delle cure intermedie o ospedaliere, consentirà di rilevare feedback sulla salute percepita e sulla qualità dei servizi erogati. L'interoperabilità organizzativa orientata in rete, supportate da strumenti digitali complementari ed integrati costituirà il cruscotto operativo della COT.

Le COT sono uno strumento per far fronte alla domanda, sempre più ampia, di pazienti con bisogni socio sanitari, centralizzando i processi di accesso alla rete dei servizi territoriali e dando continuità al passaggio tra i vari setting assistenziali.

Nel nostro modello la futura COT eredita l'attività degli attuali Punti Unici di Accesso Socio-Sanitari e la allarga con integrazioni in ambito sociale, gestisce i flussi Ospedale-Territorio, i percorsi Domicilio-Cure intermedie, affronta la complessità delle situazioni con una idea di continuum nelle modalità di presa in carico con attenzione all'evoluzione dell'ospedale, focalizzata alla patologia acuta, della medicina del territorio e delle cure intermedie, che devono offrire prestazioni differenziate e garantire la presa in carico di pazienti a bassa-media criticità. Possibili scenari futuri di presa in carico di pazienti complessi nella COT sono i percorsi dedicati ai pazienti con patologie mentali-dipendenze, alle puerpere/neonati con bisogni speciali e la possibile integrazione con la Centrale Operativa NEA116117.

Schema di sintesi dell'organizzazione del Distretto e delle relazioni tra la CdC, OdC e COT



Figura 1- Interconnessioni previste per la COT

2. IL CONTESTO TERRITORIALE PROVINCIALE DI RIFERIMENTO



L'ambito territoriale di riferimento è quello dell'ASP di Agrigento, comprende n°42 comuni, per una superficie di 3.043 Km², con una popolazione complessiva di 412.932 (al 31.12.2022) abitanti e con una densità abitativa pari a 135,68 per Km², con una minore densità nelle aree collinari della provincia.

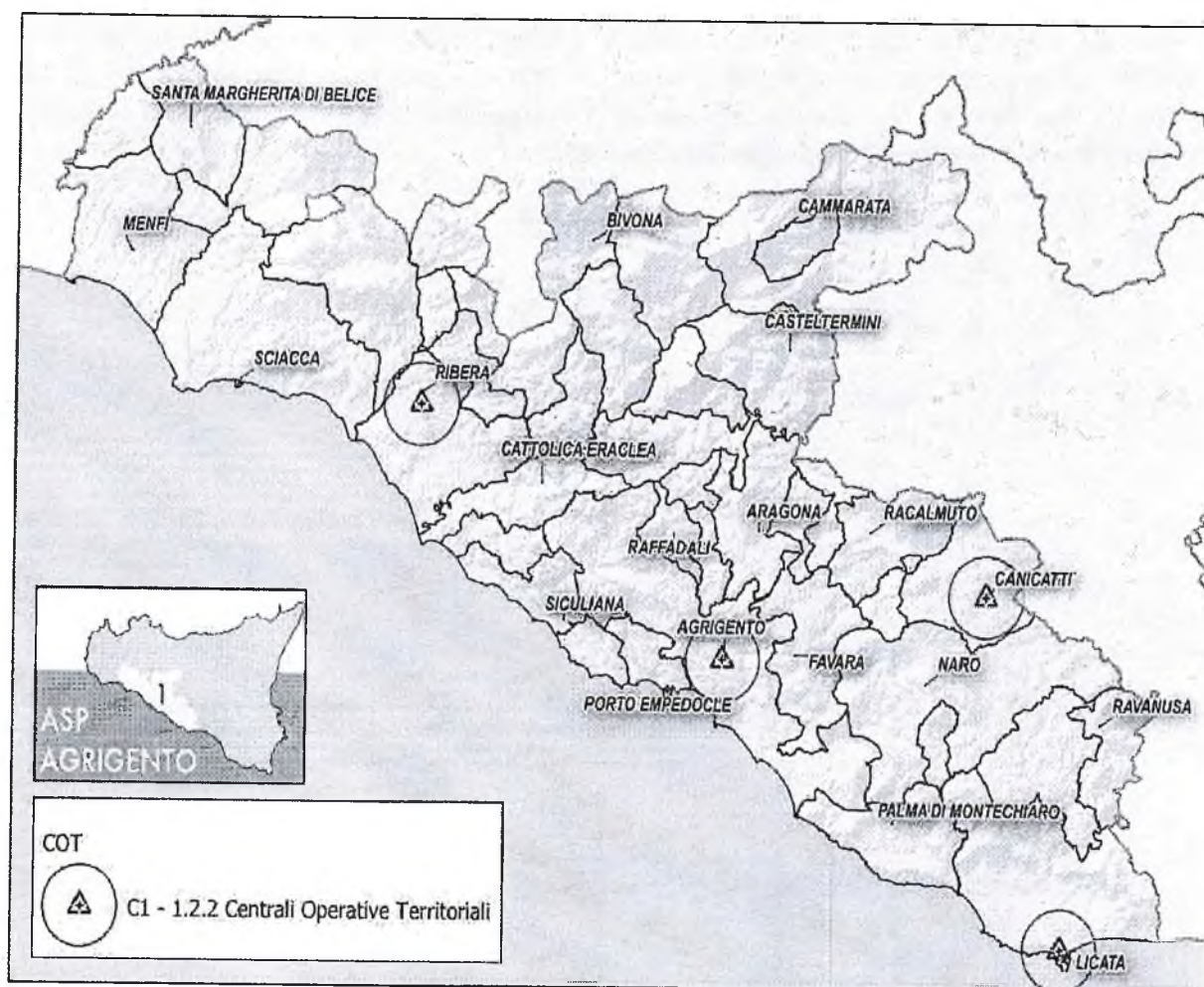
L'ASP è suddivisa in 7 Distretti Sanitari di Base : Agrigento, Bivona, Casteltermini, Canicatti, Licata, Ribera e Sciacca.

A.S.P. – AGRIGENTO - Popolazione per Distretto	
Distretto di:	Popolazione generale al 31/12/2022
Agrigento	139.573
Bivona	15.883
Canicatti	79.706
Casteltermini	20.934
Licata	57.081
Ribera	30.763
Sciacca	68.992
Totale	412.932

Tuttavia il nuovo Modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale di cui al DM 77/22, ha fissato in 100.000 ab. Il bacino di utenza del Distretto, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

L'Assessorato Regionale della Salute, con D.A. n. 664/22, ha delegato l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento allo svolgimento di specifiche attività finalizzate alla realizzazione degli interventi attuativi del DM 77/22, in ragione delle relative competenze e specificità territoriali e pertanto, in ragione di questo parametro previsto dallo stesso DM.77/22, l'Azienda ha individuato, 4 Aree di riferimento per la realizzazione delle COT, ciascuna delle quali comprende territori comunali appartenenti a diversi Distretti Socio-Sanitari:

Sede	Distretti	Popolazione
Agrigento Via Esseneto, 10	Agrigento-Casteltermini	160.507
Canicatti Via Pietro Micca ,36	Canicatti	79.706
Licata via Santa Maria snc	Licata	57.081
Ribera via Circonvallazione snc	Ribera-Bivona-Sciacca	115.638



3. LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI DELL'ASP DI AGRIGENTO

Nei paragrafi seguenti, si passano in analitica rassegna le singole 4 COT individuate, riportando per ciascuna di esse, un breve riepilogo delle caratteristiche progettuali sia dal punto di vista architettonico che dello stato attuativo. Viene anche riportato, per ciascuna delle 4 strutture, una rappresentazione grafica, dati di programma funzionale ed un riepilogo dello stato dell'intera procedura attuativa.

3.1 La COT di Canicattì

La COT di Canicatti é sita in via Pietro Micca n. 36; i lavori risultano già ultimati, consegnati e collaudati in data 10/05/2024.

I locali da adibire disporranno di una superficie di 165 mq e sono configurati in modo da accogliere tutte le postazioni necessarie agli operatori, conformemente alle disposizioni del punto 1.2 dell'allegato IV al Decreto Legislativo 81/08, che stabilisce il limite minimo di spazio garantito per ogni lavoratore. Considerato che il bacino di utenza della Centrale Operativa di Canicattì sarà riferimento per una popolazione di circa 80.000 abitanti, bacino di utenza quindi inferiore ai 100.000 previsti per distretto dal D.M.77, per la COT il numero di postazioni previste farà strettamente riferimento allo standard minimo di 4 postazioni oltre ad altre postazioni dedicate al Coordinatore ed alle altre figure, come da quaderni Agenas.



PIANO TERRA

Stato futuro
Quote
Scala 1:100



PIANO TERRA

Stato futuro
Arredi
Scala 1:100

SEZIONE A' - A'

Scala 1:100

SEZIONE B' - B'

Scale 1:100

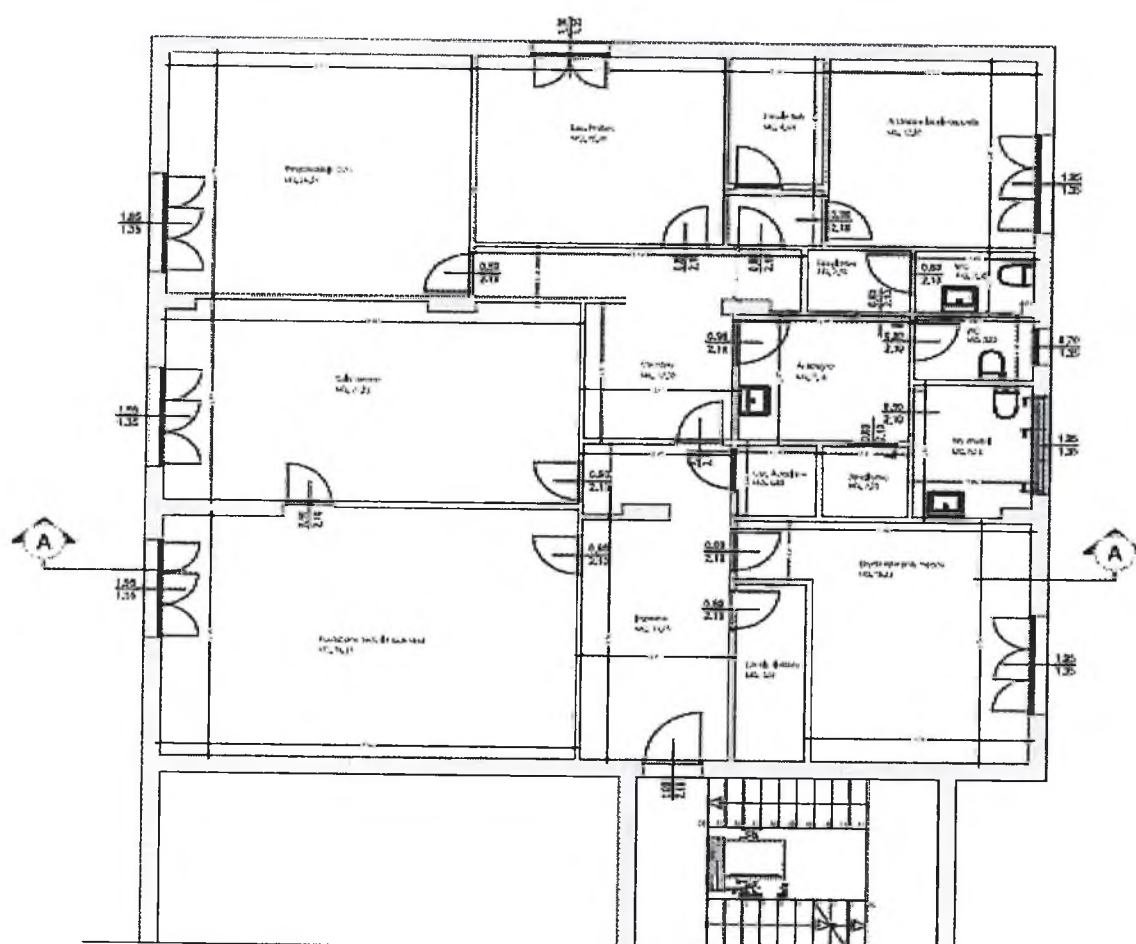
[illegible][illegible]

3.2 La COT di Agrigento

La COT di Agrigento è sita in via Esseneto n.10, ed occupa il secondo piano di un più ampio edificio. I lavori risultano già ultimati, consegnati e collaudati in data 10/05/2024.

Il Centro Operativo disporrà di una superficie di circa 200 mq e sono configurati per accogliere 4 postazioni per gli operatori, conformemente alle disposizioni del punto 1.2 dell'allegato IV al Decreto Legislativo 81/08, che stabilisce il limite minimo di spazio garantito per ogni lavoratore. Va ricordato che la COT di Agrigento si riferisce ad una popolazione di 160.507 abitanti e quindi superiore ai 100.000 previsti per distretto dal D.M.77. Il numero di postazioni previste rispetterà lo standard minimo di 4 postazioni per ciascuna COT, oltre ad altre due postazioni dedicate al Coordinatore e a alle altre figure, come da quaderni Agenas.

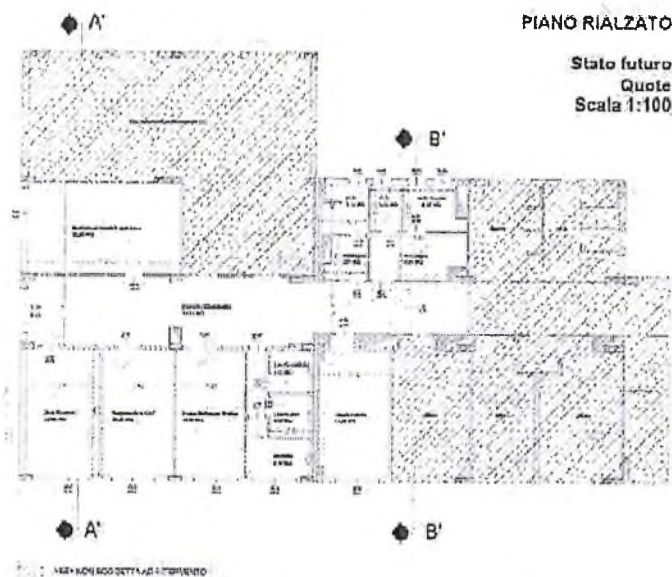
Planta Stato di Progetto Scala 1:50



3.3 La COT di Ribera

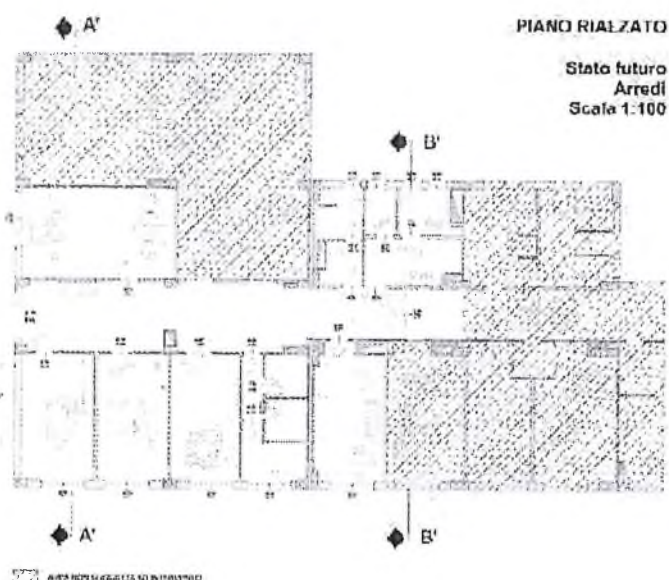
La **COT di Ribera** sarà sita nel Comune di Ribera, in via Circonvallazione snc; i lavori risultano già ultimati e in corso di collaudazione.

I locali, nel loro complesso, disporranno di una superficie di circa 210 mq e sono configurati per accogliere 4 postazioni per gli operatori, conformemente alle disposizioni del punto 1.2 dell'allegato IV al Decreto Legislativo 81/08, che stabilisce il limite minimo di spazio garantito per ogni lavoratore. Va ricordato che la COT di Ribera si riferisce ad una popolazione di 115.638 abitanti e quindi superiore ai 100.000 previsti per distretto dal D.M.77. Anche per la COT di Ribera il numero di postazioni previste rispetta lo standard minimo di 4 postazioni per ciascuna COT, oltre alle altre postazioni dedicate al Coordinatore ed alle altre figure, come da disposizioni Agenas.



PROGRAMMA FUNZIONALE				
AREA FUNZIONALE	TALUA	4 STAGIONI	10 STAGIONI (Prestati)	100 TOTALI
AREA SOSTENTIVA	PERSONALITA' ASSERVITA ORGANIZZAZIONE	3	217	214
	STRUTTURE	2	15	13
	STRUTTURE UFFICIO	12	74	62
	GRUPPO RELAZIONE	1	15	14
AREA DI ESPERTIZIONE	GRUPPO SPECIFICAZIONE	3	15	12
	GRUPPO PROGETTO E REALIZZAZIONE	3	10	8
AREA SERVIZI	GRUPPO MATERIALI	3	6	5
	SISTEMI DI	1	6	5
TOTALE (esclusa Area di Espertizia)		150	323	281
Area di Espertizia		150	323	281
TOTALE (esclusa Area di Espertizia)		150	323	281
TOTALE (esclusa Area di Espertizia)		150	323	281

RAPPORTI RA					
STENZA	MG	DISP APERTURE	PISTRAPI	PISTRA2	PDP APERTURE
CALDAIA RENT	25.50 MG	1.94 MG	27.94 MG	0.00	1.97 MG
PISTRAPI/PISTRA2 = 2.74 MG/0.00		0.00 MG	2.74 MG/0.00 = 0.00		0.00 MG
NO FUNZIONALE	62.70 MG	0.00 MG	62.70 MG	0.00	0.00 MG
STUDIO RIFERIMENTO MEDIO	18.40 MG	2.04 MG	20.44 MG	0.00	2.04 MG
LOCALI RESIDUI	11.20 MG	0.00 MG	11.20 MG	0.00	0.00 MG
LOCALI	5.20 MG	0.00 MG	5.20 MG	0.00	0.00 MG
MAC	7.70 MG	0.04 MG	7.74 MG	0.00	0.04 MG
MAC/PISTRAPI	0.47 MG	0.00 MG	0.47 MG	0.00	0.00 MG
APERTURE	0.75 MG	0.04 MG	0.79 MG	0.00	0.04 MG
LOCALI DATI	6.00 MG	0.00 MG	6.00 MG	0.00	0.00 MG
LOCALI CLETTICO	0.20 MG				

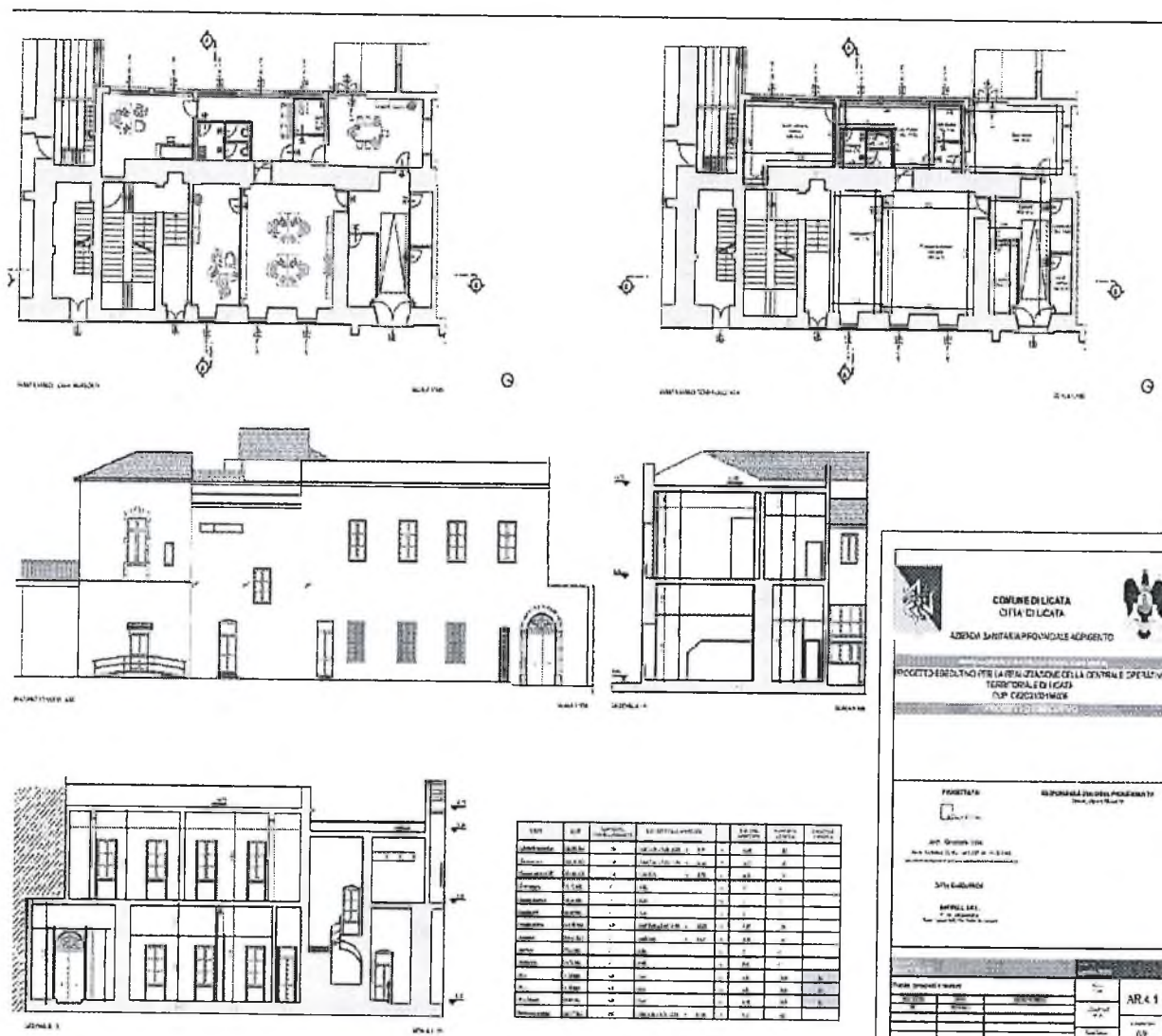


3.4 La COT di Licata

La COT di Licata sarà sita in via Santa Maria snc , la consegna dei lavori contrattualmente è prevista per il 20.05.2024, il RUP ha dichiarato che in lavori sono in ritardo a causa di una interferenza con un altro cantiere lo stesso RUP ha dichiarato che l'ultimazione dei lavori e l'emissione della certificazione di regolare esecuzione avverrà entro e non oltre il 15 Giugno 2024;

I locali da adibire, nel loro complesso, occupano una superficie di 165 mq e sono configurati in modo da accogliere 4 postazioni per gli operatori, conformemente alle disposizioni del punto 1.2 dell'allegato IV al Decreto Legislativo 81/08, che stabilisce il limite minimo di spazio garantito per ogni lavoratore. Va ricordato che la COT di Licata sarà riferimento per una popolazione di 57.081 abitanti.

Nella COT il numero di postazioni previste rispetta lo standard minimo, fissato in 4 postazioni oltre ad altre postazioni dedicate al Coordinatore e a alle altre figure, come da indicazioni Agenas.



4. IL MODELLO ORGANIZZATIVO PREVISTO

L'Azienda ha previsto un modello organizzativo di Centrali Operative Territoriali sviluppato sia al livello distrettuale sia ad un livello pluridistrettuale sulla base delle caratteristiche orogeografiche e delle affinità territoriale dell'ASP nonché della presenza delle strutture sanitarie per ogni bacino: in ogni ambito insiste almeno un presidio ospedaliero ed una Casa della Comunità hub.

La COT coordinerà i servizi territoriali e ha l'obiettivo di creare una funzione di raccordo sia tra le strutture ospedaliere e territoriali già esistenti e di nuova istituzione (OdC e CdC), sia tra queste e le strutture extra ASP (pubbliche e private accreditate), per garantire continuità nei percorsi assistenziali.

Gli arredi previsti a Corredo delle COT, sono stati già oggetto di apposita procedura di acquisto. In quelle già ultimate risultano installati; per la COT di Licata i cui lavori saranno ultimati nel mese di Giugno, l'installazione è prevista nei giorni immediatamente successivi alla consegna stessa.

Gli arredi consegnati sono corrispondenti, per caratteristiche, numero e funzionalità alla destinazione d'uso prevista.

4.1 Le procedure di funzionamento

In linea con le indicazioni Agenas, ed in particolare nel rispetto del principio del "Transitional care", le COT svolgeranno la funzione di coordinamento raccordando i servizi e professionisti sanitari e sociali sul territorio

Le COT si occuperanno pertanto di gestire e governare tutte le seguenti procedure:

- Trasferimenti Ospedale-Territorio: per la gestione delle dimissioni "facilitate" e "protette" dall'ospedale verso le strutture territoriali;
- Trasferimenti Territorio-Territorio: fa riferimento a tutte le transizioni tra setting territoriali (Cure domiciliari, RSA, Hospice, SUAP, CTA, OdC, CdC, etc.);

Dal punto di vista funzionale, la COT svolgerà attività di monitoraggio e coordinamento dei transiti dei pazienti cronici e cronici-degenerativi, tra i diversi setting assistenziali a garanzia dell'integrazione.

La COT assolverà al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, tra loro inter-dipendenti:

- 1) Coordinamento/ottimizzazione della presa in carico della persona assistita, tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali, DA e VERSO: - le strutture ospedaliere; - le strutture residenziale/semiresidenziale; - le strutture di ricovero intermedie o domicilio.
- 2) Tracciamento e monitoraggio della transizioni tra i diversi luoghi di cura o livelli assistenziali.
- 3) Supporto informativo e logistico sulle attività ed i servizi distrettuali, offerto ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale, Infermieri di Famiglia e di Comunità ecc.).
- 4) Raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute del paziente e dei percorsi integrati di cronicità anche attraverso strumenti di telemedicina, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Di seguito si riporta un esempio di percorso clinico assistenziale, con riferimento al ruolo della COT:



4.2 Il personale

Il personale previsto per ciascuna COT, segue gli standard minimi previsti dal DM 77/22:

- 1 coordinatore infermieristico;
- 5 infermieri per garantire la turnistica ;
- 1 personale di supporto amministrativo.

Attualmente, sono in corso le procedure di reclutamento del personale da strutturare all'interno della COT.

La formazione per tale personale è stato già programmata, per l'ultima settimana di maggio e la prima settimana di giugno.

4.3 Sistemi informativi

In riferimento all'informatizzazione delle COT si è proceduto alla mappatura degli applicativi informatici aziendali territoriali e ospedalieri già in uso presso l'Azienda.

Al fine di consentire il regolare funzionamento delle COT nei tempi previsti dal PNRR e colmare l'ulteriore fabbisogno informativo, sulla base delle risultanze della mappatura, sarà colmato attivando apposite procedure di acquisizione che

Più in dettaglio, l'interoperabilità dell'intero sistema, sarà garantita dalla seguente tipologia di sistemi informatici in grado di gestire il bisogno assistenziale della COT attraverso i seguenti specifici applicativi informatici:

- Portale PUA con funzione di porta di accesso ai servizi di assistenza territoriale, di provenienza: dal domicilio;
- Portale MMG (segnalazione del MMG/PLS);
- dall'Ospedale - Portale dimissioni (segnalazione dell'ufficio territoriale);
- Portale UVM per la presa in carico della segnalazione e l'identificazione del setting di destinazione adeguato, previa valutazione multidimensionale; ☐
- Portale UOCP/ADI per la presa in carico dei setting di assistenza domiciliare dell'ADI e delle Cure palliative;
- Portale CCM per la presa in carico del paziente cronico nei PDTA del diabete mellito, della BPCO e dello scompenso cardiaco;
- Collegamento/Portale per la residenzialità presso le R.S.A.(pubbliche e private);
- Portale per la salute mentale;
- Portale Ospedale per la verificare delle disponibilità di posti letto presso i Presidi Ospedalieri aziendali.
- Portale attività consultori e materno infantile.

In riferimento all'informatizzazione delle COT si è proceduto alla mappatura degli applicativi territoriali e ospedalieri presenti in Azienda, stabilendo, sulla base delle attività che saranno in capo alle COT, il fabbisogno informativo e sulla base delle risultanze di queste analisi si stanno attivando le procedure di acquisizione necessarie per il regolare funzionamento delle COT nei tempi previsti dal PNRR

PIATTAFORMA di interoperabilità che consentirà l'integrazione del "bisogno sociale" eventualmente espresso dagli Enti Locali attraverso la CSSI - Cartella Socio Sanitaria Informatizzata con il "bisogno sanitario" espresso attraverso i Portali informatici aziendali sopra elencati, in modo tale da consentire al personale della COT di individuare la segnalazione e la complessità del bisogno assistenziale, nonché la necessità di cambio setting al fine di garantire l'interconnessione tra professionisti socio-sanitari per una presa in carico completa e olistica della persona.

4.4 Sistema Telefonico

Le COT hanno anche nella risposta telefonica un ruolo importante; al fine di supportare le necessità di comunicazioni nel raccordo tra i diversi servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting della rete assistenziale, verrà fornito un sistema telefonico con risponditore telefonico (voce descruttrice del servizio) con 4 direttrici diverse (le COT da 1 al 4) e con coda di attesa. Il sistema, per ogni COT, avrà a disposizione una barra elettronica che verrà installata nel pc a disposizione dell'operatore, per la risposta telefonica dell'operatore e la postazione sarà dotata di cuffia telefonica.

Verranno inoltre forniti telefoni dotati di doppia linea telefonica con funzionalità di conferenza, vivavoce e trasferimento di chiamata, così come richiesto dai quaderni Agenas.

Al fine di tracciare ogni singola chiamata, anche in termini di tempo di gestione e risoluzione delle segnalazioni, ogni COT sarà dotata di Software per la gestione delle segnalazioni. Gli operatori saranno profilati sul sistema e saranno configurate le code di gestione e presa in carico e risoluzione delle segnalazioni.

Infine, sono in fase di realizzazione ulteriori soluzioni informatiche finalizzate a completare la digitalizzazione dell'intera rete dell'assistenza territoriale attraverso un nuovo Portale. Inoltre, è prevista appena disponibile, l'interconnessione con la SovraCOT Regionale.

5. INFORMAZIONE, FORMAZIONE E PIANO DELLA COMUNICAZIONE

Nel contesto del Progetto sperimentale, sono in itinere le iniziative formative rivolte a Direttori di Distretto, Referenti aziendali Medicina Convenzionata e Direttori professioni sanitarie, mirate a promuovere le finalità della Missione 6 del PNRR, declinando specificatamente quanto previsto dal DM77/2022, evidenziando il ruolo funzionale delle nuove strutture nel più ampio contesto delle attività territoriali già attive.

Il percorso formativo previsto sarà articolato in più giornate frontali, ed avrà l'obiettivo di sviluppare una comprensione approfondita del PNRR e delle sue dinamiche operative. Parallelamente, la Direzione aziendale, e i dirigenti amministrativi parteciperanno ad appositi workshop interattivi.

Saranno messe in atto iniziative di Tutorship e supporto, volte alla creazione di un dossier specifico per ogni distretto, mediante il lavoro di gruppo. Questo lavoro utilizzerà l'analisi della domanda e dell'offerta.

L'approccio adottato avrà lo scopo di produrre il risultato atteso in quanto l'analisi approfondita delle dinamiche intrinseche al PNRR, accompagnata alla lettura dei dati di ogni territorio, ha facilitato una comprensione uniforme della normativa vigente e l'applicazione dei principi alla realtà dell'offerta sanitaria che cambia.

Per il mese di luglio 2024, l'ASP di Agrigento, ha pianificato l'organizzazione di due conferenze dei servizi aziendali con la partecipazione della Direzione aziendale (DG, DS, DA), dei dirigenti amministrativi, dei direttori di distretto e dei referenti Aziendali, con l'obiettivo di condividere lo stato dell'arte delle attività connesse al raggiungimento di milestone e target relativi al PNRR.

Successivamente, l'Azienda provvederà alla realizzazione di una serie di incontri, nell'ambito della comunicazione, organizzati per Area.

Gli incontri del Piano della Comunicazione costituiranno occasione di divulgazione e condivisione delle informazioni riguardanti il nuovo modello della rete sociosanitaria nel territorio e quindi l'attivazione delle nuove infrastrutture previste dal PNRR (quali Casa della Comunità, Ospedale di Comunità) e dei relativi percorsi sociosanitari di assistenza. A tal fine, saranno prodotte e rilasciate, per ogni incontro, locandine e brochure.

Tali incontri vedranno il coinvolgimento delle amministrazioni comunali, di farmacisti, di una rappresentanza delle forze dell'ordine, dei parroci, della Cittadinanza attiva e i dei rappresentanti del terzo settore volontariato.

6. INDICATORI DI MONITORAGGIO

Indicatori di monitoraggio di processo: indicatori utili al monitoraggio degli step propedeutici all'attivazione della struttura:

- N. giorni oltre la data di consegna dei lavori strutturali;
- N. giorni oltre la data di consegna prevista per il collaudo dei sistemi informativi;
- % personale assunto rispetto a quello previsto - IFoC - Personale di supporto;
- N. strutture territoriali e ospedaliere collegate alla COT .

Indicatori di monitoraggio e di esito: indicatori che monitorano l'attività erogata dalla struttura e la relativa performance, quali:

- Numero di casi gestiti dalle COT in collaborazione con i PUA e gli sportelli sociali nei processi di transizione;
- Tempi medi di attesa nelle transizioni tra setting "gestiti" dalle COT (dalla richiesta al trasferimento effettivo) per differenti tipologie di transito;
- Numero e percentuale di ricoveri presso gli OdC intermediati dalle COT sul totale dei ricoveri attribuibili alla rete delle cure intermedie;
- Tassi di disponibilità dei posti letto nelle singole strutture territoriali e ospedaliere (con l'obiettivo di ridurre le liste di attesa);
- Numero di pazienti presi in carico in telemedicina;
- Numero di chiamate giornaliere ricevute.

7. TEMPI DI ATTIVAZIONE

L'Attivazione ed il pieno funzionamento delle 4 Centrali Operative Territoriali è prevista per il 30/06/2024





Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

ORIGINALE

DELIBERAZIONE COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 58 DEL 11 GEN 2024

Oggetto: Costituzione del Gruppo Lavoro Locale (GLL) PNRR e designazione del coordinatore dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento.

STRUTTURA PROPONENTE: Dipartimento Cure Primarie

PROPOSTA N. 03 DEL 02.01.2024

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(TPO Infermieristico Dr. Vincenzo Lucio Mancuso)

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA
(Dott. Ercole Marchica)

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

() Autorizzazione n. _____ del _____ C.E. / C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

04 GEN 2024

L'anno duemilaventiquattro il giorno UNDICI del mese di Gennaio nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Mario Zappia, nominato con Decreto Assessoriale n. 696/2020 del 31/07/2020, come modificato con D.A. 3/2023/GAB del 10/01/2023 e con D.A. 28/2023 del 29/06/2023 e ulteriormente modificato con D.A. 32/2023/GAB del 27/10/2023, acquisito il parere del Direttore Amministrativo, dott. Alessandro Mazzara, nominato con delibera n. 414 del 17/06/2019 e s.m.i. e del Direttore Sanitario, dott. Emanuele Cassarà, nominato con delibera n. 376 del 22/02/2023 e s.m.i., con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOSS. SSA TEDESCHI CINQUE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.





PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09 dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____

X Immediatamente esecutiva dal 22.08.2024
Agrigento, li 22.08.2024

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

S. Terrasi

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Agrigento, li _____

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi