

# SISTEMA CENTRALI OPERATIVE: ARTICOLAZIONE, FUNZIONI E LINEE OPERATIVE

## INDICE

1. OGGETTO .....	3
2. RAZIONALE .....	3
3. IL CONTESTO NORMATIVO E LO STATO DELL'ARTE .....	4
3.1. STATO DELL'ARTE .....	5
4. ARTICOLAZIONE DEFINITIVA E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ .....	7
5. FINALITÀ E OBIETTIVI .....	12
6. AMBITI DI APPLICAZIONE E TARGET DI RIFERIMENTO .....	12
7. FUNZIONI E ATTIVITÀ DELLE CENTRALI OPERATIVE SECONDO IL LIVELLO DI GOVERNANCE .....	13
7.1 LE FUNZIONI DELLA COT A (Centrale Operativa Territoriale Aziendale) .....	13
7.2 LE FUNZIONI DELLA COT D (Centrale Operativa Territoriale Distrettuale) .....	15
7.3 LE FUNZIONI TEAM OPERATIVO OSPEDALIERO (TOH) .....	15
8. FLUSSI DELLE RICHIESTE E RELAZIONI FUNZIONALI TRA I DIVERSI LIVELLI OPERATIVI .....	15
9. LINEE DI RESPONSABILITÀ DEI PROCESSI PRIMARI E SISTEMA DI SUPPORTO AI PROCESSI .....	18
10. INDICATORI E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ .....	20
11. GLI SCENARI PRINCIPALI .....	20
12. I PROCESSI DI VALUTAZIONE E LE REGOLE D'INGAGGIO NEI DIVERSI SETTING .....	26

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

## 1. OGGETTO

Il presente documento aggiorna l'allegato della deliberazione aziendale n. 2707 del 31/12/2021 avente per oggetto "Attuazione del piano territoriale – fase 3. Il sistema delle centrali operative e i percorsi di transitional care".

L'aggiornamento si rende necessario per dare concreto avvio alle COT come previsto dagli obiettivi assegnati alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali (DGR n. 197 del 22 maggio 2023 e DGR n. 976 del 28 dicembre 2023) e nel rispetto del DM 77/22 e successivi atti applicativi Regionali (DGR 643 del 26/7/22, Determinazione regionale n. G18206 del 20/12/2022, Determinazione regionale n. G02706 del 28/02/2023). Le Centrali Operative Territoriali **"svolgono funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di connessione tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi processi assistenziali afferenti ad un determinato territorio con l'obiettivo di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza"** raccordandosi per l'integrazione con l'area ospedaliera con i Team Operativi Ospedalieri.

Sulla base di questo principio cardine il documento contestualizza il modello adottato nella ASL di Viterbo nel rispetto dei **tre diversi livelli di governance** individuati dalle disposizioni regionali: **aziendale** (COT A), **distrettuale** (COT D) e **ospedaliero**, grazie all'introduzione dei Team Operative Ospedalieri, TOH (Determinazione regionale n. G15959 del 18 novembre 2022).

## 2. RAZIONALE

L'innovazione apportata dai diversi modelli organizzativi riconducibili a quello delle Centrali Operative Territoriali definito nel corso degli anni da alcune regioni, tra cui anche il Lazio, ha indotto il Governo ad introdurle in tutto il territorio nazionale per affrontare uno degli aspetti più critici dei percorsi assistenziali che è costituito dalla **gestione efficace delle transizioni dei pazienti dall'ospedale agli altri setting territoriali o comunque tra un setting assistenziale e l'altro**.

L'esperienza messa in campo con i vari modelli precursori delle Centrali Operative, in particolare per supportare i servizi nella gestione della pandemia, ha dimostrato come sia necessario per le aziende sanitarie dotarsi di **modelli organizzativi flessibili che possano adattarsi alle esigenze peculiari del momento** pur facendo in modo che le strutture coinvolte rimangano fedeli alle funzioni primarie a cui sono deputate.


È ormai evidente come nell'ottica dei paradigmi della one health le tre macro aree del servizio sanitario, ossia **territorio, ospedale e prevenzione**, non possono più operare per processi separati ma debbano integrarsi e lavorare in sinergia anche condividendo linee di attività: la Centrale Operativa Territoriale Aziendale della ASL di Viterbo rappresenta ad oggi un esempio di questa complessa articolazione essendo il punto di incontro di questi processi condivisi.

Le COT concentrano la propria attività sulla gestione delle situazioni in cui **"fisiologicamente la navigazione all'interno della Rete dei servizi si svolge con difficoltà costante e/o in tempi non adeguati, sia in relazione alla complessità del bisogno sanitario e sociale, sia dell'accessibilità al setting di destinazione"**, ma possono intervenire anche per la messa in campo di percorsi innovativi, in particolare volti a promuovere la proattività, la prevenzione, l'equità di accesso ai servizi e l'utilizzo dei sistemi di e-health.

La possibilità di accentrare alcune linee di attività di supporto e orientamento (definibili come di back office) consente, oltre che di ottimizzare le risorse, di mantenere la tracciabilità dei dati di produzione e di esito, sia aggregati per macro indicatori che inerenti la storia clinica del singolo assistito (progetto individuale di salute).

La stessa DGR 643/22 riporta che le ASL possono dotarsi di funzioni specifiche all'interno o in raccordo funzionale con le COT in base alle specificità organizzative e alle caratteristiche del proprio territorio, ed è sulla base di questa premessa e sui dati di attività fin qui svolta che la ASL di Viterbo riconferma il disegno

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL VITERBO</b>	SISTEMA CENTRALI OPERATIVE: ARTICOLAZIONE, FUNZIONI E LINEE OPERATIVE	Edizione: 1
		Data: 06/02/24
		Pag. 4 a 33

delle Centrali Operative, come descritto nel piano territoriale (Deliberazione n. 572 del 07/04/2022 e successivo aggiornamento con deliberazione n. 1044 del 21/3/23), che prevede una COT A (Centrale Operativa Territoriale Aziendale), tre COT D (Centrali Operative Territoriali Distrettuali), una per ogni Distretto e un TOH (Team Operativo Ospedaliero) già indicato come Centrale Operativa Ospedaliera, articolata in un HUB presso l'ospedale di Belcolle e tre spoke presso i PPOO periferici.

### **3. IL CONTESTO NORMATIVO E LO STATO DELL'ARTE**

Ad introdurre formalmente le centrali operative territoriali (COT) nell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale è stato l'art. 1 comma 8 del D.L. 19/05/2020, n. 342 che testualmente recita: *“Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, le regioni e le province autonome provvedono all'attivazione di centrali operative regionali, che svolgano le funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina”*. All'epoca si era nella fase più intensa della pandemia da Covid-19 e le Centrali operative, finanziate dallo stesso art. 1, dovevano servire a rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica.

Successivamente, nel 2021, il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nell'ambito degli investimenti previsti per il potenziamento delle cure domiciliare prevede l'attivazione di 600 Centrali COT, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

La DGR 643/2022 definisce gli orientamenti strategici di fondo allo scopo di chiarire fini e funzioni per ciascuno degli interventi del DM 77/2022, contestualizzati rispetto al quadro epidemiologico, alla rete regionale di offerta e alla specificità dei singoli territori, tenendo sempre in considerazione le azioni previste dal PNRR, in particolare per quanto riguarda la digitalizzazione dei processi. La successiva DGR n. G18206 del 20/12/2022 integra la DGR 643/22 declinando gli standard e definendo il cronoprogramma delle attività utili all'attivazione dei servizi come da programmazione Regionale.

Anche le Linee guida Agenas (*La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione, 2022 e Le centrali operative. Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali, 2022*) ribadiscono quanto previsto nella normativa definendo le COT quale modello organizzativo innovativo, di livello distrettuale, che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

A completamento delle succitate determine la DGR n. G02706 del 28/02/2023 apre un quadro più ampio e prevede che, per assicurare la governance del processo di transitional care, si realizzi, a livello aziendale e regionale, **un sistema multilivello in cui tutti gli attori sono connessi in maniera strutturata e coordinata, sistema che vede nelle COT la modalità di integrazione dei transiti tra setting di diversa intensità anche se occasionali**.

In questo quadro normativo si inserisce anche la DGR n. G15959 del 18/11/2022 avente per oggetto *“Revisione del Piano Regionale per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in Pronto Soccorso (DCA U00453/2019)”* che istituisce il Team Operativo Ospedaliero (TOH) come *“una struttura funzionale multiprofessionale della Direzione Sanitaria che opera in continuità con le UU.OO. di ricovero secondo percorsi strutturati”*.

Anche qui troviamo importanti riferimenti al ruolo che le centrali giocano nell'integrazione ospedale territorio al fine di favorire il turn over dei posti letto e alleggerire gli accessi ai PS.

L'azienda prende atto e definisce l'attuazione di tale determina con deliberazione n. 2652/2022 avente per oggetto l'approvazione del "Piano aziendale per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in pronto soccorso" e successiva revisione del 15/12/2023 n. 1482, nonché con deliberazione n. 817/2023 che istituisce il Team Operativo Ospedaliero (TOH).

La Deliberazione ASL dal titolo **Sistema Centrali Operative ed i percorsi di transitional care** (del. n. 2707 del 31/12/2021) non si discosta dalle indicazioni contenute dalle disposizioni ministeriali e regionali,

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

dettagliando in modo particolare la conformazione delle Centrali in base al livello di governance (aziendale, distrettuale, ospedaliera) e suddividendo le funzioni in diverse macroaree che verranno di seguito illustrate. Successivamente sono contenuti riferimenti al Sistema Centrali Operative in molti documenti operativi sia emanati come deliberazioni della Direzione Generale, sia diffusi come documento interno che regolano funzioni e relazioni della COT A con le strutture coinvolte nei processi primari di erogazione dei servizi.

A questi documenti di programmazione Regionale si aggiungono le determine che sanciscono le fasi di avanzamento degli obiettivi del PNRR tra cui di particolare interesse la Missione 6: Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - **Sub investimento 1.2.2 - Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) - 1.2.2.2 COT Interconnessione** che vede la scadenza della messa in opera della piattaforma entro marzo 2024.

La DGR 197/2023 e la successiva DGR n. 976/2023, definiscono tempi e modi di attivazione e monitoraggio delle COT e questo documento ne rappresenta la presa d'atto riconoscendo lo stato attuale di attivazione delle centrali e definendo il cronoprogramma e le responsabilità degli step successivi.

### 3.1. STATO DELL'ARTE

Nella delibera di approvazione del piano territoriale (deliberazione n. 572 del 07/04/2022 e successiva modifica n. 620 del 21/3/23) sono state individuate le COT da attivare sulla provincia di Viterbo.

Distretto	Centrali operative
<b>A</b>	COT-D*
<b>B</b>	COT-A* COT-D COT H (TOH)
<b>C</b>	COT-D*

Le COT contrassegnate dall'asterisco sono quelle per cui sono previsti finanziamenti POR, nel rispetto delle scadenze i locali saranno consegnati entro il 30 gennaio.

L'attuale stato dell'arte dei lavori inerenti la missione <b>PNRR M6C1 1.2.2.2 - Centrali operative territoriali</b> vede: <ul style="list-style-type: none"> <li>- completati i lavori di ristrutturazione dei locali individuati per la COT del Distretto di Civita Castellana e per la COT del Distretto di Tarquinia (fondi POR);</li> <li>- di prossima ultimazione (30 gennaio 2024) i lavori previsti per la COT collocata presso Belcolle;</li> <li>- l'individuazione dei locali per la COT del Distretto B e del TOH (locali per cui non sono previsti lavori di adeguamento con fondi POR) entro il 31 gennaio;</li> <li>- la predisposizione degli arredi e delle postazioni di lavoro presso tutte le COT</li> </ul>
---

Per tanto al momento alcune di queste attività sono state attivate in sedi provvisorie al fine di rispondere alle necessità dell'organizzazione.

In particolare nel capoluogo hanno sede e sono al momento operative tre Centrali Operative (deliberazione n. 2707 del 31/12/2021) funzionalmente organizzate secondo il seguente schema:

- una COT H-T (TOH) presso Belcolle che rappresenta il punto di integrazione ospedale-territorio, attivata in forma basilare con la deliberazione n. 2707 del 31/12/2021 per rispondere al *percorso di dimissione orientata*, ha subito poi un'integrazione in termini di figure professionali coinvolte e dei processi di lavoro come da deliberazione n° 817 del 25/08/2023 con l'istituzione del Team Operativo Ospedaliero (TOH) che vede la presenza di una rete HUB (Belcolle) e spoke (PO Civita Castellana, PO Tarquinia, PO Acquapendente);
- una COT A/COT D, attivata con delibera n. 2707 del 31/12/2021, con sede provvisoria presso la Cittadella della salute, che vede un sistema unico che si differenzia al suo interno con linee di attività e spazi separati per assolvere alle funzioni della COT Aziendale e della COT Distretto B.

La COT A, attiva dal 2021 nasce dall'evoluzione della Centrale Operativa Programmazione Campagna Vaccinale anti Covid, attiva dal 2020, assorbendo anche le attività della COA (nata anch'essa nel 2020 per assolvere alle dimissioni difficili COVID+).

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

Le linee di attività sviluppate al suo interno sono in parte riferibili a processi aziendali (COT A) di linee con le tre macroaree coinvolte (territorio, ospedale e prevenzione) ed in parte riferibili a processi distrettuali (COT D distretto B).

Queste ultime, gestite separatamente, sono state attivate secondo i seguenti principi:

- linee di attività innovative da attuarsi in forma sperimentale prima di essere riprodotte su tutti i distretti;
- linee di attività a supporto dei processi di back office del PUA in attesa della necessaria revisione di tutte le attività in essere;
- linee di attività inerenti l'integrazione ospedale-territorio secondo il processo della dimissione difficile.

Sono inoltre attive dal 2019 le Centrali Operative della Cronicità (COC) che gestiscono i processi di teleassistenza e telecontrollo per utenti cronici inseriti nei PDTA aziendali attraverso l'utilizzo della piattaforma Smart Digital Clinic che a tutti gli effetti rappresentano un precursore delle COT D e verranno integrate nei processi di lavoro delle COT D e delle Case della Comunità con una gestione integrata condotta dagli infermieri di comunità in raccordo con gli specialisti referenti per i PDTA interessati.

La COT A, nel rispetto degli standard previsti dal DM 77/22, rappresenta il punto della rete **attivo sette giorni su sette in H12**, integrando le funzioni delle COT D e del TOH in maniera trasversale a completamento della copertura oraria, nelle more della messa a regime del sistema. Il servizio vede la presenza di otto unità di personale infermieristico e di tre unità di personale amministrativo di supporto a garanzia della copertura oraria.

Le tre COT attualmente attive come sopra descritte rappresentano al momento il 60% delle Centrali Operative Aziendali previste nel Piano territoriale come deliberato (obiettivo da raggiungere entro dicembre 2023) ed a queste si aggiungono le linee di attività funzionale svolte dalle COC ma riconducibili funzionalmente ai processi delle COT.

In termini di logistica al 30 gennaio saranno ultimati tutti i lavori nei locali predisposti per ospitare le sedi definitive delle Centrali Operative, inclusa la predisposizione degli arredi e delle postazioni di lavoro, si calendarizzeranno per tanto i trasferimenti delle attività in essere nonché le attivazioni delle nuove COT.

In seguito alla segnalazione pervenuta da [areartp@regione.lazio.it](mailto:areartp@regione.lazio.it) in merito alla sub-misura **PNRR M6C1 1.2.2.2 COT Interconnessione** ed al relativo progetto *"Piattaforma informatica abilitante alla Interconnessione delle COT in una logica di Rete territoriale integrata (Transitional Care)"*, in riferimento alla nota Regione Lazio prot. n. 1447997 del 13/12/23, sono stati trasmessi al tavolo tecnico che segue la fase di avvio dei lavori, i nominativi degli operatori in servizio presso le COT attive (COT A/COT D distretto B e COT H-TOH) ed i coordinatori dei distretti delle COT D di prossima attivazione per procedere al primo step formativo.

La formazione prevede due soggetti destinatari:

- gli utilizzatori della piattaforma, che sono esclusivamente gli operatori delle Centrali Operative (COT A, COT B e TOH) e il gruppo di lavoro individuato dalla Direzione Strategica, che verranno autorizzati tramite rilascio delle credenziali sulla base della profilazione di abilitazione necessaria, la formazione verrà condotta a livello regionale;
- gli stakeholders che necessitano essere messi a conoscenza dei processi ma non opereranno in questa fase sulla piattaforma, in questo caso la formazione verrà condotta in ambito aziendale con il supporto della UOSD Formazione universitaria, ricerca ed EMC.

Verranno abilitati progressivamente altri attori, ove necessario, sulla base dei profili di autorizzazione disponibili una volta definiti i livelli di accesso.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

#### 4. ARTICOLAZIONE DEFINITIVA E CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

L'articolazione definitiva del sistema delle Centrali Operative nella ASL di Viterbo è la seguente:

Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT A) - c/o Ospedale di Belcolle
Centrale Operativa Territoriale Distretto A (COT D A) - c/o Ospedale Tarquinia
Centrale Operativa Territoriale Distretto B (COT D B) - Cittadella della salute di Viterbo
Centrale Operativa Territoriale Distretto C (COT D C) - c/o Ospedale Civita Castellana
Team Operativo Ospedaliero Belcolle (TOH HUB) - Direzione Sanitaria di Belcolle
Team Operativo Ospedaliero Civita Castellana (TOH spoke CC) - Direzione Sanitaria H di Civita Castellana
Team Operativo Ospedaliero Tarquinia (TOH spoke TQ) - Direzione Sanitaria H di Tarquinia
Team Operativo Ospedaliero Acquapendente (TOH spoke AQ) - Direzione Sanitaria H di Acquapendente

Il personale infermieristico che presta la propria opera all'interno delle COT è costituito da IFOC (Enrichens, 2022), per tanto va selezionato sulla base dei titoli e dell'expertise maturata in contesti assimilabili all'infermieristica di famiglia e di comunità. In considerazione del sistema a rete tra i diversi livelli delle Centrali Operative (COT A, COT D, TOH), dei flussi di attività e dei bacini di utenza delle singole ASL si ritiene che sia possibile definire un sistema in scaling up in cui si garantisca inizialmente almeno la presenza di un punto della rete attivo h 12 sette giorni su sette e definire l'orario più funzionale in considerazione dell'organizzazione locale per le altre COT.

##### A. LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE AZIENDALE

La **COTA** in una fase di avvio delle attività complessive del sistema, afferisce strutturalmente alla Direzione Strategica, quale strumento utile al governo dei processi aziendali, visto che rappresenta uno dei canali informativi che orienta le direzioni nell'esercizio della funzione di committenza in quanto:

- supporta l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi
- rileva i bisogni di salute e i punti critici dei sistemi e dei processi
- alimenta e utilizza il patrimonio informativo aziendale/regionale
- promuove l'utilizzo dei processi di telemedicina/teleassistenza

In questa fase la COT A assume il ruolo di "gestore" della fase di transizione verso il nuovo modello organizzativo volto alla ricomposizione della filiera assistenziale a garanzia della continuità delle cure, anche alla luce di quanto definito nella DGR 643/22 che individua tra le funzioni della COT A quelle di:

- costruire strumenti e procedure con lo scopo di supportare e uniformare le attività realizzando un'integrazione delle strutture a livello interdistrettuale,
- condividere approcci e indicazioni provenienti dal CR-COT,
- promuovere i percorsi formativi per gli operatori interessati dai processi,
- accompagnare la messa in uso degli strumenti di digitalizzazione e telemedicina, in particolare la messa in uso della piattaforma COT interconnessione (PNRR M6C1 1.2.2.2) in sostituzione di altri applicativi attualmente in uso.

In questa fase di start la COT A è temporaneamente localizzata in prossimità della Direzione Strategica Aziendale.

Fino alla messa a regime del sistema La COT A continuerà a garantire il rispetto degli standard previsti dal DM 77/22 osservando gli orari di attività su sette giorni in H12, festivi compresi, integrando in maniera trasversale le funzioni delle COT D e dei TOH, mantenendo l'attuale standard di personale.

È prevista l'integrazione del farmacista al fine di collaborare con le azioni di rinforzo per l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza terapeutica e l'attuazione di progetti di home delivery condivisi.

Al momento si mantiene attivo l'infopoint quale punto di riferimento per l'utenza ormai consolidato.

Considerato che la definizione degli asset di attività rappresenta un momento chiave nella rappresentazione dei processi e vista la complessità organizzativa che comporta, nel breve periodo, il

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale



raggiungimento simultaneo dei molteplici target/obiettivi correlati al PNRR, nonché l'attuazione del DM 77/22 e delle successive disposizioni attuative emanate dalla Regione, si ritiene necessario affidare la conduzione delle attività di reingegnerizzazione dei processi di transitional care, ad un gruppo di lavoro multidisciplinare che ricomprenda le necessarie competenze:

- supporto alla gestione e implementazione dei sistemi informatici
- supporto alla costruzione dei processi e delle procedure in ambito organizzativo e clinico assistenziale
- supporto alla gestione dei flussi amministrativi, in particolare nell'ambito dei processi di budgeting con gli erogatori accreditati;
- supporto all'analisi ed elaborazione dei dati raccolti ed alla valutazione degli esiti.
- monitoraggio del raggiungimento dei target/obiettivi definiti dal POR, dal DM 77/22 e delle successive disposizioni attuative regionali

Tra queste figure, individuate dalla direzione strategica, verrà nominato il Responsabile della COT A, nonché coordinatore del gruppo di lavoro.

Il gruppo di lavoro presterà supporto alle attività fino al consolidamento dei nuovi processi riguardanti la ricomposizione della filiera dei servizi assistenziali a garanzia della continuità delle cure e all'utilizzo esclusivo della piattaforma COT interconnessione nel sistema di rete integrata ospedale-territorio.

<p><b>Mandato del gruppo di lavoro</b> da assolvere nel rispetto delle tempistiche dettate dagli obiettivi del PNRR, dell'attuazione del DM 77/22 e delle successive disposizioni attuative emanate dalla Regione Lazio - Direzione regionale salute e integrazione sociosanitaria:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Definizione e monitoraggio del cronoprogramma delle fasi attuative nell'osservanza dei target/obiettivi da raggiungere entro i termini previsti dal POR e in raccordo con i tavoli regionali a cui partecipa tramite le figure individuate dalla Direzione Strategica.</li> <li>→ Definizione delle tecniche di funzionamento del sistema delle centrali operative declinando i flussi e le interrelazioni tra i tre livelli di governance (ospedaliero, territoriale, aziendale) e tra questi e le altre strutture aziendali ed extraaziendali.</li> <li>→ Costruzione delle procedure operative utili al buon andamento delle attività definendo strumenti, criteri standard e indicatori di valutazione, coinvolgendo di volta in volta gli attori interessati.</li> <li>→ Organizzazione e coordinamento dei processi formativi utili a supportare le attività di implementazione dei processi.</li> </ul>

Tra i professionisti assegnati al servizio viene individuato in maniera concordata tra il Direttore della UOC GoPS e il Responsabile della COT A, un referente infermieristico nelle more della definizione del nuovo assetto organizzativo della Azienda Sanitaria Locale di Viterbo e nel rispetto dell'attuazione del CCNL.

I processi di lavoro verranno analizzati puntualmente nell'arco del primo semestre del 2024 e ridefiniti in un'ottica di sistema in rete, interdistrettuale e integrato ospedale - territorio, che vede la COT A come capofila del processo.

L'attività di reingegnerizzazione dei processi, per la parte di gestione deputata al sistema centrali operative, ricomprenderà i percorsi con gli accreditati, le attività svolte al domicilio del paziente, l'erogazione dei PAI nell'ambito della dipendenza e dell'area della salute mentale e della disabilità (DSM, neuropsichiatria infantile, disabile adulto e disturbi cognitivi), le reti assistenziali e i PDTA per le maggiori cronicità e i processi di telemedicina. Obiettivo principale la digitalizzazione dei processi con percorsi che limitino l'accesso dell'utenza agli sportelli, snellendo i flussi e riducendo il carico di lavoro dei front office. Nelle more della piena funzionalità della piattaforma COT interconnessioni ci si dovrà avvalere di tutti gli applicativi in uso a livello aziendale e regionale a garanzia della funzionalità e tracciabilità dei processi.

***Il gruppo di lavoro individuato relazionerà mensilmente lo stato di attuazione del piano operativo di seguito definito monitorando anche le attività delle COT D e dei TOH.***

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale



## B. LE CENTRALE OPERATIVE TERRITORIALE DISTRETTUALE

Le **COT-D afferiscono strutturalmente alle relative UUOCC Governo della Domanda Distretto A, B, C.**

Il Direttore di Distretto è il **responsabile della Centrale Operativa Territoriale Distrettuale** di competenza del proprio territorio in quanto ha tra le sue funzioni quella di governo e di verifica del buon andamento di tutti i servizi distrettuali nel rispetto del budget assegnato. In quanto tale coordina le attività, sovrintende alla gestione dei processi e all'applicazione delle procedure operative emanate dal gruppo di lavoro aziendale, assolvendo al debito informativo Regionale e Aziendale.

I Direttori di Distretto dovranno dare seguito all'attivazione funzionale delle COT D entro e non oltre il 30/03/24, nelle sedi individuate dal POR (distretto A e distretto C) o in altra sede (distretto B), considerando che le indicazioni Regionali prevedono la possibilità, al fine di promuovere l'integrazione e la continuità dei processi, di avvalersi del personale infermieristico e amministrativo già assegnato in funzione della redistribuzione delle attività e nelle more dell'acquisizione di ulteriori risorse.

Nella fattispecie come previsto dalle determinazioni regionali (DGR 643/2022 e DGR n. G02706/2023) il PUA gestirà il front office e rimarrà sede dei processi di integrazione sociale, mentre tutte le attività di back office verranno gestite dalle COT D. Pertanto il carico di lavoro dei PUA, sia in termini di orario di lavoro che di linee di attività, vedrà un'importante diminuzione. Questo consentirà di utilizzare parte dell'orario per avviare in forma sperimentale ed in orario ridotto le COT distrettuali.

Anche la sede operativa delle cure domiciliari deve interfacciarsi con la Centrale Operativa Territoriale Distrettuale e, qualora opportuno, può essere eventualmente integrata nella COT D stessa al fine di ottimizzare le risorse e promuovere l'integrazione e la continuità dei processi.

Inoltre il Direttore di Distretto collaborare alla definizione dei processi in un'ottica di sistema a rete.

Il Direttore di Distretto in quanto responsabile della governance delle risorse umane assegnate per il perseguimento degli obiettivi, concorda con il Direttore della UOC GoPS, il nuovo assetto sulla base della riorganizzazione delle attività definito in un'ottica di ottimizzazione e valorizzazione del personale al fine di garantire le attività delle COT D.

Tra i professionisti assegnati al servizio viene individuato in maniera concordata tra il Direttore della UOC GoPS e il Direttore del Distretto un referente infermieristico, che per expertise e competenze possa farsi carico della gestione del personale e dei piani di lavoro, nelle more della definizione del nuovo assetto organizzativo della Azienda Sanitaria Locale di Viterbo e nel rispetto dell'attuazione del CCNL vigente.

Inizialmente l'orario di attività sarà quello compatibile con il personale disponibile e nell'ottica di assicurare le attività già ad oggi garantite, l'orario minimo sarà comunque di almeno 5 giorni su 6 in h 6. Il restante orario, nel rispetto degli standard previsti dal DM 77/22, verrà garantito dalla COT A, anche in un'ottica di ottimizzazione delle risorse in attesa della valutazione dei carichi di lavoro effettivi.

Il coordinatore dei Distretti governerà il processo di attivazione delle Centrali Operative confrontandosi:

- con la direzione strategica, in particolare con il gruppo di lavoro individuato, al fine di concretizzare la riorganizzazione dei processi,
- con gli altri direttori di distretto e con il direttore sanitario polo ospedaliero al fine di sincronizzare le attività,
- con il direttore della UOC GoPS come sopra indicato, per definire il nuovo assetto del personale infermieristico in considerazione della riorganizzazione delle attività,
- con il direttore della UOSD Servizio Sociale al fine al fine di ottimizzare la gestione dei PUA prevedendo un'organizzazione sinergica e complementare nelle attività di front office,
- con il Responsabile della COT A e con il gruppo di lavoro per la condivisione e l'attuazione delle procedure e per assolvere al debito informativo.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

### C. IL TEAM OPERATIVO OSPEDALIERO

Il **TOH** *afferisce alla Direzione Sanitaria di Polo Ospedaliero*, a Belcolle è collocato il punto hub in rete con gli spoke presenti nei PO periferici. Il Direttore Sanitario Polo è il responsabile della rete hub e spoke dei Team Operativi Ospedalieri (TOH), in quanto garante del percorso assistenziale ospedaliero anche nelle fasi di transitional care. In quanto tale coordina le attività, sovrintende alla gestione dei processi e all'applicazione delle procedure operative emanate dal gruppo di lavoro aziendale, assolvendo al debito informativo Regionale e Aziendale. Si avvale nello svolgimento delle attività delle figure professionali individuate nella deliberazione aziendale n° 817 del 25/08/2023 che, oltre ad assegnare le funzioni di coordinamento del TOH alla Direzione Sanitaria Polo, individua la composizione dei diversi team nella rete hub e spoke.

Il Direttore Sanitario Polo definisce, in collaborazione con la UOC GoPS, il riassetto delle risorse umane sulla base della riorganizzazione delle attività in un'ottica di ottimizzazione e valorizzazione del personale assegnato al fine di garantire le attività dei TOH, stabilendo gli orari di attività e la suddivisione delle funzioni e delle linee di attività.

Tra i professionisti assegnati al servizio viene individuato in maniera concordata tra il Direttore della UOC GoPS e il Direttore Sanitario Polo un referente infermieristico, che per expertise e competenze possa farsi carico della gestione del personale e dei piani di lavoro, nelle more della definizione del nuovo assetto organizzativo della Azienda Sanitaria Locale di Viterbo e nel rispetto dell'attuazione del CCNL.

Nell'ottica dell'integrazione ospedale territorio, il Direttore Sanitario Polo dovrà definire **il nucleo minimo di servizio, i contatti e gli orari di attività garantiti dal TOH (rete HUB e spoke), nonché collaborare alla definizione dei processi in un'ottica di sistema a rete.**

Il direttore sanitario Polo governerà il processo di implementazione delle attività dei TOH, HUB e spoke, confrontandosi:

- con la Direzione Strategica, in particolare con il gruppo di lavoro individuato, al fine di concretizzare la riorganizzazione dei processi,
- con i referenti dei TOH spoke e con il coordinatore dei direttori di distretto al fine di sincronizzare le attività,
- con il direttore della UOC GoPS come sopra indicato, per definire il nuovo assetto del personale infermieristico in considerazione della riorganizzazione delle attività,
- con il direttore della UOSD Servizio Sociale al fine di integrare le attività del servizio sociale ospedaliero prevedendo un'organizzazione sinergica e complementare nelle attività del TOH;
- con il Responsabile della COT A e con il gruppo di lavoro per la condivisione e l'attuazione delle procedure e per assolvere al debito informativo.

### CRONOPROGRAMMA

**Entro il primo trimestre del 2024 le COT e i TOH dovranno essere funzionalmente attive**, per lo meno con per la gestione dei principali processi di transitional care, nello specifico, quelle con finanziamento POR, **dovranno essere collocate nella sede definitiva come previsto da PNRR**, le altre in locali idonei e debitamente arredati e attrezzati.

**Entro giugno 2024 dovranno essere attivate e funzionanti a pieno regime il 100% delle COT aziendali.** I direttori coinvolti dovranno adottare le indicazioni definite nel presente paragrafo per dare il via alle attività, rimodulando i processi secondo criteri ed indicatori definiti a seguire.

Nelle more dell'attivazione della piattaforma COT interconnessione:

- tutte le COT e il TOH attiveranno delle linee di comunicazione per relazionarsi con i professionisti: almeno un numero di telefono dedicato (riservato solo ai professionisti e non all'utenza per non

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

intralciare il lavoro della rete) e una mail dedicata e facilmente riconoscibile e uguale per tutte le strutture (es. [cot.distrettob@asl.vt.it](mailto:cot.distrettob@asl.vt.it), [toh.belcolle@asl.vt.it](mailto:toh.belcolle@asl.vt.it))

- tutti i professionisti, inclusi quelli della COT A e del TOH, verranno abilitati alle piattaforme utili alla gestione dei processi, in particolare SIAT/SIATESS.

I referenti dei processi di attivazione dovranno comunicare alla direzione strategica le informazioni utili (definizione sede, orario, personale individuato e attivazione canali di comunicazione) entro la data di attivazione. Sarà cura della Direzione Strategica dare diffusione delle modalità di segnalazione dei casi e dei contatti utili alle altre strutture Regionali.

L'attivazione del sistema aziendale delle centrali operative comporta la rivisitazione di tutti i processi di transitional care, tenendo in considerazione il nuovo modello organizzativo e la realizzazione della piattaforma COT- Interconnessione. La sperimentazione dei nuovi modelli dovrà iniziare almeno entro il 1° marzo 2024 ed avere conclusione entro giugno 2024 compatibilmente con lo stato di avanzamento dei lavori del PNRR e delle indicazioni dei Tavoli Regionali.

***Nell'ambito della linea strategica di revisione dei PDTA verrà ridefinito il ruolo delle Centrali Operative della Cronicità integrate nel sistema COT D ed in rete con le Case della Comunità.***

Collaborazioni	
-	Il Direttore della UOC Governo delle Professioni Sanitarie, in quanto deputato alle funzioni di gestione del personale e in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e del miglioramento della qualità dell'assistenza, garantisce la corretta ed equa distribuzione del personale infermieristico, al fine di assicurare tutte le attività ed individua, concordandoli con i responsabili dei servizi (COT e TOH) ed in considerazione delle risorse assegnate alle strutture interessate, i referenti infermieristici nelle more della definizione del nuovo assetto organizzativo della Azienda Sanitaria Locale di Viterbo.
-	Il Direttore del Dipartimento per il governo dell'offerta e delle cure primarie, in quanto garante del coordinamento della complessità assistenziale territoriale, al fine di assicurare la continuità delle cure e la prossimità degli interventi, si impegna a favorire l'integrazione tra l'offerta assistenziale e il sistema delle centrali operative, tenendo conto, nella declinazione delle reti e dei percorsi, del ruolo rivestito dalle stesse, affinché si concretizzi una fattiva azione sinergica nella gestione proattiva dei processi di presa in carico a garanzia dell'equità e della facilitazione di accesso ai servizi.
-	Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) in quanto garante dell'integrazione tra la componente specialistica per la salute mentale e la rete dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri, si impegna a garantire l'integrazione tra l'offerta assistenziale e il sistema delle centrali operative per il buon esito dei percorsi di transitional care.
-	Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione si avvale della collaborazione del sistema della Centrali Operative, al fine di attuare le politiche di one health, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita mediante iniziative coordinate con i Distretti, le Direzioni sanitarie e con tutti i Dipartimenti dell'Azienda Sanitaria Locale. In particolare gli infermieri delle COT partecipano ai programmi di sorveglianza e collaborano alla promozione/organizzazione di campagne di prevenzione e promozione della salute.
-	Il direttore della UOSD Servizio Sociale al fine di assicurare il miglioramento continuo delle prestazioni sociali e l'integrazione sociosanitaria collabora con le Direzioni, di distretto e ospedaliere, e con la UOC GoPS per una gestione coordinata dei PUA prevedendo un'organizzazione sinergica e complementare nelle attività di front office e del TOH.
-	Il Direttore della UOSD Formazione Universitaria Ricerca ECM al fine di favorire il coinvolgimento dei professionisti e la loro maggiore partecipazione nella fase operativa degli interventi di innovazione e cambiamento, con particolare riferimento agli obiettivi strategici supporta il gruppo di lavoro nell'attuazione dei processi di formazione continua, anche attraverso l'attivazione di comunità di pratica e processi di formazione su campo, collaborando alla diffusione dei materiali prodotti.
-	Tutti i Direttori di struttura, complessa o dipartimentale, si impegnano a collaborare per quanto di competenza collaborando con il gruppo di lavoro al fine della revisione dei processi e nell'attuazione delle procedure che verranno diffuse.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

## 5. FINALITÀ E OBIETTIVI

Le centrali, a qualsiasi livello di governance esse afferiscano, hanno lo scopo comune di **garantire la ricomposizione della filiera dei servizi** traducendo le scelte clinico assistenziali (elaborate dai professionisti e dalle strutture che esercitano la presa in carico del paziente) in un accesso concreto e tempestivo ai servizi, attraverso il coordinamento e l'ottimizzazione degli interventi e l'attivazione di tutte le risorse sociosanitarie presenti sul territorio di riferimento. Nel supportare i processi, provvedono a tracciarli, verificando al contempo la corretta e completa alimentazione dei flussi informativi necessari. In particolare le Centrali Operative Territoriali funzioneranno da facilitatori per il collegamento di professionisti che operano in setting differenti, favorendo la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino e svolgendo un ruolo di raccordo tra i vari servizi coinvolti.

La COT assolve al suo ruolo attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- **supporto ai Distretti nella raccolta, decodifica e classificazione del bisogno espresso**
- **coordinamento** della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali
- **coordinamento/ottimizzazione degli interventi**, attivando in tempi utili soggetti e risorse della rete
- **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 (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), per l'orientamento riguardo le attività e servizi distrettuali/territoriali e ospedalieri offerti e le modalità di accesso
- **supporto alla gestione e monitoraggio dei percorsi integrati di cronicità** anche attraverso strumenti di telemedicina (teleassistenza, strumenti di e-health)

Inoltre la COT A rappresenta uno degli strumenti che consente di **“tradurre” la funzione di committenza**, svolta dalle Aziende Territoriali e dai Distretti, in modalità operative finalizzate alla continuità dell'assistenza nei setting assistenziali più appropriati e alla integrazione orizzontale dei servizi per tale motivo rappresenta un importante indicatore per la programmazione a livello aziendale poiché contribuisce a far emergere i bisogni sociosanitari latenti nella popolazione di riferimento nonché le frammentazioni/criticità dei sistemi.

Le funzioni sopra indicate si possono declinare secondo i seguenti obiettivi:

- a) facilitare l'accesso alle prestazioni ed ai percorsi di cura
- b) garantire l'unitarietà del percorso e la tracciabilità delle informazioni
- c) orientare i professionisti della rete (compresi i MMG) fornendo supporto informativo e logistico
- d) ottimizzare e gestire la transizione delle cure e, indirettamente, il bisogno di salute
- e) intercettare i bisogni di cure e/o di assistenza in ambito dei singoli e delle comunità
- f) attivare strategie proattive di promozione della salute e prevenzione
- g) introdurre soluzioni innovative per la risoluzione delle criticità rilevate
- h) monitorare le attività in un'ottica di sistema e in un'ottica di singolo individuo

## 6. AMBITI DI APPLICAZIONE E TARGET DI RIFERIMENTO

Gli ambiti della transizione tra i diversi setting comprendono:

- **ammissione/dimissione** nelle strutture ospedaliere,
- **ammissione/dimissione** per trattamento temporaneo e/o definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali
- **ammissione/dimissione** presso le strutture di ricovero intermedie o verso forme di domiciliarità, tra cui l'attivazione delle Unità di continuità assistenziale a supporto dei processi di transizione (interventi ponte e interventi temporanei)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

- **reclutamento nei percorsi integrati per la cronicità**
- **monitoraggio dei progetti individuali di salute e dei piani assistenziali individuali** (ricompresi quelli dell'area della salute mentale, della disabilità, dei disturbi cognitivi e della dipendenza).

Le COT per l'esercizio delle loro funzioni hanno la necessità di rapportarsi con una moltitudine di soggetti e servizi che vanno dall'ospedale ai servizi territoriali e ricomprendono anche le strutture accreditate.

Le COT intervengono principalmente nella gestione dei processi di transizione, per tutti gli assistiti di un determinato territorio, con bisogni clinico assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e affetti da patologie croniche ad alta complessità, sia tra servizi in setting di offerta diversi, sia nel passaggio da un livello assistenziale all'altro, anche all'interno dello stesso setting.

Tutti gli attori del sistema possono richiedere l'intervento della COT, ovvero:

- a) MMG, PLS e medici di continuità assistenziale,
- b) Medici ospedalieri
- c) Medici specialisti ambulatoriali ospedalieri e territoriali
- d) Altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali (PUA, ADI, UCA, DSM ecc.)
- e) Personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali

La **popolazione target** su cui prevalentemente opera il sistema delle COT è rappresentata da:

- utenti in stato di fragilità e complessità clinico assistenziale e/o sociale,
- utenti non autosufficienti;
- utenti con patologie croniche, utenti in carico ai PDTA aziendali /PRIS
- target mirati per azioni di sorveglianza, screening e campagne di prevenzione
- target mirati di popolazione hard to reach

## **7. FUNZIONI E ATTIVITÀ DELLE CENTRALI OPERATIVE SECONDO IL LIVELLO DI GOVERNANCE**

Le centrali operative si faranno carico delle necessità espresse dal professionista del setting di provenienza responsabile del caso, contattando e attivando il servizio/i necessario/i alla definizione del setting di destinazione, dando supporto ai processi necessari (tra cui anche il processo di valutazione del setting) e tracciando, monitorando e registrando la transizione e il suo esito.

### **7.1 LE FUNZIONI DELLA COT A (Centrale Operativa Territoriale Aziendale)**

L'architettura della COT A, trova una mediazione tra quanto previsto dalle recenti disposizioni normative e i percorsi innovativi (prevenzione e telemedicina) attivate per esigenza dei sistemi coinvolti.

Si caratterizza per la flessibilità del modello e la tempestività d'intervento nell'identificare soluzioni appropriate a supporto di altre strutture operative aziendali, ed in caso di fasi emergenziali (vedi emergenza pandemica, emergenza Ucraina) ne fanno uno strumento importante per la Direzione Strategica. Strumento che consente il governo centralizzato di alcuni processi e il monitoraggio di alcune attività che vanno oltre la mission principale, ovvero la sola gestione delle fasi di "transitional care".

Il DGR 643 affida poi un ulteriore compito alle COT A che è quello di promuovere i percorsi formativi per gli operatori delle COT D e H, nonché delle relative strutture collegate, in particolare per la costruzione e la condivisione di procedure e istruzioni operative, con lo scopo di supportare e uniformare le attività realizzando un'integrazione delle strutture a livello interdistrettuale e di procedere con il tempestivo aggiornamento della documentazione quando richiesto.

La COT-A è connessa, in maniera costante, strutturata ed operativa con:

- le COT-D della ASL di appartenenza e i Servizi aziendali a valenza sovra-distrettuale;
- il TOH delle strutture di ricovero, aziendali ed extra-aziendali;
- la COT-A di altre ASL, anche attraverso lo sviluppo di raccordi funzionali tra le Aziende in ragione di esigenze specifiche,

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

- il numero ARES 800118800 attivato in periodo pandemico per rispondere alle richieste dei cittadini e tutt'ora riferimento per l'accesso alla vaccinazione Covid domiciliare e il NEU 116117 quando attivato
- il Coordinamento regionale COT (CR-COT) che si configura come funzione operativa dell'ARES 118 e si integra con le altre funzioni assistenziali, ivi compreso il numero 116117.

All'interno della COT A si individuano **4 aree d'intervento** strettamente correlate tra loro:

### 1. Area Interventi proattivi e di prevenzione

Rappresenta le attività svolte in relazione funzionale con il Dipartimento di Prevenzione:

- Azioni proattive su categorie fragili a rischio e popolazione hard to reach
- Supporto a campagne di vaccinazione e screening
- Supporto a programmi di sorveglianza
- Supporto alle attività di sorveglianza, diagnosi e cura in corso di pandemie e/o in particolari contesti di rischio (Centri di accoglienza, Casa Circondariale, Strutture residenziali e semiresidenziali)
- Supporto con il farmacista di comunità gli interventi a sostegno della continuità e dell'aderenza terapeutica

### 2. Area transitional care e continuità assistenziale

Le attività si svolgono prevalentemente nell'ambito delle cure primarie, in collegamento funzionale con tutti i Dipartimenti e con la Direzione Sanitaria Ospedaliera, MMG, PLS, specialisti ambulatoriali:

- Supporto e monitoraggio ai percorsi di dimissione/ammissione concordata secondo specifici protocolli formalizzati
- Attivazione di interventi temporanei a carico delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) o di altri servizi domiciliari
- Attivazione di interventi ponte in attesa della attivazione del setting definitivo di cura
- Attivazione e supporto per processi di telemedicina e teleassistenza
- Orientamento ai professionisti coinvolti sulla rete dell'offerta e sulle modalità di accesso ai servizi

### 3. Area rete specialistica di prossimità

Opera prevalentemente a supporto della gestione delle liste d'attesa:

- Orientamento e supporto informativo ai professionisti ed agli stakeholders
- Supporto alla programmazione annuale della offerta riguardante la specialistica ambulatoriale al fine di assicurare l'equità di accesso, la prossimità degli interventi e la sicurezza delle attività;
- Attività di recall e counseling per favorire la manutenzione delle liste d'attesa e il recupero prestazioni;
- Gestione delle agende per particolari contesti di cura (popolazioni hard to reach o con bassa health literacy)
- Offerta attiva e facilitazione per il reclutamento nei PDTA, anche con attività di teleassistenza e a supporto dei processi di telemedicina
- Collaborazione ai processi di stratificazione della popolazione e nella classificazione dei bisogni di salute

### 4. Area percorsi di accesso strutture accreditate

Opera prevalentemente in raccordo con la rete delle COT/TOH aziendali e extra aziendali, nonché con la rete degli accreditati (se necessario si interfaccia con il PGOA). Gestisce:

- Accoglienza e gestione delle richieste di ricovero/attivazione servizio
- Monitoraggio dei percorsi assistenziali individuali nelle strutture accreditate (scadenze/rivalutazioni)
- Liste d'attesa per le strutture e i servizi accreditati e per gli Ospedali di Comunità

### Ulteriori funzioni

- promozione dei percorsi formativi per gli operatori delle COT D, del TOH e delle strutture collegate;
- omogeneizzazione dei processi attraverso la costruzione di procedure operative e la standardizzazione degli strumenti di segnalazione e valutazione;
- condivisione delle indicazioni provenienti dal CR-COT;
- monitoraggio dei tempi di fruizione dei servizi erogati e collaborazione alla verifica della qualità delle prestazioni erogate;
- promozione delle attività di audit e feedback, per l'individuazione di strategie di miglioramento;
- aggiornamento dell'anagrafe dei Servizi/Strutture presenti sul territorio aziendale,
- collaborazione all'esercizio della funzione di committenza della ASL, secondo organizzazione aziendale.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale



## 7.2 LE FUNZIONI DELLA COT D (Centrale Operativa Territoriale Distrettuale)

La COT D si integra funzionalmente con le Case della Comunità, collabora direttamente con gli Infermieri di Comunità (IFoC) e con tutti i Servizi di presa in carico del territorio, specie con le équipes che erogano Assistenza domiciliare.

Il suo scopo principale è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La COT D si caratterizza per le seguenti funzioni:

- Accoglienza e orientamento della domanda da parte della rete dei professionisti interni ed esterni
- Monitoraggio cronicità (grazie al collegamento funzionale con le Centrali operative cronicità per le azioni di teleassistenza e telecontrollo)
- Supporto informativo e di orientamento ai professionisti della rete (compresi i MMG)
- Attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale e supporto al monitoraggio dei PrIS/PAI e PRI
- Supporto agli interventi di telemedicina gestiti dell'Infermiere di Comunità sia nell'ambito dei PDTA (si rimanda per ulteriori specifiche al documento sulla revisione dei PDTA di prossima deliberazione) che nell'ambito di interventi di comunità
- Coordinamento con la rete dei trasporti aziendali o interaziendali non in emergenza
- Collaborazione con COT-A nella gestione operativa dei processi step down e step up nel caso di accesso a servizi non distrettuali o per i quali è prevista la lista unica di accesso o l'accesso centralizzato a livello aziendale

## 7.3 LE FUNZIONI TEAM OPERATIVO OSPEDALIERO (TOH)

Il TOH nella ASL di Viterbo costituisce l'interfaccia dell'Ospedale con le Centrali Operative (COT-A, COT-D) al fine di facilitare il rientro a domicilio o il trasferimento verso altri setting assistenziali.

Ha il compito di facilitare i tempi e l'appropriatezza del percorso di favorendo il collegamento tra le U.U.O.O. e gli altri setting assistenziali.

Prevede le seguenti funzioni:

- attivazione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) Ospedaliera
- promozione delle attività di audit e feedback, per l'individuazione di strategie di miglioramento dei processi di transizione;
- monitoraggio dei tempi di esecuzione di consulenze specialistiche, interventi e procedure e proposta di eventuali azioni di miglioramento;
- supporto al team di Bed Management nella gestione del cruscotto ordinario e straordinario dei posti letto degli ospedali della ASL e della Casa di Cura Nuova Santa Teresa;
- supporto alla attivazione e organizzazione di eventuali aree destinate alla accoglienza di pazienti in destinazione di ricovero (Holding Area) e dimessi (Discharge Room);
- gestione dei trasferimenti tra presidi della ASL e tra questi e le strutture extra-aziendali;
- coordinamento delle azioni finalizzate a facilitare, in situazioni non rientranti nell'emergenza, il ricovero in ospedale senza transito attraverso il Pronto soccorso, di pazienti inseriti nei percorsi aziendali per la cronicità
- attivare un sistema di consulenza con le strutture accreditate al fine di limitare i ricoveri evitabili grazie all'attuazione di appositi protocolli terapeutici condivisi.

## 8. FLUSSI DELLE RICHIESTE E RELAZIONI FUNZIONALI TRA I DIVERSI LIVELLI OPERATIVI

Le centrali in linea generale sono una **funzione rivolta ai professionisti sanitari della rete dei servizi aziendali e interaziendali, convenzionati (MMG/PLS) e delle strutture accreditate**, intervenendo in particolar modo nella gestione dei processi di transizione, per tutti gli assistiti del territorio di riferimento

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale



che abbiano bisogni clinico assistenziali e sociali complessi (non autosufficienti e cronici ad alta complessità).

Si potrà configurare un **transito occasionale con un flusso tipicamente step down** (esempio dimissione difficile), e un **transito concordato tra diversi livelli di intensità di cura con un flusso tipicamente step up**, questi casi ricomprendono anche il supporto del MMG nella gestione dei percorsi dei pazienti cronici.

La funzione della transizione prevede il diretto e fattivo coordinamento tra:

- i soggetti che segnalano e inviano il paziente che, se territoriali, possono far riferimento direttamente alle COT, se ospedalieri potranno invece avvalersi del Team Operativo Ospedaliero (TOH), presente in ogni struttura di ricovero;
- COT Aziendali (COT-A) e COT Distrettuali (COT-D), che attraverso il loro coordinamento su scala aziendale ed interaziendale garantiscono l'intercettazione della segnalazione e connettono i servizi aziendali e distrettuali per la tempestiva e appropriata erogazione delle cure.

Le centrali operative agiscono ognuna nel proprio ambito di governance ma sempre in interdipendenza, per ogni processo vanno definiti gli snodi decisionali che determinano il passaggio delle informazioni nonché della gestione del caso da un livello all'altro (distrettuale, aziendale, ospedaliero).

Il tutto con uno sviluppo delle interrelazioni che va da macro a micro:

→ la COT A agisce su un ambito aziendale ed extra aziendale

COT A agisce su scala interaziendale ed extra aziendale (livello regionale e extra regionale) e ha competenze in ambito dei setting propri delle strutture accreditate. Nello specifico ha competenze nei percorsi di rete a garanzia dell'equità di accesso e al fine di ottimizzare la programmazione delle attività.

Inoltre attiva progetti pilota al fine di sperimentare nuovi percorsi a supporto delle COT D affinché queste non siano pronte, in maniera equa su tutti i distretti, a farsene carico.

Le liste di attesa di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali territoriali (RSA, strutture riabilitative, hospice, strutture residenziali area salute mentale e dipendenze patologiche) dovranno essere rese disponibili e consultabili dalle COT aziendali, per una loro gestione unica e centralizzata.

Supporta su scala aziendale processi di infermieristica di comunità, teleassistenza e collabora ai processi di telemedicina.

→ la COT D agisce sull'area di competenza distrettuale

La COT D agisce su scala distrettuale, filtrando gli interventi da indirizzare alla COT A e facendosi carico della gestione e il monitoraggio dei PrIS e dei PAI.

Ha competenze nei setting propri del distretto quali ADI e altri servizi domiciliari.

Mantiene il rapporto con i MMG, in particolare per la gestione delle richieste di ADP e della protesica.

Mantiene i rapporti con l'infermieristica di famiglia e le equipe distrettuali di prevenzione per i processi di teleassistenza e il supporto ai processi di telemedicina.

→ il TOH agisce in ambito ospedaliero

Il TOH agisce in ambito intraospedaliero e assume un ruolo di facilitazione nei processi di dimissione/ammissione concordata, supportando il processo di individuazione precoce del caso e di valutazione multidimensionale ospedaliera che rimane comunque a carico della UUOO di ricovero. Supporta le UUOOC in altre attività utili al fine di individuare i frequent user e segnalarli alla COT.

Altri percorsi specifici potranno essere declinati nella COT D o nella COT A in base all'organizzazione aziendale.

Si ricorda che non è previsto un accesso diretto da parte dei cittadini alla COT se non mediato dalla Centrale Operativa 116-117 o dai Punti Unici di Accesso (PUA).

Gli operatori della COT potranno avere contatti diretti con la popolazione tramite azioni di recall in caso di progetti inerenti interventi di comunità (ondate di calore, pandemie ecc.), in caso di processi di teleassistenza/telecontrollo nell'ambito della presa in carico della cronicità o in fase di contact assessment per il buon fine della programmazione/gestione dell'intervento richiesto.

**LE RELAZIONI TRA IL SISTEMA CO E GLI ALTRI SERVIZI AZIENDALI**

Attori	Relazione
<b>COT → PUA</b>	<p>Il PUA rimane la porta di accesso ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari per i cittadini, al fine di favorire un "ascolto attivo" da parte dei servizi sociosanitari integrati, decodificare il bisogno di salute e facilitare una tempestiva presa in carico sanitaria/sociosanitaria. Quindi spetta all'operatore del front office raccogliere la richiesta, decodificare il bisogno rispondendo in maniera diretta al bisogno semplice ed indirizzando alla COT di riferimento (COT A/COT D) le situazioni più complesse, interfacciandosi anche con il MMG/PLS.</p> <p>Rimane la sede di eccellenza per la presa in carico e la gestione dei bisogni sociali e delle relazioni con gli enti locali.</p> <p>In coerenza con le indicazioni del DM 77/2022, verrà attivata tale funzione in ogni Casa della Comunità, secondo il programma di realizzazione previsto per tali strutture. Dovrà essere stabilito uno stretto collegamento tra la COT D ed il PUA presente nella stessa struttura, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse, favorendo la progressiva integrazione dell'attività.</p>
<b>COT → UVMD</b>	<p>La COT D funge da attivatore della UVMD fornendo alla stessa tutte le informazioni utili rintracciate sulla persona per cui è richiesta la valutazione attingendo alle banche dati a disposizione. La UVMD informa la COT D sull'esito delle valutazioni affinché la stessa possa procedere con l'aggiornamento dei dati e seguire le fasi successive monitorando il percorso di presa in carico e allertando il sistema in caso di criticità e ritardi.</p>
<b>COT → ADI</b>	<p>Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia in un processo che va dall'accoglienza ed indirizzamento delle richieste, il data entry delle informazioni e il monitoraggio degli esiti della risposta fornita. Il servizio di cure domiciliari potrà essere integrato con prestazioni di telemedicina da remoto supportate anche dalle COT D sulla base di protocolli condivisi.</p>
<b>COT → CdC</b>	<p>La COT D opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti coordinando le quattro direzioni in cui si struttura l'attività delle CdC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno o che vi sono funzionalmente collegate;</li> <li>- rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di rispondere alle esigenze di capillarità erogativa e di prossimità e adattarsi in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa;</li> <li>- rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, domiciliari, intermedi o residenziali;</li> <li>- rete integrata ospedale - territorio: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, nella doppia direzione di invio di pazienti (fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche) e di accoglienza di pazienti (assistiti che in dimissione necessitano di interventi erogabili nelle strutture intermedie).</li> </ul>
<b>COT → OdC</b>	<p>La COT A valuterà l'appropriatezza delle richieste e gestirà le liste di attesa per i ricoveri negli OdC</p>
<b>COT → H</b>	<p>La COT A si raccorderà con il TOH per la gestione del flusso bidirezionale: dimissioni concordate (programmazione anticipata dei servizi outpatient successivi al ricovero) e ammissioni concordate. Grazie all'intervento delle UCA potrà richiedere valutazioni domiciliari evitando che l'ospedalizzazione rappresenti una risposta inappropriata.</p>

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

CHI INOLTRA LA RICHIESTA	CHI RICEVE LA RICHIESTA
UTENTE	PUA
MMG/PLS	COT D/COT A secondo i protocolli concordati
Medico delle UUOO di ricovero	TOH
Specialista ambulatoriale e/o referente PDTA	COT D/COT A secondo i protocolli concordati
TOH altra ASL/AO	COT A
COT altra ASL/AO	COT A
NEU 116 117	COT A
Struttura accreditata	COT A
Compagini accreditate ADI	COT D
Area salute mentale, disabilità e dipendenza	COT D
Team UCA	COT A (in attesa della revisione delle attività)
PROCESSAZIONE TIPO DELLE RICHIESTE	
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>valutazione dell'appropriatezza della segnalazione:</b> gli operatori della centrale verificano se la richiesta di transizione è coerente con il target e con la filiera di riferimento;</li> <li><b>identificazione del bisogno del paziente:</b> le centrali possono mettere in opera le scelte compiute dalla struttura inviante oppure quest'ultima può limitarsi a segnalare il caso, che viene poi valutato dall'equipe della centrale che inquadra il bisogno;</li> <li><b>identificazione del setting coerente rispetto al bisogno del paziente:</b> in autonomia per situazioni codificate dai percorsi interni all'azienda oppure attraverso l'attivazione delle UV o di altre forme di consulenza – confronto multidisciplinare;</li> <li><b>verifica della disponibilità del servizio necessario</b> (ad esempio, posto letto di cure intermedie);</li> <li><b>prenotazione del servizio</b> attraverso strumenti e procedure specifiche (committenza);</li> <li><b>monitoraggio</b> delle condizioni di salute del paziente anche a seguito della transizione (PRIS);</li> <li>monitoraggio e <b>reporting</b> dei processi di transizione gestiti (anche i PDTA).</li> </ol>	
<b>STRUMENTI UTILI</b> (nelle more del rilascio della piattaforma COT interconnessioni): <ul style="list-style-type: none"> <li>- scheda unica di notifica</li> <li>- scheda di contact assessment</li> <li>- sistema di invio/ricezione delle notifiche</li> <li>- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni</li> <li>- liste uniche d'attesa</li> <li>- mappatura aggiornata dei servizi</li> <li>- abilitazione a tutte le piattaforme aziendali e regionali utili alle gestione dei casi</li> </ul>	

## 9. LINEE DI RESPONSABILITÀ DEI PROCESSI PRIMARI E SISTEMA DI SUPPORTO AI PROCESSI

Le Centrali in linea generale vanno viste come uno **strumento a supporto dei processi**, processi di cui le stesse non sono né l'erogatore principale né il richiedente, se non in casi particolari, ma **partecipano attivamente alla buona riuscita del prodotto finale, governandone i tempi e i modi di erogazione e supportando e orientando i professionisti coinvolti**.

Possono esulare da questo principio particolari attività concordate con le direzioni competenti.

In particolare la COT A può essere utilizzata per le fasi di avvio di nuovi processi come soggetto sperimentatore o al fine di affiancare gli altri attori per la messa a terra delle attività.

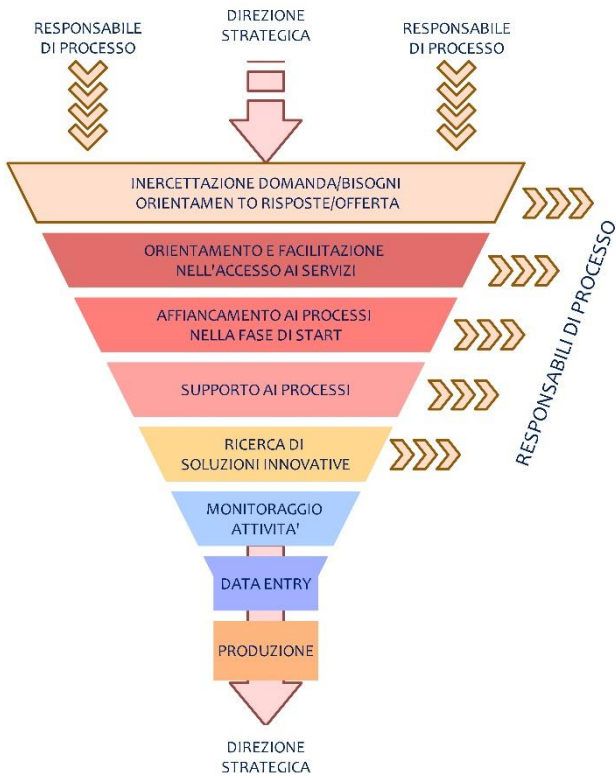
Per tale motivo, fermo restando i processi di transitional care definiti dalla normativa, nell'organizzazione di particolari percorsi aziendali potrà di volta in volta essere richiesto il supporto da parte delle centrali, se questo fattore può in qualche modo ottimizzare le attività, semplificare e rendere equo l'accesso ai servizi.

Il supporto potrà essere per attività transitorie ed emergenziali o per processi permanenti sempre in accordo con le direzioni competenti e con la direzione strategica.

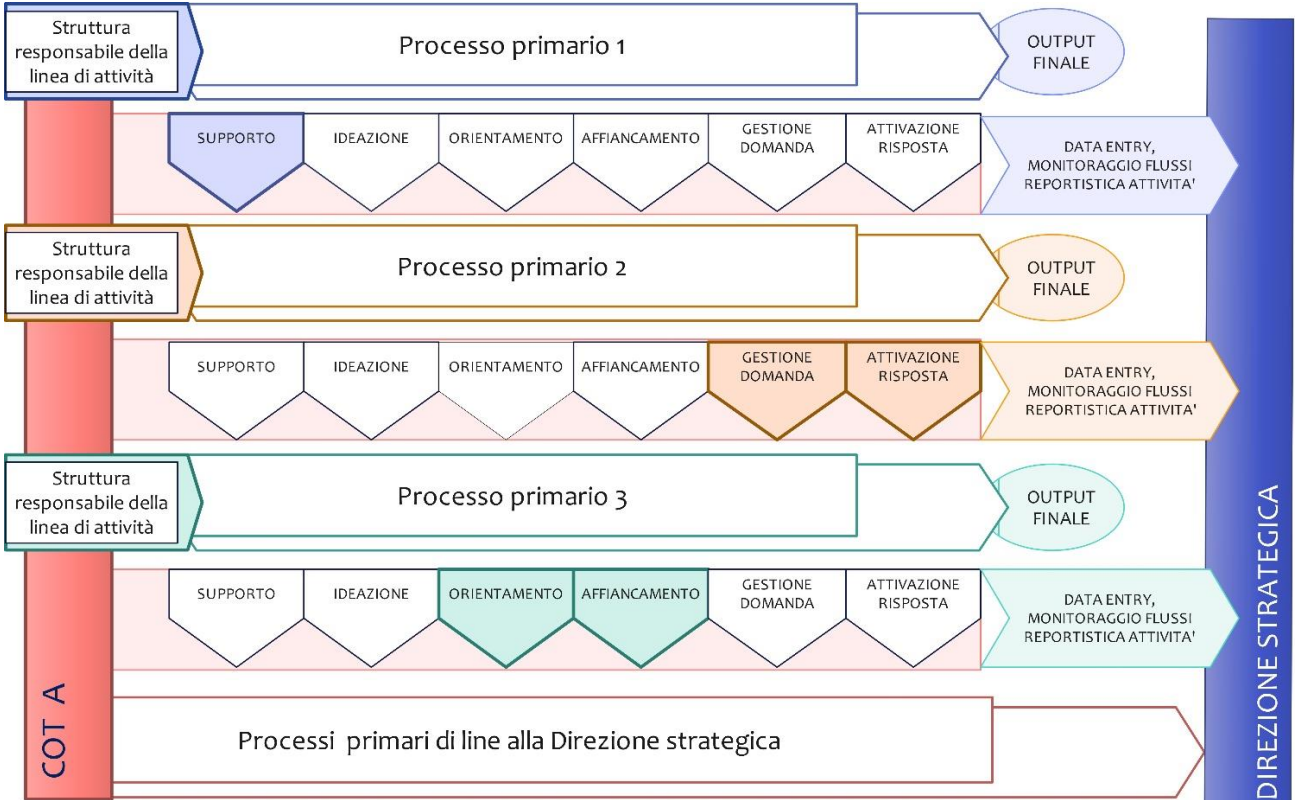
La responsabilità della filiera di produzione rimane sempre a carico del responsabile del processo principale e sarà ad esso che le CO faranno riferimento in caso di criticità.

A seguire un esempio di come sono strutturate le linee di responsabilità della Centrale Operativa Territoriale Aziendale.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale



**COT A**  
**LINEE DI RESPONSABILITÀ DEI**  
**PROCESSI PRIMARI E SISTEMA DI**  
**SUPPORTO AI PROCESSI**



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

## 10. INDICATORI E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ

Le Centrali operative rendicontano le attività alla struttura di afferenza nei modi e nei tempi concordati. Gli stessi vengono trasmessi alla Direzione strategica al fine di assolvere al debito informativo con la Regione.

A livello Aziendale è atteso un monitoraggio a scadenza mensile, a partire dal mese di febbraio, dello stato di avanzamento delle attività, il gruppo di lavoro definito per la supervisione dei processi di reingegnerizzazione sarà deputato alla raccolta dei dati, al fine di effettuare una sintesi ed un'analisi degli stessi da condividere con la direzione strategica. Sarà cura del responsabile della COT A assolvere mensilmente al debito informativo.

Al fine di assolvere al debito ministeriale è previsto un monitoraggio trimestrale su piattaforma AGENAS condotto dal *Referente aziendale monitoraggio attuazione DM 77* in raccordo con la cabina di regia regionale che riguarda lo stato di attivazione e di funzionamento delle COT aziendali, nonché sui volumi di attività (assistiti presi in carico).

Al fine di assolvere al debito informativo regionale è previsto un monitoraggio annuale delle attività relative all'implementazione delle COT a partire da dicembre 2024 (Deliberazione 28 dicembre 2023, n. 976).

## 11. GLI SCENARI PRINCIPALI

Per poter individuare elementi utili all'implementazione organizzativa del modello COT si provvede a declinare alcuni casi d'uso, con lo scopo di offrire una base di partenza non esaustiva ma allineata e uniforme a livello interdistrettuale sui flussi principali di attività.

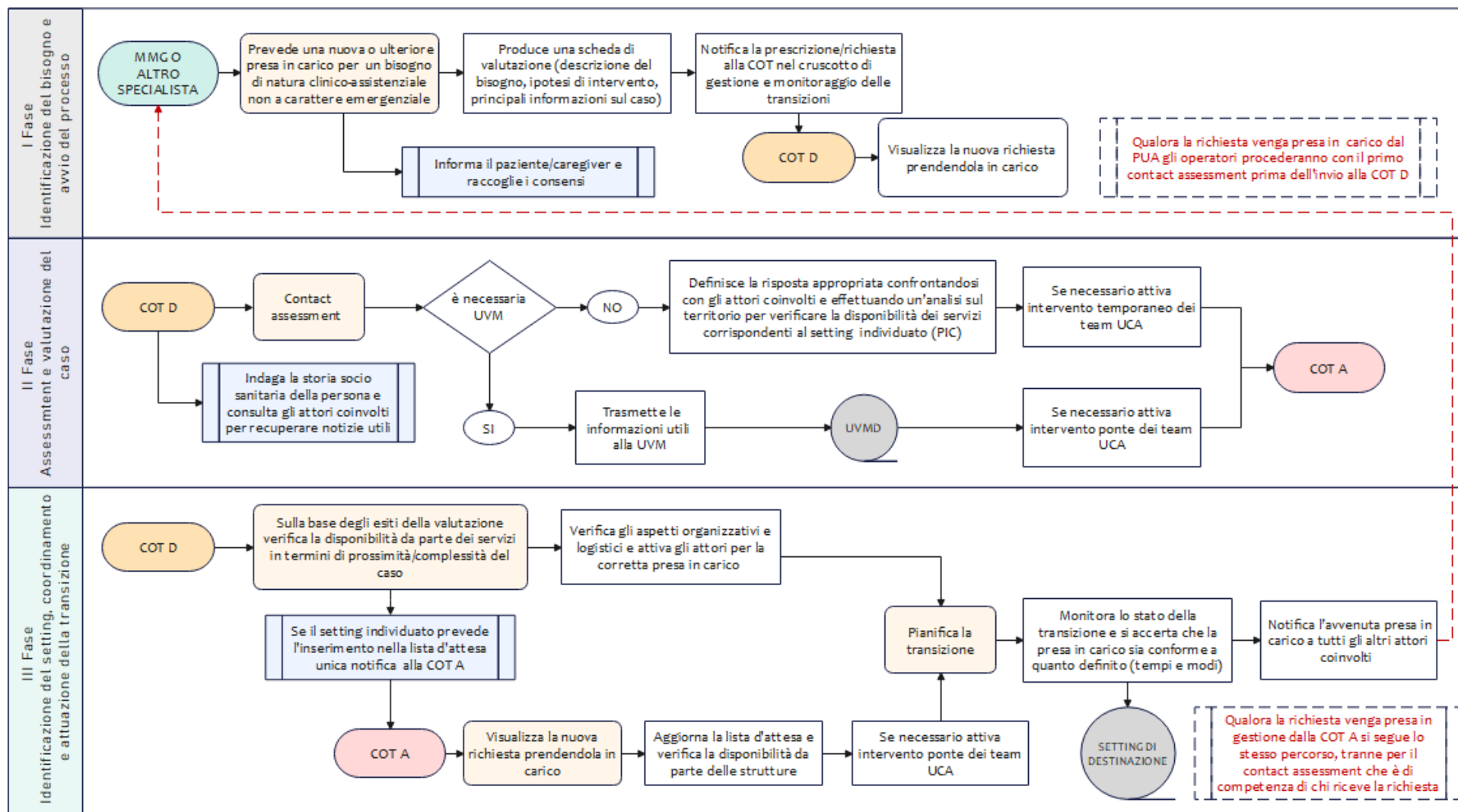
SCENARI	
<b>Ospedale- territorio</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>dai servizi di Pronto Soccorso verso il territorio (H-T) e dalle degenze ospedaliere verso il territorio (H-T)               <ol style="list-style-type: none"> <li>come dimissione concordata verso setting domiciliare, semiresidenziale o residenziale (con o senza intervento ponte UCA)</li> <li>con attivazione di percorsi di supporto temporanei a domicilio (UCA)</li> <li>con attivazione di presa in carico ambulatoriale o di team specialistici domiciliari</li> <li>con reclutamento nei percorsi integrati per la cronicità</li> </ol> </li> <li>dai centri ambulatoriali ospedalieri per le cronicità verso i servizi territoriali o per prese in carico temporanee (UCA)</li> </ol>
<b>Territorio - ospedale</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>dal domicilio all'ospedale (in autonomia o con 118) - non transitato dal sistema COT</li> <li>dal setting territoriale di cura verso l'ospedale in urgenza - non transitano dal sistema COT ma la COT A deve essere informata per velocizzare la dimissione</li> <li>dal setting territoriale di cura o da setting ambulatoriali territoriali con ammissione concordata/ ricovero programmato breve - transita da COT</li> </ol>
<b>Territorio - territorio</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>dal domicilio (MMG) per attivazione di cure intermedie di diversa intensità assistenziale (definitive o temporanee)</li> <li>dai servizi della cronicità verso i servizi territoriali per attivazione di cure intermedie di diversa intensità assistenziale (definitive o temporanee)</li> <li>da un setting territoriale di cura ad un altro (più alta o più bassa complessità assistenziale) in corso di rivalutazione del bisogno socioassistenziale</li> <li>da un setting territoriale di cura per interventi temporanei a supporto delle attività assistenziali già erogate (UCA)</li> </ol>
<b>Diritti esigibili</b>	<p>In tutti gli scenari va definito un percorso specifico, in cui le COT possono fungere da facilitatori governando le richieste per via telematica e limitando l'accesso agli sportelli, in particolare per target di persone estremamente vulnerabili (ad esempio malattie rare):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rilascio esenzioni e certificazioni</li> <li>- rilascio presidi, protesi e ausili</li> <li>- rilascio piani terapeutici e/o consegna primo ciclo di cura (ambito ospedaliero)</li> <li>- autorizzazione ADP</li> </ul>

## A. CASO D'USO: IL RUOLO DELLE COT NELLA TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO

FASI	AZIONI
<b>I Fase</b> <b>Identificazione del bisogno e avvio del processo</b>	<p>Può essere una <b>nuova attivazione o una richiesta di rimodulazione/integrazione del setting e dei servizi già attivi</b> (aumento impegno assistenziale o diminuzione).</p> <p>Il MMG/PLS o chi ha in gestione il caso, ma sempre previo raccordo con MMG/PLS, individua un bisogno di natura clinico-assistenziale pianificabile non a carattere emergenziale, ed invia una segnalazione alla COT D del distretto di riferimento.</p> <p>Il medico informa preliminarmente il paziente e il caregiver, fornendo informativa rispetto ai dati che verranno messi a disposizione della COT D e alle modalità con cui questi verranno trattati, chiede il consenso alle comunicazioni telematiche da parte dei servizi ASL coinvolti.</p> <p>La segnalazione deve contenere la descrizione del bisogno, l'ipotesi di intervento necessario, le principali informazioni sul caso. La COT D visualizza la nuova richiesta e la prende in carico.</p>
<b>II Fase</b> <b>Identificazione del setting e coordinamento della transizione</b>	<p>La COT D procede con la fase di contact assessment e se necessario attiva UVMD per la definizione del PAI, raccoglie, integra e trasmette tutte le informazioni utili alla valutazione del caso. Altrimenti individua in autonomia la risposta appropriata alla richiesta o contatta il medico per ragguagli sul caso.</p> <p>Sulla base degli esiti della valutazione e del setting assistenziale individuato procede con l'attivazione diretta dei servizi erogati in ambito distrettuale, verificando la disponibilità e i tempi di attivazione degli stessi, o si interfaccia con la COT A per i servizi erogati in ambito aziendale.</p> <p>In questo caso la COT A procede con l'inserimento nella lista unica d'attesa, tenendo in considerazione la prossimità e i bisogni clinico-assistenziali ravveduti, individua la struttura o il servizio più idoneo.</p> <p>Se necessario la COT D in raccordo con la COT A attiva intervento ponte UCA.</p>
<b>III Fase</b> <b>Attuazione della transizione</b>	<p>La COT (D o A) organizza e monitora la transizione e verifica che il primo accesso alla struttura di destinazione o al domicilio sia avvenuto secondo quanto programmato, dandone notifica a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico e quindi la transizione in particolare si accerta che il passaggio sia avvenuto secondo quanto programmato.</p> <p>La COT (D o A) verifica l'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/strutture territoriale preposto; supporta l'organizzazione del primo accesso da parte dei professionisti della salute; monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche.</p> <p>Successivamente, notifica l'avvenuta pianificazione della transizione al soggetto richiedente e a tutti gli altri attori coinvolti nel processo (MMG/PLS ecc.).</p>



**A. CASO D'USO: IL RUOLO DELLE COT NELLA TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO**



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

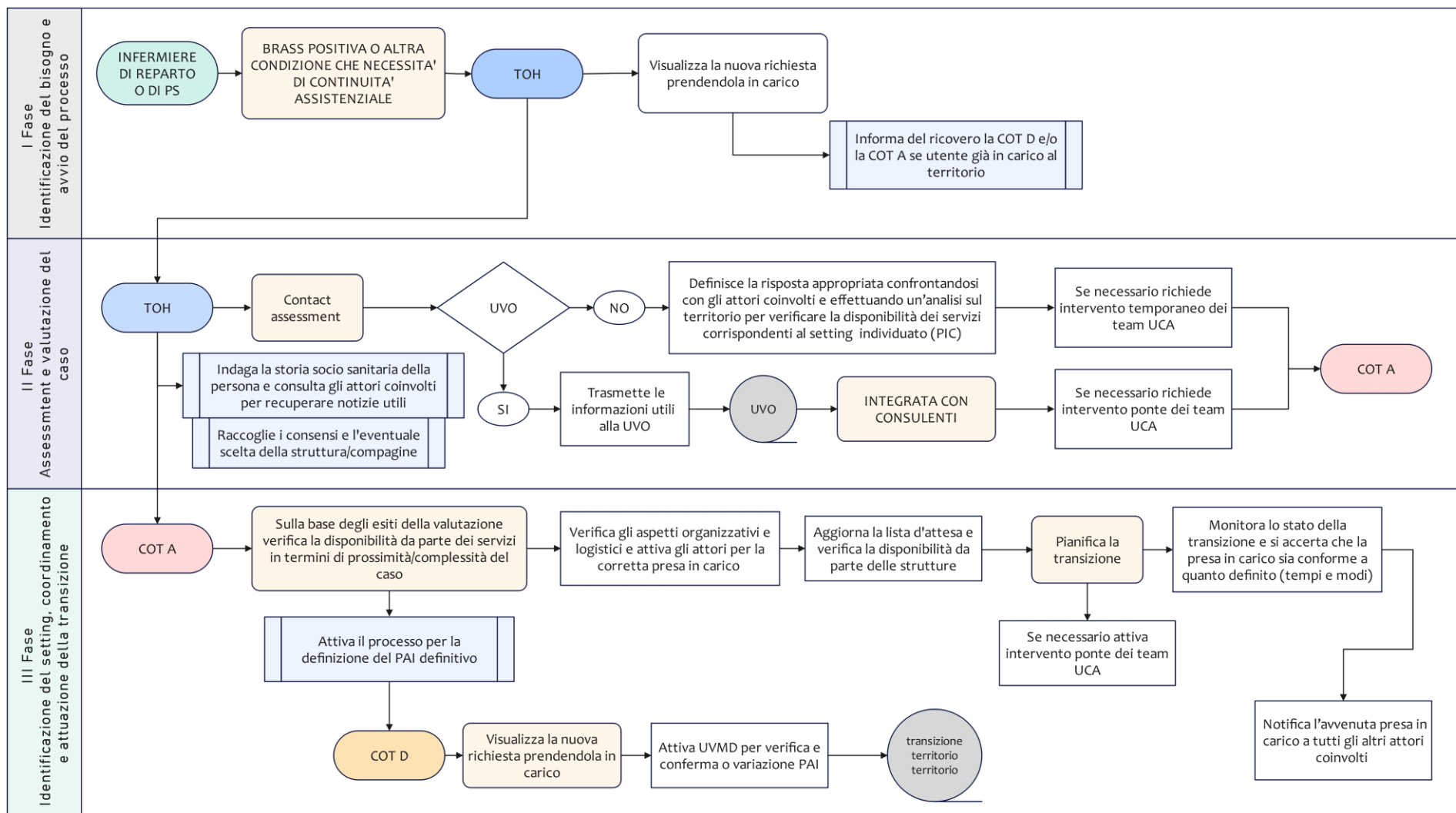


**B. CASO D'USO: IL RUOLO DELLE COT NELLA TRANSIZIONE OSPEDALE - TERRITORIO/TERRITORIO – OSPEDALE**

FASI	AZIONI
<b>I Fase</b> <b>Identificazione del bisogno e avvio del processo</b>	<p>La struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale anche attraverso l'utilizzo di strumenti e/o scale validate (vedi progetto dimissione orientata e modalità di stratificazione del bisogno). Comunica tempestivamente (il prima possibile e auspicabilmente entro 48 ore dalla ammissione) al TOH la necessità di supporto post dimissione, prefigurando una dimissione difficile.</p> <p>Inoltre il TOH al momento del ricovero di un utente con altri servizi aperti (ADI, residenzialità, altro) informa la COT A che notifica la notizia a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico della persona.</p>
<b>II Fase</b> <b>Identificazione del setting e coordinamento della transizione</b>	<p>La UUUOCC di degenza individua gli elementi e il grado di complessità del caso in modo e, in raccordo con il TOH, attua la valutazione (UVM ospedaliera) utile ad identificare la struttura/il servizio più appropriato verso il quale si vuole indirizzare il paziente nel rispetto del timing utile a gestire la dimissione.</p> <p>Il TOH procede con il contact assessment e la raccolta dei consensi, nonché il data entry e/o la trasmissione della documentazione del caso alla COT A.</p> <p>La COT A coordina, traccia, monitora ed interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione attivando la COT D se trattasi di setting a valenza distrettuale, procede con l'inserimento nella lista unica d'attesa se servizio a valenza aziendale, attiva il team UCA se richiesto intervento temporaneo o ponte.</p> <p>La UUUOCC mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia accompagnando alla dimissione.</p>
<b>III Fase</b> <b>Attuazione della transizione</b>	<p>La COT (D o A) raccordandosi con il TOH pianifica ed organizza il momento della dimissione e la transizione verso il nuovo setting territoriale individuato, sulla base delle condizioni del paziente e nel rispetto della prossimità quando possibile.</p> <p>La COT (D o A) verifica l'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/strutture territoriale preposto; supporta l'organizzazione del primo accesso da parte dei professionisti della salute; monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche.</p> <p>Successivamente, notifica l'avvenuta pianificazione della transizione al soggetto richiedente e a tutti gli altri attori coinvolti nel processo (MMG/PLS ecc.).</p>
<b>Ammissione concordata</b>	<p>Il processo di ammissione concordata potrà essere previsto in specifici PDTA e andrà concordato con puntuali protocolli d'intesa tra le parti, prevedendo anche l'intervento delle UCA per una valutazione a domicilio ed un eventuale tentativo terapeutico domiciliare.</p>

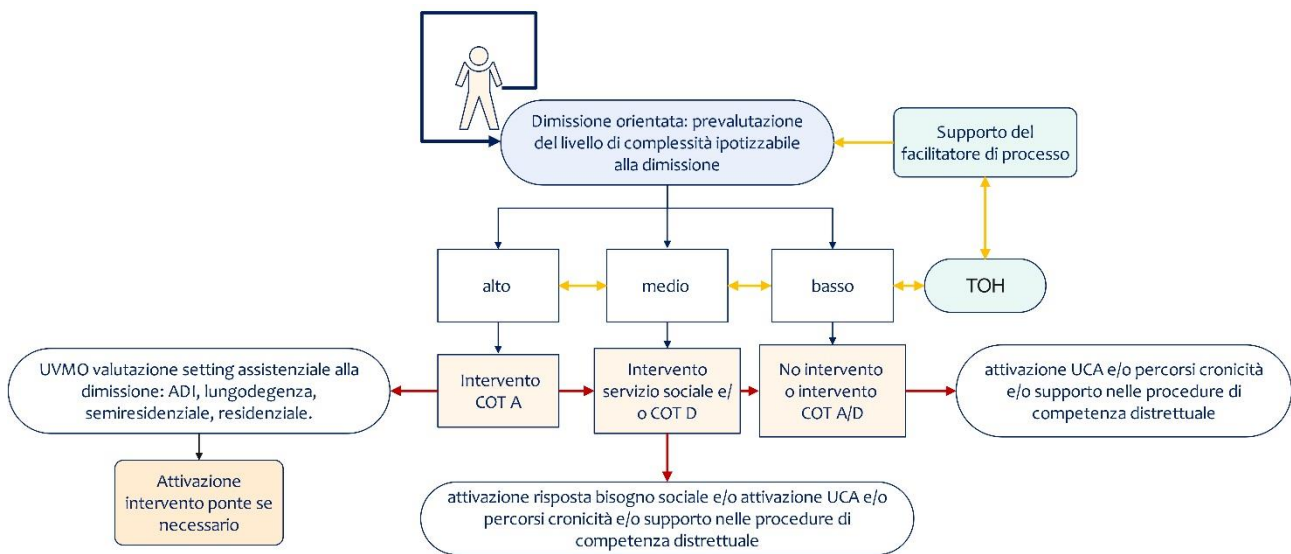
Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

**B. CASO D'USO: IL RUOLO DELLE COT NELLA TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO**

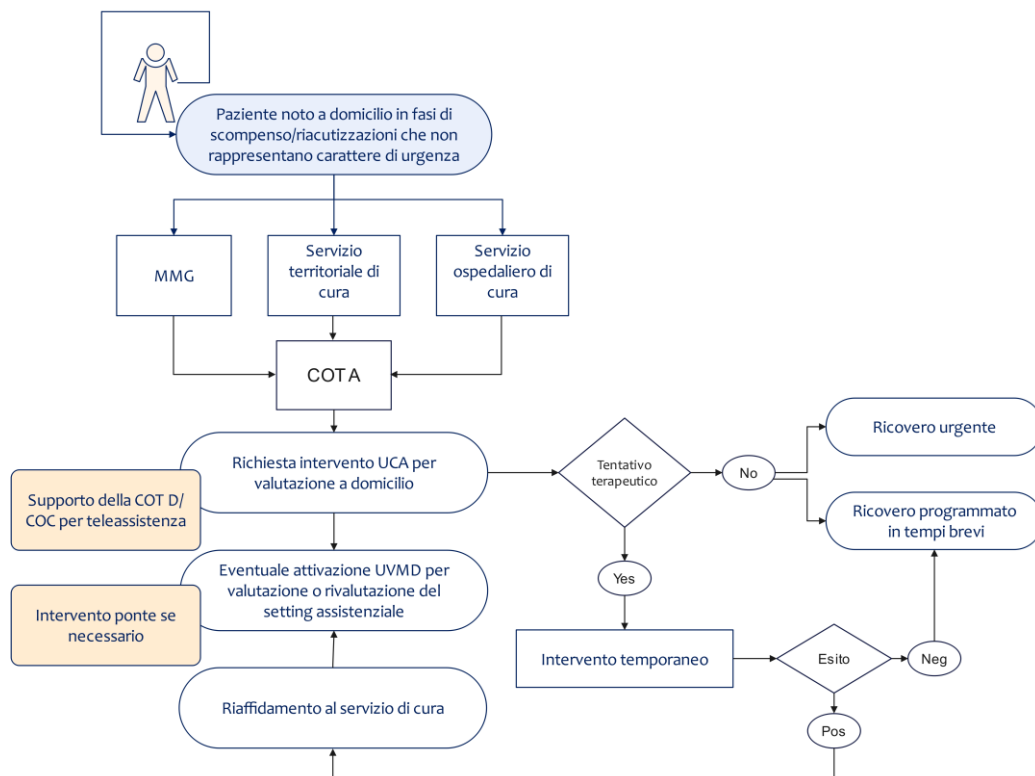


Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

**B.0 CASO D'USO: IL RUOLO DELLE COT NELLA TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO**



**B1. CASO D'USO: IL RUOLO DELLE COT NELLA TRANSIZIONE TERRITORIO – OSPEDALE**



**NB. Il ricovero programmato in tempi brevi sarà definito da appositi protocolli aziendali stipulati nell'ambito dei PDTA per le cronicità di maggior impatto.**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

## 12. I PROCESSI DI VALUTAZIONE E LE REGOLE D'INGAGGIO NEI DIVERSI SETTING

Come indicato al *paragrafo 4*, l'attivazione del sistema aziendale delle centrali operative comporta la rivisitazione di tutti i processi di transitional care, tenendo in considerazione il nuovo modello organizzativo territoriale e la realizzazione della piattaforma COT- Interconnessione. **La sperimentazione dei nuovi modelli dovrà iniziare entro marzo 2024 ed avere conclusione entro giugno 2024.**

È necessario prevedere modalità di accettazione e gestione delle richieste che riducano il più possibile l'accesso dell'utenza alle strutture, semplifichino i percorsi rivolti al cittadino ed evitino la sovrapposizione di interventi tra attori e servizi diversi.

### A. RICHIESTE DI PROVENIENZA DAL TERRITORIO

L'UVM viene attivata dalla COT D a seguito della ricezione di **“Richiesta di attivazione del percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale”**, inviata dal MMG/PLS o da altro professionista che ha in carico l'utente in altro setting assistenziale territoriale qualora sia necessaria una rivalutazione dello stesso. La richiesta potrà essere inviata direttamente per via telematica alla COT D del distretto di riferimento oppure consegnata al PUA che effettuerà la trasmissione alla COT D.

Prima dell'attivazione della UVMD l'operatore COT procederà con la fase di contact assessment e reperirà tutte le informazioni utili grazie alle piattaforme messe a disposizione.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

- la rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
- la valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla UVMD formalmente riunita.

Da questa deriva la definizione del setting assistenziale appropriato, la condivisione del PAI e i tempi di rivalutazione. La richiesta compilata sul modulo unico potrà pervenire dal MMG o da altri servizi territoriali e potrà essere consegnata a mano al PUA o inviata via mail alla COT.

La richiesta inoltrata dalla COT D verrà gestita in parallelo dall'IFeC e dall'assistente sociale: il primo per la prima valutazione e la seconda per la ricomposizione del budget di salute.

- a. La prima valutazione verrà condotta in prima istanza tramite triage telefonico e la compilazione della contact assesment sarà a cura di chi riceve la richiesta (IFeC presente al PUA o nella COT)
- b. Una volta raccolte le prime informazioni avverrà un confronto con l'IFeC e/o il fisioterapista del CAD e si potrà definire la seguente modalità di attivazione della rete:
  - Valutazione infermieristica o fisioterapica a domicilio
  - Richiesta consulenza specialistica
  - Intervento UCA per una valutazione
  - In ogni caso l'IFeC procede con la compilazione degli strumenti InterRai
- c. Ogni operatore procede con il data entry delle informazioni raccolte o sulla base dell'organizzazione la COT D supporta il data entry in collaborazione dei team domiciliari
- d. L'istanza viene rappresentata all'UVMD

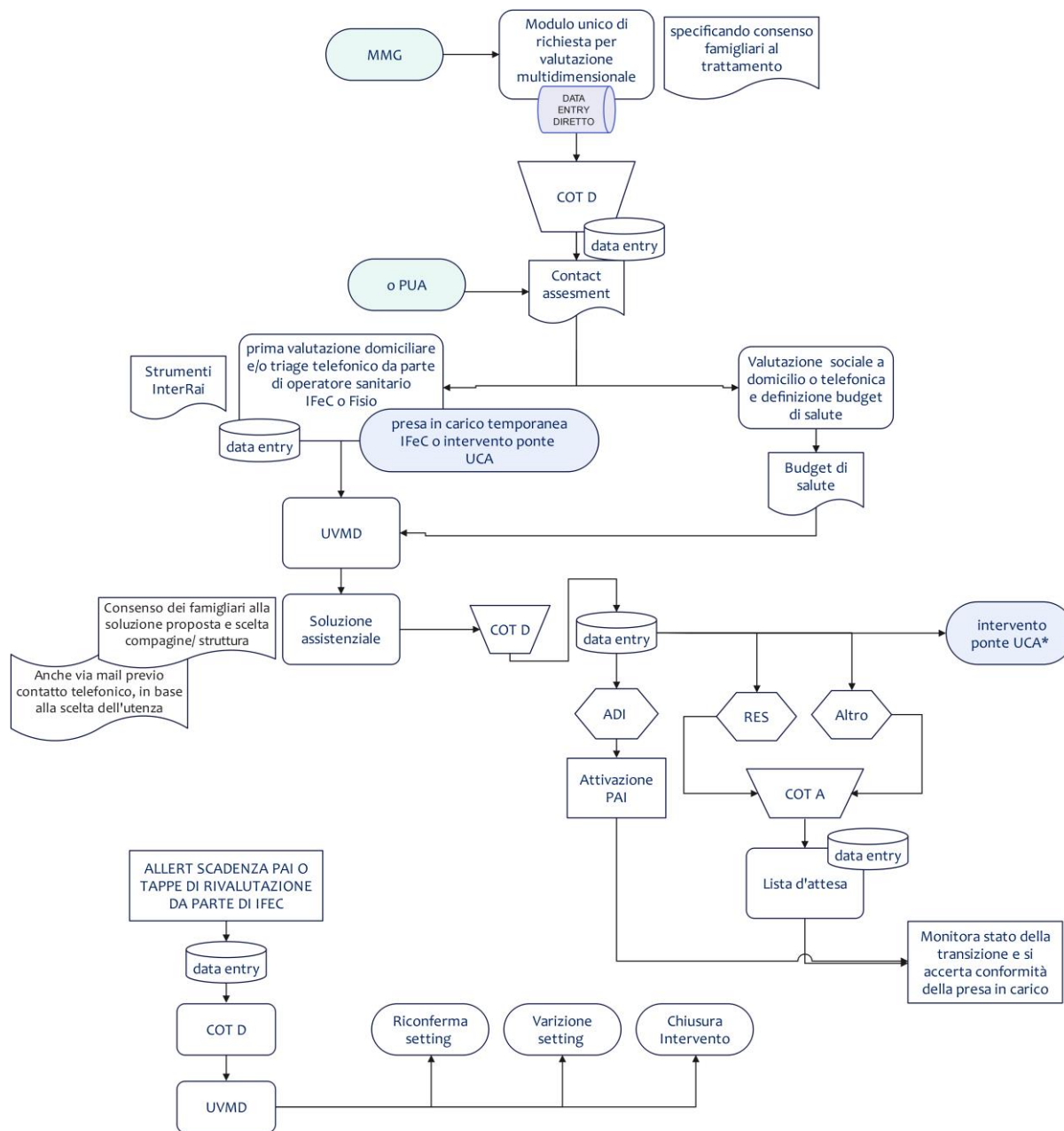
L'UVMD verificata l'appropriatezza della richiesta e confermata o meno la proposta del Medico che ha presentato l'istanza (nel modulo il medico potrà suggerire la soluzione assistenziale da lui proposta), comunica all'utente e ai suoi famigliari la soluzione prevista raccogliendo anche l'autorizzazione a fruire del trattamento e la scelta della struttura o compagine accreditata mediante la compilazione del modulo **“Autorizzazione al trattamento e scelta della compagine/struttura”**

Il rapporto con l'utente potrà essere gestito

- per via telematica, in questo caso se ne farà carico la COT
- in presenza (previo appuntamento) in questo caso potrà essere gestito dal PUA

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

**CASO D'USO: RICHIESTE DI PROVENIENZA DAL TERRITORIO**



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

## B. RICHIESTE DI PROVENIENZA DALL'OSPEDALE

In questo caso lo scopo è quello di ottimizzare il percorso di dimissione orientata (già in essere come da delibera del n. 2707 del 31/12/2021) attraverso l'attivazione di **UVM ospedaliera** e/o **integrate** per la stesura di un PAI provvisorio della durata massima di massimo 30 giorni.

Il processo di dimissione orientata è rivolto a tutti gli utenti ricoverati nei presidi ospedalieri che, al momento della dimissione, necessitano di azioni mirate, temporanee o definitive, volte alla risoluzione di un problema di salute non gestibile a domicilio, se non con azioni coordinate di continuità assistenziale o ricovero anche temporaneo in strutture residenziali.

Supporterà il processo fino dalla fase di rilevazione del rischio di dimissione difficile il TOH che si farà carico dell'attivazione della UVO e del raccordo con la COT A.

A seguire la casistica da gestire:

Componenti	Destinazione
UVO: - Responsabile del caso clinico/Direttore UOC - Coordinatrice infermieristica UOC - Assistente sociale (servizio sociale H)	ADI (assistenza infermieristica) LUNGODEGENZA ASSISTENZA INTENSIVA RES ASSISTENZA ESTENSIVA RES
UVO integrata con professionisti dell'area della riabilitazione ospedaliera	ADI (riabilitazione) RIABILITAZIONE POST ACUZIE (ex art. 56) RIABILITAZIONE ESTENSIVA (ex art.26)
UVO con il supporto e la consulenza della UVMD	RSA A/B
UVO integrata con il medico palliativista, ad esclusione dell'onco-ematologia	HOSPICE
UVO integrata con specialisti CDCD	ASSISTENZA RES Disturbi cognitivo comportamentali gravi

In ogni caso la COT A, dopo aver provveduto ad attivare la risposta assistenziale o ad attivare la COT D, trasmetterà il PAI provvisorio alla COT D di riferimento che dovrà attivare la UVMD per la rivalutazione e conferma o modifica del PAI in essere.

La UVM Ospedaliera potrà avvalersi del parere della UVMD anche in teleconsulto in presenza di situazioni particolarmente complesse.

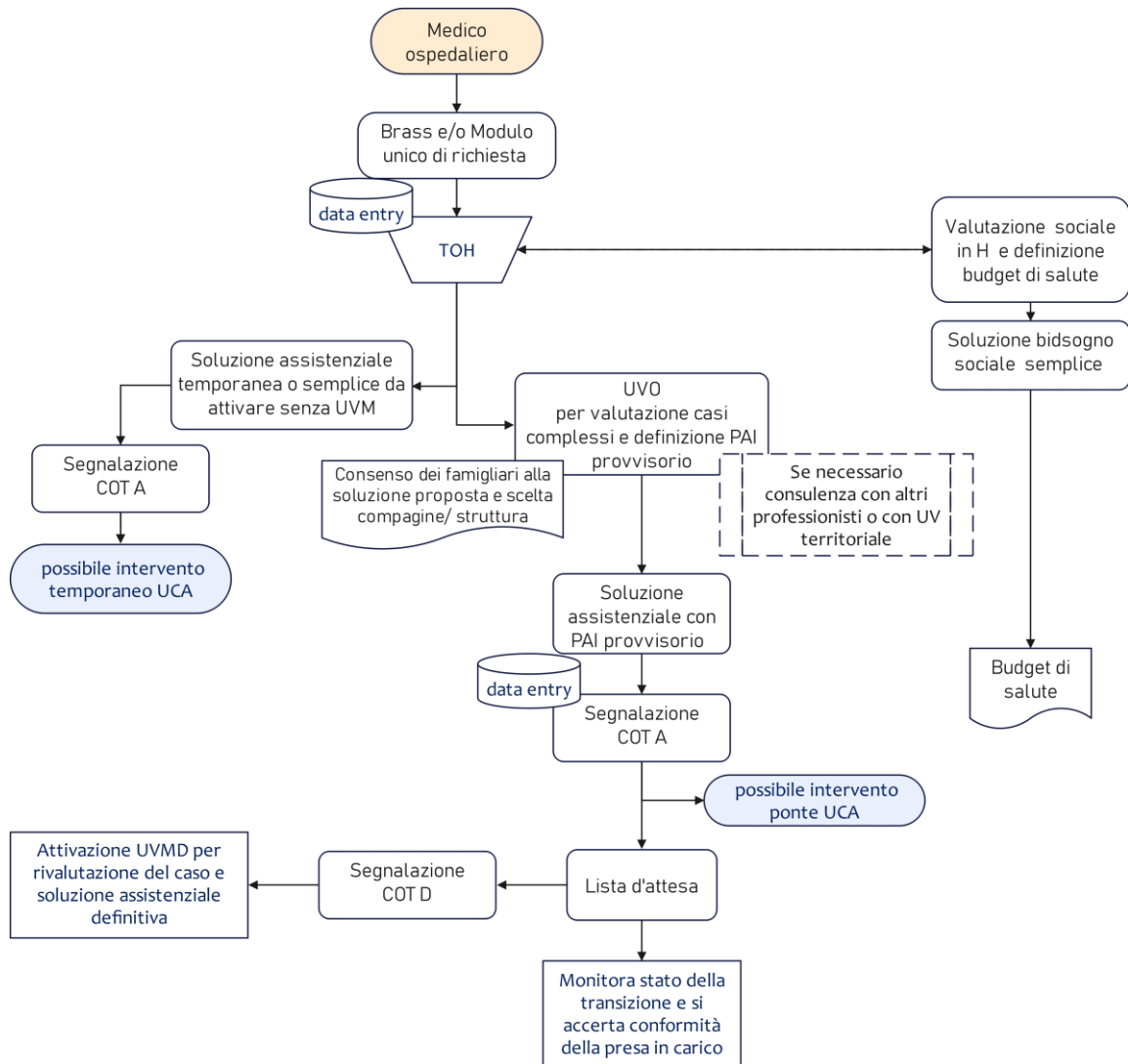
L'adempimento del flusso informativo sarà a carico del TOH e delle COT sulla base dei diversi ambiti di competenza, per tanto la valutazione e il PAI redatto dalla UVM Ospedaliera pur se in formato semplificato dovrà contenere tutte le informazioni utili allo scopo.

La COT A sarà il riferimento anche delle altre ASL e AO regionali e extraregionali.

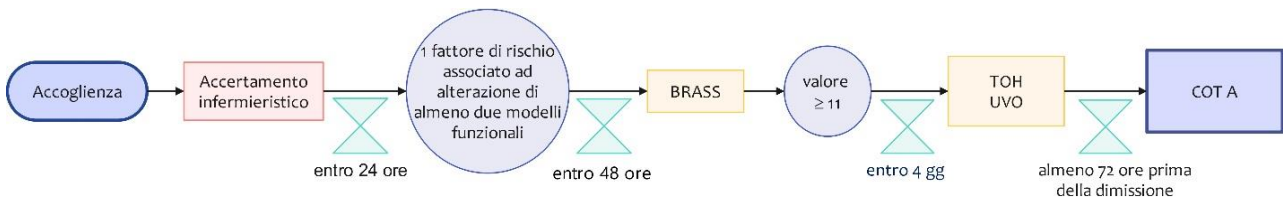
Per quanto concerne le richieste per il trasferimento in post acuzie si ricorda la necessità di **utilizzare i nuovi criteri di eleggibilità e la nuova modulistica** prevista con DGR n. 2 del 4/01/2024, in applicazione del Decreto Ministeriale del 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri".

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

**CASO D'USO: RICHIESTE DI PROVENIENZA DALL'OSPEDALE**



**ATTIVAZIONE TOH E UVO IN SEGUITO AD ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO**



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale



### C. CRITERI E MODALITÀ INGAGGIO UCA

Lo scopo è quello di attuare una presa in carico temporanea finalizzata al superamento delle fasi di instabilità clinica o alla regolarizzazione del percorso assistenziale definitivo grazie all'erogazione di prestazioni compatibili con la domiciliarità (giusto setting assistenziale, giusto timing di erogazione).

ELEMENTI DETERMINANTI L'INTERVENTO A DOMICILIO	CRITERI DI ESCLUSIONI
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paziente in isolamento per gestione della patologia COVID o di altre problematiche cliniche concomitanti</li> <li>- Temporanea o definitiva impossibilità alla movimentazione (disabilità e non autosufficienza)</li> <li>- Paziente con fragilità e/o acuzie in atto che ne rendono rischioso il trasporto/ l'accesso in ospedale</li> <li>- Assicurare la continuità delle cure nei processi di dimissione concordata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situazioni di emergenza-urgenza</li> <li>- Instabilità clinica uguale o sopra 5 della scala MEWS</li> <li>- Interventi erogabili in altri setting assistenziali</li> <li>- Prestazioni non compatibili con la domiciliarità</li> <li>- Interventi che richiedono più di un accesso giornaliero</li> </ul>
In alcuni casi sarà indispensabile la presenza di un caregiver in grado di collaborare nella riuscita delle attività	

Gli interventi sono volti prevalentemente alla gestione di persone adulte con cronicità in fase di riacutizzazione/scompenso o in concomitanza di altri eventi acuti, in particolare stati infettivi stagionali, rischio disidratazione in ondate di calore.

Le richieste vengono verificate dalla COT A sulla base di quanto previsto dalla deliberazione (deliberazione n. 2295/2021) e successive integrazioni (deliberazione n. 943/2022 e deliberazione n. 1362/2022) nel rispetto del Catalogo delle prestazioni e dei livelli di valutazione in equipe.

**Intervento temporaneo** in pazienti che richiedono un episodio di cura limitato nel tempo:

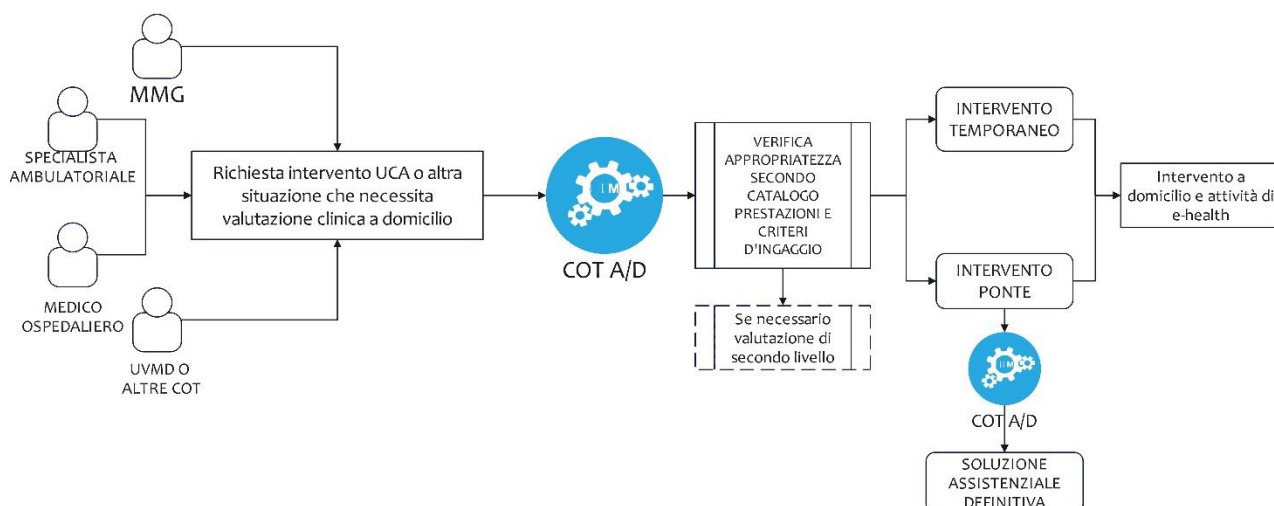
- Per favorire una dimissione precoce garantendo a domicilio la continuità terapeutica, assistenziale e i controlli post dimissione
- Per evitare il ricovero di pazienti cronici noti grazie ad una valutazione a domicilio e l'eventuale trattamento necessario (concordando l'iter diagnostico terapeutico con il servizio di cura) qualora la situazione non presenti caratteri di urgenza.
- Nei casi COVID + oltre che per le situazioni già segnalate per tutte le necessità correlate alla malattia infettiva compreso l'esecuzione di tamponi o il controllo in follow up delle condizioni cliniche.

**Intervento ponte** per supportare momenti di transizione delle cure in attesa dell'organizzazione di una risposta assistenziale organica e definitiva

Può essere richiesto dalla UOC dimettente, qualora fosse già stata individuata la soluzione assistenziale definitiva e si sia in attesa dell'attivazione della stessa, direttamente dalla UVMD integrata che in fase di valutazione definisce i due step (presa in carico temporanea e definitiva) o dalle COT.

**Interventi di prevenzione in corso di campagne vaccinali ed eventi stagionali**

### CASO D'USO ATTIVAZIONE UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale


**ALLEGATO 1- Linee di attività COT A e line di responsabilità**

PROCESSO	RESPONSABILE	ATTIVITÀ COT A	Piattaforma in uso
<b>Vaccinazioni Covid</b>	Dr.ssa Aquilani Silvia	Gestione domanda e offerta Programmazione sedute e gestione consegne Offerta attiva Data entry e monitoraggio	AVR, AVR 2 RECUP File excel (lista d'attesa e calendari)
<b>Altre vaccinazioni</b>	Dr.ssa Aquilani Silvia	Gestione domanda e offerta solo per particolari target Programmazione sedute Data entry e monitoraggio	AVR e AVR 2
<b>Richieste intervento UCA o altro servizio domiciliare</b>	Dr. Cimarello Giuseppe	Gestione domanda e contact assesment Attivazione servizio erogante (UCA o altro servizio) Azioni di supporto (farmaci, teleconsulenze, attivazione altro setting assistenziale) Data entry e monitoraggio	File excel In attesa attivazione SIAT/SIATESS
<b>Richieste transitional care</b>	Direttori di Distretto	Gestione domanda e contact assesment Attivazione UVMD Eventuali azioni di supporto Data entry e monitoraggio	File excel In attesa attivazione SIAT/SIATESS e SIAR
<b>Gestione agenda prestazioni esterne detenuti</b>	Dr. Starnini Giulio	Gestione domanda e offerta Programmazione sedute Data entry e monitoraggio	ASUR RECUP File excel (lista d'attesa e calendari)
<b>Screening HCV</b>	Dr. Starnini Giulio	Gestione domanda e offerta Programmazione agende Offerta attiva Data entry e monitoraggio	Sipso HCV Themis
<b>Telemedicina per rinnovo PT</b>	Dr.ssa Ramicone Roberta	Gestione domanda e offerta Programmazione sedute e attivazione appuntamento in televisita Educazione al paziente -caregiver nell'uso dell'applicativo Gestione dei piani con il soggetto erogatore dei presidi Data entry e monitoraggio	RECUP SDC File excel (lista d'attesa)
<b>Rete malattie rare</b>	Dr.ssa Ramicone Roberta (area H) Dr. Feriozzi Sandro (area T)	Orientamento Gestione e indirizzamento richieste da e verso ospedale o altri centri regionali	ASUR RECUP File excel (lista d'attesa)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

		Pratiche amministrative (registrazione esenzioni)	
<b>Supporto medicina stranieri</b>	Dr. Cimarello Giuseppe (area T) Dr. Volpe Massimo (area H)	Rilascio ENI/STP e relative esenzioni Interventi di comunità Offerta attiva programmi di screening e vaccinazioni	ASUR
<b>Rete Tobia - Dama</b>	Dr. Cimarello Giuseppe (area T) Dr. Volpe Massimo (area H)	Triage e orientamento richieste	ASUR, RECUP, File excel (lista d'attesa)
<b>Ondate di calore</b>	Dr. Cimarello Giuseppe Direttori di Distretto	Recall dei soggetti fragili e monitoraggio della piattaforma Attivazione interventi UCA	Lazioadvice
<b>Supporto attività COC</b>	Dr. Cimarello Giuseppe e referenti dei PDTA aziendali	Reclutamento utenti per i PDTA inserimento nei percorsi di telecontrollo e teleassistenza	SDC
<b>Interviste per malattie professionali</b>	Dr. Quercia Augusto	Intervista telefonica per la rilevazione del rischio di malattie professionali in soggetti con tumore	Scheda di valutazione del rischio
<b>Gestione infopoint</b>	Referente area comunicazione	Orientamento e informazione all'utenza Gestione appuntamenti HCV e vaccinazioni	Registro cartaceo
<b>Supporto PDTA</b>	Referenti PDTA	Orientamento e informazione all'utenza Supporto ai referenti dei processi	RECUP, SDC

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO</p>	<p>SISTEMA CENTRALI OPERATIVE: ARTICOLAZIONE, FUNZIONI E LINEE OPERATIVE</p>	<p>Edizione: 1 Data: 06/02/24 Pag. 33 a 33</p>
--	--	--

## Normativa di riferimento e bibliografia

- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, con particolare riferimento alla Missione 6 “Salute”
- DGR 332/22 e DGR 581/22 Piano PNRR e assegnazione fondi
- DM 77 del 22/4/2022 Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale
- DM 29/4/2022 Linee guida organizzative Modello digitale per assistenza domiciliare
- DGR 643 del 26/7/22 “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77”
- Deliberazione della Giunta regionale del 30 dicembre 2021, n. 1005 recante “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6-Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 – Definizione del Piano – Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato”;
- Determinazione n. G18566 del 23/12/2022 Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina - Sub investimento 1.2.2 - Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) - 1.2.2.2 COT Interconnessione aziendale: approvazione dello studio di fattibilità per l'attuazione degli interventi di interconnessione aziendale - Ecosistema digitale delle cure territoriali della Regione Lazio
- Determinazione G16240/2022 “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente 1 – Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina – Sub investimento 1.2.2 – Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) – 1.2.2.3 COT Device. Approvazione linee guida regionali per l'acquisto dei Device – COT”
- Deliberazione della Giunta regionale del 21 dicembre 2021 n. 970, avente ad oggetto “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025”;
- Determinazione regionale n. G15959 del 18 novembre 2022, Revisione del "Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso" (DCA U00453/2019).
- Determinazione regionale n. G18206 del 20/12/2022 «Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'Art.1 comma 2 del citato provvedimento.
- Determinazione regionale n. G02706 del 28/02/2023 Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione n. 643/22 e la Determinazione regionale 18206/2022: Approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215/22.
- DGR del 22 maggio 2023, n. 197 avente per oggetto la Definizione, ai sensi dell'articolo 2 del d.lgs. 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2023;
- DGR n. 869 del 07/12/2023 Approvazione del Documento Tecnico: “Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”.
- DGR n. 976 del 28/12/2023 recante l’Adozione del Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024-2026;
- Del. n. 2295 del 8/11/2021 Fase attuativa n. 1 del piano territoriale: progetto sperimentale USCA-T;
- Del. n. 2707 del 31/12/2021 Sistema Centrali Operative ed i percorsi di transitional care
- Del. n. 110 del 31/1/2022 Approvazione Percorsi di dimissione agevolata
- Del. n. 572 del 07/04/2022 Approvazione del piano territoriale per le attività sanitarie e socio sanitarie - modello organizzativo sistema territoriale della ASL di Viterbo e successivo aggiornamento del. n. 620 del 21/3/23
- Del. n. 943 del 19/5/2022 Fase attuativa PT 3.1 USCA-T termine fase sperimentale
- Del. n. 1362 del 21/7/2022 Aggiornamento delibera UCA n. 943
- Del. n. 1926 del 06/10/2022 Presa d’atto DGR 643 del 26/07/2022 e approvazione del documento “Attuazione DGR 643/22: riordino attività territoriali e avvio dei cantieri”
- Del. n. 2652 del 29/12/22 Approvazione "Piano aziendale per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in pronto soccorso" e successiva revisione del 15/12/2023 n. 1482
- Deliberazione del commissario straordinario n° 817 del 25/08/2023: Istituzione del team operativo ospedaliero
- *La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all’attivazione. Quaderno Monitor, novembre 2022.*
- *Le centrali operative. Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali. Quaderno Monitor, gennaio 2022.*

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Regolamenti aziendali	Interno ASL Livello 1	Direzione Generale