

## Modello Organizzativo Aziendale - Protocollo Operativo Centrale Operativa Territoriale- COT

La COT svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona con bisogni sanitari complessi, quando è necessario il raccordo tra servizi e professionisti coinvolti in diversi setting assistenziali come: servizi sanitari territoriali, ospedalieri, servizi sociosanitari Residenziali e semiresidenziali, servizi di Assistenza Domiciliare Integrata, dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Sulla base di uno specifico Progetto di Salute individua le priorità di intervento, con particolare riferimento alla continuità delle cure a favore di individui in condizioni di cronicità/fragilità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza, anche attraverso l'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario .

### Obiettivi delle COT

L'obiettivo Generale assegnato alle COT è quello di migliorare l'integrazione tra servizi sanitari e socio sanitari, garantendo la continuità delle cure, migliorando l'efficienza dei servizi, contribuendo alla implementazione della telemedicina e dell'assistenza domiciliare.

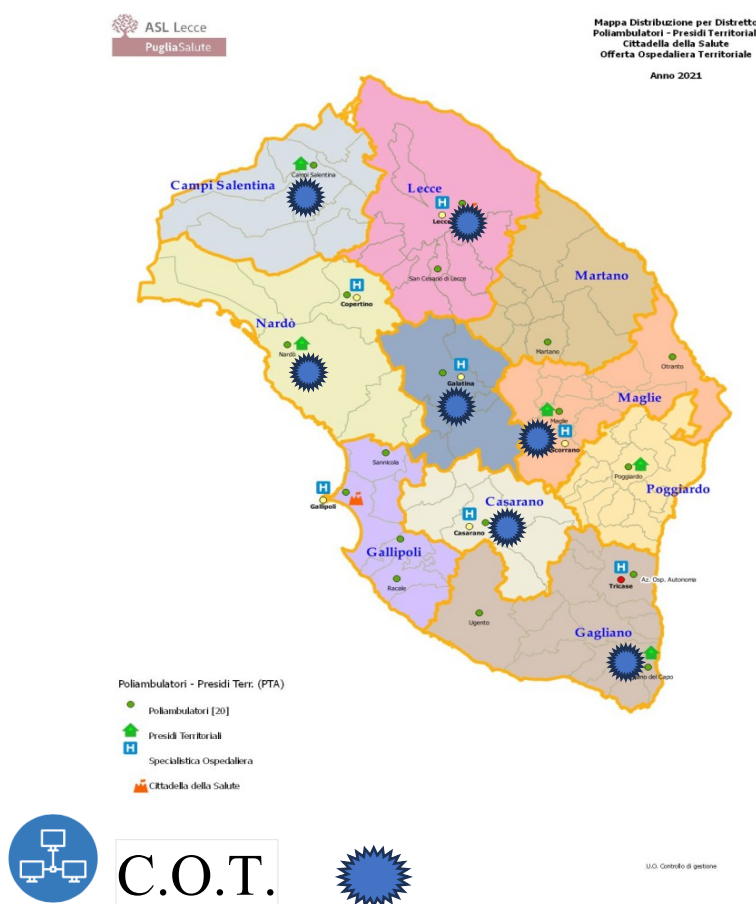
### Obiettivi specifici:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo in strutture residenziali, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi di presa in carico, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici per la cronicità,
- supporto operativo alle equipe che hanno in cura pazienti in assistenza domiciliare attraverso la gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), ausilio al buon funzionamento delle (Case della Comunità) CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto;
- Supporto al management della Azienda Sanitaria nella pianificazione strategica dei servizi sanitari e socio sanitari da attivare o potenziare (in caso di liste di attesa) o supporto al ridisegno dei servizi in funzione di nuovi bisogni.

La programmazione regionale ha previsto per la ASL di Lecce l'attivazione di 7 COT che sono:

- Centrale Operativa Territoriale - Lecce
- Centrale Operativa Territoriale - Campi Salentina

- Centrale Operativa Territoriale - Casarano
- Centrale Operativa Territoriale - Maglie
- Centrale Operativa Territoriale - Galatina
- Centrale Operativa Territoriale - Nardò
- Centrale Operativa Territoriale - Gagliano del Capo

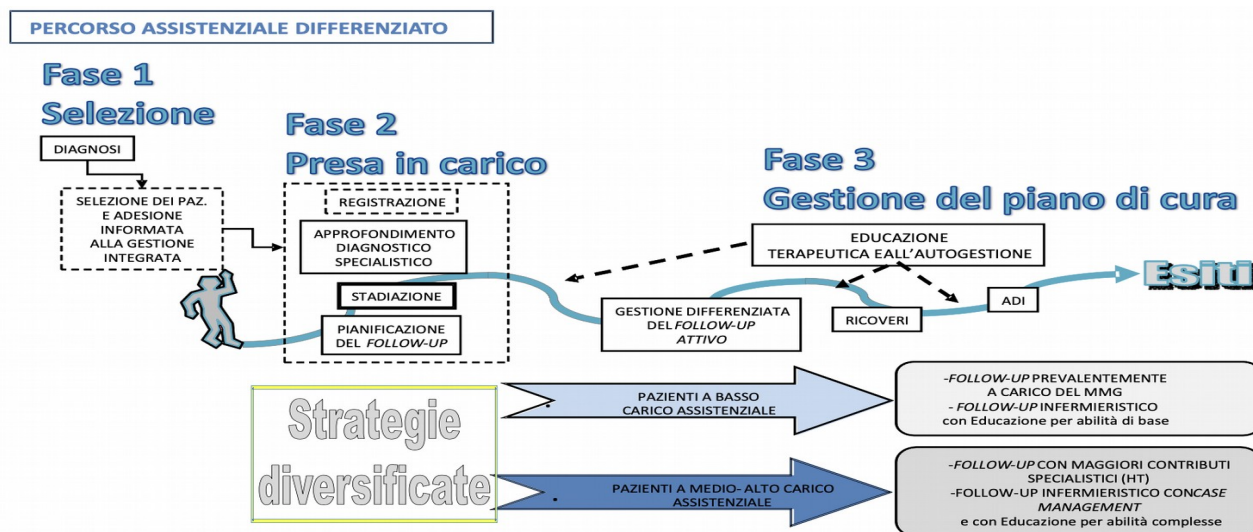


## Contesto di riferimento I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali PDTA per le patologie croniche e per la non autosufficienza

Come ampiamente documentato nel Piano Nazionale delle cronicità, anche nel territorio della provincia di Lecce l'età media di esordio di una patologia cronica è 54 anni.

Dopo i 65 anni di età, per l'esordio di più patologie croniche nello stesso individuo, o per l'aggravarsi della patologia principale, si hanno le maggiori criticità nel garantire i necessari percorsi assistenziali poiché aumenta il livello di complessità clinica dei pazienti con uno stato progressivo di non autosufficienza e conseguentemente cominciano ad operare più professionisti della salute. In questo contesto diventa difficile assicurare la continuità delle cure.

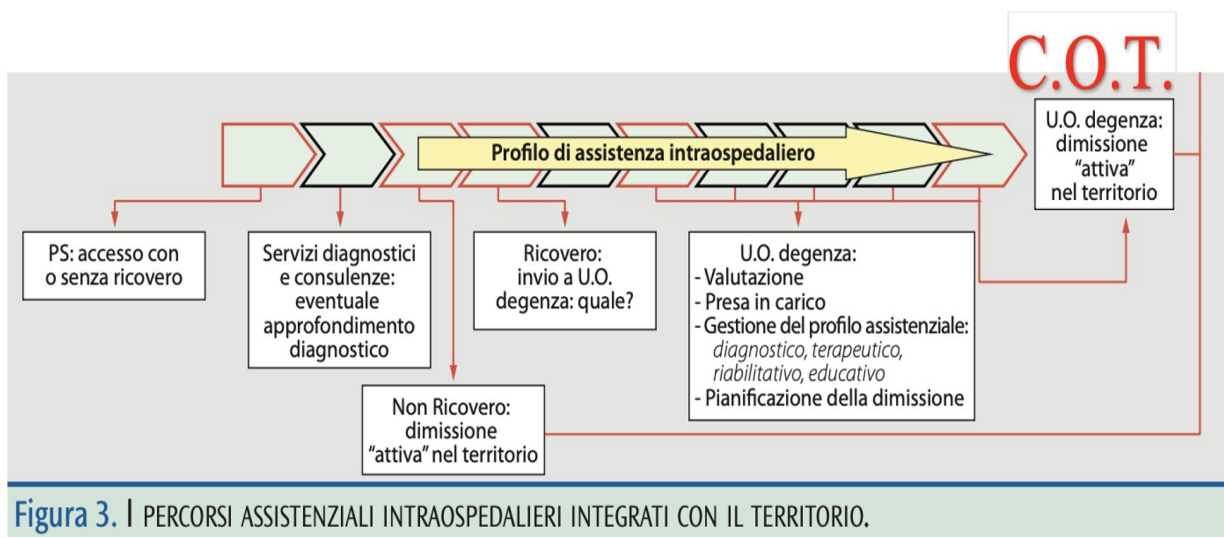
I percorsi di cura sono complessi e spesso in questi si succedono molteplici attori che diventano "case Manager" per la richiesta di alta specializzazione o interventi interdisciplinari. In questi casi l'unico legante tra i servizi è stato il paziente o, in alternativa il suo caregiver con il rischio di "disorientamento" nei meandri dei servizi fino al rischio di abbandono del programma di cura.



Al fine di superare dette criticità e come previsto da linee di indirizzo nazionali e regionali, nella COT è stato individuato il servizio deputato alla presa in carico della persona fragile, con bisogni sanitari complessi che necessita di un intervento sanitario o socio sanitario che può cambiare nel tempo. Questo Servizio è assegnatario della funzione di raccordo tra Unità Operative Sanitarie e professionisti che possono essere coinvolti nel tempo nei diversi setting assistenziali. Per questo fine la COT dialoga con i Servizi sanitari territoriali, ospedalieri, domiciliari, le strutture sociosanitarie e con la rete dell'emergenza-urgenza.

La COT si interfaccia con tutti i professionisti e i servizi del Sistema sanitario e socio sanitario del Distretto che hanno in carico il paziente o che possono avere un ruolo attivo nella attuazione del Piano Individualizzato di Assistenza o nel Progetto di Salute. La COT svolge questo mandato pur non rispondendo direttamente ai cittadini e non avendo relazioni dirette con loro. Nelle fasi di transizione, la COT può ricevere e offrire informazioni sanitarie finalizzate alla presa in carico del paziente, a garanzia della continuità nelle cure. Ai fini del miglioramento del servizio, raccoglie le informazioni sulle attività espletate e sul loro esito e sulle criticità riscontrate nella erogazione dei servizi, governando la fase di passaggio in cura da un setting assistenziale ad un altro. In questa fase, la COT acquisisce il consenso informato per il trattamento dei dati clinici.

La sperimentazione effettuata nel DSS di Lecce ha evidenziato che uno snodo fondamentale per garantire continuità al percorso di cura è quello di individuare in ogni ospedale, i reparti ospedalieri cui destinare pazienti fragili nelle fasi in cui si manifestano le complicanze. È stata evidenziata la necessità di riorganizzare alcune UO al fine di gestire le complicanze maggiori legate alle principali malattie croniche, in particolare con il verificarsi di eventi acuti che vanno in sovrapposizione rispetto alle patologie croniche preesistenti, soprattutto nel caso di eventi traumatici o incidenti vascolari.



### Il Sistema Informativo della COT

Al fine di promuovere interventi di medicina di iniziativa o per mobilitare tutte le possibili risorse che operano nel territorio nell'ambito dei servizi a valenza sanitaria e sociale, si è cercato di fornire alla COT la necessaria conoscenza epidemiologica della popolazione assistita, partendo dai dati storici circa l'uso di prestazioni sanitarie. Queste, mancando il fascicolo sanitario elettronico sono state acquisite dai database amministrativi e sanitari, regionali, aziendali o di distretto, opportunamente incrociati grazie ad algoritmi, studiati al fine di ottenere precise informazioni. Queste informazioni rilette in senso longitudinale, associando ad ogni paziente/assistibile la successione dei contatti e il consumo di risorse sanitarie, hanno offerto importanti informazioni circa i bisogni di salute dei cittadini assistiti. Altro spunto informativo è stato dato al fine di definire i livelli di saturazione dei servizi e consentono di individuare le reali alternative nella presa in carico dei pazienti al variare delle condizioni cliniche.

### Le possibili transizioni tra setting assistenziali

Alle COT della ASL di Lecce, in una prima fase, sarà data una operatività virtuale ("in cloud"), non potendo al momento essere supportata dalla piattaforma tecnologica commissionata dalla Regione Puglia con DGR 8 maggio 2023, n. 625.

Le transizioni tra setting assistenziali individuate sono:

- **Transizione ospedale-territorio:** Ospedale – Domicilio; Ospedale – ADI; Ospedale – Hospice; Ospedale – Ospedale di Comunità; Ospedale – RSA/RSSA; Ospedale – CRAP; Ospedale – Casa per la Vita.
- **Transizione territorio-ospedale;** ADI – Ospedale; Ospedale di Comunità – Ospedale per acuti; RSA – Ospedale per acuti; Domicilio-Ospedale per acuti.
- **Transizione territorio-territorio;** Casa – ADI; Casa – Hospice; Casa – Ospedale di Comunità; ADI – Ospedale di Comunità; Ambulatorio del MMG/PLS – Poliambulatorio ; Ambulatori MMG – Centro Orientamento Oncologico CORO; Poliambulatorio - ADI.

## Funzionamento delle COT

Macro processo di transizione di un paziente da un setting assistenziale “**inviante**” ad un setting assistenziale “**ricevente**” Procedure e Documentazione.

- 1) Il setting **inviante**, tramite la **compilazione di schede di valutazione** , identifica il bisogno del paziente;
- 2) Il setting **inviante comunica la necessità** di trasferimento (o di attivazione dell’UVM per un ulteriore consulto) alla COT, con integrate le informazioni anagrafiche e clinico assistenziali del paziente e le schede di valutazione;
- 3) La COT riceve la richiesta di cambio setting o di **attivazione dell’UVM** ;
- 4) La COT verifica la presenza di servizi già attivi per il paziente consultando la sua **base dati**, e procede all’eventuale interruzione di essi;
- 5) La COT consulta le disponibilità di servizi sul territorio e richiede l’attivazione dell’UVM ;
- 6) La UVM identifica il setting più idoneo al paziente e predispone uno specifico PAI . Procede alla individuazione di un care manager (infermiere di Comunità o infermiere dell’ADI cui assegnare il caso);
- 7) La COT, ricevuto il PAI dall’UVM e relativo setting ricevente, richiede l’ inserimento al setting **ricevente** in collaborazione con il Care Manager;
- 8) Il setting **ricevente**, acquisisce il PAI e la richiesta di inserimento o di attivazione del servizio inviata dalla COT;
- 9) Il setting **ricevente** conferma la disponibilità per l’inserimento o l’attivazione del servizio e comunica la data;
- 10) La COT organizza la logistica per il trasferimento del paziente di concerto con il setting **inviante** e il case manager;
- 11) Il paziente viene trasferito;
- 12) Il setting **ricevente** comunica alla COT la conferma di presa in carico del paziente;
- 13) La COT comunica il tutto al Case Manager che a sua volta informa il MMG e tiene i necessari contatti con la struttura ricevente e con i caregiver.

## I principali cambi di setting

- **Transizione ospedale-territorio;**
- **Transizione territorio-territorio;**
- **Transizioni territorio-ospedale.**

Per tutte queste transizioni sono state definite 3 fasi:

**I Fase:** *Identificazione del bisogno e avvio del processo;*

**II Fase:** *Identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione.*

**III Fase** - *Attuazione della transizione*

## Transizione ospedale-territorio;

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 o una integrazione sociale. La struttura ospedaliera individua gli elementi e il grado di complessità del caso in modo da consentire alla COT di identificare la struttura/il servizio più appropriato rispetto al setting di cura verso il quale si vuole indirizzare il paziente, con il supporto della UVM, se trattasi di setting a valenza socio sanitaria. La COT verifica se il paziente è da considerare un **Nuovo Utente** o se è stato **già valutato** dalla UVM, se è già stato predisposto un PAI. Se necessario provvede alla attivazione dei servizi (UVM) ai fini della revisione o della prima stesura dei Piani Assistenziali Individualizzati. Per garantire il buon esito della transizione il personale della COT, coordina, traccia, monitora ed interviene proattivamente, anche attraverso l'individuazione di un **care manager** che opererà di concerto con il MMG/PLS e la sua **AFT**. Detto Care manager sarà organico nella operatività della COT.

## Protocollo operativo

### **I Fase:** Identificazione del bisogno e avvio del processo

Durante il ricovero, la struttura ospedaliera esprime il bisogno di **continuità delle cure** alla COT per il paziente ricoverato, prevedendo che alla dimissione avrà la necessità di supporto di supporti sanitari, assistenziali e sociali finalizzati alla prosecuzione della presa in carico. Comunica tempestivamente (..auspicabilmente entro 48 ore dalla ammissione) alla COT la necessità di supporto post dimissione, prefigurando una "dimissione protetta". La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni, prendendola in carico. La COT ricerca tutte le informazioni presenti negli archivi del Distretto circa i servizi sanitari e socio sanitari già assicurati al paziente in modo da poter garantire la continuità delle cure previa individuazione del percorso assistenziale più idoneo a rispondere alle necessità manifestate provvedendo al coinvolgimento di tutti gli attori necessari. Comunica agli interessati l'avvenuta richiesta di "dimissione Protetta" (es. MMG/PLS, altri servizi che hanno già in carico il paziente – eventuale Centrale Operativa ADI, infermiere case manager ecc.) in modo da informare tutti gli interessati e consentire loro il rilascio della documentazione necessaria come le schede di valutazione. Il tutto al fine di consentire alla UVM la predisposizione di un PAI o la revisione di quello già formulato, ma rivisto alla luce del nuovo episodio di ricovero. La COT monitora tutte le fasi del processo. (Si definisce il Progetto di Salute voluto dal DM 77).

### **II Fase:** Identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione.

A seguito della valutazione multidimensionale, e se necessario sulla base delle informazioni ricevute dall'Ospedale o quelle desumibili dal PAI (comprensivo di obiettivi, tempistiche, modalità attuative), l'UVM individua il setting assistenziale appropriato e lo comunica alla COT. La UVM potrà essere effettuata anche in Ospedale. La COT contatta quindi il servizio o la struttura appartenente al setting assistenziale individuato (es. ADI, OdC, struttura riabilitativa, Hospice, RSA, ecc.) e programma la dimissione. La COT, raccordandosi direttamente con l'AFT o con i servizi del Distretto individua un case manager da assegnare al paziente, pianifica ed organizza il momento della dimissione e la transizione verso il nuovo setting ricevente. Sulla base delle condizioni del

*paziente attiva anche percorsi in urgenza di tipo alternativo, specie quando non sono disponibili PL presso le Strutture.*

### **III Fase** - Attuazione della transizione

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

Per tutta questa operatività, la COT di avvale dell'Infermiere di Comunità che assume la funzione di **care manager in accordo con il MMG o PLS organizzati in AFT.**<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Le definizioni di "Case Manager" e "Care Manager" si riferiscono a ruoli specifici nel contesto della gestione della cura e dell'assistenza sanitaria, ma i due termini, pur essendo simili, hanno distinzioni significative.

#### **Case Manager**

Il **Case Manager** è un professionista, spesso con una formazione in infermieristica, assistenza sociale, o in un campo correlato, che si occupa di coordinare e gestire l'assistenza di un paziente. Il ruolo principale di un Case Manager è quello di **coordinare** le cure tra diversi fornitori di servizi sanitari, assicurando che il paziente riceva un'assistenza continua, efficiente ed efficace. Questo professionista lavora spesso con pazienti che hanno bisogni complessi e che richiedono interventi multidisciplinari. Tra le responsabilità principali del Case Manager vi sono:

- Valutare le esigenze del paziente.
- Pianificare, coordinare e monitorare i servizi di cura.
- Facilitare la comunicazione tra i vari fornitori di assistenza.
- Supportare il paziente e la famiglia nella navigazione del sistema sanitario.

#### **Care Manager**

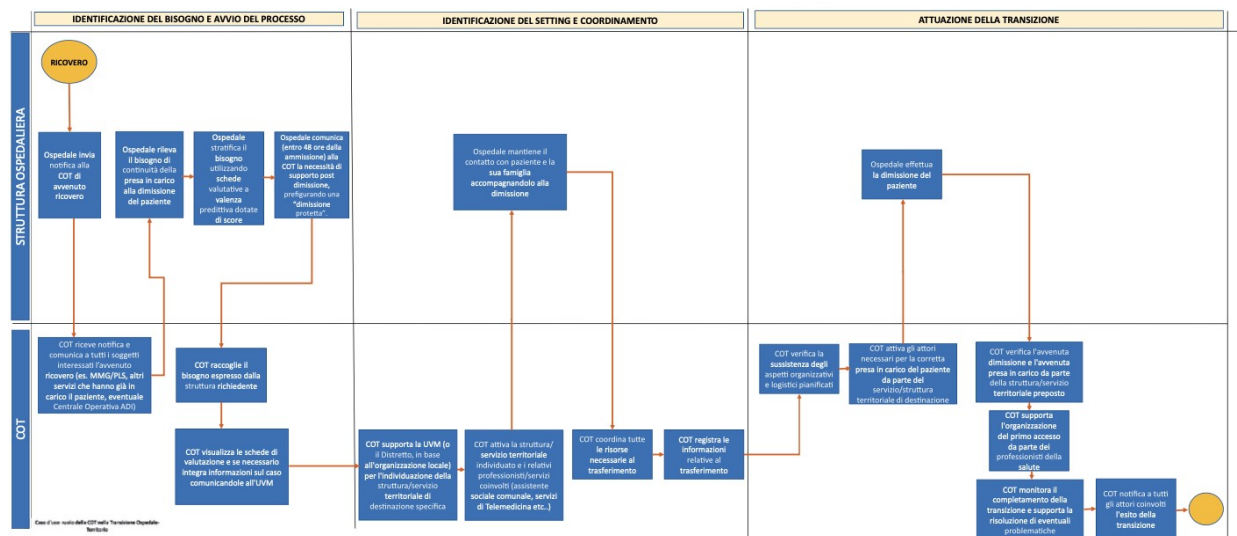
Il **Care Manager**, invece, ha un ruolo più ampio che può includere non solo la gestione sanitaria ma anche il supporto emotivo e sociale. Mentre il Case Manager si concentra sulla gestione e il coordinamento delle cure mediche, il Care Manager può anche intervenire per gestire aspetti più ampi del benessere del paziente, inclusa la **gestione della qualità della vita** e delle condizioni quotidiane. Il Care Manager lavora spesso con pazienti anziani, disabili o cronici, aiutandoli a mantenere l'indipendenza e migliorare la loro qualità di vita. Le responsabilità includono:

- Valutare le esigenze generali del paziente, comprese quelle sociali ed emozionali.
- Coordinare l'accesso a risorse e servizi comunitari.
- Fornire supporto ai familiari e ai caregiver.
- Monitorare il benessere generale del paziente e adattare i piani di cura secondo necessità.

In sintesi, il Case Manager è più orientato verso il coordinamento delle cure mediche, mentre il Care Manager adotta un approccio olistico che include il benessere generale e sociale del paziente.



Figura 1 - Caso d'uso: il ruolo della COT nella transizione Ospedale-Territorio



## Transizione territorio-territorio;

Il MMG o il Servizio sociale/sociosanitari che ha in carico il soggetto sul territorio, per il tramite della PUA, esprime il bisogno di attivare o modificare/integrare il setting assistenziale della persona fragile in modo da poter rispondere a nuovi bisogni assistenziali. La PUA informa della richiesta la COT e attiva se necessario la UVM. Predisposto il PAI, viene definito il setting assistenziale che viene comunicato alla COT che provvede alla presa in carico di questa necessità che esiterà in una transizione verso nuovi servizi che possono essere domiciliari (ADI di livello maggiore) o una la transizione verso struttura sanitaria o sociosanitaria territoriale (transizione tra setting) di tipo semi residenziale o residenziale (RSSA, Hospice o ospedale di comunità).

## Protocollo operativo

### I Fase: Identificazione del bisogno e avvio del processo

Il MMG/PLS o chi ha in gestione il caso, individua un bisogno di natura clinico-assistenziale pianificabile, non a carattere emergenziale, che prevede una nuova/ ulteriore presa in carico sanitaria. Produce una scheda di valutazione del bisogno del paziente con le principali informazioni, ed invia una segnalazione alla PUA. Questo flusso viene registrato in Edotto.

La PUA prende in carico la richiesta, si attiva, se necessario, in accordo con il Distretto attiva la UVM che definisce il PAI e lo comunica alla COT che in questa fase, ha la funzione di raccogliere, integrare e condividere le informazioni sul paziente. Funge da facilitatore tra tutti i professionisti coinvolti;

### II Fase - Identificazione del setting e Coordinamento della transizione

La COT, sulla base degli esiti della valutazione/rivalutazione/ fatta dalla UVM, verifica la disponibilità di presa in carico da parte dei servizi o delle strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato. A questo fine, provvede ad un aggiornamento costante, anche in termini di prossimità di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es.



strutture, posti letto, referenti, liste di attesa, ecc.). Una volta individuata la struttura o il servizio più idoneo, la COT provvede a contattarla e a pianificare la presa in carico, e quindi la transizione. Se il servizio ADI deve essere esternalizzato, la COT comunica le risultanze dell'UVM al Direttore del Distretto che attiva le procedure previste per la individuazione della Società Accreditata per il Servizio ADI, cui demandare l'attuazione del PAI. In caso di assenza di posto letto o di posti ADI, attiva un percorso alternativo (es ricovero in Ospedale di Comunità, servizio ADI solo sanitario in urgenza ecc.).

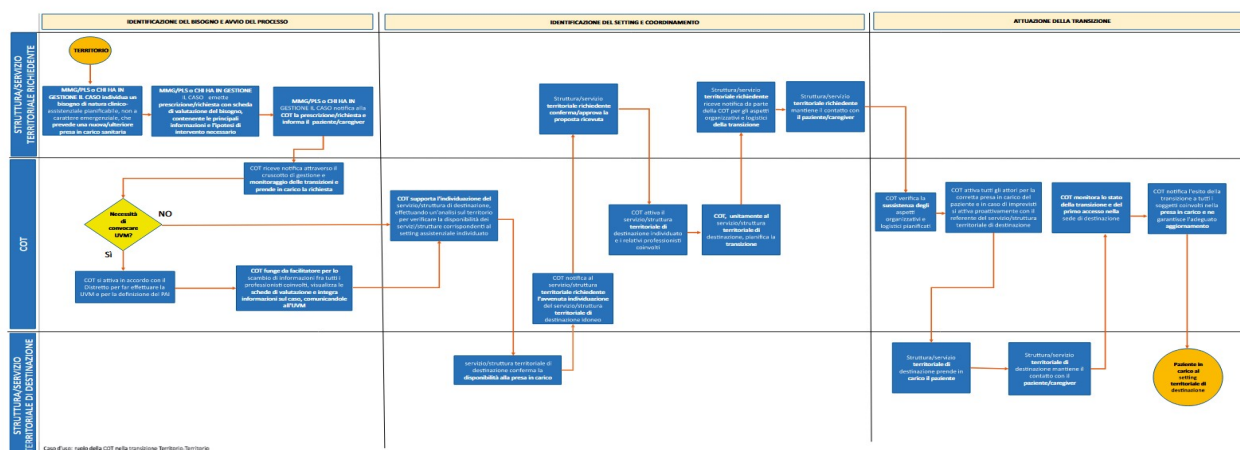
Quando la Struttura/servizio Territoriale di destinazione conferma la disponibilità alla presa in carico, la stessa pianifica la transizione, unitamente alla COT e individua un infermiere care manager.

### III Fase - Attuazione della transizione

La COT 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. Verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati, inclusa la richiesta e fornitura di protesi ed ausili. Monitora lo stato della transizione e del primo accesso nella sede di destinazione. In caso di scostamenti dal programmato, si attiva proattivamente con il referente del servizio/struttura di destinazione.

La Struttura/servizio territoriale di destinazione: prende in carico il paziente; mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia per il tramite del care manager, che in caso di ADI può svolgere anche le funzioni di Care Manager. (1)

Figura 3 - Caso d'uso: il ruolo della COT nella transizione Territorio – Territorio



### Transizione territorio ospedale;

Il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero (ammissione protetta) non a carattere di urgenza, ma programmabile in particolare per i Distretti che non sono sede di un Ospedale di Comunità.

Nel presente caso d'uso non sono contemplati casi di emergenza

## *Protocollo operativo*

### *I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo.*

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

La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche delle transizioni, prendendola in carico.

La COT: prende in carico la prestazione/richiesta, integra le informazioni sul caso utilizzando i dati disponibili utilizzando anche quelli provenienti dai flussi amministrativo- sanitari già indicati.

### *II Fase - Identificazione del setting di destinazione e Coordinamento della transizione.*

Come in precedenza illustrato, la COT, predispone specifici accordi con le strutture ospedaliere di riferimento territoriali e in queste con i Servizi di Pronto Soccorso – Accettazione ivi presenti. Sulla base di questi accordi propone al richiedente la struttura ospedaliera e la U.O. più idonea con le relative disponibilità di appuntamento. Il servizio territoriale richiedente conferma la proposta sulla base della situazione clinica e organizzativa del paziente, lo informa e insieme alla COT organizza il trasporto.

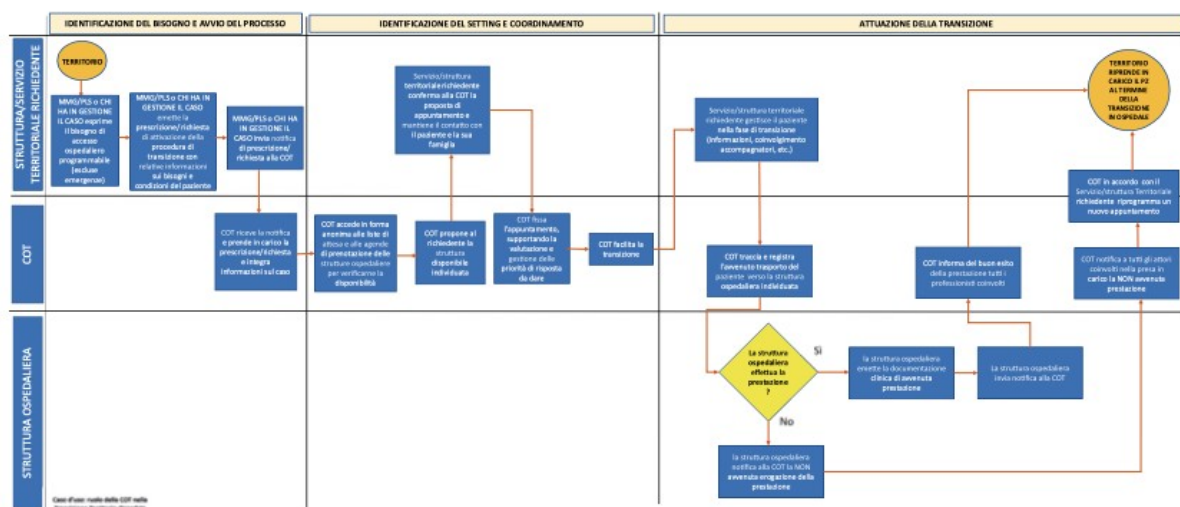
La COT fissa l'appuntamento concordato all'interno dell'agenda ospedaliera prescelta.

### *III Fase - Attuazione della transizione*

La COT provvede al trasferimento del paziente secondo l'appuntamento ottenuto e traccia e registra il buon esito della transizione del paziente verso la Struttura Ospedaliera individuata. Il documento emesso dall'ospedale al termine della prestazione (es. foglio di ricovero, lettera di dimissione, referto, ecc.) genera una notifica alla COT la quale a sua volta informerà del buon esito della prestazione tutti i professionisti coinvolti. Nel caso in cui la prestazione non sia stata erogata, o necessita di un secondo appuntamento, l'ospedale informa la COT che in accordo con la Struttura/servizio territoriale richiedente, che ha in gestione il caso, riprogramma un nuovo appuntamento.

La Struttura/servizio territoriale richiedente riprende in carico il paziente al termine della transizione in ospedale e prosegue nella erogazione dei servizi previsti dal PAI.

Figura 2 - Il ruolo della COT nella transizione Territorio- Ospedale



In fase di primo avvio, rispetto alle previsioni del DM 77/22, il servizio è operativo 7/7 .

L'equipe si integrerà con gli operatori dell'ADI che assumeranno la funzione di case manager; con l'equipe medico infermieristica che costituisce l'Unità di Continuità Assistenziale, con il personale infermieristico che opera nelle strutture ospedaliere, negli ambulatori della cronicità presenti nei poliambulatori specialistici o nelle UCCP, con gli infermieri delle AFT dei MMG e PLS gli Assistenti sociali che operano nelle PUA al fine di una valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione.