

## Allegato 1. Modello organizzativo per l'efficientamento dell'interconnessione delle Centrali Operative Territoriali (COT) nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale

### 1. Modello organizzativo di interconnessione COT

Il modello organizzativo elaborato per gestire l'interconnessione delle Centrali Operative Territoriali a livello regionale prevede che ogni Azienda SocioSanitaria Territoriale (ASST) identifichi, tra le Centrali Operative Territoriali (COT) di propria pertinenza, **due tipologie** di COT: **COT Trasversale e COT Verticale**.

Il modello prevede inoltre di creare una **rete regionale delle COT trasversali**, in modo da rendere più efficace e flessibile la gestione delle richieste di transizione di setting assistenziale nei casi in cui la valutazione del bisogno sia rilevata in una ASST diversa da quella di afferenza del cittadino, garantendo prossimità di cura al cittadino stesso.

#### 1.1 Caratteristiche e flusso di lavoro delle COT

Le caratteristiche delle due tipologie di COT sono le seguenti:

- **COT Trasversale (o “di coordinamento” o “Hub”)**: è la struttura organizzativa unica per ogni ASST che svolge la funzione di ricevere tutte le richieste di transizione di setting e/o di presa in carico relative ad assistiti domiciliati e/o residenti nel territorio di afferenza dell'ASST.

Tali richieste vengono inoltrate alla COT Trasversale sia da strutture/servizi/professionisti della stessa ASST, sia da strutture sanitarie esterne alla ASST, definendo per ciascun “soggetto inviante” le modalità operative di trasmissione delle richieste. A titolo esemplificativo, le richieste interne alla ASST possono pervenire alla COT Trasversale da reparti di degenza, da Medici di Assistenza Primaria (MAP) o Pediatri di Libera Scelta (PLS), da servizi territoriali, da Case di Comunità, da Punto Unico di Accesso (PUA). Le richieste provenienti da strutture esterne all'ASST possono pervenire dalle COT Trasversali di altre ASST, dalla Rete emergenza-urgenza pre-ospedaliera (116117, Centrale Unica), dagli IRCCS, ecc.

Le richieste di transizioni di setting saranno inserite nel Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT) dalle ASST con la possibilità per le COT di usufruire di funzionalità dedicate per la gestione delle richieste e per l'interconnessione con le COT trasversali di tutte le ASST. Le strutture sociosanitarie esterne alla rete di interconnessione COT (IRCCS, AREU, ecc.) verranno progressivamente inserite come “soggetti invianti” e verranno creati i contesti idonei in SGDT per permettere l'invio delle richieste di transizione di setting alla COT trasversale di afferenza del cittadino.

Il ruolo della COT Trasversale è quello di garantire, attraverso un'operatività di servizio continuativa (in linea a quanto già indicato dalla DGR n°XII/2588 del 21/06/2024

“Determinazioni in ordine al modello di funzionamento delle Centrali Operative Territoriali”), il coordinamento nella gestione delle richieste ed il monitoraggio attivo di tutte le transizioni agite per i cittadini in carico alla ASST.

La COT Trasversale assegna la richiesta ad una COT Verticale a seconda del domicilio/residenza del cittadino o in base al servizio da attivare, rispettando l'organizzazione interna della singola ASST, oppure invia la richiesta alla COT trasversale dell'ASST di afferenza del cittadino. La COT trasversale monitora inoltre tutte le transizioni attivate e lo stato di avanzamento delle richieste. La COT trasversale può svolgere la funzione di COT verticale per la gestione e la presa in carico delle transizioni relative ai cittadini del proprio distretto o territorio di afferenza; in questo caso si “autoassegna” la richiesta di transizione.

- **COT Verticali (o “distrettuali” o “spoke”)**: sono le strutture organizzative definite dalle singole ASST, che possono essere diversificate a seconda delle specializzazioni funzionali o territoriali. Le COT Verticali svolgono la funzione di presa in carico delle transizioni assegnate dalla COT Trasversale per gli assistiti del territorio di afferenza, attivando i servizi idonei a soddisfare i bisogni del cittadino in base al catalogo dell'offerta territoriale e assegnando il servizio al soggetto erogatore. Le COT Verticali mantengono una comunicazione attiva con il soggetto inviante fino alla chiusura della richiesta.

Tutte le attività descritte in capo alle COT trasversali e verticali saranno rese possibili da funzionalità dedicate all'interno di SGDT.

Nella figura 1 viene riportato un esempio di schema di funzionamento del modello per la gestione della transizione Ospedale-Territorio.

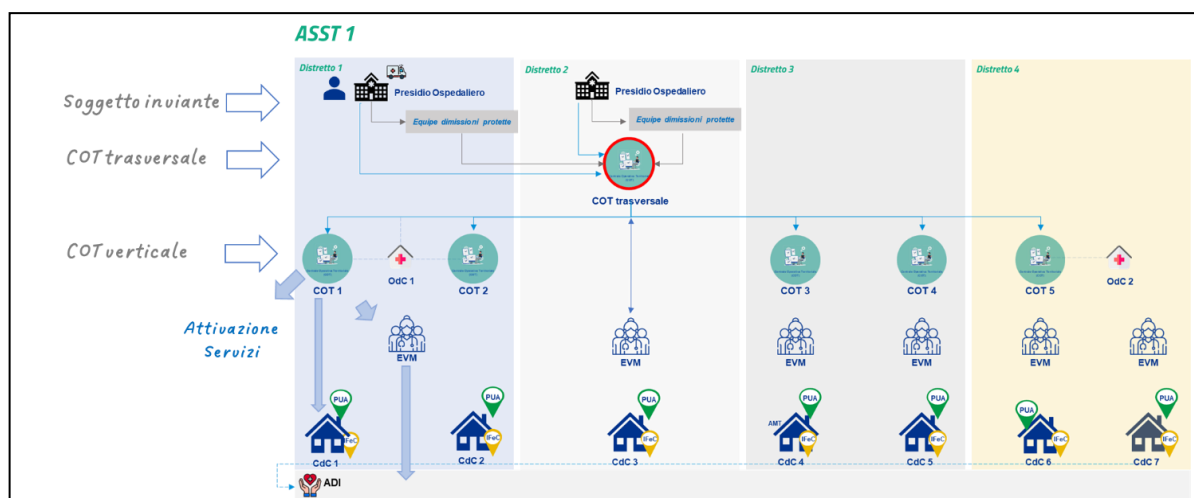


Figura 1. Schema esemplificativo di funzionamento del modello nella gestione della transizione Ospedale-Territorio.

Per la concreta ed omogenea realizzazione del modello di interconnessione COT è necessario standardizzare il processo di invio, ricezione, gestione della richiesta di transizione di setting e il monitoraggio dell'effettiva attivazione dei servizi richiesti.

Questo processo si attua attraverso un **flusso di lavoro** tra gli attori coinvolti, ciascuno dei quali è responsabile, in ognuna delle diverse fasi di gestione delle richieste, del passaggio delle informazioni necessarie per la realizzazione delle transizioni.

Gli attori coinvolti e le rispettive responsabilità sono:

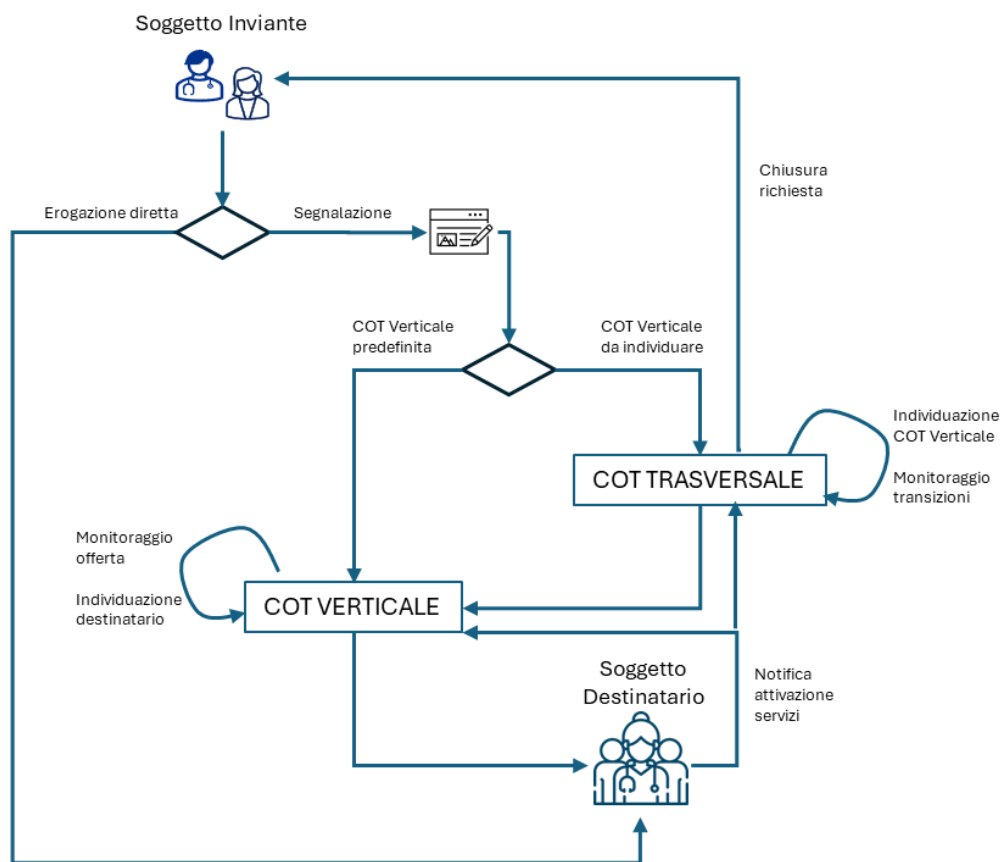
- **Soggetto Inviante:** è responsabile della creazione della richiesta di transizione, della valutazione del bisogno del paziente e della proposta del servizio/setting erogativo. I Soggetti Invianti possono essere professionisti o strutture sanitarie e sociosanitarie ospedaliere o territoriali.  
Una volta inserite nella richiesta di transizione le informazioni di propria responsabilità, il Soggetto Inviante assegna la richiesta stessa alla COT Trasversale della propria ASST. Nel caso in cui l'organizzazione dell'ASST abbia specializzato una COT Verticale per gestire la tipologia di transizione richiesta, il Soggetto Inviante può assegnare direttamente alla COT Verticale la richiesta.  
Nel caso in cui il Soggetto Inviante coincida con l'erogatore del servizio, la richiesta non viene assegnata alle COT, che tuttavia ricevono comunque la notifica dell'attivazione del servizio per il cittadino. A titolo esemplificativo, questo caso si verifica quando il Medico di Medicina Generale deve attivare un servizio di propria competenza al domicilio dell'assistito (esempio servizi ADP/PPIP/ADI) oppure quando un Infermiere di Famiglia e Comunità IFeC deve attivare un servizio di Sorveglianza Domiciliare (esempio servizio PSD).
- **COT Trasversale:** è responsabile della ricezione di tutte le richieste di transizione di setting e di presa in carico per i cittadini afferenti al territorio di competenza da parte dei Soggetti Invianti e della valutazione dell'appropriatezza delle informazioni contenute nella richiesta. La COT Trasversale conclude la fase di valutazione di ogni richiesta con l'identificazione di una COT assegnataria, rappresentata da una COT verticale della stessa ASST o da una COT trasversale di altra ASST appartenente alla Rete regionale delle COT. La COT trasversale inoltre esegue il monitoraggio della transizione e dello stato di attivazione del servizio proposto e notifica la chiusura della richiesta.
- **COT Verticale assegnataria:** è responsabile della presa in carico della segnalazione, attraverso l'eventuale rivalutazione del bisogno e attraverso l'individuazione e l'attivazione del setting appropriato di destinazione/servizio, avvalendosi anche del monitoraggio dell'offerta disponibile.  
La COT Verticale completa la gestione di ogni richiesta con l'assegnazione della stessa all'equipe/struttura/servizio di destinazione, mantenendo il monitoraggio della transizione.
- **Soggetto Destinatario:** è responsabile dell'erogazione dei servizi attivati per l'attuazione della transizione. A titolo esemplificativo, il Soggetto Destinatario può essere l'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) di servizi di Cure Domiciliari.  
Il Soggetto Destinatario completa la fase di presa in carico della richiesta notificando l'avvenuta attivazione e la messa in esercizio dei servizi assistenziali a favore del cittadino. A titolo esemplificativo, l'assegnazione di un paziente all'erogatore di Cure Domiciliari determina la notifica dell'avvenuta attivazione del servizio.

Tutti i soggetti coinvolti nella transizione di setting (Soggetto Inviante, COT trasversale, COT verticale, Soggetto Destinatario) potranno monitorare lo stato di avanzamento del processo

mediante la visualizzazione della modifica dello “stato della richiesta” dall’invio fino all’attivazione dei servizi all’interno del Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT).

A seconda della tipologia della transizione, il processo potrà essere semplificato o integrato con ulteriori azioni necessarie per approfondire il bisogno (es. attivazione delle equipe di valutazione multidimensionale), per guidare la scelta del setting appropriato (es. consultazione del catalogo dell’offerta dei servizi) e per monitorare l’erogazione del servizio/prestazione oppure potrà essere semplificato qualora il servizio venga subito attivato dal soggetto inviante/proponente o vi siano in atto convenzioni, procedure, accordi tra enti sanitari, garantendo l’autonomia funzionale delle singole ASST.

Il flusso di lavoro è riportato nello schema sotto riportato:



### 1.2 Rete regionale delle COT

Come anticipato nel paragrafo precedente, alcune specifiche transizioni possono richiedere il coinvolgimento di diverse ASST. A titolo esemplificativo, questo caso si presenta quando una ASST deve attivare una dimissione protetta per un cittadino domiciliato o residente in un territorio afferente ad un'altra ASST. Nel flusso di lavoro precedentemente descritto, nella fase di identificazione della COT assegnataria, la COT Trasversale ha la possibilità di indirizzare le richieste alla COT Trasversale di afferenza del paziente, inoltrando tutte le informazioni inserite dal Soggetto Inviante.

Il modello prevede di creare una rete tra le COT trasversali a livello regionale in modo da rendere più efficace e flessibile l’invio, la valutazione e l’assegnazione delle richieste di

transizione di setting assistenziale a seconda del bisogno espresso e del servizio richiesto, garantendo prossimità di cura al cittadino.

Il modello di interconnessione COT garantirà progressivamente l'interconnessione delle COT con tutte le strutture ricettive territoriali e con tutti i soggetti coinvolti nelle transizioni di setting assistenziale (MMG/PLS, AREU, Continuità Assistenziale, IRCCS, RSA, EIPA, Strutture Riabilitative e altri Enti/Servizi sanitari e sociosanitari) creando una rete strutturata e tracciando le azioni dei soggetti coinvolti (figura 2), utilizzando le funzionalità rese disponibili in SGDT.

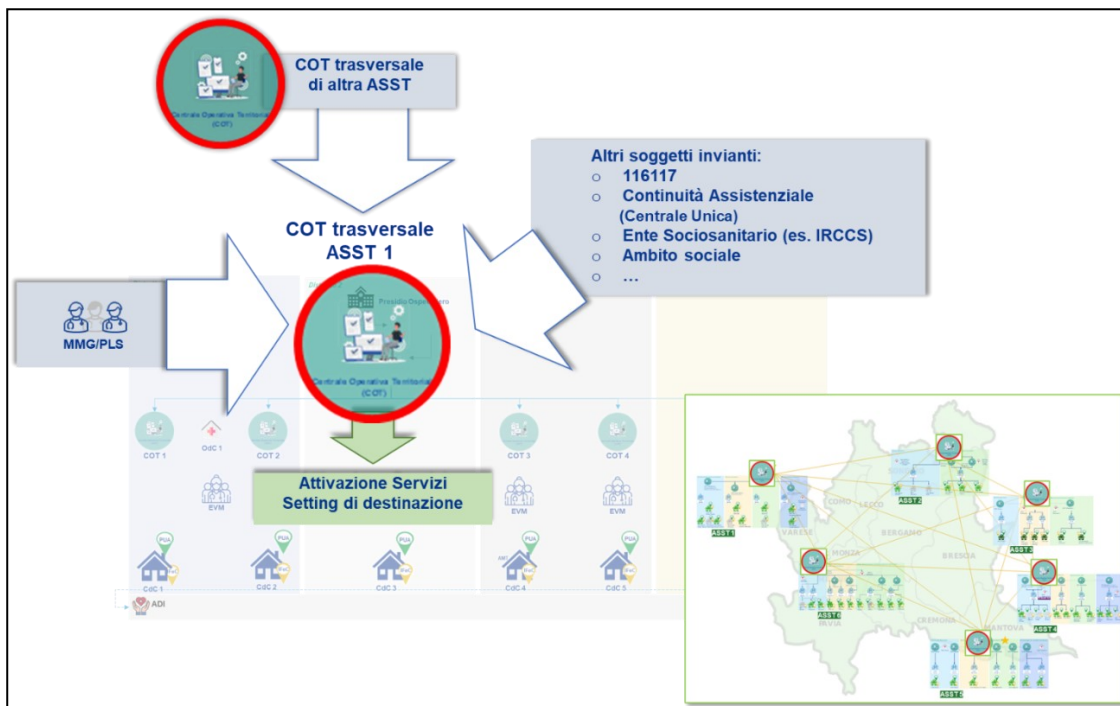


Figura 2. Schema del modello regionale di interconnessione COT.

## 2. Transizione dai modelli organizzativi esistenti al modello unico regionale

Dall'analisi degli assetti organizzativi svolta nel corso dell'anno 2024 dalla Direzione Generale Welfare sono emersi quattro modelli organizzativi adottati dalle ASST per la gestione intraziendale delle COT, denominati "gerarchico", "equivalente", "misto", "COT unica". Di seguito viene riportata una breve descrizione del modello e le azioni necessarie per transitare nel modello unico regionale:

- **Modello Gerarchico:** prevede la presenza di una COT Trasversale che coordina e monitora tutte le transizioni aziendali, affiancata da COT Verticali operative a livello distrettuale. Il modello gerarchico è già conforme al modello regionale.
- **Modello Equivalente:** prevede che tutte le COT operino come “verticali”. Per adottare il modello regionale la funzione di coordinamento aziendale dovrà essere assegnata ad una COT verticale che potrà essere gestita anche in base a rotazione interna.
- **Modello Misto:** prevede di assegnare ad una COT verticale la funzione trasversale di coordinamento per una determina transizione o funzione (es. presa in carico del cronico, gestione delle richieste dal 116117, attivazione ADI, telemedicina). In questo modello la COT Trasversale smisterà le richieste alle COT verticali non in base alla sola domiciliarità/residenza del cittadino ma anche al servizio da erogare. Questo consente ai soggetti invianti, soprattutto esterni alla ASST, di avere un'unica COT a cui inviare le richieste, senza dover conoscere l'organizzazione interna per funzione delle singole COT.
- **Modello COT Unica:** prevede una sola COT a livello aziendale che gestisce tutte le transizioni che sarà definita trasversale e quindi il modello è già conforme al modello regionale.

### 3. Fasi attuative

L'attività svolta dalla Direzione Generale Welfare durante l'anno 2024 in merito all'analisi degli assetti organizzativi territoriali adottati dalle ASST ha previsto momenti di condivisione dei risultati emersi e del modello organizzativo per l'interconnessione delle COT durante incontri di Collegio di Direzione e di Cabina di Regia con le ATS e le ASST.

La condivisione di un unico processo funzionale per lo svolgimento delle transizioni e l'adozione di un modello organizzativo omogeneo (COT trasversale-COT verticali) permette l'evoluzione delle funzionalità della piattaforma digitale SGDT, nell'ottica di una gestione integrata e centralizzata delle diverse attività richieste alle Centrali Operative Territoriali.

L'implementazione del modello organizzativo regionale necessita di azioni volte alla sua attuazione nei diversi ambiti territoriali e aziendali, quali:

-transizione dai modelli organizzativi attuali al modello regionale con l'identificazione da parte delle ASST delle *COT trasversale* e *COT verticali* e condivisione della checklist di configurazione necessaria per formalizzare all'interno di SGDT le strutture aziendali e abilitare gli operatori coinvolti;

-implementazione delle *funzionalità applicative in SGDT*, introducendo la possibilità di gestire sulla persona assistita diversi percorsi dedicati ai singoli servizi assistenziali territoriali e domiciliari necessari a dare risposta ai diversi bisogni (*funzione di “multiprogetto”*) e la possibilità di gestione delle richieste di transizione tra diversi setting assistenziali da parte delle COT (*funzionalità COT*) e successivo rilascio in produzione;

-*formazione* dei professionisti sul modello organizzativo e sulle nuove funzionalità in SGDT;

-*verifica e supporto nell'avvio* delle attività organizzative e applicative in alcuni Enti sanitari pilota;

-istituzione di *gruppi di lavoro* coordinati dalla Direzione Generale Welfare con professionisti di ASST, IRCCS, Enti erogatori privati accreditati, Medici di assistenza primaria, ATS, AREU etc per l'analisi dell'evoluzione su specifici casi d'uso del modello regionale implementato.