



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea Magistrale

In Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

**LA CENTRALE OPERATIVA  
TERRITORIALE:**

**PROGETTO DI ATTUAZIONE IN AV2 - JESI**

Relatore: Chiar.mo

**LETIZIA TESEI**

Tesi di Laurea di:

**DONATELLA ROSSOLINI**

A.A. 2021/2022

## Sommario

RIASSUNTO .....	3
LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE .....	4
LA PRESA IN CARICO DEGLI UTENTI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI	8
LA DIMISSIONE PROTETTA OSPEDALE – TERRITORIO .....	10
COT E PUA .....	13
ATTIVITÀ E SERVIZI EROGABILI .....	17
MODELLO ORGANIZZATIVO E FABBISOGNO DI PERSONALE .....	18
PERSONALE.....	18
IL RUOLO DEL RESPONSABILE/COORDINATORE.....	19
IL RUOLO DELL'INFERMIERE.....	23
CONTESTO NAZIONALE.....	25
LA NORMATIVA .....	25
MODELLI REGIONALI ITALIANI A CONFRONTO .....	29
IL MODELLO DEL VENETO.....	30
IL MODELLO DELLA TOSCANA .....	31
IL MODELLO DELL'UMBRIA.....	32
ANALISI DI CONTESTO.....	33
IL TERRITORIO .....	33
L' AREA VASTA 2.....	35
L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA DEL DISTRETTO DI JESI .....	40
L'ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	40
OSPEDALI RIUNITI DI JESI.....	40
OSPEDALE DI COMINUTA' DI CINGOLI.....	41
L'ASSISTENZA DISTRETTUALE .....	42
L'AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA (ASP) .....	43
IL PROGETTO .....	45
PREMESSA .....	45
OBIETTIVO GENERALE .....	46
OBIETTIVI SPECIFICI .....	46

AMBITO DI APPLICAZIONE .....	46
MODELLO ORGANIZZATIVO .....	48
MODELLO FUNZIONALE.....	48
MODALITA' OPERATIVE.....	49
RISORSE TECNOLOGICHE .....	51
SCALE DI VALUTAZIONE OBBLIGATORIE .....	52
1. SCALA DI BRASS (BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING SCORE)..	52
2. SCALA MEWS (MODIFIED EARLY WARNING SCORE) .....	54
3. IDA (Indice di dipendenza assistenziale).....	55
RISORSE UMANE.....	56
FUNZIONE DEL REFERENTE OPERATIVO DI CENTRALE.....	56
FUNZIONI DEL PERSONALE INFERMIERISTICO DI CENTRALE.....	57
FORMAZIONE E INFORMAZIONE.....	58
PROGETTO FORMATIVO DEI COMPONENTI DELLA COT .....	58
CRONOPROGRAMMA .....	62
INDICATORI DI ESITO E DI PROCESSO .....	62
RISULTATI ATTESI .....	63
FASI DI IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' DELLA COT .....	63
LA RESPONSABILITA' DEL PROGETTO .....	63
CONCLUSIONI.....	63
BIBLIOGRAFIA .....	64

## RIASSUNTO

La Centrale Operativa Territoriale nasce in linea a quanto previsto dal nuovo Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza come elemento cardine dell'organizzazione territoriale. Il fine della Centrale Operativa Territoriale è quello di svolgere una funzione di coordinamento, di prendere in carico l'utente "protetto" e di raccordare i vari soggetti della rete assistenziale diventando funzionale a tutte le unità operative territoriali. È inoltre uno degli strumenti che permette all'Azienda ospedaliera di perseguire un nuovo modello di presa in carico del paziente, al fine di consentire il passaggio dal concetto di "curare" a quello di "prendersi cura". Ha inoltre l'obiettivo di considerare la persona nella sua complessità e globalità, con un'attenzione rivolta alla famiglia ed al contesto di riferimento. Tale processo è reso possibile attraverso un unico interlocutore che prende in carico la domanda, la elabora e ne segue il percorso fino a risposta avvenuta.

L'attività della Centrale Operativa Territoriale della sede di Area Vasta 2 - Jesi (An), si concentrerà sul consolidamento, il potenziamento e l'implementazione della gestione e presa in carico del paziente fragile nel territorio. La sua attività risulterà quindi in una stretta collaborazione con il Distretto Socio – Sanitario risultando il fulcro del coordinamento della gestione dell'utente protetto. La Centrale Operativa Territoriale evidenzierà la necessità e l'importanza strategica, correlata alle specificità del territorio di appartenenza, di costruire un percorso di innovazione organizzativa, articolato su più fronti, strutturali e professionali, e condiviso a livello provinciale e regionale.

La Centrale Operativa Territoriale di Jesi studierà così un programma di sviluppo, definendo il proprio ruolo, le proprie funzioni ed elaborando un processo di segnalazione, gestione e monitoraggio del paziente fragile, dal momento del ricovero in Ospedale fino al ritorno nel Territorio.

Tale processo operativo, denominato "Percorso Integrato Dimissioni Protette", sarà condiviso in collaborazione con il Servizio delle Professioni Sanitarie e l'Area Vasta 2, evidenziando in particolare l'efficacia e l'efficienza di alcuni strumenti di lavoro, tra cui

"la scheda di Brass Index" e "l'avviso di dimissione". Il progetto vedrà inoltre affermarsi il ruolo dell'Infermiere di Famiglia, come naturale presenza specialistica infermieristica sul territorio, e del Responsabile della Centrale Operativa Territoriale.

L'originalità di questo progetto sanitario è legata alla sua capacità di innovazione, all'applicazione di alcune regole del management, alla valutazione dei costi, dei tempi, al raggiungimento della qualità, alla soddisfazione dei bisogni di salute.

La gestione del percorso integrato inoltre è stata formulata considerando la peculiarità del territorio jesino, come particolare per le sue caratteristiche territoriali e demografiche.

## LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale COT [1] è un 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: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

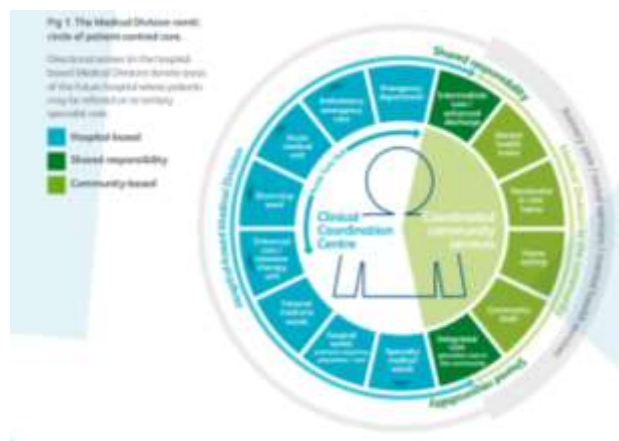
Costituisce un servizio operativo 7 giorni su 7, deve essere dotato di adeguate infrastrutture tecnologiche e informatiche quali ad esempio una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.

Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché ad affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che le COT, a livello regionale, usufruiscano di un sistema informativo condiviso e interconnesso con le Centrali Operative Numero Europeo Armonizzato (CO NEA 116117).

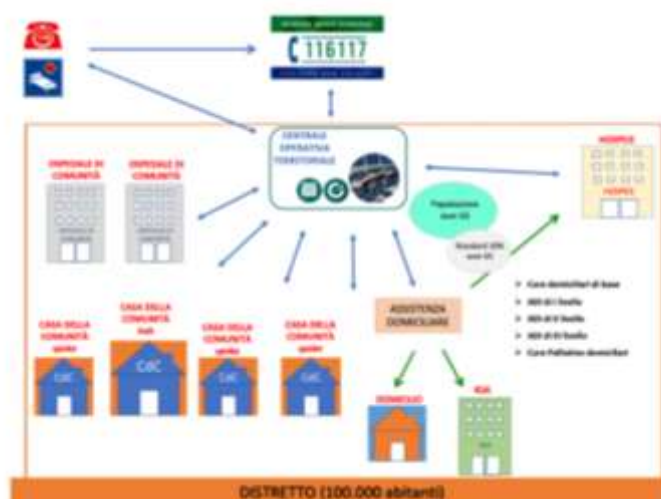
L'attività della COT è rivolta a tutti gli attori del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero, che possono richiederne l'intervento: medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) e medici di continuità assistenziale (MCA), medici specialisti ambulatoriali ospedalieri e distrettuali, e altri professionisti

sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali e dei servizi sociali.

L'idea della COT trova fondamento nel modello del Future Hospital, proposto dal Royal College of Physicians [2]. Rappresenta cioè un centro operativo di comando che garantisce a tutto lo staff ospedaliero e territoriale di disporre di informazioni dei bisogni clinici e assistenziali, necessarie per l'assistenza ai pazienti, dettagliate e in tempo reale; coordina le risorse per il raggiungimento dei risultati.



La COT rappresenta così lo strumento aziendale di raccolta e classificazione del problema/bisogno espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro, diventando l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale al fine di svolgere una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale [3].



Con specifico riferimento all'integrazione ospedale–territorio e al coordinamento tra i servizi sociosanitari territoriali, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza [4] fa riferimento a modelli organizzativi, sia a livello professionale che gestionale, atti a garantire la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed efficiente delle risorse all'interno di una vera e propria filiera dell'assistenza territoriale. Una filiera che vede l'attivazione non solo delle COT, ma anche di Strutture Intermedie e Medicine di Gruppo Integrate (MGI) territoriali come strumenti per rendere efficaci i percorsi assistenziali (dimissioni protette, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali - PDTA), eliminandone o attenuandone le discontinuità.

Il nuovo modello prefigurato è centrato sulla presa in carico “proattiva” e integrata del paziente cronico, sulla continuità assistenziale e sulla condivisione di percorsi di cura e di accesso ai servizi sociosanitari.

Secondo in PNRR, inoltre, il mandato del Distretto, nell'ottica del miglioramento della qualità, e quindi dell'appropriatezza, prevede le seguenti caratteristiche a cui deve tendere:

- ✓ la centralità del paziente;
- ✓ la sicurezza;
- ✓ l'efficacia;
- ✓ la tempestività;

- ✓ l'efficienza;
- ✓ l'equità;

L'implementazione effettiva di queste dimensioni richiede l'adozione di un approccio di Sistema attraverso uno sviluppo complessivo che coinvolga i pazienti, i professionisti, l'organizzazione e tutta la rete degli attori locali, ivi compreso il volontariato. A tale fine il Distretto Socio-Sanitario, quale centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'AV2 - Jesi, sede di gestione e coordinamento della filiera dell'assistenza territoriale, richiede una ridefinizione dei propri obiettivi e delle competenze.

Si evidenziano di seguito alcuni tra gli obiettivi proposti:

- ✓ analizzare e misurare i bisogni, stratificando la popolazione assistita sulla base delle criticità effettive (case-mix), decodificando i bisogni e trasformandoli in domande, definendone livelli di complessità assistenziale e modelli organizzativi più efficaci/efficienti, nonché identificando i luoghi di cura più appropriati e i livelli di intervento;
- ✓ consolidare l'integrazione sociosanitaria a garanzia della tutela della salute e del benessere della persona nella sua globalità, assicurando una presa in carico organizzata e coordinata;
- ✓ garantire l'assistenza h24, 7gg/7, prevedendo uno specifico modello di integrazione operativa tra le componenti della Medicina Convenzionata ed i servizi distrettuali, ivi compreso un modello di assistenza domiciliare h24;
- ✓ definire ed implementare i percorsi assistenziali per le principali patologie croniche e per l'assistenza alle persone fragili, affrontando la comorbidità in maniera integrata non solo a livello distrettuale ma anche con il livello ospedaliero, e prevedendo un sistema di misurazione degli esiti;
- ✓ attivare idonei strumenti organizzativo-gestionali per garantire le transizioni del paziente da un luogo di cura ad un altro o da un livello assistenziale ad un altro, per assicurare la presa in carico dei pazienti complessi nell'arco delle 24h, per provvedere al monitoraggio in tempo reale dei percorsi assistenziale e connettere i professionisti (Centrale Operativa Territoriale).



## LA PRESA IN CARICO DEGLI UTENTI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

Mission dell'Assistenza Primaria è la presa in carico dei così detti "malati complessi", o più precisamente degli utenti con "bisogni assistenziali complessi": sono questi i malati con compromissione dell'autosufficienza, incapaci cioè di soddisfare autonomamente i bisogni vitali fondamentali e/o con necessità di un monitoraggio e/o di cure che richiedono attenzioni particolari: anziani pluripatologici, dementi in età senile e pre-senile, persone affette da malattie tumorali maligne in fase avanzata, malati terminali, persone affette da malattie neurologiche progressivamente invalidanti, persone con esiti di traumi o accidenti cerebrali gravi, persone in coma o con abolizione totale delle funzioni motorie, persone in terapia sostitutiva mediante ausili medicali (dializzati, insufficienti respiratori in ventilazione meccanica o ossigenoterapia a lungo termine, in alimentazione artificiale), disabili adulti con insorgenza di malattie severe acute o croniche, gravi politraumatizzati nella fase di convalescenza, persone (anche bambini) affetti da polipatologie che, in ambito domiciliare, necessitano di terapie multiple.

Nel malato con bisogni complessi la compromissione dell'autosufficienza e/o la complessità dell'approccio assistenziale-terapeutico richiede necessariamente l'intervento di più operatori e/o enti con diverse competenze, e questa pluralità di attori si deve articolare intorno al paziente, non il contrario, data l'estrema fragilità che caratterizza tale momento di vita, sia per la persona interessata sia per la sua famiglia. È necessario procedere cioè in una logica "multidimensionale", cioè con un approccio, una lettura ed un intervento che affrontino contemporaneamente tre "dimensioni" fondamentali della persona, riconducibili a tre grandi categorie: l'assenza/presenza di malattie, la capacità di soddisfare i bisogni vitali fondamentali, le capacità cognitivo-relazionali abbinate al contesto di vita.

Nell'assistenza ai malati con bisogni assistenziali complessi nessuno ha tutte le risposte per tutte le domande e tutti in qualche modo dipendono dalla competenza altrui. Ciascun servizio ha una specifica utilità: diverse persone possono aver bisogno di servizi diversi e la stessa persona può avere bisogno di più servizi lungo il corso della vita. I servizi, tutti

e comunque, devono approcciare globalmente le persone: i servizi residenziali devono rispondere completamente al “bisogno di casa” ma in un contesto di protezione della salute e di soddisfacimento dei bisogni fondamentali alla sussistenza; i servizi domiciliari devono muoversi nella logica della “Assistenza Domiciliare Integrata”, ovvero di diverse tipologie di supporti, di diversa natura, ma coordinati.

L’implementazione di una assistenza multidimensionale e multiprofessionale non accade per caso e non può essere affidata all’improvvisazione: necessita piuttosto di una regia complessiva, finalizzata a garantire che si attivi, per ogni malato, un Piano Assistenziale Individuale (PAI) [5], olistico, che preveda l’apporto coordinato di tutti i servizi/operatori necessari, con una forte proiezione verso la domiciliarità, con il coinvolgimento del contesto familiare.

A livello centrale la COT genera un’articolazione organizzativa a carattere dipartimentale con il compito di coordinare i meccanismi di integrazione dell’intera rete locale, specialmente mediante la definizione di strumenti di lavoro condivisi dalle varie componenti, quali ad esempio la scelta delle scale di valutazione delle compromissioni funzionali o i criteri di accesso a specifici ai servizi. La molteplicità dei fattori in gioco rende essenziale, inoltre, la definizione di canali comunicativi definiti attraverso i quali i flussi informativi permettano agli operatori di monitorare i servizi presenti ed effettivamente fruibili e di supportarli nella predisposizione, implementazione e verifica di ciascun PAI attivato.

A livello territoriale coordina la gestione delle varie fasi di presa in carico di ciascun malato: l’accoglienza della segnalazione, contribuisce all’effettuazione della valutazione multidimensionale, la definizione del PAI, l’attivazione dei servizi/operatori individuati nel PAI con gli eventuali adempimenti amministrativo-formali connessi, il monitoraggio dell’attuazione del piano di assistenza. L’unitarietà del processo, però, deve essere garantita con uno “sportello di accoglienza unico”, qualunque sia la tipologia e la fonte della richiesta della persona stessa e della sua famiglia. Questo assicura di non frammentare le risposte assistenziali, garantendo che queste siano recepite da un’unica struttura e poi definite conseguentemente ad una valutazione della situazione del malato

nella sua globalità. L'assistito, in questo modo, sarà orientato e accompagnato verso i servizi più appropriati, nel rispetto della sua volontà, supportandolo, e, quando previsto, espletando direttamente gli opportuni iter autorizzativi.

Tali azioni si devono sempre collocare nel rispetto della centralità del ruolo del MMG quale responsabile della conduzione clinica, nonché in un raccordo fattivo con la specialistica ambulatoriale ed ospedaliera che sia connotata da una forte “cultura del territorio”, cioè dalla consapevolezza che solo sul territorio si può realizzare un'efficace presa in carico delle cronicità.

### LA DIMISSIONE PROTETTA OSPEDALE – TERRITORIO

Nel quadro dei profondi mutamenti epidemiologici e, conseguentemente, dell'organizzazione del sistema sanitario, si rendono sempre più necessari uno stretto collegamento e una solida integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociosanitari che vanno a costituire la rete assistenziale nel suo complesso.

In particolare, a seguito del cambiamento del ruolo dell'ospedale per acuti, che si è trasformato in un asset assistenziale caratterizzato da elevato turn over di pazienti e da periodi di degenza breve durante i quali vengono compiuti atti di cura mirati e specifici, il paziente alla dimissione potrebbe trovarsi in una condizione che richieda un “continuum” di somministrazione di cure mediche, assistenziali e riabilitative. Pertanto, il momento della dimissione rappresenta una criticità, in particolare per quei pazienti “fragili” per i quali la continuità assistenziale risulta fondamentale, alla quale il sistema sociosanitario deve provvedere offrendo risposte appropriate.

Infatti, una dimissione dall'ospedale per acuti verso setting assistenziali territoriali priva della “continuità dell'assistenza” può portare al reiterarsi di inappropriati accessi al pronto soccorso e a successivi ricoveri anche a distanza di brevi periodi, per quei pazienti che avrebbero necessità di un setting assistenziale extra ospedaliero.

Significativi atti nazionali e regionali hanno evidenziato l'importanza della continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio e della dimissione protetta quale meccanismo

organizzativo per garantirne l'efficacia e l'appropriatezza della scelta del setting territoriale:

- ✓ Il D.M. n. 70/2015 «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» afferma infatti che ...continuità Ospedale-Territorio in una logica di continuità delle cure e di utilizzo appropriato dell'ospedale la riorganizzazione della rete ospedaliera sarà insufficiente senza potenziamento delle strutture territoriali...
- ✓ Il Piano Nazionale della Cronicità 2016 ribadisce che ...per quanto riguarda i flussi in uscita dall'ospedale per acuti assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza.... Lo stesso Piano dichiara inoltre che ...l'ospedale va concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multi specialistiche dedicate e 'dimissioni assistite' nel territorio finalizzate a ridurre il drop-out della rete assistenziale, causa frequente di ri-ospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità....
- ✓ Il piano sociosanitario regionale 2020-2022 pone come obiettivo prioritario il sostegno e il potenziamento della risposta al bisogno di salute delle persone con fragilità, temporanee o permanenti, congenite o acquisite, attraverso il rafforzamento dell'assistenza territoriale e sociosanitaria. In particolare, nell'Area di intervento "Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria" alla Scheda n. 13, "presa in carico post-dimissione" viene posto l'obiettivo specifico di Unificazione delle procedure di presa in carico post-dimissione da Unità Operative per Acuti, Degenza Post-acuzie e Riabilitazione Intensiva Ospedaliera di pazienti fragili dal punto di vista sanitario e/o socio-sanitario.

Attualmente nella Regione Marche le strutture sanitarie adottano modalità di dimissione protetta eterogenee. Fondamentale diventa quindi un percorso condiviso, delineato e

strutturato in differenti fasi temporali, per la presa in carico del paziente fragile in dimissione, tenendo conto che la domiciliarità delle cure rappresenta l'approdo privilegiato per un paziente fragile e che, qualora la domiciliarità delle cure non sia perseguibile a causa di bisogni assistenziali specifici o di altri fattori (legati a condizioni socio abitative, nucleo familiare ecc.) è possibile attivare, in alternativa, la dimissione protetta presso strutture residenziali sanitarie o sociosanitarie.

Più in dettaglio, gli obiettivi perseguiti dal percorso dovrebbero essere:

- facilitare la continuità dell'assistenza ospedale territorio,
- ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata e/o il ricorso improprio al Pronto Soccorso, a seguito di una dimissione non appropriata o di un trasferimento non coordinati in particolare per i pazienti fragili,
- favorire una veloce attivazione delle procedure di valutazione attraverso una comunicazione fluida e coordinata tra ospedale per acuti e setting assistenziali territoriali),
- uniformare il processo di dimissione protetta in tutto il territorio regionale.

Va precisato che l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari deve avvenire attraverso un "punto unico" che, tramite una valutazione multidimensionale, indirizza al percorso sociosanitario e socioassistenziale più appropriato per le condizioni e le necessità del paziente.

A tale riguardo il PNRR, al fine di migliorare l'interfaccia tra i vari setting assistenziali, introduce un nuovo servizio che dovrà essere attivato in ogni distretto, appunto la COT, che dovrà assolvere a funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- ✓ coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nel processo di presa in carico, nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere),
- ✓ ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, (ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).

La COT, la cui organizzazione e le cui modalità di funzionamento dovranno essere definite in un atto di delibera regionale, impatterà in modo sostanziale sulla gestione dell'intero processo di dimissione protetta.

## COT E PUA

Il modello assistenziale della COT può considerarsi l'evoluzione del Punto Unico di Accesso (PUA) sociosanitario già definito dal D.M. Sanità 10 luglio 2007 all'interno delle Case della Salute e attivo a livello dei Distretti Sanitari, ora confermato all'art.43 della legge di bilancio 2022 e al punto 2.7 del Piano delle Politiche Sociali 2021-2023.

La COT presenta il valore aggiunto di un portale gestionale informatico per la condivisione in tempo reale dei dati utili a gestire l'assistenza sociosanitaria mediante l'integrazione di operatori diversi e l'uso condiviso di una sede unica secondo il modello delle Case della Salute, requisiti finora spesso mancanti nei PUA distrettuali che saranno assorbiti dalle COT.

I PUA distrettuali [6], articolati in attività di sportello (front-office) e attività interna d'ufficio (back office), sono attivati da operatori attraverso segnalazioni su apposita modulistica che decodifica il bisogno espresso per orientare le richieste di intervento mono professionale subito ai rispettivi servizi e invece prendere in carico i bisogni complessi per una valutazione multiprofessionale e un piano assistenziale individuale (PAI).

Le competenze necessarie alle funzioni sono: capacità relazionali di accoglienza e ascolto, capacità di mediazione culturale, competenza nella raccolta e registrazione informatica dei dati utili ad una prima decodifica del bisogno espresso, conoscenza normativa dei diritti esigibili, del catalogo e rete dei servizi fruibili con loro modalità di erogazione, competenze di prevalutazioni su schede validate, capacità di lavoro in gruppo, competenze amministrative, sociali e sanitarie di settore.

Le professionalità di norma coinvolte nelle funzioni del PUA sono: infermieri e altre professioni sanitarie, assistenti sociali, amministrativi, medici di distretto sanitario e curanti.

La presa in carico, infatti, non è un semplice passaggio di consegne infermieristiche ma richiede anche una complessa valutazione multiprofessionale medica, riabilitativa e socioeconomica tenendo conto della volontà della persona assistita, della sua famiglia e della rete di risorse umane e strutturali disponibili nella comunità locale.

I compiti delle equipe distrettuali del PUA includono la profilazione degli assistiti mediante schede multidimensionali validate, la costruzione di un piano assistenziale individuale (PAI), le valutazioni di appropriatezza per fornitura di protesi, ausili, dispositivi medici, prodotti farmaceutici e alimentari (Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale – AFIR), assegnazione di budget di salute e altri contributi economici, trasporti secondari, interventi riabilitativi, accesso a strutture residenziali e semiresidenziali, attivazione di domande di invalidità civile e amministratore di sostegno, programmazione di monitoraggi con medici curanti, specialisti e altri sanitari anche mediante la telemedicina.

Si rafforza così la funzione di coordinamento e integrazione della rete dei servizi locali gestita dai distretti sanitari ai sensi degli artt. 3-quater, 3-quinquies e 3-sexies del D.Lgs. 502/1992 per garantire i LEA territoriali previsti dal DPCM 12 gennaio 2017.

L'art.117 della Costituzione ha infatti stabilito il principio che Regioni e Aziende Sanitarie regolamentino l'organizzazione sanitaria nei limiti stabiliti dalle leggi dello Stato (Corte Cost. n.209/2021 e 168/2021) che definiscono struttura e funzioni unitarie integrate del Distretto Sanitario ad uguale garanzia dei diritti esigibili degli assistiti su tutto il territorio nazionale e della sicurezza delle cure di cui all'art.1 della legge n.24/2017.

Il PNRR prevede infine una centrale telefonica remota, gestita da personale non sanitario a livello regionale, almeno ogni milione di residenti, col numero unico europeo 116117, a disposizione della popolazione per chiamate non urgenti allo scopo di ottenere sia informazioni brevi sui servizi sanitari e sia il trasferimento di chiamata alla guardia medica o se necessario alla diversa centrale operativa del 112 che rimane esclusiva per la gestione delle emergenze sanitarie.

Il motore di questi strumenti già noti rimane il valore e l'impegno del capitale umano.

DOCUMENTO AGENAS: MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN - 2021	
CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)	
<b>DEFINIZIONE</b>	COT è un modello organizzativo che svolge funzioni di: - coordinamento della presa in carico della persona; - raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere; - dialogo con la rete emergenza - urgenza
<b>FUNZIONI</b>	- Coordinamento e presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari - coinvolti in - diversi setting assistenziali ( transizione tra i diversi setting assistenziali) - Coordinamento /ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale: - Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro e da - un livello clinico - assistenziale all'altro; - Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete riguardo le attività e servizi distrettuali; - Monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, utilizzata operativamente dalle CoC e dagli altri servizi afferenti al distretto al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.
<b>ATTIVAZIONE</b>	Tutti gli attori, operatori e professionisti del sistema (compreso i familiari, limitatamente ai pazienti protetti e critici che ne costituiscono il target di riferimento).
<b>OPERATIVITÀ</b>	7 giorni su 7, Dotata delle infrastrutture tecnologiche ed informatiche compreso il sistema informativo interconnesso con la Centrale Operativa Regionale Emergenza e Urgenza (116117)
<b>PROFESSIONALITÀ COINVOLTE</b>	Standard minimo di personale: 1 Coordinatore e 5 Infermieri. Il coordinatore, responsabile del funzionamento, riferisce direttamente al direttore del distretto o al direttore delle cure primarie di quel distretto.
<b>DIMENSIONI</b>	Una COT ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale
<b>RISORSE</b>	Nel PNR sono previsti: • 2.000 milioni per l'attivazione delle Case della Comunità; • 280 milioni per la Costituzione delle COT. Ci sono 150 milioni per il personale del DL 34/2020 dedicato all'assistenza domiciliare. Altre risorse PHRR sono utilizzabili per l'interconnessione tecnologica.
<b>GOVERNO ISTITUZIONALE</b>	Azenda sanitaria, in particolare Direttore di Distretto o Direttore delle cure primarie

Fonte: elaborazione dell'autore



PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI 2021 – 2023	
<b>PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)</b>	
<b>DEFINIZIONE</b>	<p>1 PUA quale modello più evoluto dei servizi chiamati segretariato sociale, sportelli sociale, porta unico di accesso, ecc.</p> <p>PUA non solo come luogo fisico ma come modalità organizzativa, come approccio multiprofessionale integrato ai problemi del cittadino con la rete dei servizi.</p> <p>PUA come luogo di accoglienza sociale e socio-sanitaria (servizio di accoglienza e orientamento tra Comune, ATS e Distretti ASL)</p>
<b>FUNZIONI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività di informazione e orientamento di cittadini sui diritti, sui servizi e gli interventi del sistema locale sociale e socio-sanitario (integrati anche con i servizi del lavoro e della formazione) e sulle opportunità inclusive e di partecipazione che la comunità locale espone;</li> <li>- Accoglienza ed ascolto;</li> <li>- Raccolta della segnalazione, orientamento e gestione della domanda;</li> <li>- Attivazione degli altri referenti territoriali della rete formata dall'utente per eventuali approfondimenti della richiesta a garanzia di risposta da parte di un sistema integrato;</li> <li>- Prima valutazione dei casi;</li> <li>- Risoluzione dei casi semplici;</li> <li>- Avviso della segnalazione per la presa in carico delle situazioni complesse tramite l'attivazione dell'équipe multidisciplinare integrata ad integrazione con i servizi della rete territoriale;</li> <li>- Supporto nella definizione di un progetto personalizzato con l'individuazione degli interventi di supporto da attivare anche attraverso strumenti quali ad esempio il budget di salute;</li> <li>- Monitoraggio delle situazioni di fragilità sociale, socio-sanitaria e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica e dello stato di bisogno;</li> <li>- Attivazione di canali comunicativi con i MMG (medici di medicina generale) e i PLS (pediatra di libera scelta) per facilitare interventi integrati tra i servizi territoriali socio-sanitari;</li> <li>- Promozioni di reti formali e informali della comunità al fine di mantenere relazioni e collaborazioni sinergiche con gli attori sociali del territorio per la conoscenza dei problemi della comunità e delle risorse attivabili;</li> <li>- Raccolta dati e delle informazioni utili all'orientamento della programmazione dell'offerta dei servizi;</li> <li>- Aggiornamento mappatura dei servizi e delle risorse sociali e socio-sanitarie disponibili nel territorio comunale (strutture, servizi e interventi);</li> <li>- Monitoraggio e valutazione di esito dei processi avviati;</li> </ul>
<b>ATTIVAZIONE</b>	<p>Le singole persone e le famiglie residenti o temporaneamente presenti sul territorio che esprimono un bisogno sociale o socio-sanitario, specialmente se in condizioni di fragilità e vulnerabilità sociale e/o sanitaria, il PUA accoglie ogni stanza, è il fulcro di competenze attivabili con il ruolo attivo nel sistema integrato dei servizi alla persona anche valorizzando il ruolo del TS nella co-progettazione.</p>
<b>OPERATIVITÀ</b>	<p>Ogni intervento del PUA si conclude con una valutazione e con la proposta del relativo percorso.</p> <p>Le funzioni del PUA sono articolate in tre livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>front office</b>: aperto orari di ufficio e accessibile anche con altri mezzi di comunicazione. Prende in considerazione segnalazioni di soggetti fragili segnalate da MMG/PLS, AA.GG., associazioni di volontariato, parrocchie e altri soggetti;</li> <li>- <b>back office di 1° livello</b>: richieste "semplici" il PUA orienta e/o invita ai servizi individuati. Per le situazioni "complesse" che non richiedono una presa in carico integrata ma che sono riconducibili a uno specifico ambito di pertinenza, il PUA provvede ad inviare il percorso di presa in carico attivando direttamente il servizio;</li> <li>- <b>back office di 2° livello</b>: riparte dai Responsabili tecnici del PUA, rappresentanti dei diversi Enti coinvolti. Attivazione équipe integrate multidisciplinari secondo accordi / protocolli sottoscritti tra le parti.</li> </ul> <p>Il front office e il back office devono essere dotati di strumentazione adeguata e locali con spazi per il lavoro di équipe.</p>

Fonte: elaborazione dell'autore

Dimensioni strategiche	COT (documento AGENAS)	PUA (Piano Nazionale Servizi sociali 2021 – 2023)
Target Utenza	Pazienti in carico all'assistenza domiciliare o alla medicina territoriale	Singoli e famiglie con un bisogno sociale e sociosanitario
Modalità di segnalazione	Gli operatori/attori del sistema della presa in carico (comprese le famiglie limitatamente ai pazienti presi in carico)	I cittadini singoli e le famiglie residenti o temporaneamente presenti sul territorio che esprimono un bisogno sociale o sociosanitario. I MMG/PLS/, le AA.GG, le associazioni di volontariato, le parrocchie e altri soggetti
Missioni; funzioni assegnati e perimetro di funzionamento	Coordinamento dei servizi della presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare, garantendo anche la transizione delle cure tra i diversi setting assistenziali (continuità della cura)	<b>Front office:</b> informazione e filtro delle istanze; <b>Back office 1° livello:</b> orientamento e avvio percorso di presa in carico; <b>Back office 2° livello:</b> riesame e attivazione delle équipe multidisciplinari Valorizzazione delle risorse della Comunità.
Assetto Istituzionale	Totale gestione delle Aziende Sanitarie, in particolare dall'articolazione organizzativa distrettuale e delle cure primarie	Gestione affidata all'Ambito territoriale, attivando la rete dei Responsabili tecnici di PUA nominati da ciascun Ente, congiuntamente con le Aziende Sanitarie attraverso con protocolli e accordi
Rapporto con la fornitura dei servizi	Funzione organizzativa e funzionale a garantire la continuità assistenziale, non chiaramente definita se comprenda la funzione autorizzativa delle prestazioni.	Il <b>Back office 2° livello:</b> ambito della VMD e definizione di progetto può prevedere l'attivazione dei soggetti erogatori con definizione del budget di progetto

## ATTIVITÀ E SERVIZI EROGABILI

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

- ✓ Coordinamento della presa in carico della persona con bisogni assistenziali complessi tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare). Coordinamento/ottimizzazione degli interventi attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.
- ✓ Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.
- ✓ Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali. Monitoraggio dei pazienti in

assistenza domiciliare, anche attraverso strumenti di telemedicina, e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

## MODELLO ORGANIZZATIVO E FABBISOGNO DI PERSONALE

Già OASI 2017 [7] descriveva esperienze embrionali di COT come nuove funzioni aziendali, variamente interpretate da operatori del territorio chiamati a organizzare i transiti di alcuni pazienti nella rete dei servizi delle Aziende Sanitarie. Si tratta di modelli di process management che sostengono non solo il «movimento» del paziente nella rete di offerta ma attivano una serie di strumenti per monitorare che il percorso di cura si stia svolgendo secondo gli standard attesi. Nel tempo queste nuove funzioni, spesso indistinte dal resto dell'agire aziendale, poiché la transizione viene considerata un'attività implicita nei servizi già erogati, dovranno acquisire autonomia diventando delle vere e proprie agenzie interne specializzate sulla transizione del paziente

Come previsto dal “Decreto rilancio” convertito con la Legge n. 77/20 [8], sono gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC) le figure basilari per potenziare l'assistenza territoriale.

## PERSONALE

Per svolgere le attività sopra citate, ivi incluse quella di integrazione ospedale-territorio che necessitano di una valutazione multidimensionale, le COT prevedono l'interazione di figure professionali diverse: Infermiere, Medico, Assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione, così come di Personale Amministrativo.

La responsabilità della COT è affidata ad un professionista afferente alle Professioni Sanitarie Infermieristiche di cui alla L. n. 251/2000 [9], adeguatamente formato e preferibilmente che abbia conseguito la laurea magistrale.

La composizione e la numerosità della squadra all'interno delle COT dovrebbe tener conto delle funzioni previste e del bacino di utenza. Per una COT standard ogni 100.000 abitanti (Jesi = totale popolazione 107.994), i professionisti dedicati dovrebbero essere:

- n. 1 Responsabile/Coordinatore;
- n. 5 Infermieri;
- n. 2 unità di Personale di Supporto (sanitario e/o amministrativo).

Per raggiungere questi obiettivi sarà necessario, quindi, personale sanitario specializzato e formato, con compensi e possibilità di carriera adeguati, e dedicato soprattutto ai fragili per garantire una migliore presa in carico della comunità di riferimento.

Soprattutto dovrà essere in numero sufficiente alle esigenze del nuovo modello.

In questo disegno l'infermiere è il naturale "collettore" sia delle professioni tra loro che fra le professioni e i cittadini. Pertanto, l'infermiere che nasce con il PNRR [10], e che tuttavia è già quello che opera oggi nei servizi sanitari (vedi Cure Domiciliari ed Ambulatoriali) al quale le evidenze della pandemia hanno dato massima visibilità, è un professionista formato ad hoc, specialista per aree di competenza, che si occupa del coordinamento dei servizi, ma anche della gestione e del monitoraggio dell'assistenza territoriale alla persona. Un infermiere che non ha più responsabilità di quelle odierne, ma che assume un ruolo di case manager per garantire massima assistenza sul territorio e che gli ospedali restino davvero luogo di elezione dell'acuzie e dei casi più gravi. Compiti, questi, che consentiranno di migliorare la compliance per i cittadini, di ridurre le liste di attesa e tagliare i ricoveri e l'uso improprio dei letti ospedalieri.

I vantaggi saranno sia per i professionisti che potranno lavorare al meglio secondo la loro formazione peculiare, che per i cittadini, che ovviamente troveranno un percorso efficiente e senza duplicazioni, e per il sistema, che eviterà colli di bottiglia nell'assistenza e spese inutili perché improduttive rispetto a una gestione organizzata dei servizi.

## IL RUOLO DEL RESPONSABILE/COORDINATORE

Il coordinatore della COT esercita le seguenti competenze in sintonia e collaborazione con il Direttore di sede:

- a. Pianificazione e gestione delle attività lavorative

- Partecipa al processo di budget con dati ed evidenze sugli obiettivi raggiunti e contribuisce con proposte;
  - Organizza e gestisce i processi lavorativi della cotta considerando gli indicatori di complessità delle persone assistite e delle prestazioni stimando i carichi di lavoro e individuando le priorità organizzative;
  - Favorisce l'individuazione delle priorità assistenziali, tecnico-sanitarie e riabilitative e orienta il personale a perseguirle;
  - Favorisce le condizioni per assicurare continuità delle cure proponendosi anche come mediatore tra le esigenze organizzative i bisogni e le istanze delle persone assistite e dei familiari;
  - Promuove azioni per garantire la privacy della persona assistita;
  - Promuove l'integrazione dei processi lavorativi e delle professionalità sia all'interno dell'area coordinata che con le altre unità operative e servizi;
  - Garantisce una integrazione costante delle migliori evidenze di ricerca nella pratica attraverso strumenti quali percorsi clinico-assistenziali, protocolli, procedure e ne supervisiona l'applicazione;
  - Facilita e sostiene la partecipazione a progetti di ricerca;
  - Partecipa al processo di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale di eccellenza;
  - Supervisiona e controlla i processi che favoriscono il percorso delle persone assistite afferenti all'area con particolare attenzione alle persone fragili e cura le relazioni con le stesse e i familiari;
  - Supervisiona e controlla la qualità delle prestazioni professionali orientandole ai bisogni dell'utenza e svolge consulenza al team per le situazioni complesse.
- b. Pianificazione e gestione del cambiamento e dei progetti innovativi:
- Trasferisce le linee strategiche aziendali con progetti e interventi coerenti condividendoli con il personale del servizio in cui opera;

- Promuove ed organizza l'introduzione di modelli professionali ed organizzativi innovativi orientati alla presa in carico alla continuità degli interventi e al miglioramento della qualità degli stessi;
  - Promuove modelli di lavoro basati sulla multiprofessionalità;
  - Individua aree di miglioramento del servizio e utilizza strategie efficaci per facilitare il cambiamento.
- c. Gestione del personale:
- Stima il fabbisogno quali quantitativo di personale considerando le caratteristiche strutturali i modelli organizzativi e le direttive/normative;
  - Negozia le risorse con i responsabili condividendo priorità e standard da assicurare;
  - Programma la presenza assenza del personale per garantire sicurezza e qualità per le lavorazioni eseguite e per gli operatori sulla base delle attività pianificate tenendo conto del livello di competenza del singolo operatore nel rispetto degli istituti contrattuali;
  - Predisporre il percorso di inserimento per il neoassunto/neo inserito e garantisce un affiancamento tutto orale per lo sviluppo di competenze specifiche;
  - Supervisiona la performance del personale;
  - Valuta il divario tra competenze attese e possedute propone obiettivi di sviluppo e di miglioramento personalizzati e di equipe;
  - Valuta le performance del personale con le modalità le procedure e i tempi definiti dall'azienda garantendo equità e trasparenza del processo valutativo e assicura con continuità feedback costruttivi;
  - Attiva strategie per valorizzare i professionisti esperti creare condizioni di benessere per i lavoratori e per sostenere i lavoratori senior.
- d. Sviluppo e formazione del personale:
- Attribuisce responsabilità in rapporto ai diversi livelli di competenza acquisiti dagli operatori cogliendo e valorizzando caratteristiche abilità e potenzialità proprie di ciascun professionista considerandoli risorse;

- Rileva i bisogni formativi promuove percorsi/progetti formativi a livello di servizio e li propone per il piano formativo aziendale;
  - Garantisce condizioni favorevoli all'apprendimento per i propri collaboratori e per i tirocinanti;
  - Promuovi lo sviluppo di una tensione etica nel servizio attraverso la riflessione e il confronto sui dilemmi che si presentano nella pratica;
  - Cerca attivamente opportunità per il proprio apprendimento e partecipa ad attività di sviluppo professionale continuo.
- e. Costruzione delle relazioni collaborative e interprofessionali:
- Favorisce relazioni collaborative stimola processi di motivazione coesione ed appartenenza ai servizi;
  - Promuove il lavoro d'equipe; e la partecipazione di tutti i componenti valorizzando le differenze professionali e formative;
  - Incoraggia la discussione diretta ed aperta di questioni importanti e quando necessario interviene nella risoluzione dei conflitti;
  - Affronta con imparzialità e prende decisioni relativamente a problemi posti dai collaboratori;
  - Gestisce le informazioni e le comunicazioni interne ed esterne utilizzando strumenti e modalità appropriate attiva rapporti di collaborazione e supporto reciproci con altri servizi;
  - Gestisce relazioni con i vari livelli della direzione delle professioni sanitarie e quando necessario utilizza rapporti negoziali.
- f. Gestione delle risorse materiali e delle tecnologie:
- Organizza l'approvvigionamento di risorse materiali e tecnologiche nella logica di un utilizzo efficace efficiente e sostenibile;
  - Partecipa con il direttore e gli uffici preposti alla valutazione del fabbisogno di risorse/tecnologie intraprendendo azioni collettive;
  - Supervisiona l'efficienza dei processi di manutenzione delle risorse e delle tecnologie effettuate da servizi e ruoli preposti;

- Collabora a definire i criteri specifici e le caratteristiche di nuovi materiali presidi e tecnologie da adottare nei capitolati di gara;
  - Supervisiona la qualità dei servizi gestiti in appalto da ditte esterne e controlla il rispetto delle prestazioni previste dai relativi capitolati tecnici.
- g. Gestione della sicurezza:
- Esercita la funzione di preposto per la sicurezza dei lavoratori;
  - Supervisiona e controlla l'adesione del personale agli standard di sicurezza
  - Promuove la segnalazione di eventi critici e ne fa occasione di riflessione e revisione del processo coinvolto;
  - Collabora con i referenti aziendali per la sicurezza partecipando alle valutazioni dei rischi per l'utente attivando azioni e misure sia preventive sia collettive;
  - Promuove azioni per rendere gli ambienti confortevoli e sicuri.

## IL RUOLO DELL'INFERMIERE

L'infermiere è referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico [11]

L'infermiere di famiglia e Comunità è il candidato ideale al ruolo di Case Manager.

L'approdo in Italia della figura professionale dell'IFeC [12] è un percorso iniziato anni fa e non ancora del tutto concluso. Si è iniziato a parlare di IFeC a livello nazionale nel dicembre del 2014 attraverso una proposta di legge volta a modificare il decreto Balduzzi, a seguito del quale è stata introdotta questa particolare figura.

Rilanciato definitivamente in Italia con il Decreto Rilancio (pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 128 del 19 maggio 2020 il decreto-legge n. 34 e delineato nell'art.1), l'IFeC incuba da molto tempo la sua specificità e licenza d'azione.

L'infermiere di famiglia è il professionista sanitario che fornisce ai cittadini gli strumenti assistenziali utili per sostenere il peso di una malattia o di una disabilità cronica direttamente sul territorio. È il professionista responsabile dei processi infermieristici in



ambito familiare e di comunità, con conoscenze e competenze specialistiche nelle cure primarie e sanità pubblica.

Il suo ruolo è quello di promuovere salute, prevenzione e gestire nelle reti multiprofessionali i processi di salute individuali, familiari e della comunità all'interno del sistema delle cure primarie.

Ha un ruolo anche proattivo per promuovere salute, educazione sanitaria per la persona sana e la famiglia e la comunità e insegna l'adozione di corretti stili di vita e di comportamenti adeguati.

Prende in carico un certo numero di persone (e quindi nuclei familiari) di un determinato territorio. L'Agens specifica che l'infermiere di famiglia dovrebbe avere in carico all'incirca 2500 abitanti per professionista, il decreto ne prevede 8 per 50 mila abitanti, quasi il triplo.

Secondo le indicazioni FNOPI nell'ambito della prevenzione [13], l'infermiere di famiglia dovrebbe coprire tutte le fasi della prevenzione: primaria, ovvero agendo su tutti quei fattori di rischio di malattia attraverso l'educazione sanitaria sui fattori modificabili come la dieta, la lotta al tabagismo, l'attività fisica, ecc...; secondaria, la promozione di test di screening ed esami previsti per diagnosticare precocemente le malattie; terziaria, modello post-acuzie che include tutti quegli interventi utili ad evitare le riacutizzazioni di malattie croniche. Può effettuare interventi di assistenza infermieristica diretta in caso di necessità.

Nell'attuale scenario sociosanitario, la figura dell'infermiere territoriale sembra emergere come un professionista modellato da un'organizzazione vissuta come entità a sé stante e come macchina burocratica che impone dall'alto priorità, obiettivi e compiti; gli infermieri soffrono perché "non hanno tempo", cioè non riescono a rispondere a un bisogno espresso ma si offrono per garantire, in forme tra loro molteplici, il funzionamento dell'organizzazione in cui si trovano.

Emerge dunque un elemento di transizione degno di nota: negli interstizi di un modello organizzativo meccanicistico si intravede un movimento evolutivo del ruolo

dell'infermiere, che pare spostarsi da funzioni assistenziali dirette a funzioni di interconnessione dei processi di cura.

Rispetto a queste funzioni il professionista stesso sembra assumere un atteggiamento ambivalente nella considerazione morale, da un lato, della consapevolezza che un "sistema curante" sembra affrontare in forma più efficace e giusta il bisogno di salute del malato e, dall'altro, che le strategie di coloro che detengono il potere nelle organizzazioni sanitarie sembrano più orientate al funzionamento efficiente della "macchina", piuttosto che al bene della persona assistita.

L'infermiere si presenta pertanto come il garante che sfrutta, per quanto possibile, gli interstizi della macchina burocratica per inserirsi in una logica processuale di attenzione ai bisogni del malato e con una tensione morale che vede nell'advocacy la sua principale espressione fattuale.

L'IFeC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute, così si spiega la sua presenza all'interno delle COT [1].

## CONTESTO NAZIONALE

### LA NORMATIVA

Modifiche organizzative e culturali si inseriscono nelle proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: alla Salute è dedicata la Missione 6, inviato il 30 aprile alla Commissione europea e approvato il 22 giugno dalla Commissione Europea e il 13 luglio dal Consiglio Economia e Finanza (Ecofin). Un Piano che prevede 192 miliardi finanziati attraverso il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 13 miliardi di ReactEU; a questi si aggiungono 30,64 miliardi di "fondo complementare" (stanziamenti dello Stato) arrivando quindi ad un totale di 235,15 miliardi.

Nuove priorità diventano la governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni, impostate sulla centralità della persona e non della patologia, basate sull'integrazione dell'assistenza primaria e intermedia e di queste con quella ospedaliera,

con la creazione di percorsi incentrati sulla continuità assistenziale, che prevedono un maggiore coinvolgimento di figure professionali e delle istituzioni che sono più vicine al paziente, in termini di accesso territoriale, sociale e culturale:

- Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si inserisce nel programma Next Generation EU (NGEU), il pacchetto da 750 miliardi di euro concordato dall'Unione Europea in risposta alla pandemia. Il PNRR contiene un pacchetto di riforme strutturali e investimenti per il periodo 2021-2026. La dotazione complessiva è di oltre 235 miliardi: ai 191,50 mld del PNRR si aggiungono 30,6 mld del Fondo nazionale complementare (FNC) e 13 mld del Fondo ReactEU. Il secondo decreto-legge per velocizzare l'attuazione del PNRR (DL n. 36/2022) è stato convertito in legge con il voto favorevole della Camera il 29 giugno 2022 e pubblicato lo stesso giorno sulla Gazzetta Ufficiale n. 150. Il DI ha contribuito al completamento della riforma del pubblico impiego e, dunque, al pieno raggiungimento della milestone M1C1-56 prevista per il 30 giugno, anticipando anche alcuni degli elementi essenziali della milestone M1C1-58 che sarà completata entro il 30 giugno 2023.
- La giunta regionale ha deliberato il 14 febbraio la programmazione sanitaria in attuazione del PNRR e in tema di Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Con l'approvazione della relativa delibera è stato definito anche il quadro degli investimenti. Il PNRR prevede infatti di affiancare a Case e Ospedali di Comunità le Centrali Operative Territoriali (COT), uno strumento organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e di raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale. La ricognizione condotta dalle strutture regionali e dall' ASUR ha individuato:
  - 29 siti da destinare CdC, per un importo di 42.494.802,81,
  - 9 siti da destinare a OdC, per un importo di 23.178.983,35
  - 15 siti da destinare a COT per un importo di 2.596.125,00

Ecco in particolare gli interventi suddivisi per Aree vaste: AREA VASTA 2 | - Casa della Comunità € 3,2 mln FILOTTRANO - Casa della Comunità € 1,2 mln JESI - Casa della Comunità € 0,5 mln, Ospedale di Comunità € 7 mln e COT JESI - CINGOLI.

- L'art. 13, comma c/c-bis, Titolo III, Legge 135/2012 Bosetti Gatti - Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria: orienta, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e alla riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie, l'organizzazione degli ospedali definendo i posti letto in base al parametro di 3,7 per mille abitanti, di cui lo 0,7 di post-acuzie. Inoltre, è favorita la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza, nell'ambito delle varie forme in cui questa è garantita, che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere.
- L'art. 1 della Legge 189/2012 - Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale: legge di conversione del cd. Decreto Balduzzi 158/2012, definisce l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale mediante modalità operative che prevedono forme organizzative mono-professionali, denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e forme organizzative multiprofessionali, denominate Unità Complesse Di Cure Primarie (UCCP) con finalità di miglioramento del livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, anche con riferimento all'assistenza domiciliare.
- L'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 - Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale: fornisce le indicazioni relativamente all'adozione di sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e intercettare la domanda a bassa intensità, attraverso:

- . la centralizzazione almeno su base provinciale delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale;
- . la condivisione con il Servizio di Emergenza Urgenza delle tecnologie e integrazione con i sistemi informativi regionali, lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni 118 e alla Continuità Assistenziale.
- Il Patto per la salute 2014-2016, art.5 (assistenza territoriale) comma 12, in cui il Ministero della Salute richiede, al fine di armonizzare la situazione italiana con quella di altri paesi europei, all'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni ai sensi dell'art. 14 della delibera 52/12/CIR, l'assegnazione del numero a valenza sociale, "116-117", per il servizio di guardia medica non urgente.
- L'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016, documento recante - Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 - introduce e recepisce le indicazioni europee per l'attivazione del numero unico per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari, che concorrono alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità, raccordandosi con il Servizio di Emergenza Urgenza, con funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità.
- Il decreto legge 34 del 19 maggio 2020 ha definito misure urgenti in ambito sanitario con: l'articolo 1 - Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale - si indicano due elementi strutturali importanti per una riforma della assistenza territoriale: il primo legato alle competenze infermieristiche con l'introduzione di 9600 infermieri di famiglia o di comunità per garantire la massima presa in carico dei pazienti e la continuità assistenziale; il secondo legato al coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali con l'attivazione di centrali operative che svolgono funzioni di raccordo con tutti i servizi del territorio, con il sistema di emergenza-urgenza e quello ospedaliero, favorendo finalmente il dialogo tra tutti gli attori dell'organizzazione sociosanitaria;
- L'articolo 2 del DL 34/2020 - Riordino della rete ospedaliera in emergenza

COVID-19 - mediante la riorganizzazione della rete dei letti di terapia intensiva adeguandone il numero non solo allo standard europeo del 0,14 per 1000, ma anche rispetto alla distribuzione per Regioni e Province Autonome in termini strutturali ed introducendo il concetto di area semintensiva, un passaggio atteso da decenni da parte dei professionisti sanitari in un'ottica di efficienza organizzativa e di adeguamento assistenziale qualitativo, ma anche di approccio multidisciplinare alle cure che ad oggi ha avuto dignità con l'introduzione del codice 94.

### MODELLI REGIONALI ITALIANI A CONFRONTO

Attualmente l'attivazione di modelli organizzativi riconducibili a quello delle Centrali Operative Territoriali risulta frammentata e incompleta su tutto il territorio nazionale e anche all'interno delle stesse regioni, in cui le Aziende procedono con diversi livelli di velocità all'attivazione delle stesse.

Dalla ricerca emerge che tre Regioni (Toscana [14], Umbria [15], Veneto [16]) avevano attive, già da prima dell'inizio dell'emergenza Covid 19, modelli organizzativi per la gestione della transizione ospedale-territorio e delle dimissioni protette di pazienti anziani e/o fragili; due di queste regioni hanno ampliato l'operatività delle COT alla gestione delle attività territoriali legate alla presa in carico dei casi Covid.

## IL MODELLO DEL VENETO

VENETO	
COT - CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	
Funzioni principali	<p>La D.G.R. 2271/2013 introduce la COT come strumento innovativo per l'integrazione ospedale-territorio in tutte le ULSS della Regione.</p> <p>Nel sistema delle cure questa assume il compito di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto", svolge una funzione di raccordo tra i soggetti della rete assistenziale. Tale funzione si esplicita nelle seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• raccolta, decodifica e classificazione del bisogno;</li> <li>• pianificazione e coordinamento degli interventi, attivando se necessario le risorse più appropriate;</li> <li>• programmazione e pianificazione degli interventi, con attivazione dei soggetti/risorse della rete assistenziale per l'attuazione di processi integrati e la loro standardizzazione in PDTA;</li> <li>• tutela (tracciando e monitorando) delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.</li> </ul> <p>Nella regione sono attive 10 COT, 1 per ogni ULSS (ad eccezione della ULSS 1 in cui ne sono attive 2).</p>
Funzioni accessorie	<p>Relativamente all'emergenza epidemiologica Covid 19, le COT svolgono inoltre le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• presa in carico delle segnalazioni Covid dal territorio;</li> <li>• monitoraggio dei pazienti dimessi;</li> <li>• presa in carico delle schede Brass dei pazienti degenti in area Covid e no Covid;</li> <li>• dimissione dei pazienti da area Covid e da area no Covid;</li> <li>• organizzazione dei servizi a domicilio per i pazienti Covid dimessi.</li> </ul>
Attività/servizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinamento della transizione (dimissione) dei pazienti ricoverati in ospedale verso il trattamento temporaneo, residenziale o domiciliare protetto;</li> <li>• coordinamento della presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali;</li> <li>• coordinamento della transizione (ammissione/dimissione) e sorvegliare sulla presa in carico dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie;</li> <li>• sorveglianza della presa in carico dei pazienti in assistenza residenziale definitiva o semiresidenziale.</li> </ul>
Utente del servizio	Degenti ospedalieri e residenziali
Personale addetto	Operatori sanitari (infermiere e assistente sanitario)
Bacino d'utenza	Aziendale

## IL MODELLO DELLA TOSCANA

Toscana	
ACOT - AGENZIA DI CONTINUITÀ OSPEDALE TERRITORIO	
Funzioni principali	<p>La D.G.R. 679/2016 introduce la ACOT - Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio come strumento è lo strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio. Questa garantisce la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione dall'ospedale, attraverso una programmazione della stessa.</p> <p>L'ACOT agisce nell'ambito dei presidi ospedalieri zonali di riferimento operando con una logica di sistema che, attivandosi già all'ingresso in ospedale, vede le Direzioni di Presidio e i reparti di degenza operare per la pianificazione delle dimissioni.</p>
Funzioni accessorie	<p>Le ACOT svolgono anche attività legate all'emergenza Covid-19 per agevolare il percorso di dimissione dei pazienti dall'ospedale</p>
Attività/servizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presidia e valuta l'appropriatezza della segnalazione, definisce il percorso di continuità assistenziale attivando, in presenza di un bisogno sociosanitario complesso, l'UVM (Unità di valutazione multidisciplinare) zonale competente;</li> <li>• coordina il processo di dimissione attivando le azioni necessarie alla presa in carico del paziente in relazione ai suoi bisogni e alla potenzialità della risposta della rete territoriale, assicurando il raccordo dei Servizi coinvolti;</li> <li>• si raccorda con le zone/distretto di provenienza per i pazienti non residenti e ricoverati negli ospedali zonali di competenza dell'Agenzia;</li> <li>• coordina l'interdisciplinarietà degli interventi, mantenendo un rapporto organico e funzionale tra i servizi territoriali, i professionisti della struttura ospedaliera, il medico di famiglia;</li> <li>• coinvolge il paziente e la famiglia nel percorso, assicurando una comunicazione chiara, comprensibile, tempestiva ed efficace;</li> <li>• attiva la procedura di fornitura degli ausili necessari affinché la consegna al domicilio avvenga prima della dimissione.</li> </ul>
Utente del servizio	Degenti ospedalieri e residenziali
Personale addetto	Operatori sanitari (medico, infermiere, assistente sociale, fisioterapista)
Bacino d'utenza	Distrettuale



## IL MODELLO DELL'UMBRIA

UMBRIA	
COT - CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	
Funzioni principali	Questa tipologia di Centrale è attiva dal 2017 nell'Azienda USL Umbria 1 come strumento di raccolta e classificazione del bisogno espresso, di prima analisi della domanda, di attivazione delle risorse e delle strutture più appropriate della rete assistenziale e di garanzia delle transizioni da un luogo di cura all'altro.
Funzioni accessorie	-
Attività/servizi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Analisi e accoglienza del bisogno della persona con dimissione protetta, servendosi di strumenti informatici per la Valutazione Multidimensionale del paziente;</li><li>• facilitazione per l'accesso del dimesso in condizioni di fragilità ai vari percorsi della rete dei servizi territoriali;</li><li>• tutela della presa in carico della complessità per l'assistenza domiciliare;</li><li>• coordinamento e monitoraggio della transizione da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico-assistenziale all'altro.</li></ul>
Utente del servizio	Degenti ospedalieri e residenziali
Personale addetto	Operatori sanitari (medico, infermiere, assistente sociale)
Bacino d'utenza	Aziendale

## ANALISI DI CONTESTO

### IL TERRITORIO

Conoscere il nostro territorio è fondamentale sia nell'ottica di coniugare sempre di più le esigenze di crescita economica con quelle della tutela della qualità della vita delle persone e della riduzione delle disuguaglianze sociali, sia nell'assunzione di un ruolo di regia e governance della rete dei soggetti impegnati nella realizzazione del sistema del welfare. A gennaio 2021, data di riferimento della terza edizione del Censimento permanente della popolazione [17], nelle Marche si contano 1.498.236 residenti. Al netto degli aggiustamenti statistici derivanti dalla nuova metodologia di calcolo, i dati censuari registrano, rispetto all'edizione 2020, una riduzione di 14.436 residenti nella regione. Il 42,3% della popolazione marchigiana vive nelle province di Ancona e Fermo, che ricoprono il 30,1% del territorio e dove si registrano i più elevati valori di densità di popolazione. In particolare, nella provincia di Ancona risiedono 236,6 abitanti ogni km<sup>2</sup>, contro i 159,4 in media nella regione.

L'A.S.U.R. [18] è nata dalla fusione per incorporazione nell'ex Azienda U.S.L. 7 di Ancona delle altre dodici Aziende U.S.L. esistenti alla data di entrata in vigore della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale).

Essa ha funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo a livello centralizzato dell'attività aziendale e di area vasta, nel rispetto degli obiettivi e delle direttive impartite dalla Giunta regionale.

È articolata in Aree Vaste Territoriali, Distretti e Presidi Ospedalieri. Ogni Area Vasta, derivante dall'accorpamento delle precedenti Zone Territoriali, è dotata di autonomia gestionale tecnico-professionale, è soggetta a rendicontazione analitica, dà corso alle procedure e agli atti finalizzati all'instaurazione con terzi di rapporti giuridici aventi valenza nel relativo territorio e provvede alla gestione diretta e ai relativi rapporti.

Le 5 Aree Vaste territoriali sono articolazioni dell'A.S.U.R., il cui compito è assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza

(L.E.A.) e l'equo accesso ai servizi. Sono disciplinate dall'Allegato A della legge regionale 13/2003 e comprendono i seguenti territori (si elencano solo i Comuni principali):

- Area Vasta Territoriale n. 1: Pesaro, Urbino, Fano;
- Area Vasta Territoriale n. 2: Ancona, Senigallia, Jesi, Fabriano;
- Area Vasta Territoriale n. 3: Civitanova Marche, Macerata, Camerino;
- Area Vasta Territoriale n. 4: Fermo;
- Area Vasta Territoriale n. 5: San Benedetto del Tronto, Ascoli Piceno.

Compiti delle Aree Vaste sono, ad esempio, la definizione degli obiettivi di salute secondo gli indirizzi delineati dalla pianificazione aziendale, la gestione delle risorse strumentali dei servizi sanitari di Area Vasta nel rispetto degli indirizzi dell'A.S.U.R. e l'integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali. Organo apicale dell'Area Vasta è il relativo Direttore, individuato e nominato dalla Giunta regionale su proposta del Direttore generale dell'A.S.U.R.

I **Distretti** costituiscono il livello territoriale in cui si realizza in ogni Area Vasta la gestione integrata tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali. L'attività del Distretto è svolta sulla base del programma delle attività distrettuali in conformità con i criteri e le modalità stabiliti dal piano socio-sanitario regionale, nel rispetto degli indirizzi contenuti nel piano di Area Vasta. L'organo apicale del Distretto è il relativo Direttore, nominato dal Direttore di Area Vasta. In particolare, il distretto:

- a) assicura in modo unitario il soddisfacimento della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- b) individua i livelli appropriati di erogazione dell'offerta dei servizi necessari a soddisfare i bisogni degli utenti;
- c) assicura la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, accedendo alle risorse del servizio sanitario regionale ed alle altre risorse disponibili;
- d) cura l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici convenzionati e dai servizi direttamente gestiti;

- e) sviluppa iniziative di educazione alla salute e di informazione agli utenti sulle attività complessivamente garantite dal servizio sanitario regionale;
- f) garantisce la fruizione, entro limiti temporali massimi definiti dalla programmazione aziendale e zonale, dei servizi erogati dai presidi distrettuali e l'accesso programmato a quelli forniti dagli altri presidi, assicurando in particolare l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri.

I **Presidi Ospedalieri** sono, infine, l'articolazione organizzativa ospedaliera del Distretto e sono dotati di autonomia gestionale; assicurano la fornitura di prestazioni specialistiche, di ricovero e ambulatoriali. La Giunta regionale individua il numero dei Presidi Ospedalieri di Area Vasta sentito il parere obbligatorio della competente Commissione assembleare e sentito il parere del Direttore generale dell'A.S.U.R.

## L' AREA VASTA 2

I comuni dell'Area Vasta 2	
<b>SENIGALLIA</b>	
TRECASTELLI (*)	
CORINALDO	
OSTRA	
OSTRA VETERE	
CASTELEONE DI SUASA	
BARBARA	
SERRA DEI CONTI	
ARCEVIA	
<b>ANCONA</b>	
FALCONARA	
MONTEMARCIANO	
CAMERATA PICENA	
CAMERANO	
CHIARAVALLE	
OFFAGNA	
OSIMO	
SIROLO	
NUMANA	
LORETO	
MONTE San VITO	
POLVERIGI	
AGUGLIANO	
CASTELFIDARDO	
<b>JESI</b>	
APIRO	MC
BELVEDERE OSTRESE	
CASTELBELLINO	
CASTELPLANIO	
CINGOLI	MC
CUPRAMONTANA	
FILOTTRANO	
MAIOLATI SPONTINI	
MERGO	
MONSANO	
MONTECAROTTO	
MONTE ROBERTO	
MORRO D'ALBA	
POGGIO San MARCELLO	
POGGIO San VICINO	MC
ROSORA	
SAN MARCELLO	
SANTA MARIA NUOVA	
SAN PAOLO DI JESI	
STAFFOLO	
<b>FABRIANO</b>	
CERRETO D'ESI	
SERRA San QUIRICO	
GENGA	
SASSOFERRATO	

### *Territorio e popolazione*

La popolazione dell'Area Vasta 2 (AV2) [19] al 1° gennaio 2018 è di 492.459 persone e presenta una prevalenza della cosiddetta "fascia lavorativa", i 40-64enni, anche se, rispetto alla media nazionale, la struttura per età della popolazione mostra la presenza di anziani in misura superiore; il dato risulta comunque in linea con quello regionale confermando così le Marche come la regione tra le più longeve d'Italia. Nell'AV2 il

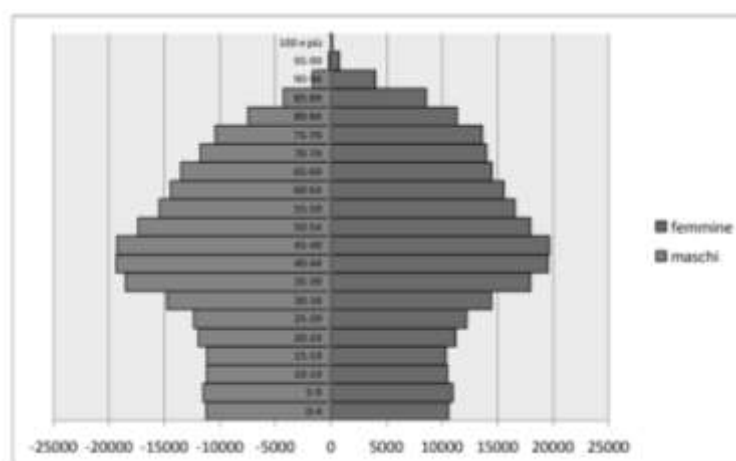
movimento naturale della popolazione è negativo (-1447) con un decremento di -2,9‰ che si spiega con un deficit di nascite. Il movimento migratorio, sia interno (da e per altri comuni), sia dall'estero, è del +10,6‰.

La popolazione straniera totale dell'AV2, al 1° gennaio 2018, è di 47.317 persone (ovvero il 9,6% della popolazione totale).

Sede	Maschi	% Maschi	Femmine	% Femmine	Totale
Senigallia	38.381	48,2	41.219	51,8	79.600
Jesi	52.715	48,3	56.328	51,7	109.043
Fabriano	22.961	48,0	24.915	52,0	47.876
Ancona	123.361	48,2	132.579	51,8	255.940
<b>Area Vasta 2</b>	<b>237.418</b>	<b>48,2</b>	<b>255.041</b>	<b>51,8</b>	<b>492.459</b>

Eta'	Maschi	% Maschi	Femmine	% Femmine	Maschi + Femmine	
					Maschi	% Totale
0-14	33.857	14,3	32.090	12,6	65.947	13,4
15-39	68.599	28,9	66.383	26,0	134.982	27,4
40-64	85.751	36,1	89.417	35,1	175.168	35,6
65-74	25.246	10,6	28.518	11,2	53.764	10,9
75 e più	23.985	10,1	38.633	15,1	62.598	12,7
<b>Totale</b>	<b>237.418</b>	<b>100</b>	<b>255.041</b>	<b>100</b>	<b>492.459</b>	<b>100</b>

La piramide dell'età mostra ancora una popolazione che da circa 30-35 anni non ha modificato le sue abitudini 'demografiche': sempre meno bambini, un maggior numero di anziani e un segmento mediano più allargato relativo alla fascia 40-49 anni che corrisponde al boom economico e demografico degli anni '50 e '60



Gli indicatori raccolti, e suddivisi per le 4 Sedi, mostrano a Fabriano e Senigallia con indicatori di

invecchiamento complessivo della popolazione più elevati rispetto alle altre Sedi e alla media di

AV2 (indice di dipendenza strutturale per Fabriano e indice di vecchiaia e di ricambio popolazione

attiva per Senigallia)

INDICE	AV2	Senigallia	Jesi	Fabriano	Ancona
indice dip. strutturale	58,80%	59,80%	59,00%	60,10%	58,10%
ricambio pop. attiva	139,00%	145,30%	136,80%	139,20%	138,00%
indice di vecchiaia	176,40%	192,90%	176,50%	181,10%	170,80%
indice invecchiam.	23,60%	24,70%	23,70%	24,20%	23,20%

\*INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE: rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

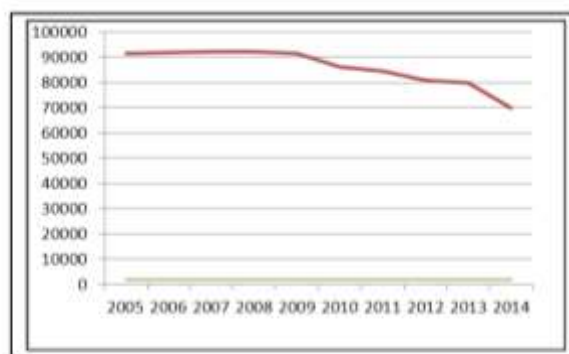
\*INDICE RICAMBIO POPOLAZIONE ATTIVA: rapporto tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni), moltiplicato per 100

\*INDICE DI VECCHIAIA: rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età compresa tra 0-14 anni, moltiplicato per 100

\*INDICE DI INVECCHIAMENTO: rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione totale, moltiplicato per 100

Dalla tabella che segue si può osservare una notevole riduzione dei ricoveri per acuti dal 2008 in poi, fenomeno questo, comune al resto d'Italia come indicato nel "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero" del Ministero della Salute [20]. Nel corso degli anni le percentuali dei ricoveri ordinari e diurni si discostano di pochi punti percentuali: per i ricoveri ordinari si oscilla dal 74% al 75,4%, mentre per i ricoveri diurni dal 24,6% al 26%.

Anno	Frequenza
2005	91535
2006	92089
2007	92412
2008	92128
2009	91443
2010	86190
2011	84761
2012	80984
2013	79996
2014	69925



La metà dei ricoveri è dei residenti nella sede di Ancona (53-53,7%) e a seguire i residenti della sede di Jesi (21-21,7%); oltre alla diversa distribuzione della popolazione sul territorio pesa probabilmente anche la maggiore 'offerta': l'Azienda Ospedaliera di Torrette, e gli Ospedali Riuniti di Jesi. In tutti gli anni sono più numerosi i ricoveri di donne. Per quanto riguarda l'età i ricoveri riguardano per la maggior parte le fasce di età da 40 a 64 anni e da 75 anni e più. In particolare, per questa fascia la percentuale di ricovero è andata man mano aumentando passando dal 28,8% del 2010 al 31,5% nel 2014. I dati relativi al quinquennio per sesso, sia per le Diagnosi principali che per i DRG, mostrano che le diagnosi e i DRG più frequenti sono attribuibili a ricoveri per patologie neoplastiche, cardiovascolari e a carico dell'apparato muscolo-scheletrico. Per quanto riguarda i ricoveri distribuiti per classe di età risulta che nella classe 0-14 anni (escludendo l'evento nascita) le patologie prevalenti sono quelle di carattere infettivo o dei disturbi della crescita, nella fascia di età di 15-39 anni la prevalenza dei ricoveri riguardano la gravidanza ed il parto. Nelle classi di età successive, di 40-64 e 65-74 anni, prevalgono le patologie neoplastiche i disturbi degli apparati cardiocircolatorio e muscolo scheletrico e le patologie dell'occhio ed in maniera crescente le 'psicosi'. Nella classe di età di 75 anni e più i ricoveri sono attribuibili per la maggior parte all'invecchiamento, insufficienza cardiaca, insufficienza respiratoria, trombosi o emorragie cerebrali. In generale, i dati danno un'idea abbastanza dettagliata su quali siano gli interventi di più urgente necessità. Considerando infatti le patologie prevalenti tra la popolazione,

discende l'idea di meglio progettare i servizi diretti e/o indiretti alla persona. In particolare, sembra necessario:

- migliorare il sistema informativo aziendale anche attraverso il potenziamento dei sistemi di sorveglianza e delle risorse ad essi dedicate,
- incrementare le azioni di 'promozione della salute' che passino attraverso la formazione degli operatori di ogni disciplina e struttura, coordinate centralmente,
- aumentare gli interventi di prevenzione primaria (eliminazione delle fonti di rischio) quali le coperture vaccinali, gli interventi di controllo sul lavoro o gli interventi ambientali (considerando l'ambiente – il suo inquinamento - quale una delle cause prevalenti di patologie umane)

Oltre a ciò, occorre tener conto che negli ultimi anni sono avvenute importanti modifiche del contesto e del Servizio Sanitario Regionale, che spingono oggi alla necessità di un "riorientamento" del ruolo del Dipartimento di Prevenzione con particolare riferimento agli obiettivi ed ai contenuti della sua attività, e al conseguente assetto organizzativo.

Infatti, in uno scenario caratterizzato da valori sociali di riferimento diversi dal passato, dalla crescita di nuovi sistemi di responsabilizzazione, di processi di semplificazione amministrativa e dallo sviluppo, in sanità, della ricerca di pratiche basate su prove di efficacia (EBP), occorre che il personale della salute, e più organicamente il dipartimento territoriale, cerchi una maggiore partecipazione ai problemi della comunità attraverso azioni più connesse alle realtà distrettuali, e con una maggiore unità ed integrazione al proprio interno e con gli altri servizi sanitari. Occorre dunque riconsiderare la natura multifattoriale e multidimensionale della salute che necessita di una "nuova" sanità pubblica, orientata ai determinanti di salute modificabili come l'ambiente, l'accesso ai servizi, lo stile di vita o non modificabili direttamente come i fattori socioculturali. In questo senso assumono particolare valore strategico il lavoro di programmazione degli interventi di sanità pubblica. la condivisione di una "vision" futura (dove si vuole arrivare) per affrontare al meglio i problemi di salute, lo sviluppo dell'epidemiologia e della comunicazione del rischio.



## L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA DEL DISTRETTO DI JESI

### L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

#### OSPEDALI RIUNITI DI JESI

Attualmente all'ospedale Carlo Urbani operano 25 Unità Operative. La struttura dispone dei seguenti Posti letto autorizzati dalla Regione Marche: 297 ordinari (di cui 253 già attivi) e day hospital + 12 nido + 15 dialisi. La struttura, disposta su 5 livelli, si estende per 60.000 mq. Sono operative 6 sale operatorie. Il presidio è concepito in modo da superare le criticità delle strutture ospedaliere tradizionali, attraverso:

- ✓ il miglioramento dell'accoglienza del paziente in Pronto Soccorso con un accorciamento dei tempi di attesa grazie alla dotazione di Radiologia e TAC, che evitano al paziente il trasporto presso l'Unità operativa di Radiologia per gli accertamenti necessari. Le risposte degli esami inviati al laboratorio e al Centro trasfusionale viaggiano telematicamente sia per il Pronto Soccorso che per tutte le Unità operative di degenza;
- ✓ la localizzazione dei Servizi (Laboratorio, Centro Trasfusionale e Radiologia tradizionale) al centro dell'Ospedale, fruibili con percorsi verticali brevi da tutte le Unità Operative con conseguente vantaggio sia per gli operatori che per i pazienti;
- ✓ l'ubicazione degli ambulatori delle specialità al di fuori delle Unità Operative di degenza in modo da evitare l'interferenza dell'utenza all'interno delle dette UU.OO. Percorsi verticali brevi consentono allo stesso tempo un veloce collegamento con le Unità Operative di riferimento;
- ✓ la creazione di aree omogenee di degenza che raggruppano più discipline (Area Chirurgica con chirurgia/urologia, ORL/Oculistica; Area Medica con Pneumologia, Nefrologia, Medicina);
- ✓ la realizzazione di sale parto attigue alle sale operatorie. Ciò consente di ridurre al minimo i tempi tecnici fondamentali per il buon esito dell'evento nascita di qualsiasi parto che dovesse complicarsi e per il quale sono quindi richiesti tempi di intervento minimi. Un risultato raggiunto anche grazie a protocolli operativi che prevedono che

l'ostetrica in turno possa allestire e iniziare le procedure di sala operatoria in attesa dell'arrivo degli strumentisti di sala.

- ✓ l'adeguamento delle nuove tecnologie delle Sale operatorie alle necessità del nosocomio, sia in senso qualitativo che quantitativo. Il "blocco" è dotato di un modernissimo e rivoluzionario sistema di "Integrazione" esteso a tutto il sistema di sale operatorie. Tale tecnologia di assoluta avanguardia è presente in Europa, a oggi, solamente all'ospedale di Barcellona e di Napoli. La sala per la chirurgia laparoscopica è perfettamente allestita ad Alta integrazione 3D per la gestione di segnali video tridimensionali, segnali audio, segnali dati e per il controllo di tutti i dispositivi medicali connessi e controllati tramite 2 monitor touch-screen. L'ulteriore peculiarità del blocco operatorio al "Carlo Urbani" è la disponibilità di 2 sale chirurgiche con standard microclimatico classificato ISO 5, vale a dire con standard ambientale di massima asetticità oggi richiesto per interventi di neurochirurgia, cardiocirurgia, oftalmologia e chirurgia protesica ortopedica. L'ospedale Carlo Urbani è dotato di un sofisticato impianto di videosorveglianza costituito da oltre 40 telecamere ubicate sia all'interno della struttura che su tutta l'area esterna.

#### OSPEDALE DI COMINUTA' DI CINGOLI

Solo recentemente, il 20 gennaio 2020, è stata sancita l'Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni sull'Ospedale di Comunità (OdC) che ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli OdC pubblici o privati, come indicato dall'art. 5, commi 17 e 18, dell'Intesa Stato-Regioni sul Patto per la salute 2014-20163 e in coerenza con quanto previsto dal D.M. 2 aprile 2015, n. 704, allegato 1, paragrafo 10 (Continuità ospedale-territorio) e 10.1 (Ospedali di comunità).

Il Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero; è una struttura atta a garantire le cure intermedie, ovvero le cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico (qui una scheda di sintesi).

L'ospedale di Cingoli [21] ha una dotazione complessiva di 40 posti: 30 di Post Acuzie Ospedaliera (Lungodegenza Riabilitativa) e 10 di Cure Intermedie. Offre i seguenti servizi:

1. Integrazione di cure primarie con ambulatori di MMG/PLS
2. Presenza di medico di continuità assistenziale
3. Punto prelievo e Ambulatorio Infermieristico
4. Servizio di Cure Domiciliari Integrate
5. Presenza del Punto di Soccorso Avanzato (PPI)
6. Ambulatorio internistico per patologie minori: cardiologia, chirurgia, dermatologia, medicina, neurologia, oculistica, ortopedia, ostetricia e ginecologia, otorinolaringoiatria, endoscopia digestiva, riabilitazione e terapia fisica, diagnostica per immagini
7. Ambulatorio di day-surgery, mediante la delocalizzazione dell'attività chirurgica di media e bassa complessità, in integrazione con la struttura ospedaliera di Jesi.

#### L'ASSISTENZA DISTRETTUALE

Il Distretto Sanitario di Jesi rappresenta l'articolazione dei servizi territoriali dell'AV2 dell'ASUR Marche nel comprensorio jesino: fornisce sia direttamente che per committenza le cure primarie a tutti i cittadini, compresi gli stranieri, con servizi sanitari erogati negli ambulatori dei Medici di Assistenza Primaria e nelle Sedi Distrettuali comprendenti ambulatori infermieristici e Poliambulatori Medici per le prestazioni specialistiche di primo livello. Gestisce direttamente i ricoveri presso le Strutture Residenziali Assistite di Filottrano, Cupramontana e Montecarotto; recentemente offre la possibilità di ricoverare pazienti anche nel Reparto dell'Ospedale di Comunità di Cingoli, detto Cure Intermedie. Nelle varie strutture distrettuali gli utenti si possono iscrivere al SSN ed ottenere esenzioni dal pagamento del ticket sia per motivi di salute che per reddito. Al Distretto i cittadini possono rivolgersi anche per avere varie autorizzazioni per prestazioni sanitarie particolari, soprattutto quelle erogate fuori regione. Il settore Malattie Rare si interessa delle procedure relative alla concessione della

esenzione ticket ai pazienti affetti da malattie rare, nonché delle problematiche concernenti la terapia dietetica e farmacologica , come pure dell'eventuale assistenza domiciliare dei malati, Il Distretto esercita un controllo sull'attività dei Medici di Assistenza Primaria e dei Pediatri di Libera Scelta, dei Medici di Continuità Assistenziale e , inoltre, sulle prestazioni sanitarie delle Case di Cura Convenzionate. Il Distretto Sanitario assicura la continuità assistenziale tra l'Ospedale ed il Territorio avvalendosi della Unità Valutativa Integrata, la quale ha pure il compito di collaborare con i Servizi Sociali Comunali per valutare gli ospiti delle Residenze Protette inserite nelle 15 Case di Riposo convenzionate con il SSR ed inoltre collabora con il CDCD per l'inserimento dei pazienti affetti da sindromi demenziali nel Centro Diurno Alzheimer di Jesi.

### L'AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA (ASP)

L'ASP AMBITO 9 [22] opera nel territorio dell'Ambito Territoriale Sociale IX che si colloca al primo posto nelle Marche per estensione territoriale (KMQ. 673,22), al secondo posto per numero dei Comuni dopo Fermo, al quarto posto per numero degli abitanti (110.000 circa), dopo Pesaro, Fermo e Civitanova.



L'ASP eroga le prestazioni sociali ispirandosi ai principi fondamentali sanciti dalla normativa vigente, in particolare ai sensi del DPCM 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici":

1) eguaglianza, assicurando l'erogazione delle prestazioni senza alcuna discriminazione riguardante sesso, razza, etnia, lingua, religione e opinioni politiche, nel rispetto della persona e della sua dignità, qualunque siano le sue condizioni fisiche o mentali, culturali o sociali.

2) comunicazione e trasparenza, diffondendo l'informazione sulle procedure, sui servizi e sulla loro modalità di erogazione in modo chiaro, semplice, dettagliato e completo garantendo il costante aggiornamento delle modifiche dei servizi offerti, garantendo, nel rispetto della normativa vigente, criteri di maggiore flessibilità per l'erogazione dei servizi sul territorio.

3) imparzialità e continuità, agendo secondo criteri di obiettività, giustizia, ed imparzialità garantendo attraverso le sue strutture decentrate sul territorio, la regolarità e la continuità del servizio nella sua erogazione.

4) efficienza ed efficacia, garantendo un'attività improntata a criteri di efficienza ed efficacia, sia nell'organizzazione che nella erogazione dei servizi alla cittadinanza, anche in considerazione degli orari di apertura dei servizi, garantendo il costante aggiornamento professionale del personale impegnato nell'attività.

5) diritto di scelta nei limiti stabiliti dalla legislazione vigente, dalle norme regolamentari e dalla disponibilità di servizi organizzati nel territorio dell'Ambito Sociale, il cittadino ha il diritto di scegliere tra i soggetti erogatori dei servizi distribuiti sul territorio.

6) partecipazione, adottando sistemi di valutazione e di verifiche dei risultati raggiunti dai servizi, attraverso la realizzazione di documenti e pubblicazioni periodiche, messi a conoscenza di tutti i cittadini, realizzando in tal modo una forma di monitoraggio costante dei livelli delle prestazioni di ciascun servizio, per renderli sempre più conformi alle aspettative degli utenti ed alle nuove esigenze della società in trasformazione.

Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi erogati dall'ASP, nei limiti delle norme regolamentari, delle disponibilità di bilancio e dei contratti di servizio sottoscritti dai comuni soci, i seguenti soggetti:

- ✓ i cittadini residenti nel territorio di competenza dell'ASP;
- ✓ i cittadini stranieri residenti nei comuni soci dell'ASP, aventi titolo alla permanenza sul territorio dello Stato ai sensi delle leggi vigenti, nonché gli apolidi, i profughi, i richiedenti asilo politico ed i rifugiati, presenti sul territorio di competenza dell'ASP aventi titolo all'assistenza secondo le leggi dello Stato con valido permesso di soggiorno;

- ✓ i minori stranieri non accompagnati;
- ✓ i cittadini non residenti nel territorio di competenza dell'ASP, ma residenti in Italia in situazione di bisogno assistenziale urgente non differibile, previo accordo per l'accollo dei costi con i comuni di residenza o salvo rivalsa per i costi sostenuti nei confronti degli stessi comuni nei casi di estrema urgenza.

Scopo dell'ASP AMBITO 9 è l'esercizio di funzioni socio-assistenziali, socio-sanitarie e, più in generale, la gestione dei servizi alla persona a prevalente carattere sociale, in relazione alle attività di competenza istituzionale dei soggetti partecipanti, ivi compresi interventi di formazione e orientamento concernenti le attività dell'azienda o aventi finalità di promozione sociale dei cittadini del territorio. I servizi istituzionali dell'ASP sono diffusi ed erogati nei confronti di tutta la popolazione residente nel territorio dei soggetti partecipanti e sono prevalentemente orientati alle fasce deboli della cittadinanza nelle seguenti aree d'intervento: Anziani, Disagio e povertà, Disabili, Minori e famiglia, Strutture residenziali per anziani, Servizio sociale professionale e Uffici di Promozione Sociale (UPS), Immigrazione.

## IL PROGETTO

### PREMESSA

Al fine di assicurare nel distretto AV2 - Jesi adeguati livelli di Servizi Sanitari e Sociosanitari, in particolar modo a persone anziane, fragili ed affette da patologie croniche, si intende creare un progetto per attivare una Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.).

Essa, infatti, costituisce l'elemento cardine dell'organizzazione distrettuale e di dimissione protetta, in quanto svolge una funzione di coordinamento nell'appropriata presa in carico della persona "fragile" assumendo un ruolo di raccordo fra tutte le componenti della rete assistenziale ed essendo funzionale a tutte le Unità Operative Aziendali.

## OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale della COT è quello di rendere efficaci ed efficienti le risposte ai cittadini in termini di attivazione dei percorsi di presa in carico delle persone affette da patologie croniche e in condizione di fragilità nel passaggio da un setting assistenziale all'altro (ospedale - territorio), facilitando il raccordo tra le strutture della rete territoriale e garantendo la continuità dell'assistenza.

## OBIETTIVI SPECIFICI

1. Essere punto di riferimento per i Servizi Sanitari e Socio-Sanitari che hanno in carico persone affette da patologie croniche;
2. Favorire il coordinamento dei percorsi assistenziali finalizzati all'erogazione delle Cure Socio-Sanitarie Domiciliari;
3. Favorire il coordinamento dei percorsi della presa in carico delle persone affette da cronicità in Strutture Residenziali e Semiresidenziali distrettuali e delle persone in condizioni di fragilità sociale in collaborazione con la rete dei Servizi Sociali dei comuni;
4. Condividere le modalità di funzionamento della C.O.T. con le Strutture Ospedaliere di riferimento (Ospedale Carlo Urbani, Ospedale di Comunità di Cingoli);
5. Migliorare le conoscenze dei pazienti e/o dei loro famigliari sull'accessibilità ai Servizi Sanitari e Socio-Sanitari.

## AMBITO DI APPLICAZIONE

Il Progetto Sperimentale della C.O.T. è rivolto alle Persone fragili e affette da patologie croniche residenti nel territorio ASUR MARCHE – AV2 - JESI.

La COT, infatti, non si occupa di ogni tipologia di paziente, ma solo di casi complessi. Nell'ambito della stratificazione dei pazienti, rappresentata dal grafico che segue [23], la Centrale interviene ai vertici della piramide, la parte dedicata ai malati più complessi, quelli portatori di patologie croniche evolutive (che richiedono un approccio multi professionale importante) e che evolvono verso la terminalità.



La persona destinataria di tale servizio, pertanto, deve essere già fruitore di prestazioni socio-sanitarie e assistenziali dalla Rete dei Servizi Distrettuali e necessita di essere “seguito” nel percorso di dimissione ospedaliera e di presa in carico post ricovero o nella transizione da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

Nella fase sperimentale della durata di 12 mesi, il progetto riguarderà:

1. Dimissione protette dall'Ospedale al Distretto;
2. Transizioni protette da un luogo di cura all'altro;
3. Transizione protette da un livello clinico/assistenziale e l'altro.

Il Target di pazienti previsti in questa prima fase è una persona protetta, cioè un paziente fragile, oncologici terminali, in nutrizione artificiale, in ventilazione e affetti da sclerosi laterale amiotrofica o altre malattie neurodegenerative.

Per persona “protetta” si intende:

- ✓ in fase di dimissione protetta da Unità Operativa Ospedaliera: pazienti  $\geq 75$  anni e ai pazienti fragili  $< 75$  anni ricoverati in tutte le UU.OO. degli Ospedali di Jesi, che presentino una valutazione della scheda Brass-index con punteggio  $\geq 11$ .
- ✓ in struttura residenziale, intermedia o lungo assistenziale;
- ✓ in struttura semiresidenziale;
- ✓ in assistenza domiciliare con otto o più accessi mensili da parte di diversi professionisti sanitari;
- ✓ con ricoveri ripetuti = ricoveri che avvengono in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni nello stesso presidio, per i quali la categoria della diagnosi



principale (definita dalle prime 3 cifre della codifica ICD-9CM) del secondo ricovero sia la categoria di una delle 6 diagnosi di dimissione del ricovero precedente (Dgr n. 4807/1999, Dgr n. 3572/2001).

#### MODELLO ORGANIZZATIVO

La COT esercita le proprie funzioni afferendo gerarchicamente al Servizio delle Professioni Infermieristico-Ostetriche.

Esplica la propria attività su tutto il territorio del distretto di Jesi, coordinandosi anche con tutte le Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie dell'ambito ASP.

#### MODELLO FUNZIONALE

Le funzioni della COT sono:

- ✓ rilevazione del bisogno, decodifica (trriage territoriale) dello stesso e successiva individuazione del percorso assistenziale più appropriato;
- ✓ attivare i servizi o i professionisti (MMG/PLS, Medico di Continuità Assistenziale, Infermiere Domiciliare, ecc.) competenti per area territoriale;
- ✓ monitorare e verificare i percorsi assistenziali attivati e nello specifico:
  - percorsi di dimissione protetta dall'ospedale;
  - percorsi assistenziali più appropriati, finalizzati all'erogazione delle cure domiciliari (ADI, ADO, Cure Palliative);
  - percorsi per la presa in carico dei pazienti presso le strutture intermedie territoriali (Ospedale di Comunità, Hospice);
  - percorsi per la presa in carico dei pazienti presso le strutture residenziali (RSA di Cupramontana, Filottrano e Montecarotto), e semi-residenziali extra-ospedaliere (Centri Diurni);
  - percorsi di presa in carico delle persone in condizioni di fragilità sociale, in collaborazione con gli ambiti sociali di riferimento;
- ✓ Promuovere l'appropriatezza delle dimissioni, orientando le Unità Operative nella scelta dei percorsi assistenziali rispetto ai bisogni del paziente, attivando anche i percorsi di inserimento presso le strutture di ricovero intermedie o le unità di offerta residenziali e semiresidenziali presenti sul territorio, secondo quanto

- previsto dal regolamento vigente per l'accesso alle medesime strutture;
- ✓ Gestire il sistema informativo messo a disposizione tramite l'aggiornamento delle informazioni e dei dati e la produzione di report;
  - ✓ fornire informazioni concernenti le modalità operative per poter usufruire delle risorse, delle prestazioni e dei servizi offerti dalle strutture della rete (modulistica, procedimento, requisiti, ecc.);
  - ✓ raccogliere le domande di accesso a prestazioni e servizi e, se del caso, inoltrarle telematicamente ai servizi competenti per area territoriale.

### MODALITA' OPERATIVE

La COT rappresenta il luogo di attivazione della rete socio-sanitaria territoriale e quindi è anche momento di integrazione multiprofessionale ed istituzionale.

La segnalazione di un bisogno di assistenza che determina l'attivazione della COT, può provenire da chiunque ravveda la necessità di prestazioni socio-sanitarie per una persona in condizione di fragilità sanitaria e sociosanitaria, che necessita di una presa in carico "protetta".

La segnalazione è un momento operativo che serve a fornire un quadro globale dei problemi o dei bisogni della persona, ed è fondamentale raccogliere quanti più elementi possibili, riferiti alla condizione della persona, al suo ambiente di vita ed alle risorse disponibili, al fine di effettuare una prima valutazione operativa.

Le fonti di segnalazione, dunque, sono:

- ✓ Medico Medicina Generale (MMG) /Pediatra Libera Scelta (PLS) o medico della Continuità Assistenziale;
- ✓ Medici ospedalieri o Specialisti ambulatoriali;
- ✓ Personale dei servizi distrettuali, territoriali o ospedalieri;
- ✓ Personale delle strutture di ricovero intermedie o dei servizi residenziali e semiresidenziali;
- ✓ Servizio sociale comunale;
- ✓ Familiari e/o altri soggetti della rete informale;
- ✓ Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno;

✓ Enti ed istituzioni (Tribunale, Questura, Prefettura).

La segnalazione alla COT viene fatta via telefono, con chiamata a numero telefonico dedicato (numero verde) con registrazione vocale della chiamata, e/o via mail a casella di posta elettronica dedicata.

All'interno della COT è presente personale infermieristico qualificato e opportunamente formato che ha il compito di effettuare una rilevazione del bisogno e di attivare, all'interno della rete dei servizi, il percorso più appropriato a rispondere al bisogno medesimo.

Il servizio a cui viene affidata la presa in carico del caso definisce un P e nomina un infermiere case manager (responsabile del caso). Successivamente comunica alla COT l'avvenuta presa in carico e l'esito della segnalazione stessa.

La COT deve poter garantire la tempestività nella presa in carico di un bisogno e la continuità nell'assistenza erogata, attivando le risorse più appropriate e definendo i percorsi assistenziali adeguati a tutelare le persone in condizione di fragilità sanitaria e sociosanitaria, al fine di mantenere quanto più possibile l'autonomia delle persone stesse ed offrire adeguato supporto al nucleo familiare, laddove presente, evitando percorsi complicati, ricoveri impropri e un ricorso precoce all'istituzionalizzazione.

# Le fasi

Sequenza fasi	Descrizione fasi	Responsabile	Strumento
Fase 1 ATTIVAZIONE	L'UO di degenza ospedaliera, se paziente ricoverato, individuati i bisogni del paziente, verificate le condizioni di eleggibilità, ottenuto il consenso dello stesso e/o dei suoi familiari, invia alla COT la segnalazione di dimissione protetta	Medico Coordinatore Infermiere Ospedalieri	Informatico Telefono Fax
	Il MMG/PLS, se paziente a domicilio, individuati i bisogni del paziente, verificate le condizioni di eleggibilità, ottenuto il consenso dello stesso e/o dei suoi familiari, invia alla COT il modulo di attivazione	MMG/PLS	
	L'utente/famiglia/caregiver, in presenza di bisogno non programmato o non differibile, attiva telefonicamente la centrale operativa		
Fase 2 ACCERTAMENTO	La COT verifica se il paziente è già in carico alla rete dei servizi territoriali e rileva le nuove problematiche.	Coordinatore COT Infermiere COT	Scale di valutazioni
	La COT effettua un primo accertamento (intervista telefonica strutturata) per selezionare il tipo di bisogno quindi attiva il servizio deputato a fornire la relativa risposta assistenziale.		
	La COT attiva immediatamente il servizio di riferimento per situazioni non programmate e/o non differibili	Coordinatore ADI Infermiere ADI	

Le attività della COT vengono garantite tutti i giorni h24 con le seguenti modalità:

- dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 20,00 e il sabato dalle ore 8,00 alle ore 12,00 la Centrale Operativa Territoriale risponde dalla sede centrale;
- dal lunedì al venerdì dalle ore 20,00 alle ore 8,00 del mattino successivo e dalle ore 12,00 del sabato fino alle 8,00 del lunedì mattina le chiamate sono deviate all'operatore di centrale in pronta disponibilità.

La sede è prevista presso il piano terra dell'Ospedale Murri di Jesi

## RISORSE TECNOLOGICHE

La Centrale Operativa Territoriale deve essere dotata della seguente attrezzatura minima di un ufficio:

- ✓ Computer con collegamento internet, account di posta elettronica con relativo indirizzo mail;

- ✓ Sistema Informativo e Software specifico;
- ✓ una linea telefonica dedicata (numero verde) con possibilità di registrazione vocale delle chiamate h24, con risposta entro le 24 ore successive.

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza nelle sue diverse accezioni di continuità informativa, gestionale e relazionale, sarà necessario il potenziamento degli strumenti di scambio informativo.

Gli strumenti informatici consentono l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico e ai diversi applicativi aziendali (SIRTE, DSEO ...)

La COT vede in tempo reale:

- ✓ le segnalazioni per le dimissioni protette,
- ✓ gli accessi al Pronto Soccorso,
- ✓ i ricoveri
- ✓ la pianificazione infermieristica distrettuale e la sua attività

#### SCALE DI VALUTAZIONE OBBLIGATORIE

Le scale di valutazione obbligatorie previste nel percorso di COT sono le seguenti:

- scala Brass
- scala IDA
- scala MEWS
- sistema Tri-Co

Tali scale intendono fornire agli operatori sanitari sia a livello ospedaliero che territoriale, degli strumenti validati che permettano da un lato di individuare precocemente le persone target del percorso di dimissione protetta (Scala Brass), e dall'altro di valutare la stabilità clinica e la complessità assistenziale (Scala IDA, MEWS) determinando quindi il livello di intensità di cura (sistema Tri-Co). Ciò permette di identificare il setting di continuità dell'assistenza più appropriato ai bisogni della persona.

#### 1. SCALA DI BRASS (BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING SCORE)

L'indice di BRASS fu sviluppato come strumento di pianificazione della dimissione soprattutto per i pazienti di età superiore a 65 anni. Sono stati identificati i seguenti

fattori: età, stato funzionale, stato cognitivo, supporto sociale e condizioni di vita, numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso numero di problemi clinici attivi. Sono inclusi anche: modello comportamentale, mobilità, deficit sensoriali e numero dei farmaci assunti perché, pur non essendo elementi dello stato funzionale o cognitivo, sono rilevanti per gli anziani.

**Popolazione:** Soggetti ricoverati in ospedale. Il BRASS index è uno strumento utilizzato per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile.

**Punteggio :** la valutazione viene fatta in base ad informazioni fornite da un familiare o persona che conosce bene il paziente. Sono identificate 3 classi di rischio: basso (0-10) medio (11-19) alto (20-40). Durata: la scala è semplice, veloce (circa 15 minuti) e richiede un addestramento minimo.

**Applicazione Clinica:** Valutazione dei pazienti al momento dell'ammissione in ospedale.

**Limiti** Il BRASS index è di facile compilazione e fornisce buone indicazioni per la validità predittiva (specificità) in merito ai problemi legati alla dimissione del paziente. Tuttavia, l'indice risulta poco sensibile nell'identificare quei pazienti che potrebbero presentare problemi dopo la dimissione probabilmente perché, effettuando la rilevazione al momento dell'ammissione in ospedale, non vengono correttamente identificati quegli anziani che peggiorano le loro condizioni a causa dell'ospedalizzazione, specie se prolungata.

**NOTE** La BRASS, somministrata come parte dell'assessment di ammissione del paziente in ospedale, consente di identificare coloro che sono a rischio di ospedalizzazione prolungata e di dimissione difficile: in particolare i pazienti che avranno bisogno dell'attivazione di servizi (o risorse assistenziali anche familiari) per l'assistenza extraospedaliera. Gli infermieri possono utilizzare le informazioni che la BRASS fornisce per pianificare interventi educativi da attuare durante il ricovero e programmi assistenziali domiciliari e quindi avere uno strumento precoce per attivare il percorso con la COT.

L'instabilità clinica è correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione dell'Ossigeno) e permette di identificare il rischio di un rapido peggioramento clinico o di morte.

**Wyleck Risk Assessment Screening (BRASS)**  
 Calcolare ogni spazio che viene richiesto.

<p><b>Età</b> (una sola risposta)</p> <p>0 = 75 anni o meno            1 = 76-84 anni            2 = 85-79 anni            3 = 80 anni o più</p> <p><b>Condizioni di vita e supporto sociale</b> (una sola risposta)</p> <p>0 = Vive con coniuge            1 = Vive con la famiglia            2 = Vive da solo con il supporto della famiglia            3 = Vive da solo con il sostegno di professionisti            4 = Vive con amici e/o coniuge            5 = Assistenza domiciliare necessaria</p> <p><b>Stato funzionale</b> (ogni risposta vale 1)</p> <p>0 = Autonomia (compensato a POA o PCO)            Compensato da:            1 = Assistenza farmacologica            2 = Assistenza dietetica            3 = Assistenza sociale            4 = Assistenza fisica            5 = Assistenza psichica            6 = Assistenza totale</p> <p><b>Stato cognitivo</b> (una sola risposta)</p> <p>0 = Orientato            1 = Diminuzione in alcuni domini* qualche volta            2 = Diminuzione in alcuni domini* sempre            3 = Diminuzione in tutti i domini* qualche volta            4 = Diminuzione in tutti i domini* sempre            5 = Comatoso</p> <p>* Non solo il tempo, luogo e persona</p>	<p><b>Modello comportamentale</b> (una sola risposta)</p> <p>0 = Appuntato            1 = Intransigente            2 = Arguto            3 = Confuso            4 = Altri</p> <p><b>Modello</b> (una sola risposta)</p> <p>0 = Discreto            1 = Discreto con aiuto di cura            2 = Discreto con assistenza            3 = Non discreto</p> <p><b>Diabete associato</b> (una sola risposta)</p> <p>0 = Nessuno            1 = Diabete non g. sotto            2 = Diabete non g. sotto</p> <p><b>Numero di eventi pregressivi al primo evento</b>            (una sola risposta)</p> <p>0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi            1 = Uno negli ultimi 3 mesi            2 = Due negli ultimi 3 mesi            3 = Più di due negli ultimi 3 mesi</p> <p><b>Numero di problemi (non altri) (una sola risposta)</b></p> <p>0 = No problemi (nessi)            1 = Da 1 a cinque problemi (nessi)            2 = Più di cinque problemi (nessi)</p> <p><b>Numero di farmaci assunti</b> (una sola risposta)</p> <p>0 = Nessuno o tre farmaci            1 = Da tre a cinque farmaci            2 = Più di cinque farmaci</p> <p>NUMERO TOTALE _____</p>
<p><b>Punteggio</b></p> <p>0-2</p>	<p><b>Indice di rischio</b></p> <p>Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione con interventi particolari programati per l'organizzazione della loro dimissione. La BRASS è molto predittiva.</p>
<p>3-4</p>	<p>Soggetti a medio rischio di problemi dopo la dimissione (dopo il completamento dell'assistenza) con pianificazione della dimissione ma probabilmente con il rischio di istituzionalizzazione.</p>
<p>5-7</p>	<p>Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi associati che richiedono una continuità di cure post-dimissione e un'assistenza intensiva e prolungata.</p>

## 2. SCALA MEWS (MODIFIED EARLY WARNING SCORE)

I pazienti vengono stratificati in:

- BASSO/STABILE (score 0-2)
- MEDIO/INSTABILE (score 3-4)
- ALTO RISCHIO/CRITICO (score 5).

### Modified Early Warning Score

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Et  \_\_\_\_\_

	3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza Respiratoria		< 9		9 - 14	15 - 20	21 - 29	> 30	_____
Frequenza Cardiacca		< 40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	> 130	_____
Pressione Arteriosa Sistolica		< 70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		> 200	_____
Livello di Coscienza				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde	_____
Temperatura corporea (Tc)		< 35		35 - 38,4			> 38,5	_____
Conoscibilit� _____								Totale _____

### 3. IDA (Indice di dipendenza assistenziale)

Determina l'impegno assistenziale su di una serie di variabili di dipendenza determinate da un punteggio in grado di valutare la complessit  attraverso l'impegno del professionista in base ad un cut-off che individua i pazienti ad alta complessit  assistenziale se rientrano nel punteggio da 7 a 11, a media complessit  da 12 a 19, a bassa complessit  se invece il punteggio   compreso tra 20 e 28. L'utilizzo sinergico della scala MEWS e della scala IDA va a costituire il sistema Tri-Co (Triage di corridoio) in cui la valutazione del grado di gravit  e di dipendenza viene misurata grazie a due sistemi a punteggio, uno medico (MEWS – Modified Early Warning Score) ed uno infermieristico (IDA, Indice di Dipendenza Assistenziale).



ALIMENTAZIONE - IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE (ALVO E URINE)		IGIENE E COMFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT a NET	1	Intolleranza oraria e dell'alvo permanente	1	Letto igiene corporea a letto senza l'aiuto del paziente	1	Allettato
2	Dieta essere tollerata	2	Incrementata letargia e/o dell'alvo occasionalmente	2	Letto igiene corporea a letto con l'aiuto del paziente	2	Mobilizzazione su poltrona
3	Minore di aiuto per alimentarsi	3	Costoro vescicali a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendenza nell'uso del servizi	3	Cammina con l'aiuto di uno o più persone
4	Autonoma	4	Autonoma	4	Autodifeso	4	Autonoma
PROCEDURE DIAGNOSTICHE		PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE			
1	Monitoraggio dei parametri vitali continui	1	Camera riposa continua per reflusso continuo nella 24 h.	1	Stato agitato / Cotta		
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h.	2	CVC a portatore per infusione non continua	2	Disorientamento temporale/spaziale acuto, uso di indumenti giusti e neri		
3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h.	3	Tempo per da, Lab., ECG, (compreso la Subcutanea)	3	Disorientamento temporale/spaziale occasionale, dolore di notte con o senza indumenti		
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti	4	Tempo solo per da o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun indovinare la notte		

**LIVELLO DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE**

**IDA**

Punteggio da 7 a 11: **alta** dipendenza assistenziale (2)  
 Punteggio da 12 a 19: **media** dipendenza assistenziale (1)  
 Punteggio da 20 a 28: **bassa** dipendenza assistenziale (0)

**LIVELLO DI INSTABILITA' / SEVERITA' CLINICA**

**MEWS**

Punteggio da 0 a 2      **paziente Stabile (0)**  
 Punteggio da 3 a 4    **paziente Instabile (1)**  
 Punteggio > 5        **paziente Critico (2)**

Categoria	P	S	I	M	I	E	A	Devo
PA, mgli	< 70	71-80	81-90	91-100			> 100	
FC, bat	< 40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	> 90	
FR, age	< 8		9-14	15-20	21-25		> 30	
EC, °C	< 35		35-36,4			> 36,5		
Comeito			Sveglio	Vigile	Stupore al Dubio	Non reagire agli stimuli		
							Totale	

Tali strumenti sono semplici, efficaci e altamente riproducibili e possono identificare i differenti livelli di intensità di cura

**Limiti:** Lo strumento dimostra di essere di facile utilizzo, anche se nell'area chirurgica e nelle aree specialistiche si è vista una difficoltà di applicazione.

### RISORSE UMANE

La COT di Jesi inizialmente deve essere dotata di:

- ✓ 1 Referente Operativo Infermieristico di Centrale;
- ✓ 4 Infermieri Case manager IFeC adeguatamente formati.
- ✓ 1 amministrativo

### FUNZIONE DEL REFERENTE OPERATIVO DI CENTRALE

La responsabilità della COT è affidata ad un professionista afferente alle Professioni Sanitarie di cui alla L.n. 251/2000, "...adeguatamente formato e preferibilmente che abbia conseguito la laurea magistrale".

Nel momento di esordio della COT le competenze richieste al coordinatore saranno rivolte sia sul piano della gestione delle attività professionali e lavorative, che dei progetti specifici dell'area di appartenenza, del personale, della formazione, della gestione delle

risorse materiali e tecnologiche, della sicurezza, proponendo di attivare un percorso formativo di alto livello per Responsabile di Centrale Operativa Territoriale, affidando la responsabilità del progetto al dirigente del Settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie.

Il Referente Operativo Infermieristico della COT conosce i processi di attivazione e di funzionamento delle reti territoriali, ha capacità organizzative, di attivazione e razionalizzazione delle risorse e dei percorsi.

In questa fase iniziale, le sue attività sono le seguenti:

- Coordina e organizza le attività della Centrale Operativa Territoriale;
- Valuta l'appropriatezza delle segnalazioni;
- Monitora e verificare i percorsi assistenziali attivati: ha la responsabilità di verificare l'avvenuta presa in carico da parte dei servizi individuati;
- Rendiconta periodicamente semestralmente al Dirigente del Servizio Infermieristico Territoriale Aziendale in merito al numero, tipologia ed esito delle segnalazioni pervenute alla Centrale Operativa Territoriale;
- Promuove la formalizzazione di nuovi protocolli operativi tra gli attori della rete e di eventuali rivisitazioni di protocolli già in essere;
- Garantisce la corretta compilazione e il costante aggiornamento della modulistica in uso presso la Centrale Operativa Territoriale (cartaceo, informatizzata);
- Rileva i dati necessari al monitoraggio degli indicatori previsti, individua e adotta soluzioni correttive di miglioramento;
- Collabora nella realizzazione di progetti di miglioramento e/o di formazione.

#### FUNZIONI DEL PERSONALE INFERMIERISTICO DI CENTRALE

L'infermiere che opera nella COT conosce i processi di attivazione e funzionamento delle reti assistenziali ad alta integrazione sociosanitaria e socioassistenziali presenti sul territorio, valuta i bisogni della persona e della sua famiglia e attiva i percorsi assistenziali più adeguati.

In questa fase iniziale, le principali attività saranno le seguenti:

- accogliere e classificare i bisogni dell'utenza "protetta" o in condizioni di fragilità;
- Riceve le segnalazioni e ne valuta l'appropriatezza attraverso una scheda triage (valuta le richieste assistenziali presentate e decodificare il problema/bisogno);
- Individua il percorso assistenziale più appropriato: attiva direttamente i professionisti necessari (MMG/PLS, Medico di Continuità Assistenziale, Infermiere domiciliare, Medico Specialista, ecc.) per prestazioni non programmate e/o non differibili.
- Attiva il servizio deputato alla presa in carico del caso, prendendo contatti direttamente con i referenti dei setting interessati in caso di interventi programmati;
- Contatta gli utenti destinatari del percorso di presa in carico; informa e orienta i cittadini e il personale della Rete dei Servizi per renderli più consapevoli rispetto alle opportunità offerte dal territorio;
- invia telematicamente ai servizi competenti per area territoriale, la comunicazione dell'avvenuta segnalazione/richiesta/attivazione delle risorse territoriali;
- Utilizza e aggiorna la modulistica in uso presso la COT su supporto informatico e la rende disponibile al Referente Operativo.

#### FORMAZIONE E INFORMAZIONE

Il personale infermieristico assegnato alla COT deve essere adeguatamente formato a svolgere le attività della Centrale.

Il personale medico e di coordinamento delle strutture ospedaliere, delle strutture territoriali, delle strutture residenziali e semiresidenziali, i medici di Distretto, i MMG e PLS saranno regolarmente informati sulle modalità di attivazione e sul funzionamento della COT.

#### PROGETTO FORMATIVO DEI COMPONENTI DELLA COT

Nello specifico il Responsabile della COT dovrà possedere le seguenti **competenze**:

- ✓ recepire i bisogni, strutturarli per informazioni relazionate, al fine di connotarne

la natura e conseguentemente codificarli in domanda per indirizzarli verso una linea produttiva che ne garantisca una risposta appropriata;

- ✓ raccogliere i bisogni che non trovano una risposta strutturata all'interno dell'organizzazione aziendale, costituendo una banca di dati e informazioni utili per pianificare ed attuare eventuali linee produttive di risposta;
- ✓ conoscere i dati derivati da flussi sanitari/amministrativi a livello locale-regionale, per relazionarli al processo domanda-offerta locale, e permettere di ottenere ulteriori elementi per valutare l'importanza considerando l'equità e la sostenibilità) dei bisogni rilevati che non hanno trovato risposta;
- ✓ abbandonare il lavoro per compiti, per acquisire la consapevolezza, le competenze e le abilità per lavorare per obiettivi, dove la logica dei Percorsi integrati, multiprofessionali e multi specialistici ne rappresentano lo strumento principale;
- ✓ conoscere le “nuove risorse” rappresentate dal PSSR e presenti sul territorio, per concorrere ad attivarne la partecipazione, ottenendo il massimo rendimento dalle loro potenzialità;
- ✓ assicurare la presa in carico nel “Sistema Salute”, intervenendo (coordinando, gestendo, guidando e monitorando) la gestione integrata dei pazienti che transitano attraverso i diversi setting assistenziali;
- ✓ essere facilitatori delle relazioni che consentano un dialogo operativo nei processi intra-Aziendali e inter-Aziendali;
- ✓ concorrere alla reingegnerizzazione dei processi attivi nel Sistema al fine di assicurarne la tenuta rispetto agli eventi avversi e promuovere la creazione di percorsi strutturati, qualora ne emerga la necessità determinata da fallimenti o errori.

Al fine di conseguire i migliori risultati sia in termini di conoscenze-competenze-capacità dei singoli, che in termini di outcome, grazie alla sistematica e sinergica applicazione delle stesse all'interno delle singole realtà Aziendali, le modalità formative devono essere strutturate in un progetto caratterizzato dai seguenti elementi:

- ✓ le tematiche affrontate non possono limitarsi a meri contenuti d'aula, ma devono

stimolare e far emergere i reali bisogni degli operatori e risponderne in modo puntuale;

- ✓ il processo di apprendimento, oltre che parte importante dell'impianto formativo, deve prevedere il cosiddetto "apprendimento situato", grazie all'elaborazione guidata dell'esperienza e delle relazioni esistenti nell'organizzazione di appartenenza, per contestualizzare l'apprendimento del soggetto al contesto organizzativo e sociale in cui opera; la persona/operatore non deve essere considerato in base al suo ruolo ricoperto nell'organizzazione, e pertanto connotarne i contenuti formativi solamente relazionati a questo, ma rappresentare il nuovo ruolo determinato anche dalla consapevolezza dell'attività degli altri operatori coinvolti nel processo multi professionale e multi specialistico;
- ✓ i contenuti formativi non devono limitarsi a definire e implementare solo gli aspetti cognitivi, ma devono sviluppare altresì gli elementi che permettono di adattare gli aspetti comportamentali ed emotivi finalizzati alla possibilità di realizzare le attività in loco, coinvolgendo altre persone;
- ✓ l'obiettivo è di realizzare una nuova esperienza formativa che, oltre ad agire in modo significativo sulla motivazione all'apprendimento, stimoli anche l'elaborazione creativa permettendo così un coinvolgimento globale del soggetto.

Gli obiettivi, i contenuti formativi e la declinazione degli incontri saranno definiti in funzione dell'innovativo ruolo del Responsabile COT e delle finalità correlate allo stesso, collocati nell'attuale periodo di riorganizzazione del Sistema Sanitario Marche, con la disponibilità di nuovi strumenti di organizzazione assistenziale.

Si è ritenuto, quindi, opportuno porsi quale obiettivo iniziale la conoscenza del contesto e dell'organizzazione su cui insiste l'attività delle Centrali della Continuità.

Nello specifico, da un lato i partecipanti alla formazione devono essere guidati a sviluppare capacità di contestualizzazione e utilizzo delle fonti informative divenendo capaci di costruire quadri di riferimento cui rapportare:

- ✓ le caratteristiche della popolazione, rilevate nel corso delle attività quotidiane di analisi-codifica del bisogno;

- ✓ le risposte strutturate già presenti e attive nella propria realtà;
- ✓ le risposte da strutturare, in un’ottica di equità e sostenibilità coerentemente alla programmazione nazionale e regionale.

Dall’altro, sviluppare e consolidare la conoscenza dei nuovi attori e nodi della Rete (Medicine di Gruppo Integrate, ecc.), conoscere le loro interazioni e potenzialità per rispondere ai bisogni-domanda emergenti.

Successivamente, per introdurre le conoscenze necessarie alla promozione e conduzione dei processi produttivi e degli interventi di miglioramento nelle singole realtà, il percorso formativo si sviluppa seguendo lo schema PDCA di Deming [24], rappresentandone i concetti che danno sostanza al sistema, ma anche il pensiero coerente che ne deriva: un “nuovo modo di pensare” diventa necessario in ogni fase di cambiamento.



### *Metodi didattici, durata e modalità di svolgimento*

Al fine di conseguire gli obiettivi prefissati il progetto formativo farà ricorso a più metodologie didattiche, tutte coerentemente finalizzate a concretizzare un approccio di learning by doing (cioè un apprendimento attraverso il fare, l’operare, l’attuare azioni), quali:

- formazione d’aula, per la trasmissione dei concetti, informazioni e schemi interpretativi;
- studio di casi: ispirandosi alla metodologia del problem based learning, si proporranno in aula dei casi reali, attraverso i quali stimolare nei partecipanti l’esercizio del problem solving per la proposta di soluzioni operative coerenti con le finalità della COT;
- lavori di gruppo, per l’applicazione delle tecniche e degli strumenti proposti

all'interno dei vari moduli didattici (ad es. costruzione e analisi di indicatori)

- project work: è un progetto professionale realizzato dai corsisti in modo collettivo al termine dell'esperienza, finalizzato a consolidare le competenze, favorendo la logica del management.

Il percorso formativo si potrà articolare in diverse giornate a cadenza quindicinale, organizzate con l'alternanza di momenti dedicati alle lezioni frontali, cui seguiranno momenti dedicati all'approfondimento dei medesimi concetti mediante studi di caso e problem solving, durante i quali i docenti accompagneranno i partecipanti in riflessioni e argomentazioni guidate, imparando così il "come fare" e il "come ragionare" sulle criticità, creando coerenza tra i concetti assimilati e la realtà operativa. Inoltre, gli operatori della COT saranno guidati nella creazione di un vocabolario e di strumenti condivisi che entreranno poi nell'utilizzo quotidiano, creando uniformità sinottica ed operativa a livello regionale.

La frequenza alle attività formative dovrà essere obbligatoria e pari al 100% delle attività previste.

#### CRONOPROGRAMMA

	Settembre 2022	Dicembre 2022	2023
SELEZIONE PERSONALE			
ADEGUAMENTO STRUTTURE			
FORMAZIONE PERSONALE			
INCONTRI DI PIANIFICAZIONE ATTIVITA'			
AVVIO SPERIMENTAZIONE			
VERIFICHE			

#### INDICATORI DI ESITO E DI PROCESSO

Saranno monitorati i seguenti indicatori di processo e di esito che costituiscono un primo sistema di valutazione della corretta e appropriata presa in carico e che potranno essere successivamente implementati:

- ✓ numero di segnalazioni pervenute;
- ✓ tipologia di segnalazioni;
- ✓ numero di dimissioni avvenute entro 5 giorni dalla segnalazione alla COT;

- ✓ numero di ricoveri sul totale di casi segnalati dal Pronto Soccorso;
- ✓ numero casi presi in carico da uno dei servizi della rete assistenziale entro 5 giorni dalla segnalazione.

#### RISULTATI ATTESI

- ✓ Facilitazione delle dimissioni ospedaliere “protette”;
- ✓ ottimizzazione della presa in carico da parte dei sistemi di cura territoriali;
- ✓ riduzione dei tempi di attesa per i trasferimenti dei casi complessi da un setting assistenziale all’altro;
- ✓ riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri e delle degenze prolungate;
- ✓ sostegno alla permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti.

#### FASI DI IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITA’ DELLA COT

Nella fase di avvio, stante la necessità di creare delle sinergie e di integrare le funzioni aziendali che operano nell’ambito della rete assistenziale dell’azienda, l’implementazione delle attività della COT verranno sviluppate progressivamente.

#### LA RESPONSABILITA’ DEL PROGETTO

Direzione delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche di AV2 sede di Jesi

#### CONCLUSIONI

Le Centrali Operative Territoriali, a parere di chi scrive, sono oggi una reale opportunità per avviare, ma sopra tutto sostenere, percorsi di sviluppo e miglioramento della continuità dell’assistenza all’interno dell’Azienda Sanitaria.

Nel futuro prossimo c’è bisogno di portare a regime quanto oggi ipotizzato e rafforzare il ruolo delle COT nella rete delle cure. Si ritiene importante perseguire l’obiettivo di sviluppare ulteriormente il dialogo ospedale-territorio mettendo assieme tutte le realtà territoriali con tutte le realtà ospedale compresi i privati accrediti. Inoltre, crediamo siano oramai maturi i tempi per sviluppare la continuità delle cure su percorsi oggi poco presidiati come le transizioni dalla residenzialità territoriale all’ospedale.



Una riflessione poi andrà fatta sulle risorse umane. Il successo di un progetto dipende anche dalle persone che lo portano avanti. Sarà necessario arrivare ad una riflessione sul profilo delle competenze necessarie per gli operatori delle COT, in particolare per la figura dell'infermiere, che oggi compone la maggioranza del personale che deve operare in COT. Capacità di avere una visione complessiva del sistema, ampia conoscenza delle offerte aziendali e dei servizi forniti da partner esterni o da altri enti, capacità di gestire le dinamiche comunicative interprofessionali, lavorare per obiettivi ed intraprendenza nelle situazioni sono doti e conoscenze che non sempre o non tutte fanno parte del bagaglio infermieristico, vanno sviluppate all'interno dei gruppi di lavoro con un percorso definito a priori.

Bisognerebbe, perciò, riprogrammare l'offerta formativa dei prossimi anni, tenendo in considerazione che l'eventuale sforzo per l'aumento di questi numeri comporterà – inevitabilmente – congrui investimenti economici per aumentare le risorse umane, con particolare riferimento alle sedi formative universitarie e delle Aziende sedi di corso.

In questo periodo di grande cambiamento per la Sanità Marchigiana le Centrali Operative Territoriali sono fortemente motivate ad essere attori protagonisti nel percorso di riorganizzazione della nostra Azienda Sanitaria.

Potendo così declinare un principio citato dal DM71: “Per essere realmente efficaci i servizi sanitari devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria”.

## BIBLIOGRAFIA

[1] AGENAS, «Le Centralo Operative,» *Monitor*, 2022.

[2] J. Dacre, «Delivering the furure hospital,» *Royal college of Physicians*, novembre 2017.

- [3] L. Fassari, «quotidianosanità.it,» 13 luglio 2021. [Online]. Available: [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=97191](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=97191). [Consultato il giorno 3 luglio 2022].
- [4] Presidenza del Consiglio dei Ministri «Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza» °*nextgeneratinoitalia*, 2021.
- [5] Regione Marche - *Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta*, 2021.
- [6] Regione Marche - *Piano Sanitario Regionale 2007/2009 Il Governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale per la salute dei cittadini marchigiani*, 2007.
- [7] C.-S. Bocconi, «Rapporto OASI 2017 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano,» *collana Cergas*, 2017.
- [8] decreto legge Presidenza del Consiglio,  *misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*, 19/05/2020.
- [9] Presidenza della Repubblica Italiana, «Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana,» 10 agosto 2020. [Online]. Available: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/09/06/000G0299/sg>. [Consultato il giorno 3 luglio 2022].
- [10] B. Mangiacavalli, Interviewee, *Il ruolo dell'infermiere nel PNRR: al centro della sanità*. [Intervista]. 13 settembre 2021.
- [11] Consiglio dei Ministri, «DM 71 Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale,» 2022.
- [12] G.Rocco, *Infermiere di Famiglia e Comunità - Propost di policy per un nuovo welfare*, Franco Angeli, 2017.
- [13] FNOPI, «Position Statement L'infermiere di famiglia,» *E-book FNOPI - Empowering*, 2020.
- [14] Regione Toscana, «Agenzia di Continuità ospedale-territorio: indirizzi per la costituzione nelle Zone/Distretto. Individuazione delle azioni di rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio,» 12 7 2016. [Online]. Available: <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2016DG00000000849>. [Consultato il giorno 3 7 2022].

- [15 W.Orlandi, «Il nuovo Piano Sanitario dell'Umbria: è l'integrazione il driver per l'innovazione dei servizi,» 2019.
- [16 Regione Veneto, «DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 463 del 19 aprile 2016 - Progetto formativo di alto livello per Responsabili della Centrale Operativa Territoriale,» 13 5 2016. [Online]. Available: <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=320993>. [Consultato il giorno 3 7 2022].
- [17 ISTAT Regione Marche, «la longevità nelle Marche,» 2021.
- [18 Regione Marche, «Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale,» 2003.
- [19 Agenzia Regionale Sanitaria, L'organizzazione dei Servizi Sanitari e Sociali Territoriali nella Regione Marche, 2018.
- [20 Ministero della Salute, «rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (dati SDO 2013),» 2013.
- [21 Regione Marche, adeguamento delle Case della Salute tipo C ridefinite Ospedali di Comunità, 22/02/2016.
- [22 ASP – AMBITO 9, «Carta dei servizi generale,» 2021.
- [23 II Conferenza Nazionale sull'Assistenza Primaria, «dall'offerta di servizi all'iniziativa,» Roma, 2017.
- [24 F.Castelli, Problem solving efficace: i tre passi e gli strumenti giusti per risolvere i problemi ed evitare sprechi di tempo e denaro, Independently published, 2019.