



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Impatto delle centrali operative territoriali (COT)
nell'azienda sanitaria territoriale Pesaro-Urbino: analisi
quali-quantitativa a un anno dall'implementazione**

**Impact of Territorial Operations Centers (COT) in the
Pesaro-Urbino Territorial Health Authority: qualitative and
quantitative analysis one year after implementation**

Relatore:
Dott. Stefania Rasori

Tesi di Laurea di:
Sergiu Covalcic

A.A. 2024/2025

1. INTRODUZIONE.....	1
1.1 Il quadro normativo di riferimento: Decreto Ministeriale (DM) 77/2022, PNRR missione 6 e Piano Nazionale Cronicità	3
1.2 Le Centrali Operative Territoriali e le loro funzioni.....	5
1.3 La rete dei servizi territoriali connessi alle COT.....	7
1.4 Implementazione delle COT nella provincia di Pesaro-Urbino: specificità territoriali e demografiche	10
1.5 Bisogni emergenti della popolazione e rilevanza dello studio.....	14
2. OBIETTIVO.....	16
3. MATERIALI E METODI.....	17
3.1 Ricerca bibliografica e banche dati consultate	18
3.2 Procedure di raccolta dati e canale di somministrazione	19
3.3 Analisi dei dati.....	21
4. RISULTATI	22
4.1 Miglioramento del coordinamento e della continuità assistenziale	22
4.2 Criticità comunicative e consapevolezza ancora parziale del servizio	28
4.3 Innovazione tecnologica, limiti digitali e prospettive di telemedicina	30
4.4 Risorse umane, dotazione strutturale e limiti organizzativi.....	31
4.5 Processi organizzativi, protocolli e indicatori di performance	32
4.6 Lettura integrata dei risultati.....	33
5. DISCUSSIONE	34
6. CONCLUSIONI.....	39
7. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA.....	41
8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	43

1. INTRODUZIONE

Con la pandemia causata dal SARS-CoV-2 si sono esplicitati certi limiti di un sistema sanitario fortemente centrato sull'ospedale, ciò ha portato nuovamente al centro del dibattito la necessità di rafforzare l'assistenza territoriale e di garantire maggiore continuità assistenziale (Frisicale et al., 2023; Cinelli & Fattore, 2024). E con questo, diverse criticità nella gestione dei pazienti fragili, cronici e non autosufficienti nelle fasi di transizione tra ospedale e domicilio, sono affiorate alla coscienza collettiva (Taddeini et al., 2025; Gabrielli et al., 2024).

Nel 2021, nell'ambito del programma europeo Next Generation EU sovviene il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che si uniforma come principale strumento di investimento e riforma del sistema sanitario italiano nel periodo post-pandemico (Governo italiano, 2021). Tra i diversi obiettivi figura La Missione 6 Salute. Questa prevede, con uno stanziamento di 7 miliardi di euro, un ampio programma di riorganizzazione dell'assistenza territoriale proponendosi un potenziale miglioramento con la formazione di "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2024; AGENAS, 2022; Ministero della Salute, 2022).

Con il decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, il Ministero della Salute definisce i modelli organizzativi e standard strutturali per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale andando a ricalcare gli obiettivi del PNRR (Ministero della Salute, 2022).

Questo stabilisce inoltre criteri qualitativi e quantitativi per la realizzazione di una nuova rete dei servizi territoriali. In tale modello, infatti, il distretto socio-sanitario assume un ruolo cruciale, con la funzione di garantire un miglioramento della continuità assistenziale ed una visione coordinata del percorso di un singolo individuo (Ministero della Salute, 2022; Consiglio di Stato, 2022).

Tra i nuovi servizi istituiti dal decreto compaiono le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali (COT) e la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità. Questi strumenti favoriscono l'integrazione

tra assistenza ospedaliera e territoriale. E se implementati correttamente, possono intercettare precocemente i bisogni assistenziali e migliorare la presa in carico delle persone con patologie croniche (AGENAS, 2022; Taddeini et al., 2025). In questo nuovo panorama le COT sono state concepite come strutture di coordinamento in grado di facilitare la comunicazione tra professionisti e servizi, come stazioni di monitoraggio dei percorsi tra i diversi setting assistenziali (Frisicale et al., 2023; Wiedermann et al., 2024).

Se si vuole quindi contestualizzare la manovra svolta dal governo, la si può razionalizzare come uno *shift* da una prospettiva più ospedale-centrica ad una più attenta alle necessità del territorio.

Tale trasformazione mira ad un potenziale accorciamento delle distanze tra i bisogni di una popolazione che sta invecchiando, e che perciò accusa sempre in numero maggiore sulla propria salute il peso della fragilità e della cronicità. (Piano Nazionale della Cronicità, 2022; Osservasalute, 2025).

1.1 Il quadro normativo di riferimento: Decreto Ministeriale (DM) 77/2022, PNRR missione 6 e Piano Nazionale Cronicità

Il Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 stabilisce parametri quantitativi e organizzativi per i principali presidi territoriali quali Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali, con l'obiettivo di garantire una distribuzione omogenea dei servizi sul territorio nazionale. Quindi questo si può interpretare come il riferimento principe della riforma dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (Ministero della Salute, 2022).

Soffermandosi sulla Centrale Operativa Territoriale, il ministero ha stabilito la costruzione di queste secondo il rapporto 1: 100.000 abitanti o per distretto sanitario con bacino di popolazione equivalente (Camera dei Deputati, 2023; Ministero della Salute, 2022).

E parallelamente, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza costituisce lo strumento finanziario che sostiene l'attuazione della riforma (Governo italiano, 2021). Tra i target principali figurano la creazione di oltre 1.300 Case della Comunità, circa 600 Centrali Operative Territoriali e oltre 400 Ospedali di Comunità sul territorio italiano (Camera dei deputati, 2023; Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2024). L'attuazione di tali interventi è affidata alle Regioni, che attraverso il Piano Socio-Sanitario Regionale di ciascuna di queste ed i Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) con il Ministero della Salute, definiscono le modalità di implementazione su ciascuna regione (Camera dei Deputati, 2023; Regione Marche, 2023).

Tra le normative si aggiunge anche il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), un modello assistenziale che porta alla promozione della presa in carico proattiva e delle persone con patologie croniche sul territorio (Ministero della Salute, 2022). Accentuando i divari in termini di bisogni di salute della popolazione attraverso una sua più accurata stratificazione. Delineando quindi un occhio di riguardo sulla cronicità. Di fatto l'aumento delle patologie croniche è una delle sfide più pressanti

di ciascun sistema sanitario moderno occidentale (Osservasalute, 2023; Osservasalute, 2025).

La riorganizzazione definita dal ministero mira, in sintesi, a promuovere modelli assistenziali orientati alla prossimità, alla continuità delle cure e alla gestione integrata della cronicità. All'interno dei quali le Centrali Operative Territoriali assumono il ruolo di una cabina di regia virtuale e fisica sul percorso che un individuo percorre all'interno del sistema (Taddeini et al., 2025; Wiedermann et al., 2024).

1.2 Le Centrali Operative Territoriali e le loro funzioni

Le COT, secondo il DM 77, sono unità organizzative operative sette giorni su sette, con la funzione di coordinare la presa in carico delle persone e di raccordare i servizi e i professionisti coinvolti (Ministero della Salute, 2022; Regione Marche, 2024). In questo senso la COT può essere considerata una vera e propria “cabina di regia” del Distretto, capace di mettere in collegamento l’ospedale con il territorio, la rete dell’emergenza-urgenza con i servizi domiciliari e i medici di medicina generale con i servizi specialistici (AGENAS, 2022; Taddeini et al., 2025).

Le COT hanno in pratica il compito di monitorare e tracciare i processi di transizione dei pazienti tra i diversi livelli di assistenza, attivando se necessario le risorse disponibili sul territorio. Un esempio tipico riguarda la gestione delle dimissioni ospedaliere protette: in caso di dimissione dall’ospedale di un paziente fragile, la COT riceve la segnalazione dall’ospedale e coordina i servizi territoriali necessari, come assistenza domiciliare integrata (ADI), interventi infermieristici di comunità, fornitura di ausili o supporti socioassistenziali tramite i servizi comunali. Tutto ciò attraverso il Sistema Informativo per la Rete del Territorio (SIRTE), che supporta la gestione e il monitoraggio dei percorsi assistenziali territoriali, favorendo lo scambio di informazioni tra COT e servizi della rete.

Dal punto di vista operativo, l’attivazione della COT avviene generalmente tramite i professionisti sanitari coinvolti nel percorso di cura. Tra queste raffigurano medici di medicina generale, infermieri di comunità e dimissioni protette. Il cittadino non accede direttamente alla COT, ma beneficia del coordinamento che essa garantisce tra i diversi servizi.

Per garantirne il funzionamento la normativa ha predisposto che ogni COT distrettuale sia composta da coordinatore infermieristico, affiancato da infermieri dedicati e da personale amministrativo di supporto (Ministero della Salute, 2022; AGENAS, 2022).

la mission delle COT si può condensare come funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra i professionisti e i diversi setting assistenziali (Ministero della Salute, 2025). In questo modello organizzativo, la COT contribuisce a creare una rete assistenziale intorno al paziente. In cui il percorso di cura può essere visualizzato e condiviso tra tutti coloro che entrano nel mondo della persona afferente al SSN (Frisicale et al., 2023; Wiedermann et al., 2024). Le COT intervenendo quindi su punti critici riguardanti la continuità delle cure e si può descrivere come una regia attiva dei percorsi assistenziali, avvalentesi di strumenti digitali e sistemi informativi condivisi, come il Fascicolo Sanitario Elettronico, il SIRTE e in certi contesti di piattaforme di telemedicina (Wiedermann et al., 2024; Regione Marche, 2024).

1.3 La rete dei servizi territoriali connessi alle COT

All'interno della rete dei servizi territoriali prevista dal DM 77/2022 il valore delle COT, come accennato, non risiede nell'erogazione diretta di prestazioni, ma nella capacità di coordinare i nodi del territorio, garantendo una maggiore tempestività della presa in carico (Regione Marche, 2024; Taddeini et al., 2025).

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

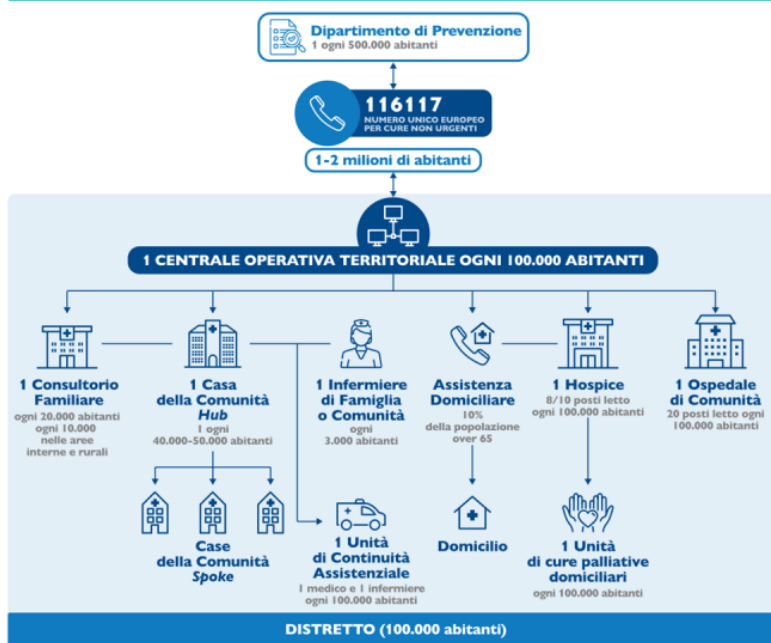


Figura 1. Illustrazione schematica dell'organizzazione del Distretto e delle relazioni tra la CdC, OdC e COT (Agenas, "I Quaderni" 2022, supplemento alla rivista semestrale Monitor. Pag 26).

Tra i punti di contatto che la COT ha nel sistema figurano:

Punti Unici di Accesso (PUA) e Unità di Valutazione Integrata (UVI): i PUA rappresentano la porta di ingresso unitaria ai servizi territoriali, mentre l'UVI consente la definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato nei casi complessi seguendo parametri delineati da scale di valutazione multidimensionale. La COT in questo caso si inserisce come intermediario in azioni quali dimissioni protette (3 dei Deputati, 2023; Regione Marche, 2024).

Casa della Comunità (CdC): rappresenta il principale presidio territoriale di prossimità e il punto di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per la popolazione di riferimento. Il DM 77 la identifica come struttura nella quale operano équipe multiprofessionali e nelle quali trovano spazio anche i Punti Unici di Accesso (PUA). Andando quindi a occuparsi di orientamento, accoglienza e primo raccordo per i bisogni della persona. Contestualmente la COT facilita la comunicazione che questa ha con le altre parti del sistema (Ministero della Salute, 2025; Camera dei deputati, 2023).

Ospedali di Comunità (OdC): sono strutture intermedie destinate a pazienti che non necessitano di ricovero per acuti ma che non possono ancora essere assistiti adeguatamente al domicilio. In questo caso la COT ha il compito di facilitare l’invio appropriato dei pazienti, monitorare i posti disponibili e coordinare sia l’ingresso sia la dimissione verso il territorio o il domicilio, mantenendo il collegamento con il medico di medicina generale (Ministero della Salute, 2025; Regione Marche, 2024).

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD): L’ADI riguarda le prestazioni sanitarie domiciliari erogate dal distretto, mentre il SAD fa riferimento agli interventi di supporto sociale attivati dai Comuni. La COT interviene nel coordinamento di questi servizi, facilitando l’attivazione delle cure domiciliari, in coerenza con l’obiettivo nazionale di potenziamento dell’assistenza domiciliare previsto dal PNRR (Ministero della Salute, 2022; Regione Marche, 2024; AGENAS, 2022).

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP): rappresentano le forme organizzative della medicina generale e delle cure primarie. In rapporto a esse, la COT svolge una funzione di raccordo informativo e operativo. Si occupa inoltre della segnalazione di situazioni critiche e l’attivazione di risorse territoriali aggiuntive quando il solo intervento del medico di medicina generale non è sufficiente (Regione Marche, 2024; Ministero della Salute, 2022).

In questo sistema si inseriscono inoltre altre figure, quali l’Infermiere di Famiglia o di Comunità, che insieme ad un medico del settore costituiscono un Unità di Continuità Assistenziale, il consultorio familiare, l’hospice e l’unità di cure

palliative domiciliari. Agenti del sistema che contribuiscono alla presa in carico di prossimità e alla gestione delle situazioni a maggiore complessità clinico-assistenziale (AGENAS, 2022). La COT favorisce quindi, nel contesto descritto, una risposta integrata ai bisogni dell'utente e rafforza la continuità connettendo le diverse parti piuttosto che sostituirsi a queste (Frisicale et al., 2023; Wiedermann et al., 2024).

1.4 Implementazione delle COT nella provincia di Pesaro-Urbino: specificità territoriali e demografiche

Il contesto su cui si inserisce lo studio è quello della provincia di Pesaro e Urbino. L'Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro e Urbino (AST PU) è articolata in tre Distretti sociosanitari, corrispondenti alle aree di Pesaro, Fano e Urbino-Alto Metauro.

In ciascun distretto è stata instaurata una Centrale Operativa Territoriale distrettuale seguendo le direttive del DM 77/2022, quindi 1 ogni 100.000 abitanti (Ministero della Salute, 2022; Regione Marche, 2024). Nello specifico, le COT dell'AST Pesaro-Urbino risultano, attraverso la Delibera di Giunta Regionale (DGR) n. 858 del 4 giugno 2024, queste sono attive sul territorio Marchigiano dal luglio 2024. Nel contesto le COT distrettuali operano con orario di 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana e sono in stretto collegamento con la COT regionale di Ancona (Regione Marche, 2024). L'organico all'intero di ciascuna struttura è rappresentato da: un coordinatore infermieristico, infermieri dedicati e personale amministrativo di supporto. Figure che esplicano i propri ruoli sotto la supervisione del Direttore di Distretto (Ministero della Salute, 2022; Regione Marche, 2024; AGENAS, 2022).

Delineando con più cura anche il contesto geografico e demografico: la provincia di Pesaro e Urbino presenta un territorio esteso, pari a 2.511 km², caratterizzato da una notevole eterogeneità geografica. Accanto alla fascia costiera adriatica, dove si concentrano i principali centri urbani come Pesaro e Fano, sono presenti ampie aree collinari e montane interne, comprendenti l'Alto Metauro e il Montefeltro, nelle quali la popolazione risulta maggiormente dispersa e i collegamenti con i servizi più complessi (Provincia di Pesaro e Urbino, 2025).

La provincia conta 50 comuni, di cui 34 con meno di 5.000 abitanti, pari al 68% del totale, ma tali comuni raccolgono solo il 19,2% della popolazione residente. Questo porta a pensare a questa come un'evidenza di frammentazione insediativa tra comuni con una densità di popolazione più elevata di altri (Provincia di Pesaro e Urbino, 2025; ISTAT, 2025).

La densità media nella provincia è di circa 139 abitanti per km² e negli ultimi anni si osserva un lieve ma costante calo della popolazione, passata da 364.385 residenti al 1° gennaio 2013 a 349.798 al 1° gennaio 2025, con una tendenza allo spopolamento delle aree interne in favore di una maggiore concentrazione lungo la costa; che si configura, ad esempio, con una densità di popolazione pari a 751 abitanti/km² nel comune di Pesaro e di circa 65 abitanti/km² in quello di Urbino (Provincia di Pesaro e Urbino, 2025; Tuttitalia, 2025; ISTAT, 2025).

Dal punto di vista demografico la provincia mostra inoltre un progressivo invecchiamento della popolazione, coerente con il quadro regionale e nazionale. L'età media è infatti di 47,6 anni e la quota di popolazione over 65 raggiunge il 25,7% (ISTAT, 2025; Tuttitalia, 2025; Ministero della Salute, 2022). Per di più l'indice di vecchiaia ha raggiunto nel 2025 il valore di 224,7%, indicando che la popolazione ultrasessantacinquenne ha raggiunto il 24,7%. (ISTAT, 2025; Tuttitalia, 2025; Urbistat, 2025).

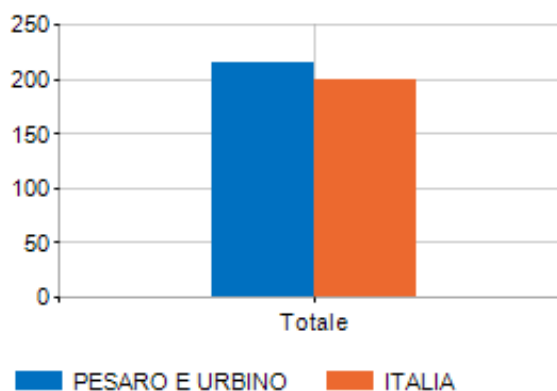


Grafico 1. Indice di vecchiaia Provincia Pesaro e Urbino 2025 (Istat, 2025; Urbistat, 2025).

A questo si aggiunge l'aumento della popolazione ultra ottantacinquenne, più frequentemente esposta a condizioni di fragilità, di non autosufficienza e di multi morbidità. Questo in un panorama provinciale e nazionale segnato dalla contemporanea riduzione della popolazione in età attiva e da una progressiva

contrazione della rete familiare di supporto. La solitudine e la mancanza di una rete sociale influiscono infatti sul fenomeno tanto più presente della vulnerabilità abitativa, che si manifesta in persone anziane più di altre sfere demografiche (Ciommi et al., 2025).

Dato verificabile anche attraverso dai ISTAT della provincia, in particolare la tendenza del n° componenti della famiglia (ISTAT, 2025; Urbistat, 2025)

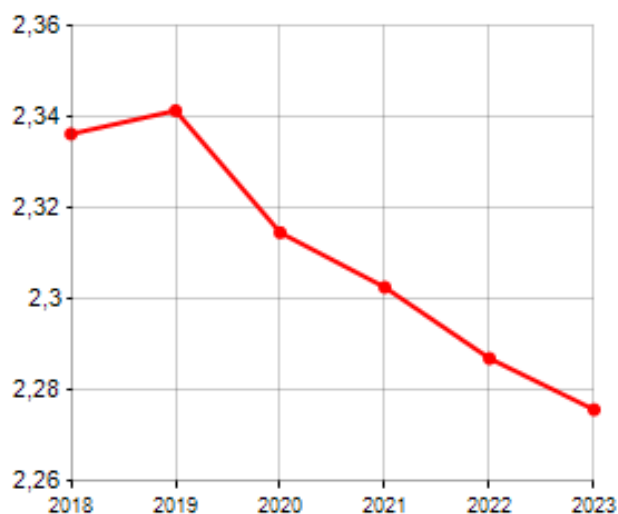


Grafico 2. Trend n° componenti della famiglia (ISTAT, 2025; Urbistat, 2025)

La speranza di vita alla nascita rimane elevata, pari a 84,4 anni per gli uomini e 86,3 per le donne, confermando una prospettiva di lunga sopravvivenza. Che va di pari passo con una crescente domanda di assistenza territoriale a lungo termine (Provincia di Pesaro e Urbino, 2025; Osservasalute, 2025).

Il rischio in tali osservazioni è quello di percorsi discontinui, con ritardi nell'attivazione dei servizi o sovrapposizioni tra diversi attori assistenziali. E in questo contesto, il modello organizzativo adottato nella Regione Marche, che collega le COT ai PUA, alle UVI e agli altri nodi della rete territoriale, mira proprio ad una eventuale riduzione di tali criticità. (Regione Marche, 2024; Gabrielli et al., 2024; Taddeini et al., 2025).

La funzione di coordinamento, infatti, in un territorio definibile come ampio, con aree montane e rurali a bassa densità abitativa, diventa essenziale per garantire equità di accesso ai servizi e continuità assistenziale. Nelle zone interne la presenza delle COT può difatti contribuire a rendere più efficace l'attivazione dei servizi domiciliari; così come il raccordo con i medici di medicina generale, l'utilizzo della telemedicina e l'invio appropriato verso i servizi distrettuali o ospedalieri (AGENAS, 2022; Wiedermann et al., 2024).

Simultaneamente, l'elevata prevalenza di anziani e di persone con patologie croniche o multiple favorisce di una più attiva ed integrata presa in carico. Particolarmente nei casi di dimissione protetta, non autosufficienza e fragilità familiare (Campedelli M, 2019).

Le COT quindi, orientandosi alla prevenzione dei ricoveri evitabili e al supporto continuativo al domicilio e adattando il coordinamento dei percorsi assistenziali alle diverse condizioni locali., avanzerebbero gli obiettivi del Piano Nazionale della Cronicità e della riforma territoriale (Ministero della Salute, 2022; Osservasalute, 2023; Cinelli & Fattore, 2024).

Nei piccoli comuni montani possono risultare centrali il collegamento con i medici di medicina generale, con gli infermieri di famiglia e con i servizi sociali di comunità, mentre nelle aree urbane costiere può assumere maggiore importanza il raccordo tra ospedale, servizi territoriali e presa in carico post-dimissione.

In entrambi i casi, la presenza di una funzione centrale di coordinamento può avere un impatto favorevole alla risposta assistenziale (Frisicale et al., 2023; Regione Marche, 2024).

1.5 Bisogni emergenti della popolazione e rilevanza dello studio

Nel contesto delineato nei paragrafi precedenti, i bisogni emergenti della popolazione evidenziano con chiarezza la necessità di modelli assistenziali territoriali capaci di garantire una risposta in termini di continuità. La crescita della fragilità sociale e sanitaria e la maggiore complessità dei percorsi di cura rendono invece sempre meno adeguato un modello di assistenza frammentato tra i servizi ed i professionisti che vi partecipano (Ministero della Salute, 2022; Osservasalute, 2023; Osservasalute, 2025).

La popolazione di riferimento richiede una presa in carico continuativa e multidimensionale. In grado di integrare interventi sanitari, sociosanitari e sociali e di accompagnare il paziente lungo tutto il percorso assistenziale. Evitando ritardi ingiustificati (Gabrielli et al., 2024; Cinelli & Fattore, 2024). In questa prospettiva emerge il bisogno di un modello organizzativo che non si limiti a rispondere agli eventi acuti, ma che sia capace di governare nel tempo la complessità assistenziale (Ministero della Salute, 2022; Taddeini et al., 2025).

Accanto a tali bisogni, assumono particolare rilievo anche le disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi (Viñuela et al., 2025). In contesti caratterizzati da dispersione abitativa, aree interne, difficoltà logistiche e progressivo spopolamento, come parte del territorio della provincia di Pesaro e Urbino, il bisogno di prossimità assume un significato ancora più concreto: non soltanto disponibilità di servizi, ma capacità del sistema di raggiungere le persone nei luoghi di vita, soprattutto quando fragilità clinica, età avanzata o condizioni sociali limitano la possibilità di spostamento (Ministero della Salute, 2022; Wiedermann et al., 2024).

Un ulteriore bisogno critico riguarda la continuità delle cure nei momenti di transizione assistenziale. I passaggi dall'ospedale al domicilio, dalle strutture per acuti ai servizi territoriali o ai setting intermedi, così come il trasferimento tra differenti servizi territoriali, rappresentano fasi ad alto rischio di frammentazione, soprattutto per i pazienti fragili e complessi. Che necessitano quindi di modelli più sensibili (Frisicale et al., 2023; Regione Marche, 2024; Regione Marche, 2023).

È proprio in questi snodi che le Centrali Operative Territoriali assumono una funzione strategica. Sono elementi che hanno la virtù di un possibile collante tra le componenti del sistema e sono state di fatto progettate per coordinare e rendere più sicuri i processi di transizione. (Ministero della Salute, 2022; AGENAS, 2022; Taddeini et al., 2025; Regione Marche 2023).

Il rafforzamento della rete territoriale risponde anche alla necessità di utilizzare in modo più razionale le risorse disponibili, riducendo ricoveri evitabili, accessi impropri ai pronto soccorso, sovrapposizioni tra interventi e dispersione delle informazioni cliniche e assistenziali. Uno spreco che si configura in 6 miliardi di euro nel territorio italiano per quanto riguarda I ricoveri impropri nel 2024 (Cinelli & Fattore, 2024; AGENAS, 2024; ANSA, 2024).

All'interno di questo quadro risulta quindi rilevante osservare l'impatto che la COT ha avuto sul contesto Pesarese ed Urbinate. Una valutazione condotta in questa fase consente non solo di rilevare eventuali primi effetti organizzativi, ma anche di individuare criticità e margini di miglioramento. Offrendo indicazioni potenzialmente utili per il consolidamento del modello nel contesto locale e, più in generale, nell'ambito della riforma dell'assistenza territoriale.

Lo studio mira quindi ad analizzare l'impatto delle Centrali Operative Territoriali nell'AST Pesaro-Urbino a un anno dalla loro attivazione, con particolare attenzione alla dimensione organizzativa, al coordinamento tra servizi e alla risposta ai bisogni assistenziali del territorio. La scelta di indagare questa esperienza nasce dalla rilevanza del contesto locale, caratterizzato da invecchiamento demografico, dispersione territoriale e crescente complessità della domanda di salute. Ma anche dal valore che una valutazione precoce di queste strutture avrebbe la possibilità di assumere come contributo conoscitivo per il consolidamento del modello COT.

2. OBIETTIVO

Il presente studio si propone di valutare l'impatto dell'introduzione delle Centrali Operative Territoriali (COT) nell'Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro-Urbino a un anno dalla loro implementazione, nel contesto della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77/2022 e sostenuta dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Specificatamente, l'analisi si concentra sui percorsi assistenziali delle persone fragili e con patologie croniche seguite nel territorio dell'AST, confrontando la gestione dei processi di presa in carico e delle transizioni assistenziali prima e dopo l'attivazione delle COT.

Lo studio mira a verificare e sottolineare in che misura l'introduzione di questo modello organizzativo abbia contribuito a migliorare o meno la continuità assistenziale tra ospedale e territorio ed il coordinamento tra i diversi servizi coinvolti nella gestione dei pazienti al fine di individuare elementi di miglioramento, criticità e possibili ambiti di sviluppo del modello COT nel contesto dell'AST Pesaro-Urbino.

3. MATERIALI E METODI

Lo studio è stato impostato come una valutazione integrata quali-quantitativa finalizzata ad analizzare l'impatto delle Centrali Operative Territoriali nell'Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro-Urbino a circa un anno dalla loro implementazione. L'approccio metodologico adottato ha combinato una dimensione qualitativa orientata all'esplorazione delle percezioni e delle esperienze operative dei professionisti coinvolti nei percorsi di continuità assistenziale, e una dimensione quantitativa, basata sull'analisi di indicatori di attività e di transizione assistenziale rilevati presso le COT dei distretti di Pesaro e Urbino.

Questa integrazione metodologica è stata scelta per consentire una valutazione più completa del fenomeno studiato. Da un lato, l'analisi qualitativa ha permesso di raccogliere informazioni approfondite sul funzionamento operativo delle COT. Dall'altro, l'analisi quantitativa ha consentito di osservare eventuali variazioni nei principali indicatori organizzativi e assistenziali nel periodo successivo all'introduzione delle COT nel territorio della provincia di Pesaro-Urbino.

Per la componente qualitativa, la popolazione di interesse è stata costituita da professionisti coinvolti nei processi di continuità assistenziale e nelle transizioni ospedale-territorio, tra cui personale afferente alle COT, figure di coordinamento infermieristico e operatori impegnati nei percorsi di dimissione protetta e presa in carico territoriale. Per la componente quantitativa invece, l'unità di analisi è rappresentata dagli indicatori di attività e dalle informazioni relative alle transizioni assistenziali registrate dalle COT di Pesaro e Urbino.

Al fine di strutturare in modo più chiaro il quesito di ricerca e orientare la raccolta e l'analisi dei dati, lo studio è stato inoltre concettualmente inquadrato secondo il modello PICO.

P (Population): pazienti fragili, cronici o con bisogni assistenziali complessi seguiti nei percorsi di transizione ospedale–territorio nell’ambito dell’AST Pesaro-Urbino, nonché i professionisti sanitari coinvolti nella gestione di tali percorsi assistenziali.

I (Intervention): introduzione e implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) come struttura di coordinamento.

C (Comparison): confronto temporale tra il periodo antecedente all’implementazione delle COT e il periodo successivo alla loro attivazione, con riferimento agli indicatori organizzativi e assistenziali disponibili. Così come le percezioni degli operatori in contatto con le centrali.

O (Outcome): variazioni nella continuità assistenziale, nel coordinamento tra servizi e negli indicatori di attività relativi alle transizioni ospedale-territorio e alla presa in carico dei pazienti fragili.

3.1 Ricerca bibliografica e banche dati consultate

Per l’inquadramento teorico e normativo dello studio è stata condotta una ricerca bibliografica mirata nelle principali banche dati scientifiche e nei portali istituzionali dedicati alla sanità pubblica e all’organizzazione dei servizi sanitari.

Andando nei dettagli, la ricerca è stata effettuata nelle banche dati PubMed/MEDLINE, Scopus e Google Scholar, al fine di individuare articoli scientifici peer-reviewed relativi all’organizzazione dell’assistenza territoriale, alle Centrali Operative Territoriali (COT) e alla continuità assistenziale.

La ricerca è stata integrata con la consultazione di fonti istituzionali e documenti normativi, tra cui il sito del Ministero della Salute, dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e della Regione Marche, dai quali sono stati reperiti documenti ufficiali, linee guida e report di monitoraggio relativi all’implementazione del modello di assistenza territoriale.

Sono stati inoltre consultati rapporti e pubblicazioni di carattere epidemiologico e organizzativo, tra cui i report dell’Osservatorio Nazionale sulla Salute e dati ISTAT.

3.2 Procedure di raccolta dati e canale di somministrazione

La raccolta dei dati qualitativi è stata effettuata tramite la somministrazione di un questionario di domande aperte, strutturato come breve intervista scritta.

Le domande in questione sono state 3, formulate in modo uniforme per garantire comparabilità tra i rispondenti.

Le domande erano focalizzate su tre dimensioni principali:

- l'impatto operativo della COT e il suo contributo alla continuità assistenziale;
- le criticità organizzative o operative osservate nella fase di implementazione;
- le possibili prospettive di sviluppo futuro del modello organizzativo.

Parallelamente, per valutare il grado di conoscenza e la percezione delle COT da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG), è stato predisposto un secondo questionario strutturato rivolto ai medici appartenenti alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Questo strumento è stato formulato in base a sette domande a risposta chiusa organizzate secondo una scala Likert.

Il questionario strutturato è stato progettato per rilevare in modo standardizzato diversi aspetti relativi al funzionamento delle COT, tra cui: l'utilità percepita del servizio, l'accessibilità, la tempestività di risposta, la collaborazione interprofessionale, il contributo alla continuità assistenziale e l'adeguatezza della risposta ai bisogni assistenziali dei pazienti.

La somministrazione dei questionari e la raccolta delle risposte sono avvenute tramite posta elettronica (e-mail), utilizzata sia per l'invio degli strumenti di rilevazione sia per la restituzione delle compilazioni.

L'utilizzo di questo canale ha inoltre consentito di facilitare la partecipazione dei professionisti coinvolti e di garantire la tracciabilità della corrispondenza.

Per quanto riguarda la componente quantitativa dello studio, i dati sono stati raccolti tramite contatto diretto con le COT dei distretti di Pesaro e Urbino. Gli operatori delle centrali hanno fornito indicatori di attività e informazioni relative alle principali dinamiche assistenziali registrate nei rispettivi servizi. Tali dati sono stati

utilizzati per costruire un dataset comparativo finalizzato a osservare eventuali variazioni nel periodo successivo all'attivazione delle COT.

Tutti i dati quantitativi raccolti sono stati registrati e riorganizzati in fogli elettronici al fine di consentire una gestione sistematica delle informazioni.

Le domande utilizzate nelle interviste ed il questionario riferito ai MMG è visualizzabile negli allegati.

Gli strumenti prevedono la raccolta di informazioni nel rispetto della riservatezza e della normativa vigente sulla protezione dei dati personali; per il questionario è stata predisposta una specifica informativa privacy e l'impostazione della raccolta è stata orientata alla minimizzazione dei dati identificativi.

3.3 Analisi dei dati

L'analisi qualitativa delle risposte alle domande aperte è stata condotta seguendo un approccio di tipo induttivo ispirato parzialmente alla Grounded Theory, che consente di sviluppare categorie interpretative direttamente a partire dai dati empirici senza l'applicazione di schemi analitici predefiniti (Chun Tie Y et al., 2019).

Le risposte testuali raccolte sono state trascritte e utilizzate come principale focus dell'analisi. In una prima fase è stata effettuata una lettura esplorativa dei materiali al fine di acquisire familiarità con i contenuti e identificare i principali temi emergenti. Assegnandovi descrizioni generali che sono state poi confrontate.

Queste categorie emerse sono state infine integrate in temi più ampi in grado di sintetizzare i principali elementi emersi dalle narrazioni degli operatori.

Per quanto riguarda la componente quantitativa, l'analisi è stata realizzata mediante l'utilizzo del software *Microsoft Excel 2024*.

Gli indicatori quantitativi considerati nell'analisi includono:

- il numero di transizioni ospedale-territorio gestite dalle COT, con particolare riferimento alle dimissioni protette;
- il numero di attivazioni territoriali effettuate dai Medici di Medicina Generale verso diversi setting assistenziali, tra cui cure intermedie, residenze sanitarie assistenziali (RSA), interventi di riabilitazione o riattivazione domiciliare e cure palliative;
- il numero mensile di pazienti fragili o con patologie croniche presi in carico;
- le informazioni relative ai tempi di attivazione dei servizi territoriali dopo la dimissione ospedaliera.

Il confronto tra gli indicatori è stato impostato tra periodi temporali omologhi degli anni 2024 e 2025. Sono stati analizzati i dati relativi al periodo compreso tra marzo e maggio 2024, considerato rappresentativo della fase antecedente all'implementazione delle centrali nella provincia, e quelli relativi al periodo omologo tra marzo e maggio 2025, successivo alla loro attivazione nei distretti di Pesaro e Urbino.

4. RISULTATI

Le interviste condotte con infermieri, coordinatori e personale coinvolto nei percorsi di dimissione protetta delle Centrali Operative Territoriali (COT) di Pesaro e Urbino sono state analizzate mediante approccio qualitativo induttivo. Infatti, dall'analisi delle trascrizioni sono emerse categorie tematiche ricorrenti.

Al fine di trovare possibili correlazioni con indicatori prettamente quantitativi, l'analisi qualitativa è stata integrata con una lettura descrittiva degli indicatori quantitativi disponibili. L'esposizione dei risultati è formulata su 5 macroaree che riprendono i temi principali dell'analisi qualitativa.

4.1 Miglioramento del coordinamento e della continuità assistenziale

Tra i temi apparsi più frequentemente figura il miglioramento del coordinamento tra i servizi e il rafforzamento della continuità assistenziale. La COT è stata frequentemente descritta come una “cabina di regia” in grado di offrire un possibile punto unico di riferimento per il raccordo all'interno del sistema. Gli operatori hanno sottolineato come la presenza di un interlocutore unico renda più chiaro il passaggio delle informazioni.

All'interno di questa categoria sono emersi con maggiore frequenza i codici relativi a: unico punto di coordinamento; integrazione tra servizi sanitari e sociali; maggiore tempestività della presa in carico e riduzione della frammentazione dei percorsi di cura.

Questo tema è risultato tra i più frequenti dell'intero corpus qualitativo, essendo stato rilevato in circa il 65% delle interviste (9 su 14) (Si veda Tabella 1 e Grafico 1)

TEMA EMERSO	NUMERO INTERVISTE	PERCENTUALE SUL TOTALE
MIGLIORAMENTO COORDINAMENTO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	9	65%
INNOVAZIONE TECNOLOGICA E TELEMEDICINA	9	65%
RISORSE UMANE E LIMITI ORGANIZZATIVI	7	50%
CRITICITÀ COMUNICATIVE E CONOSCENZA DEL SERVIZIO	6	40%
PROTOCOLLI OPERATIVI E INDICATORI DI PERFORMANCE	3	20%

Tabella 1. Distribuzione dei temi principali emersi dall'analisi qualitativa.

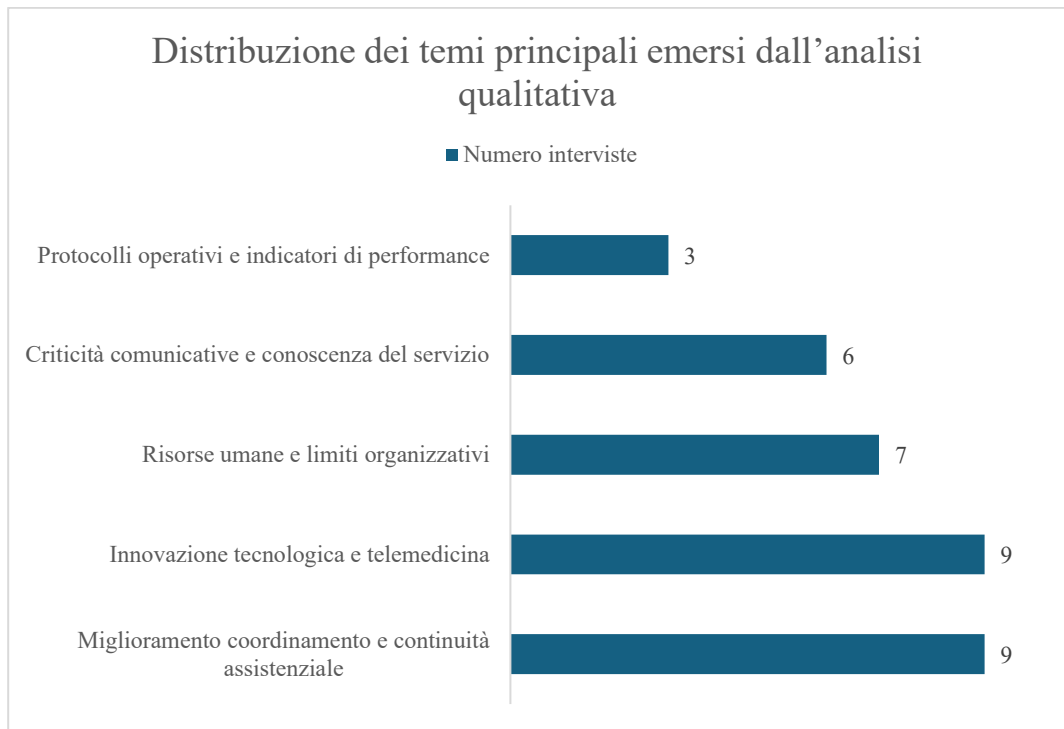


Grafico 3. Rappresentazione grafica della distribuzione dei temi principali emersi dall'analisi in base al numero di interviste contenenti il tema.

I dati quantitativi si muovono nella stessa direzione. Nel distretto di Pesaro le dimissioni protette sono aumentate da circa 690 nel periodo marzo-aprile-maggio 2024 a 710 nello stesso periodo del 2025, mentre i pazienti fragili presi in carico sono passati da 521 a 559, con una quota di pazienti fragili stabile attorno all'85% (si veda Tabella 2).

INDICATORE	2024	2025	VARIAZIONE
DIMISSIONI PROTETTE	690	710	30
PAZIENTI FRAGILI PRESI IN CARICO	521	559	38
PERCENTUALE PAZIENTI FRAGILI	85%	85%	STABILE
TEMPO MEDIO PRESA IN CARICO	<72 H	<72 H	STABILE
ATTIVAZIONI CURE INTERMEDIE (MMG)	17	19	2
ATTIVAZIONI RSA (MMG)	15	16	1
RIABILITAZIONI E RIATTIVAZIONI DOMICILIARI	185	190	5

Tabella 2. Indicatori quantitativi COT Pesaro (Marzo–Aprile–Maggio 2024 contro 2025).

Nel distretto di Urbino, le transizioni ospedale-territorio gestite dalla COT sono aumentate da 620 nel 2024 a 681 nel 2025. Il numero mensile di nuovi pazienti fragili o con cronicità presi in carico si è mantenuto stabile, nell'ordine di circa 250–300 al mese (si veda Tabella 3).

INDICATORE	2024	2025	VARIAZIONE
DIMISSIONI PROTETTE	620	681	61
PAZIENTI FRAGILI PRESI IN CARICO	250–300	250–300	STABILE
PERCENTUALE PAZIENTI FRAGILI	90,00%	90,60%	STABILE
TEMPO MEDIO PRESA IN CARICO	<72 H	<72 H	STABILE
ATTIVAZIONI CURE INTERMEDIE (MMG)	20	20	STABILE
ATTIVAZIONI RSA (MMG)	28	20	-8
RIABILITAZIONI DOMICILIARI	158	142	-16
CURE PALLIATIVE	41	42	STABILE

Tabella 3. Indicatori quantitativi COT Urbino (Marzo–Aprile–Maggio 2024 contro 2025).

In entrambi i distretti il tempo medio di presa in carico è rimasto invariato, attestandosi al di sotto delle 72 ore, come da indicazioni regionali.

Nel complesso, questi dati suggeriscono che l'introduzione delle COT abbia inciso soprattutto sulla gestione e sul coordinamento di una domanda già elevata e strutturalmente complessa, più che sull'ampliamento del bacino di utenza (si veda Grafico 2).

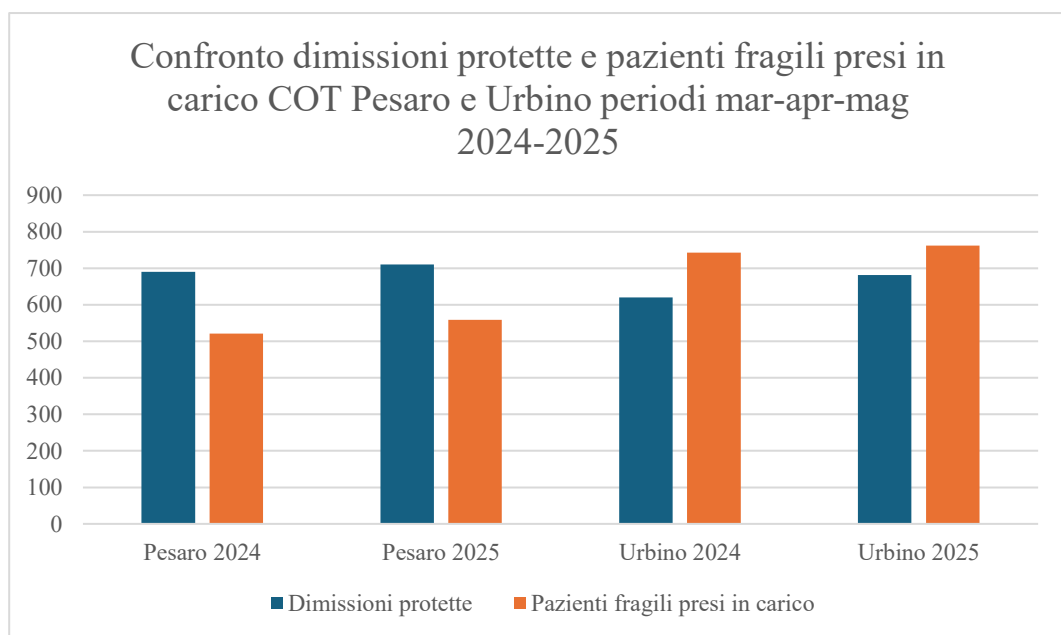


Grafico 4. Confronto dimissioni protette e pazienti fragili presi in carico COT Pesaro e Urbino periodi Mar-Apr-Mag 2024-2025.

4.2 Criticità comunicative e consapevolezza ancora parziale del servizio

Accanto agli elementi positivi, l'analisi qualitativa ha evidenziato una seconda area tematica rilevante, relativa alle criticità di comunicazione e alla non piena conoscenza del ruolo della COT da parte di alcuni professionisti e servizi.

Per altro, trattandosi di un modello organizzativo recente, diversi intervistati hanno riferito che il funzionamento della COT non risulta ancora completamente compreso da tutti gli attori coinvolti nei percorsi assistenziali.

I codici più frequentemente associati a questa categoria sono: la scarsa conoscenza del servizio, la comunicazione non sempre fluida tra COT e altri servizi, la necessità di incontri informativi e il bisogno di migliorare il coinvolgimento delle famiglie.

In alcuni casi gli operatori hanno evidenziato come la collaborazione risulti più efficace quando esistono referenti chiari e canali stabili di contatto. Come esempio l'unità delle dimissioni protette.

Mentre in altri permangono difficoltà nello scambio tempestivo delle informazioni cliniche e assistenziali.

Questa categoria è emersa in circa il 40% delle interviste (6 su 14) (si veda Grafico 1).

I dati quantitativi ne offrono una lettura indiretta. Nel distretto di Urbino, ad esempio, le attivazioni da parte dei Medici di Medicina Generale verso le Cure Intermedie sono rimaste invariate (20 nel 2024 e 20 nel 2025), mentre gli inserimenti in RSA sono diminuiti da 28 a 20 (si veda Grafico 3 e Tabella 3).

Nel distretto di Pesaro, le attivazioni verso Cure Intermedie sono passate da 17 a 19, mentre quelle verso RSA da 15 a 16 (si veda Grafico 3 e Tabella 2).

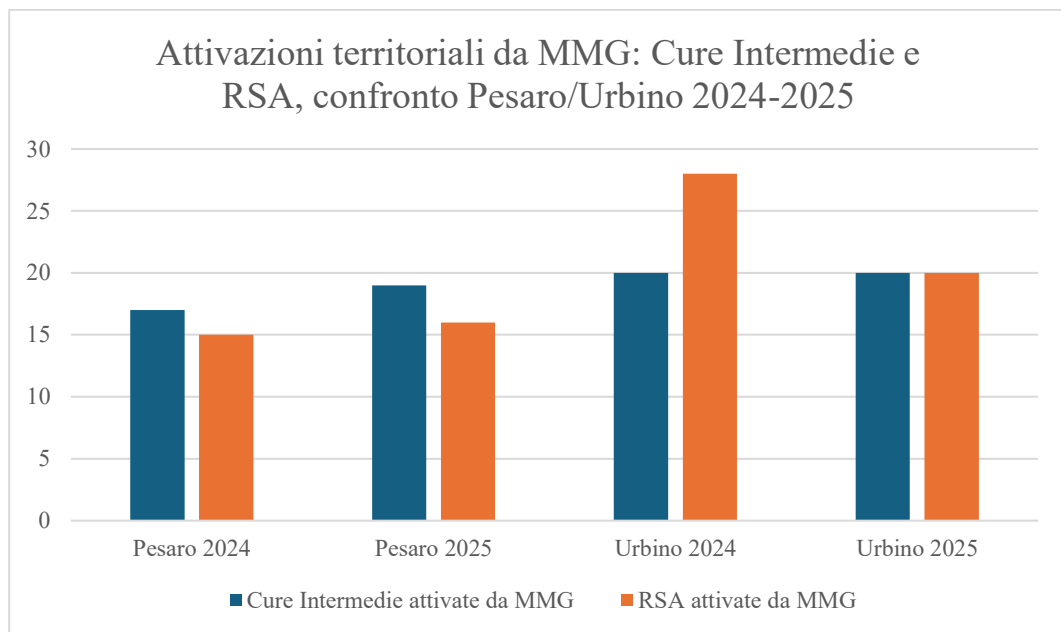


Grafico 5. Attivazioni territoriali da MMG: Cure Intermedie e RSA, confronto Pesaro/Urbino 2024-2025.

Questi dati suggeriscono una stabilità dei percorsi attivati dai MMG e indicano che la tenuta della rete continua a dipendere anche da fattori esterni alla sola organizzazione della COT.

4.3 Innovazione tecnologica, limiti digitali e prospettive di telemedicina

Un terzo nucleo tematico particolarmente rilevante riguarda la dimensione digitale. Gli operatori hanno evidenziato sia criticità attuali nei sistemi informativi sia forti aspettative rispetto allo sviluppo della telemedicina o di strumenti affini.

La COT è infatti percepita come una struttura che, per funzionare pienamente, richiede un elevato livello di interoperabilità tra le componenti con cui entra in comunicazione.

I codici emersi all'interno di questa categoria comprendono: carenza di competenze digitali, limitata interoperabilità tra piattaforme, difficoltà di accesso condiviso alle informazioni e telemedicina come opportunità di sviluppo futuro.

Il tema è stato indicato in 9 interviste su 14 (circa il 65%) (si veda Grafico 1 e tabella 1).

Questo dato è infatti spesso anche associato ad una critica del sistema utilizzato all'interno delle COT, il sistema SIRTE. In quanto questo sembra ancora non essere completo e poco intuitivo all'utilizzo.

Il riscontro quantitativo di questa dimensione è solo parziale, poiché gli indicatori raccolti non misurano direttamente l'utilizzo della telemedicina.

4.4 Risorse umane, dotazione strutturale e limiti organizzativi

Un'altra categoria rilevante riguarda le risorse umane e l'organizzazione complessiva del servizio. Gli intervistati hanno posto l'attenzione su alcuni limiti strutturali che incidono sull'efficacia operativa delle COT.

Sebbene dalle interviste emerge un sentimento tendente al positivo piuttosto che al negativo.

I codici che sono emersi in questa categoria sono: la carenza di figure professionali dedicate, la mancanza di alcune competenze specifiche, la limitata disponibilità di posti nelle strutture territoriali e la copertura oraria non ancora estesa ai festivi o all'intera settimana.

Come esempio nella COT del territorio Urbinate è emersa la mancanza di un assistente sociale dedicato, presente invece nella COT di Pesaro.

Questa categoria è stata rilevata in circa il 50% delle interviste (7 interviste su 14) (si veda Tabella e Grafico 1).

In questo caso i dati quantitativi possono fungere da elementi di contestualizzazione.

Come accennato, nel distretto di Urbino le attivazioni verso RSA si riducono da 28 a 20 e gli interventi di riabilitazione e riattivazione domiciliare passano da 158 a 142.

Le cure palliative domiciliari rimangono invece sostanzialmente stabili, passando da 41 casi complessivi nel 2024 (35 a gestione diretta + 6 tramite associazioni) a 42 nel 2025 (38 a gestione diretta + 4 tramite associazioni) (si veda Tabella 3).

Nel distretto di Pesaro, i dati mostrano un lieve incremento nelle attivazioni verso Cure Intermedie e RSA, ma senza variazioni di ampia entità (si veda Tabella 2).

4.5 Processi organizzativi, protocolli e indicatori di performance

Una categoria meno frequente, ma metodologicamente rilevante, riguarda la necessità di definire in modo più preciso protocolli operativi condivisi e indicatori di performance.

Alcuni intervistati hanno sottolineato che parte dei processi interni è ancora in fase di consolidamento.

I riferimenti espliciti a questa tematica sono emersi in circa il 20% delle interviste (3 su 14) (si veda Grafico 1 e Tabella 1).

Pur essendo meno frequente rispetto ad altri temi, questa categoria assume rilievo perché richiama la questione della valutabilità del modello. Gli operatori hanno infatti evidenziato l'assenza di indicatori condivisi per misurare in modo sistematico l'efficacia della COT, ad esempio in termini di tempi di risposta, esiti dei percorsi di dimissione protetta o qualità percepita del servizio.

La stessa impostazione quantitativa del presente studio conferma indirettamente tale criticità. Gli indicatori disponibili consentono una lettura descrittiva dei volumi di attività e delle principali transizioni assistenziali, ma non permettono ancora una valutazione completa degli outcome organizzativi e assistenziali del modello.

4.6 Lettura integrata dei risultati

L'impatto delle COT, nel primo anno di attività osservato, appare più chiaramente sul piano del miglioramento organizzativo percepito che non su una modifica sostanziale dei volumi assistenziali.

Gli operatori descrivono maggiore chiarezza nei processi di dimissione e un miglior raccordo tra ospedale e territorio; i dati quantitativi invece mostrano una sostanziale tenuta del sistema, con lievi incrementi nelle dimissioni protette e nella presa in carico dei pazienti fragili.

Nel complesso, i risultati suggeriscono che la COT abbia iniziato a produrre effetti soprattutto come dispositivo di coordinamento e ordinamento dei processi assistenziali, più che come elemento capace, nel breve periodo, di trasformare in modo marcato i volumi della domanda o dell'offerta.

La valutazione a un anno restituisce quindi non una verifica definitiva dell'efficacia delle COT, ma la fotografia di una fase iniziale in cui risultano già evidenti sia i primi punti di forza che i principali nodi da affrontare per un eventuale potenziamento del sistema del territorio dell'AST Pesaro-Urbino.

Purtroppo, il questionario dedicato ai MMG afferenti alle AFT non ha avuto alcun riscontro, nonostante diversi solleciti al riguardo.

Di conseguenza, non è stato possibile includere nel presente studio dati quantitativi o descrittivi relativi alla prospettiva dei MMG.

Questo elemento rappresenta un limite nella disponibilità di informazioni provenienti dalla medicina territoriale e ha comportato l'impossibilità di integrare l'analisi con il punto di vista dei medici di famiglia rispetto al funzionamento delle COT.

5. DISCUSSIONE

I risultati dello studio suggeriscono che l'introduzione delle Centrali Operative Territoriali abbia prodotto effetti percepibili soprattutto sul piano organizzativo, mentre l'impatto sui volumi di attività osservabili nel breve periodo appare più contenuto.

Questo dato è coerente con la natura stessa delle COT delineata dal DM 77/2022, che le configura non come servizi erogatori diretti di prestazioni, ma come nodi di raccordo e governo dei percorsi tra ospedale, territorio, servizi sociosanitari e rete dell'emergenza-urgenza (Ministero della Salute, 2022; AGENAS, 2022; Regione Marche, 2024; Regione Marche, 2023).

In tale prospettiva, è verosimile che i primi effetti rilevati dagli operatori riguardino soprattutto la fluidità delle transizioni assistenziali e la riduzione della frammentazione, piuttosto che un incremento immediato dei numeri assoluti di attività.

Il tema del coordinamento potenziato, emerso come il più frequente nell'analisi qualitativa, rappresenta quindi il dato più rilevante e più coerente con gli obiettivi della riforma territoriale. Gli operatori intervistati hanno riconosciuto nella COT una funzione di "cabina di regia" capace di mettere in relazione servizi che hanno operato in modo parallelo o non sufficientemente integrato. Risultato che si configura con le indicazioni del PNRR.

Anche il monitoraggio nazionale del DM 77/2022 evidenzia come l'attivazione formale delle COT costituisca solo un primo passaggio, mentre il vero indicatore di maturità del modello risiede nella sua capacità di rendere operative connessioni efficaci tra sistemi informativi (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2024).

Il lieve incremento delle transizioni ospedale-territorio e la sostanziale tenuta del numero di pazienti fragili presi in carico sono perciò un segnale di consolidamento iniziale del modello.

Questo tipo di andamento appare coerente con quanto osservato anche in altre esperienze italiane, nelle quali l'introduzione delle COT ha perlopiù inciso sulla qualità del raccordo tra servizi (Frisicale et al., 2023; Taddeini et al., 2025). Vale a dire che il valore aggiunto delle COT nel primo anno sembra consistere più nella ristrutturazione dei processi che nell'espansione quantitativa dell'offerta.

Un secondo elemento di rilievo emerso dalla discussione dei risultati riguarda la centralità attribuita dagli operatori alla telemedicina e, più in generale, alla dimensione digitale. Il fatto che oltre sei intervistati su dieci abbiano richiamato esplicitamente il tema della telemedicina mostra che la prospettiva di sviluppo delle COT viene ormai pensata in stretta connessione con l'innovazione tecnologica. Questo aspetto trova anche riferimento programmatico sia nel DM 77/2022 che nel PNRR, che prevedono il rafforzamento della casa come primo luogo di cura e l'integrazione degli strumenti digitali nella presa in carico territoriale (Ministero della Salute, 2022; Governo italiano, 2021).

Le riflessioni degli operatori risultano inoltre coerenti e evidenziano come l'implementazione della riforma territoriale italiana sia strettamente condizionata dalla capacità dei servizi di adottare strumenti digitali. Ma la loro effettiva efficacia dipende dalla capacità organizzativa di integrarli nei percorsi esistenti e di ridurre le barriere di accesso tecnologico e relazionale (Khoong et al., 2021; Wiedermann et al., 2024).

Tuttavia, il tema digitale emerge anche come area di criticità. La limitata interoperabilità tra sistemi informativi sanitari e sociali, la difficoltà di accesso condiviso alle informazioni e la percezione di competenze digitali ancora insufficienti indicano che una parte importante del potenziale delle COT è ancora in fase di costruzione.

La terza area di discussione riguarda le criticità organizzative e di risorse, emerse in una quota consistente delle interviste. La percezione di carenze di personale, l'assenza di alcune figure professionali chiave, la copertura oraria ancora limitata e la ridotta disponibilità di posti letto o soluzioni territoriali rappresentano elementi che sembrano contenere l'impatto potenziale delle COT.

Una delle principali sfide dell'attuazione del DM 77 non riguarda tanto la definizione teorica del modello, quanto la sua traduzione pratica in un contesto segnato da vincoli strutturali ed eterogeneità regionali (Cinelli & Fattore, 2024).

Nel caso della provincia di Pesaro-Urbino, queste criticità assumono un significato particolare alla luce delle caratteristiche territoriali e demografiche già evidenziate nell'introduzione. Un territorio ampio, con aree interne, dispersione insediativa e popolazione anziana elevata richiede inevitabilmente un'organizzazione territoriale più robusta. A confermare la pressione della cronicità e della non autosufficienza è destinata a crescere ci sono i dati demografici provinciali e regionali, così come i rapporti Osservasalute (Osservasalute, 2023; Osservasalute, 2025; Tuttitalia, 2025; Provincia di Pesaro e Urbino, 2025).

In questo senso, le criticità rilevate dagli operatori si possono utilizzare come indicatori di una fase di consolidamento ancora in corso, in cui la struttura organizzativa esiste e viene riconosciuta come utile, ma necessita di un ulteriore rafforzamento per esprimere pienamente le proprie potenzialità.

Un ulteriore elemento da discutere riguarda la conoscenza ancora parziale del ruolo della COT da parte di alcuni membri del sistema.

Una quota rilevante di operatori hanno evidenziato problemi di comunicazione e una scarsa chiarezza nelle modalità di interazione, suggerendo una mancata stabilizzazione del modello.

Le COT dipendono strettamente dal loro grado di comprensione e riconoscimento all'interno della rete. La percezione di una conoscenza ancora incompleta del servizio indica che la costruzione della rete territoriale non è solo una questione di atti amministrativi o di dotazione di personale, ma anche di formazione e di una legittimazione reciproca tra professionisti.

Su questo punto si inserisce anche il mancato coinvolgimento effettivo dei Medici di Medicina Generale nella componente survey dello studio. Il fatto che nessuno dei MMG contattati abbia restituito il questionario predisposto costituisce certamente un limite metodologico, ma rappresenta anche un dato da interpretare.

Il ruolo della medicina generale è centrale nella riforma territoriale, così come nelle linee attuative regionali, ma il coinvolgimento dei MMG nei processi di valutazione e monitoraggio dei nuovi modelli appare ancora problematico. Questo risultato può essere letto come espressione di una difficoltà più ampia nell'ingaggiare pienamente i medici di famiglia all'interno delle nuove architetture territoriali. In questo senso, l'assenza di risposte non costituisce soltanto una mancanza di dati, ma segnala un possibile scarto tra centralità teorica attribuita ai MMG nel modello e partecipazione concreta ai processi di implementazione e valutazione.

Un altro aspetto da considerare riguarda le differenze emerse nelle narrazioni in base al background professionale degli intervistati. Gli operatori con esperienza territoriale pregressa sembrano aver offerto una lettura più articolata dei vantaggi e delle criticità delle COT, mentre coloro che provenivano prevalentemente da contesti ospedalieri hanno espresso valutazioni più prudenti o più descrittive.

Questo elemento è interessante perché suggerisce che l'impatto percepito della COT sia influenzato anche dalla familiarità degli operatori con la logica della continuità assistenziale e del lavoro di rete. In termini organizzativi, ciò richiama l'importanza della formazione per il personale che entra in contatto indirettamente o direttamente con le COT, soprattutto in una fase iniziale di implementazione.

Nel loro insieme, i risultati di questo studio sembrano quindi collocarsi in modo coerente all'interno del quadro normativo e organizzativo delineato dal DM 77/2022, dal PNRR e dagli atti attuativi regionali marchigiani.

Le COT dell'AST Pesaro-Urbino appaiono aver iniziato a svolgere la funzione per cui sono state pensate: non tanto aumentare in modo immediato il numero di interventi, quanto rendere più ordinati e leggibili i percorsi assistenziali, soprattutto a favore dei pazienti fragili e cronici. Al tempo stesso, i risultati mostrano con chiarezza che la piena maturazione del modello dipenderà dalla capacità del sistema di affrontare alcune questioni ancora aperte: il consolidamento dei flussi informativi, il rafforzamento delle competenze digitali, la disponibilità di risorse professionali e strutturali adeguate, la maggiore standardizzazione dei protocolli e il più pieno

coinvolgimento di tutti gli attori della rete, espressamente nei confronti della medicina generale.

In questa prospettiva, la valutazione condotta a un anno dall'implementazione non restituisce l'immagine di una struttura organizzativa che ha già mostrato elementi di utilità concreta e che si trova in una fase cruciale di sviluppo. Proprio per questo, i risultati dello studio assumono rilievo non solo descrittivo, ma possibilmente anche programmatico, poiché consentono di individuare aree prioritarie su cui investire per accompagnare il consolidamento delle COT nel territorio dell'AST Pesaro-Urbino e, più in generale, all'interno del processo di trasformazione della sanità territoriale italiana.

6. CONCLUSIONI

Lo studio ha consentito di analizzare, a un anno dall'implementazione, l'impatto delle Centrali Operative Territoriali nell'AST Pesaro-Urbino, integrando dati qualitativi e quantitativi. Nel complesso, i risultati evidenziano che le COT sono percepite dagli operatori come un elemento organizzativo utile nel rafforzamento della continuità assistenziale e del coordinamento tra servizi sociosanitari.

L'analisi qualitativa ha mostrato come il principale valore attribuito alle COT risieda nella loro funzione di raccordo tra servizi e professionisti, con una riduzione della frammentazione nei percorsi di presa in carico e una maggiore fluidità nelle transizioni assistenziali. Accanto a questi elementi positivi, sono emerse però criticità relative soprattutto alla comunicazione tra attori della rete, alla conoscenza non ancora uniforme del servizio, alla disponibilità di risorse professionali e strutturali e alla piena integrazione dei sistemi informativi. Risultano quindi ancora presenti alcuni limiti organizzativi tipici dei processi di implementazione recenti; aspetto che va a suggerire chiari margini di miglioramento.

I dati quantitativi invece non evidenziano variazioni di grande entità nei volumi complessivi di attività tra i periodi osservati, confermando una sostanziale stabilità del sistema.

Questo andamento appare coerente con la natura delle COT, che agiscono prevalentemente come dispositivi di coordinamento dei processi piuttosto che come fattori di incremento diretto dell'offerta assistenziale.

Nel loro insieme, i risultati ottenuti sono coerenti con gli obiettivi delineati dal DM 77/2022 e dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che attribuiscono alle COT un ruolo centrale nella costruzione di una sanità territoriale più prossima e orientata alla gestione della complessità assistenziale. L'esperienza dell'AST Pesaro-Urbino conferma quindi la rilevanza di queste strutture come snodo organizzativo della rete territoriale, pur evidenziando la necessità di un ulteriore sviluppo del modello per valutarne pienamente gli effetti nel medio periodo.

Alla luce di quanto emerso, le COT appaiono come uno strumento promettente per il rafforzamento dell'assistenza territoriale, soprattutto sul piano della continuità delle cure e del coordinamento interprofessionale. La loro piena maturazione richiederà tuttavia tempi più lunghi di osservazione e un consolidamento progressivo delle condizioni organizzative che ne sostengono il funzionamento.

7. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Per valutare l'impatto delle Centrali Operative Territoriali nel contesto dell'AST Pesaro-Urbino e individuare elementi utili al miglioramento dell'organizzazione dei servizi territoriali i risultati emersi dall'analisi qualitativa e quantitativa assumono particolare rilevanza se ricondotti all'obiettivo dello studio.

In primo luogo, le COT offrono un punto unico di raccordo per la gestione dei percorsi assistenziali in base alle testimonianze degli operatori. Alla COT sono infatti attribuite una funzione di coordinamento dei servizi e di supporto alla presa in carico integrata dei pazienti. Concentrandosi sul contesto locale, questo modello sembra aver favorito una maggiore chiarezza nei flussi informativi e una gestione più ordinata delle dimissioni e delle attivazioni territoriali.

Le interviste indicano che la presenza della COT ha contribuito a rendere più strutturati i percorsi successivi alla dimissione ospedaliera, riducendo il rischio di interruzioni nell'assistenza e migliorando il collegamento nella rete territoriale. Tuttavia, alcune criticità organizzative, come la copertura oraria limitata o la disponibilità non sempre immediata di soluzioni territoriali suggeriscono la necessità di ulteriori interventi per garantire una continuità assistenziale pienamente efficace in tutte le fasi del percorso di cura.

L'analisi qualitativa inoltre evidenzia che quando l'integrazione tra la sfera sociale e sanitaria risulta parziale, ad esempio per la mancanza di figure professionali dedicate, possono emergere difficoltà operative e rallentamenti nei processi di presa in carico. Al contrario, nei contesti in cui la collaborazione tra servizi sanitari e sociali risulta più strutturata, il funzionamento della rete appare più fluido e coordinato.

Tra le varie criticità riscontrate emergono inoltre la necessità di consolidare la conoscenza del ruolo della COT tra i professionisti della rete, migliorare l'interoperabilità dei sistemi informativi e rafforzare le competenze digitali degli operatori. Anche in relazione alle prospettive di utilizzo della telemedicina nella gestione dei pazienti a domicilio.

Nel complesso, l'esperienza analizzata suggerisce che le COT rappresentano uno strumento organizzativo promettente per il rafforzamento della sanità territoriale. Ma richiede tuttavia ulteriori sviluppi per consolidare pienamente il proprio ruolo all'interno della rete territoriale. Le informazioni emerse dallo studio possono quindi contribuire a delineare alcuni elementi utili per orientare l'evoluzione del modello e supportare il progressivo miglioramento dell'organizzazione dei servizi territoriali.

8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Taddeini, F., Capitani, E., Limaj, S., Miceli, G. B., D'Amato, M. G., Quercioli, C., Turillazzi, R., De Luca, A., D'Urso, A., & Nante, N. (2025). Da Centrale della cronicità a Centrale operativa territoriale: l'esperienza della Asl Toscana sud est [From Chronic health center to Territorial operations center: the experience of the ASL Tuscany South East]. *Recenti progressi in medicina*, 116(4), 225–232. <https://doi.org/10.1701/4480.44816>
2. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. REPORT NAZIONALE DI SINTESI DEI RISULTATI DEL MONITORAGGIO DM 77/2022 II SEMESTRE 2024. 2024.
3. Ministero della Salute, Decreto 23 maggio 2022 , n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085). (G.U. Serie Generale , n. 144 del 22 giugno 2022). 2022 Jun.
4. Governo italiano. PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA. 2021 apr.
5. <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/nuova-assistenza-distrettuale/riforma-dellassistenza-territoriale/#:~:text=La%20Riforma%20dell%E2%80%99assistenza%20territoriale%20%C3%A8,da%20realizzare%20entro%20il%202026>
6. Consiglio di Stato. Sezione Consultiva per gli Atti Normativi, Adunanza di Sezione del 10 maggio 2022. 2022 May. NUMERO AFFARE 00619/2022
7. Camera dei deputati, XIX LEGISLATURA. Documentazione e ricerche, I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR, n. 23 20 marzo 2023. 2023 Mar.
8. Osservatorio Nazionale sulla salute come bene comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene. Rapporto Osservasalute 2025, Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. 2025. © 2025 Vita e Pensiero – Largo Gemelli 1 – 20123 Milano, ISBN edizione

cartacea: 978-88-343-6178-8, ISBN edizione digitale (formato PDF): 978-88-343-6174-0

9. Osservatorio Nazionale sulla salute come bene comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene. Rapporto Osservasalute 2023, Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. 2023. ISBN 979-12-8104-819-5
10. Ministero della Salute. Piano Nazionale della cronicità. 2022
11. <https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Salute/Comunicati/id/32548/p/1/AVVIATA-NEI-TEMPI-LATTIVITA-DELLE--COT-REGIONALI-LE-MARCHE-CENTRANO-IL-TARGET-PNRR--SALTAMARTINIPASSO-IN-AVANTI-PER-LINTEGRAZIONE-DEI-SERVIZI#:~:text=all%E2%80%99altro%20e%20da%20un%20livello,giorni%20su%207%20h%2012>
12. Regione Marche. DM 77/2022 Attuazione DGR 559/2023 - Assetto Regionale delle nuove forme organizzative delle Cure Primarie e Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità. 2023.
13. AGENAS. LE CENTRALI OPERATIVE; STANDARD DI SERVIZIO, MODELLI ORGANIZZATIVI, TIPOLOGIE DI ATTIVITÀ ED ESPERIENZE REGIONALI. 2022 Jan. Quaderno di Monitor 2022. Supplemento alla rivista semestrale Monitor. Codice ISSN 2282-5975.
14. Regione Marche. Legge regionale 8 agosto 2022, n. 19 Organizzazione del servizio sanitario regionale B.U.R. 11 agosto 2022, n. 68. 2022 Aug.
15. <https://www.provincia.pu.it/novita/visualizza/contenuto/dal-reddito-allaspettativa-di-vita-la-provincia-presenta-gli-ultimi-dati-del-territorio-in-collaborazione-con-listat#:~:text=I%20NUMERI%20%E2%80%93%20II%20territorio,in%20percentuale%20il%2050%2C7>
16. <https://www.tuttitalia.it/marche/provincia-di-pesaro-urbino/statistiche/indici-demografici-struttura->

- 23 Maggio 2022, n. 77 concernente “Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale”. 2024 Jun.
23. Regione Marche – Giunta. DM 77/2022 Attuazione DGR 559/2023 - Assetto Regionale delle nuove forme organizzative delle Cure Primarie e Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità
24. Chun Tie, Y., Birks, M., & Francis, K. (2019). Grounded theory research: A design framework for novice researchers. *SAGE open medicine*, 7, 2050312118822927. <https://doi.org/10.1177/2050312118822927>
25. Ciommi, M., F. Mariani, M.C. Recchioni, (2025), Rapporto di revisione e individuazione tecnica per analisi empirica, WP2, progetto VAI - Vulnerabilità abitativa e di salute degli Anziani in Italia, Università Politecnica delle Marche.
26. Campedelli, M. Nuovi scenari sull’integrazione sociosanitaria per le disabilità e le non autosufficienze. . doi 10.1707/3159.31400
27. Viñuela, Ana, Ricardo Martínez de Vega Perancho, Alberto Díaz-Dapena, and Elena Lasarte-Navamuel. ‘Le Disuguaglianze Territoriali in Italia a Livello Locale Un’analisi Empirica a Grana Fine’. *Le Disuguaglianze Territoriali in Italia Cause, Forme, Conseguenze*, 4 November 2025. <https://doi.org/10.30687/978-88-6969-991-7/004>.
28. Regione Marche, Agenzia regionale Sanitaria, LINEE DI INDIRIZZO PER LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI, 2024.
29. Regione Marche, Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025 Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani, 2023
30. https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2024/05/11/ogni-anno-2-milioni-di-ricoveri-impropri-e-spreco-di-6-miliardi_ecdbd191-cb23-4cfa-b288-b7a22d529578.html#:~:text=Ospedali%20e%20sanit%C3%A0%20territoriale%2C%20affermano%20i%20medici,impropri%20ai%20pronto%20soccorso%20e%20ricoveri%20evitabili.

FIGURA 1. ILLUSTRAZIONE SCHEMATICA DELL'ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO E DELLE RELAZIONI TRA LA CDC, ODC E COT (AGENAS, "I QUADERNI" 2022, SUPPLEMENTO ALLA RIVISTA SEMESTRALE MONITOR. PAG 26).....	7
GRAFICO 1. INDICE DI VECCHIAIA PROVINCIA PESARO E URBINO 2025 (ISTAT, 2025; URBISTAT, 2025).....	11
GRAFICO 2. TREND N° COMPONENTI DELLA FAMIGLIA (ISTAT, 2025; URBISTAT, 2025)	12
GRAFICO 3. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DELLA DISTRIBUZIONE DEI TEMI PRINCIPALI EMERSI DALL'ANALISI IN BASE AL NUMERO DI INTERVISTE CONTENENTI IL TEMA.	24
GRAFICO 4. CONFRONTO DIMISSIONI PROTETTE E PAZIENTI FRAGILI PRESI IN CARICO COT PESARO E URBINO PERIODI MAR-APR-MAG 2024-2025.	27
GRAFICO 5. ATTIVAZIONI TERRITORIALI DA MMG: CURE INTERMEDIE E RSA, CONFRONTO PESARO/URBINO 2024-2025.....	29
TABELLA 1. DISTRIBUZIONE DEI TEMI PRINCIPALI EMERSI DALL'ANALISI QUALITATIVA.....	23
TABELLA 2. INDICATORI QUANTITATIVI COT PESARO (MARZO-APRILE-MAGGIO 2024 CONTRO 2025).....	25
TABELLA 3. INDICATORI QUANTITATIVI COT URBINO (MARZO-APRILE-MAGGIO 2024 CONTRO 2025).....	26

Domande per l'intervista

Impatto operativo e continuità assistenziale: In che modo l'attivazione della COT, intesa come "cabina di regia" per il coordinamento dei servizi sanitari territoriali, ha inciso concretamente sulla sua pratica quotidiana e sulla continuità delle cure ai pazienti?

Può descrivere esempi specifici di miglioramenti osservati (ad es. nel coordinamento tra i diversi servizi, nella presa in carico dei pazienti o nei tempi di risposta) o eventuali criticità riscontrate dal momento dell'avvio della COT?

Criticità e proposte di miglioramento: Sulla base della sua esperienza, quali aspetti operativi o organizzativi della COT ritiene che potrebbero essere migliorati per aumentarne l'efficacia?

Ci sono problemi specifici che ha riscontrato; ad esempio, nel flusso di comunicazione tra professionisti, nella gestione delle informazioni cliniche o nella disponibilità di personale e risorse; su cui vorrebbe suggerire interventi correttivi o proposte concrete di miglioramento?

Sviluppi futuri attesi: Quali evoluzioni o potenziamenti del servizio COT si aspetta (o auspica) di vedere in futuro nell'AST Pesaro Urbino per migliorare ulteriormente l'assistenza territoriale?

Ad esempio, considera l'ipotesi di un'estensione degli orari di operatività, l'introduzione di tecnologie come la telemedicina o l'integrazione di nuove figure professionali. Come pensa che tali sviluppi potrebbero influire sul suo ruolo professionale e sulla qualità dell'assistenza ai pazienti?

Questionario di indagine qualitativa: Impatto delle Centrali Operative Territoriali (COT) nell'Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro-Urbino: analisi qualiquantitativa a un anno dall'implementazione

Introduzione

Mi chiamo Sergiu Covalcic e sono studente del Corso di Laurea in Infermieristica presso l'Università Politecnica delle Marche, Polo di Pesaro. Il questionario intende valutare l'impatto delle Centrali Operative Territoriali (COT) nell'AST Pesaro Urbino a un anno dalla loro attivazione.

La compilazione richiede circa dieci minuti. La partecipazione è volontaria e le risposte saranno trattate in forma anonima e confidenziale, nel rispetto delle normative sulla privacy.

Clausola sulla privacy

Il trattamento dei dati raccolti avverrà nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice Privacy).

La compilazione del questionario è volontaria e le risposte saranno raccolte in forma completamente anonima, senza alcuna registrazione di dati identificativi.

I dati saranno utilizzati esclusivamente per fini di ricerca scientifica relativi a questa tesi di laurea, garantendo la massima riservatezza.

Grazie per la collaborazione.

Le sue risposte contribuiranno a comprendere meglio l'efficacia delle COT sul territorio.

Domande con scala Likert da 1 (Totalmente in disaccordo) a 5 (totalmente d'accordo).

Domanda	Totalmente in disaccordo	In disaccordo	Neutrale	D'accordo	Totalmente d'accordo
Utilità complessiva: Ritiene che l'introduzione della COT sia stata utile per migliorare la gestione complessiva dei percorsi assistenziali dei pazienti nel suo territorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accessibilità: Ritiene che l'accessibilità ai servizi offerti dalla COT sia adeguata nel suo distretto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempi di attivazione: Ritiene che i tempi di attivazione della COT siano adeguati alle esigenze assistenziali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collaborazione professionale: Ritiene che la COT abbia favorito la collaborazione tra i diversi professionisti sanitari del territorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Continuità assistenziale: Ritiene che la COT abbia migliorato la continuità assistenziale tra ospedale e territorio per i pazienti?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Risposta ai bisogni assistenziali: Ritiene che la COT risponda in modo adeguato ai bisogni assistenziali (anche complessi) dei pazienti segnalati dal territorio?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selezioni la casella corrispondente all'opzione preferita

Ostacoli percepiti: Quali ostacoli riscontra nell'utilizzo efficace delle COT? (spuntare tutte le opzioni applicabili)

- Mancanza di informazioni/ formazione sul servizio COT
- Tempi di risposta eccessivamente lunghi
- Difficoltà tecniche o problemi del sistema informatico
- Scarsa integrazione con altri servizi socio-sanitari
- Resistenza al cambiamento organizzativo tra il personale
- Altro _____