



**Piano Operativo Attuativo delle
Centrali Operative Territoriali (COT)
Ex art. 17 R.R. 13/23**

COT – Piano Attuativo Aziendale

Sommario

1. Contesto normativo di riferimento	4
2. Contesto aziendale	7
2.1 Assistenza Ospedaliera	8
2.2 Distretto, Territorio E Continuita' Delle Cure	9
3. Stratificazione Della Popolazione	11
3.1 Contesto demografico	15
3.1.1 Ospedalizzazioni	19
3.1.2 Assistenza domiciliare	70
4. Modello Organizzativo delle COT	73
5. Le COT nella ASL BT	81
5.1 Centrale Operativa Territoriale di Margherita di Savoia – DSS1	84
5.2 Centrale Operativa Territoriale di Andria – DSS2	86
5.3 Centrale Operativa Territoriale di Minervino Murge – DSS3	88
5.4 Centrale Operativa Territoriale di Barletta – DSS4.....	90
5.5 Centrale Operativa Territoriale di Trani – DSS5	92
6. Dimensione organizzativa delle COT della ASL BT.....	95
6.1. Fabbisogno del Personale.....	95
6.2 Il Ruolo Del Responsabile/Coordinatore	97
6.3 Il Ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità	99
6.4 COT Device.....	101
7. Modelli operativi della COT	102
7.1. Il ruolo della COT nella transizione Ospedale – Territorio.....	102
7.2 Il ruolo della COT nella transizione Territorio – Ospedale.....	104
7.3 Il ruolo della COT nella transizione Territorio – Territorio	107
7.4 . Il ruolo della COT nel coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – Telemonitoraggio e/o Telecontrollo - (DM 29 aprile 2022).....	109
8. Risorse tecnologiche e sistemi informativi.....	111
8.1 Contesto Tecnologico	111
8.2 Il Sistema Informativo.....	113
8.2.1 Requisiti funzionali	113
8.2.2 Requisiti non funzionali	122
8.2.3 Interoperabilità.....	124
8.2.4 Interoperabilità con il FSE 2.0.....	124
8.3 Gestione della Privacy	125

8.4 Gestione della sicurezza delle informazioni	125
8.4.1 Gestione del personale.....	125
8.4.2 Modalità e specifiche di connessione.....	125
8.4.3 Analisi e gestione dei rischi	126
8.4.4 Sicurezza fisica	126
8.4.5 Gestione degli eventi anomali, degli incidenti e della <i>Business Continuity</i>	126
8.4.6 Rispetto delle procedure di sicurezza e reperibilità	126
8.5 COT e Telemedicina	126
8.5.1 Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta	127
8.5.2 Attivazione ed erogazione	127

1. Contesto normativo di riferimento

A seguito della Pandemia di COVID-19, che ha profondamente colpito l'intera Nazione evidenziando le significative criticità del nostro sistema, il Governo italiano ha approvato il ***Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*** per rilanciarne l'economia e promuovere al contempo salute, sostenibilità e innovazione digitale. Il PNRR fa parte del programma dell'Unione Europea noto come ***Next Generation EU (NGEU)***, un fondo che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale; migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori; e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale. Tale fondo da 750 miliardi di euro (noto anche come Recovery Fund) assegna all'Italia un totale di 191,5 miliardi di Euro.

Il PNRR rappresenta quindi il motore per la programmazione degli investimenti e delle riforme che l'Italia prevede di attuare entro il 2026. Il piano si articola in 6 Missioni, ciascuna delle quali caratterizzata da Componenti (in totale 16), a loro volta articolate in Investimenti con il corrispettivo importo assegnato.

Le 6 Missioni del Piano sono:

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica;
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
4. Istruzione e ricerca;
5. Inclusione e coesione;
6. Salute.

All'interno della **Missione 6 "Salute" Componente 1 (M6C1)** "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" cui sono stati destinati 7 miliardi di euro, sono state individuate 3 linee di investimento **da attuare entro la metà del 2026**.

- **Investimento 1.1 (2 miliardi di euro):** "Case della Comunità e presa in carico della persona" che prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti che di nuova realizzazione.
- **Investimento 1.2 (4 miliardi di euro di cui 0,28 per COT):** "Casa come primo luogo di cura e telemedicina" che mira alla presa in carico domiciliare del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. In tale investimento rientrano 0,28 miliardi per l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT).
- **Investimento 1.3 (1 miliardo di euro):** "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)" che mira all'attivazione di 381 Ospedali di Comunità.

Per l'attuazione di tali obiettivi, è stato successivamente emanato a supporto il **DM 77/22 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"** pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 Giugno 2022.

L'obiettivo generale dell'introduzione delle **Case di Comunità (CdC)**, **Ospedale di Comunità (OdC)** e **Centrali Operative Territoriali (COT)** è quello di potenziare i servizi assistenziali territoriali quali **punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento.**

Gli obiettivi strategici indicati nel PNNR, tutt'altro che essere avulsi dal contesto nazionale, si innestano su un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che, istituito con la legge n. 833 del 1978, si basa su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone.

In tale prospettiva si delinea la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale. Il DM 77 *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”*, persegue tali obiettivi in coerenza con il PNRR, mediante la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare con:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case di Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria per la popolazione di riferimento;
- il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multi-professionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;
- la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Agenzie di Tutela della Salute, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

Il nuovo modello di assistenza sul territorio si muove quindi su quattro principi cardine:

- medicina di popolazione, che ha come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento;
- sanità di iniziativa, modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo;
- stratificazione della popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi;

- progetto di salute, uno strumento di programmazione, gestione e verifica che associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del “bisogno di salute” identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione.

Molti degli interventi proposti dal PNRR e dal DM 77/2022 ampliano il portafoglio dei servizi territoriali (per tipologia o numerosità) e sostengono la gestione della relazione tra i nodi della rete dei servizi: in questa direzione possono essere inquadrati gli sforzi di proporzionare le unità di offerta per volumi di popolazione, si pensi agli Ospedali di Comunità (OdC) o alle Case della Comunità (CdC) e quelli di rafforzare la connessione tra servizi come previsto per le Centrali Operative Territoriali (COI).

La Regione Puglia, al fine di dare concreta attuazione alle previsioni strategiche e organizzative contenute nel PNRR e nel DM 77, ha deliberato molteplici interventi di natura programmatica e finanziaria. Si segnalano, tra gli altri:

- **DGR 134 del 15.2.2022** “Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell’art. 1 decreto legge 19.5.2020 n- 34, conversione legge n. 77 del 17.7.2020) – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR. Indicazioni per la programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6;
- **DGR 688 del 11.5.2022** “Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - D.M. 20.1.2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n. 134 del 15.2.2022;
- **DGR 763 del 26.5.2022** ad oggetto: “DGR 688/2022. PNRR Missione 6 “Salute”. Sottoscrizione del Contratto Interistituzionale di Sviluppo. Autorizzazione”;
- **DGR n. 1868 del 14.12.2022** di approvazione dello *schema di Regolamento Relativo alla definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale ai sensi del DM 77/22*;
- L’Intesa (rep. Atti n. 266/CSR del 21.12.2022) sullo schema di decreto del Ministero della salute di concerto con il ministero dell’economia e delle finanze concernente la ripartizione delle risorse del PNRR – Missione 6 – Componente 1 Investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare”;
- **DGR n. 643 del 10.5.2023** “Missione 6 Salute – componente 1 – Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare. Approvazione Piano Operativo della Regione Puglia”;
- **DGR n. 1729 del 30.11.2023** “Adozione Regolamento regionale avente ad oggetto: “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”. Approvazione relazione tecnica di analisi del contesto. Recepimento dell’Accordo Stato Regioni (rep. Atti n. 211/CSR del 24.11.2016);
- **Regolamento Regionale n. 13 del 19.12.2023** “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”.

Con la Deliberazione di Giunta regionale n. 1023 del 19 luglio 2022 “PNRR Missione 6 Salute. Assegnazione Risorse alle Aziende Sanitarie. Delega attività ai sensi dell’art. 5 del CIS Sottoscrizione del Contratto Interistituzionale di Sviluppo. Autorizzazione” è stato approvato lo schema di “Provvedimento di delega amministrativa per l’attuazione degli interventi” che le ASL devono sottoscrivere al fine di poter agire quali soggetti attuatori esterni e con il quale sono state ripartite le risorse del DM 20 gennaio 2022.

In data 29 luglio 2022 è stato sottoscritto l'atto di delega con cui l'ASL BT è stata autorizzata dalla Regione Puglia all'attuazione degli interventi PNRR e per i quali è stato assegnato un finanziamento complessivo di € 48.512.109,22 così ripartito:

COT	COT device	COT interconnessione	Ospedali di Comunità	Case di Comunità	Digitalizzazione DEA	Grandi Apparecchiature	totale ASL BT*	cofinanziamento
€ 995.000,00	€ 483.580,00	€ 355.358,00	€ 14.207.000,00	€ 10.442.447,00	€ 16.213.724,22	5.815.000,00	48.512.109,22	232.969,00

Gli investimenti programmati di cui è destinataria la ASL BT relativamente alla Missione 6 C1 mirano a rendere più efficiente la risposta dei servizi alle esigenze dei cittadini attraverso il potenziamento dell'assistenza territoriale mediante la nuova rete territoriale che prevede la realizzazione di n. 9 Case di Comunità nei comuni di Bisceglie, Trinitapoli, Trani, Margherita di Savoia, Canosa di P. Barletta, Andria, San Ferdinando e Spinazzola, n.6 Ospedali di Comunità nei comuni di Trani, Minervino Murge, Margherita di Savoia, Barletta, Andria, Spinazzola e **n.5 Centrali Operative Territoriali nei comuni di Margherita di Savoia, Minervino Murge, Trani, Andria e Barletta.**

La **ASL BT con deliberazione n. 658 dell'11.04.2023**, nel solco dei citati provvedimenti nazionali e regionali, ha proceduto alla **“Approvazione della proposta di organizzazione della rete distrettuale della ASL BT ai sensi del DM 77/22 denominata “Progetto organizzazione della Rete Distrettuale della ASL della Provincia Barletta – Andria – Trani”.**

Alla luce delle profonde trasformazioni in atto a livello di Strutture Sanitarie Territoriali, caratterizzate dalla costituzione di numerose nuove strutture su tutto il territorio Nazionale e Regionale, diviene quindi prioritario definire le indicazioni progettuali e funzionali per la corretta ed efficiente realizzazione delle Centrali Operative Territoriali.

2. Contesto aziendale

L' Azienda Sanitaria Locale di Barletta-Andria-Trani (in forma sintetica denominata in seguito anche Azienda o **“ASL BT”**) è stata istituita con L.R. n. 39 del 28/12/2006 e comprende 10 comuni: Andria, Barletta, Trani, Bisceglie, Canosa, Margherita di Savoia, San Ferdinando di Puglia, Spinazzola, Trinitapoli, Minervino Murge.

Le aree che la costituiscono sono tre: a nord, la valle dell'Ofanto con una parte della piana del Tavoliere; a est, la fascia costiera adriatica compresa tra la foce dello stesso fiume e la provincia di Bari; a sud una parte dell'Altopiano delle Murge.

Il territorio della ASL Barletta-Andria-Trani coincide con quello della omonima provincia ed è suddiviso in 10 comuni a cui corrispondono cinque distretti socio-sanitari:

- DSS 1 – Margherita di Savoia (Comuni: Margherita di Savoia – San Ferdinando di Puglia – Trinitapoli)

- DSS2 – Andria (Comune: Andria)
- DSS3 – Canosa di Puglia (Comuni: Canosa di Puglia – Minervino Murge – Spinazzola)
- DSS4 – Barletta (Comune: Barletta)
- DSS5 – Trani (Comuni: Bisceglie – Trani)

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ASL BT 2024 – 2026 adottato con deliberazione ASL BT n. 129 del 31.01.2024 ribadisce che con il PNRR Salute e con il DM 77/2022, l’Azienda è chiamata a:

- reingegnerizzare le procedure di presa in carico e gestione dei pazienti cronici e le procedure per la transizione ospedale-territorio e dall’ospedalizzazione alle cure intermedie;
- migliorare l’accessibilità fisica e digitale dei servizi.

L’assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale offerta dalle strutture della ASL BT risponde alle indicazioni normative fornite dalla Regione Puglia con Regolamento n. 14/2020, che ha aggiornato i criteri di riordino e potenziamento della rete ospedaliera, e con Regolamento Regionale n. 7/2019 che ha definito il modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza/Presidi Post Acuzie.

Con tali provvedimenti la Regione Puglia ha sostanzialmente inteso:

- classificare le strutture ospedaliere in P.O. di base, di I livello e di II livello, secondo gli standard fissati in merito alla distribuzione delle specialità per bacini di popolazione, quindi secondo criteri di carattere epidemiologico e di accessibilità alle cure per la popolazione;
- implementare l’organizzazione della rete ospedaliera applicando il modello hub e spoke alle reti assistenziali per patologia, tra le quali soprattutto infarto del miocardio, ictus, trauma, emergenza-urgenza e quelle cliniche specifiche;
- potenziare l’offerta di assistenza territoriale attraverso la riconversione di strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza, all’interno dei quali allocare anche una nuova offerta di residenzialità sanitaria di tipo intermedio, per le persone gravemente non autosufficienti e affette da patologie croniche.

2.1 Assistenza Ospedaliera

Quest’Area è finalizzata all’organizzazione ed all’erogazione delle prestazioni in regime di ricovero, di “*day service*” (*pacchetti ambulatoriali complessi*) e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, intra ed extraospedaliera, erogate al di fuori delle unità funzionali dei servizi territoriali

L’attuale Regolamento Regionale n. 14/2020 prevede che l’attività assistenziale ospedaliera per acuti, venga svolta presso i seguenti Presidi Ospedalieri a gestione diretta per un totale di n. 771 posti letto afferenti alla rete pubblica:

Presidio/Plesso Ospedaliero	Classificazione D.M. 70/2015	Totale Dotazione da Piano di Riordino Ospedaliero	Totale P.L. per attività Anno 2023 (*)
Andria	Ospedale I Livello	224 posti letto	145 posti letto
Canosa di Puglia	Presidio Post Acuzie	60 posti letto	36 posti letto
Barletta	Ospedale I livello	305 posti letto	201 posti letto
Bisceglie	Ospedale di Base	182 posti letto	98 posti letto

() Mod. HSP 22 Bis dati provvisori pre-consuntivo 2023*

In aggiunta alla rete pubblica ospedaliera è prevista anche quella privata accreditata con il S.S.R. costituita da “Universo Salute” per le attività afferenti alla ex Casa di Cura “Casa Divina Provvidenza” di Bisceglie con una dotazione complessiva di n. 100 posti letto per le discipline di Medicina Fisica e Riabilitazione, compresa quella Respiratoria e Cardiologica, e di Medicina Generale (attività in regime di ricovero ed ambulatoriale in day service).

2.2 Distretto, Territorio E Continuità Delle Cure

Riassume al proprio interno l'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria, la funzione distrettuale, la gestione dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, la continuità assistenziale, l'assistenza consultoriale, le integrazioni e le forme di coordinamento a livello funzionale e territoriale.

Ai DSS è demandato il compito di rispondere in modo unitario e globale ai bisogni di salute della popolazione residente nei Comuni ricompresi nei rispettivi ambiti territoriali ed è loro assegnata la responsabilità di assicurare - secondo criteri di equità, accessibilità ed appropriatezza – la disponibilità di servizi sanitari e sociosanitari ad alta integrazione sanitaria.

Il disegno dei DSS in Puglia, come disciplinato dal Regolamento regionale 8 aprile 2011, n. 6 di “Organizzazione del Distretto Socio Sanitario” è quello di una macrostruttura chiamata a garantire il “governo della domanda di salute” e a fungere da strumento di coordinamento e integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale, attraverso il coordinamento delle azioni dei diversi attori (anche della rete formale e informale) e i rapporti strutturali e funzionali tra la Direzione del Distretto e le cure primarie, i Dipartimenti e le strutture sovra-distrettuali territoriali. Il DSS rappresenta quindi una articolazione territoriale, operativa, organizzativa di coordinamento e di responsabilità delle ASL, un luogo che deve ricercare, promuovere e realizzare sinergie tra i vari sottosistemi di offerta territoriale e fungere da collegamento tra questi e le cure primarie. Un'accezione molto ampia, che ha visto il DSS concentrato soprattutto sulla casistica fragile per la convergenza di bisogni sanitari e non, da gestire attraverso le Unità di Valutazione Multidimensionale quale snodo per l'accesso alle cure.

Il DSS svolge, dunque, un ruolo chiave nell'analisi della domanda di salute, nel governo dell'offerta di servizi, nell'integrazione delle istanze dei diversi portatori d'interesse, sanitari e sociali, nella realizzazione di attività di promozione della salute, di prevenzione individuale delle malattie e delle disabilità, nello sviluppo della cultura e nella realizzazione dell'integrazione tra attività territoriali ed ospedaliere e tra servizi sociali e sociosanitari.

Il libro bianco sul futuro del modello sociale *“La vita buona nella società attiva”*, realizzato dal Ministero della Salute nel 2009, sottolinea la funzione del DSS di integrazione socio-sanitario-assistenziale, identificata come principio cardine per il passaggio da un modello di welfare basato sulla salute come cura delle malattie ad uno basato sulla salute come promozione del benessere. In tale contesto, i servizi socio-sanitario-assistenziali sono pensati per essere gestiti in maniera unitaria in ambiti territoriali omogenei e i DSS sono individuati *“quali centri di riferimento dei cittadini e sede dell'integrazione operativa”*.

Per prestazioni socio-sanitarie si intendono tutte le attività atte a soddisfare mediante percorsi assistenziali integrati i bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Il DSS promuove attività di educazione alla salute e assicura:

- i servizi di Assistenza Primaria;
- l'assistenza sanitaria di base, medicina generale e pediatrica, in forma ambulatoriale e domiciliare;
- la continuità assistenziale;
- l'assistenza domiciliare;
- l'assistenza residenziale e semi-residenziale;
- l'assistenza consultoriale per la tutela dell'infanzia, della maternità e della famiglia;
- l'assistenza specialistica;
- l'informazione e l'assistenza amministrativa ai cittadini per le materie di competenza, ai fini dell'utilizzazione dei vari servizi sanitari e socio-sanitari;
- la prenotazione, tramite gli sportelli CUP, delle prestazioni specialistiche.

Pur non parlando direttamente di DSS, il Patto per la salute 2019-2021 sottolinea l'esigenza di riorganizzare l'assistenza territoriale tramite la diffusione di modelli organizzativi integrati sul territorio, di definire parametri di riferimento per garantire un'assistenza sanitaria e sociosanitaria più omogenea e accessibile e di implementare e integrare i flussi informativi per il monitoraggio dell'assistenza territoriale.

Il DM 77/2022 riconduce inoltre al DSS specifiche funzioni, ovvero:

- committenza intesa come programmazione dei servizi da erogare attraverso la valutazione dei bisogni della popolazione di riferimento;
- produzione, intesa come l'erogazione, in forma diretta o indiretta, dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali;
- garanzia, intesa come assicurazione alla popolazione dell'accesso ai servizi in condizioni di equità

Il presente Piano operativo si inserisce in un contesto organizzativo aziendale di profondo cambiamento, sia per le funzioni di governo e programmazione che per le modalità di erogazione dei servizi socio sanitari; da tali cambiamenti normativi e di processo, emerge la necessità di governare nuove formule di presa in carico di un assistito/cittadino.

Lo scopo è quello di definire nel contesto descritto, il modello organizzativo per l'implementazione dei diversi servizi nel setting domiciliare, attraverso la razionalizzazione dei processi di presa in carico e la definizione dei relativi aspetti operativi, consentendo di erogare servizi attraverso team multi-professionali composti dagli attori coinvolti nell'assistenza territoriale.

3. Stratificazione Della Popolazione

L'analisi del contesto, sia esterno che interno, è un processo conoscitivo che l'azienda compie nel momento in cui si accinge a definire le proprie strategie ed ha lo scopo di:

- fornire una visione integrata della situazione in cui l'amministrazione va ad operare;
- stimare preliminarmente le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti nella attuazione delle strategie che si intendono realizzare;
- verificare i vincoli e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento;
- verificare i punti di forza e i punti di debolezza che caratterizzano la propria organizzazione rispetto alle strategie da realizzare.

Mutuando lo spirito e le disposizioni del DM 77, sulla base della crescente disponibilità di dati digitali, si rende possibile sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio dei fattori di rischio, la gestione integrata delle patologie croniche e di situazioni complesse.

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.

In tale ottica particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, oggi sempre più diffuse in termini di incidenza e prevalenza, rispetto alle quali risulta essenziale la

- Valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento
- Valutazione delle priorità di intervento
- Definizione del profilo d'offerta più appropriata di servizi socioassistenziali
- Promozione della salute, prevenzione, diagnosi precoce
- Presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura
- Erogazione di servizi personalizzati
- Valutazione della qualità delle cure erogate.

La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale.

L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme che vuole garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. La stratificazione della popolazione deve, inoltre, tendere ad una valutazione olistica dei bisogni dell'individuo, al fine di misurare il "livello di bisogno socioassistenziale" utilizzando informazioni sulla condizione clinica e sociale e su ulteriori bisogni e preferenze individuali.

Tale modello di stratificazione, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute. Questo strumento è di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici ("Planetary Health") e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo e esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio. Tale approccio consente una valutazione che si articola su due livelli: quello della singola persona, con cui viene definito il Progetto di Salute e i relativi interventi; quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento. Un sistema di governance territoriale così impostato consente di individuare priorità di intervento, con particolare riferimento alla continuità delle cure a favore di individui in condizioni di cronicità/fragilità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza, anche attraverso l'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario. Il Progetto di Salute è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE. La definizione del Progetto di Salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali e fondato sulla proattività del SSN. Il Progetto di Salute rappresenta, inoltre, uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche. L'individuazione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'equipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere), maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa.

Infine, l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e alla prevenzione delle malattie e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata, integrando la valutazione con le informazioni strettamente connesse alle misure di prevenzione (es. vaccinazioni e screening). Lo sviluppo della sanità digitale trova nella Telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale ed organizzativo della rete del SSN.

Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali (Tab. 2 D.M. 77/22)

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
	II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità irrazurata	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita
	III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale , supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver , in relazione ai bisogni socioassistenziali
	V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità , limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale , supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver , in relazione ai bisogni socioassistenziali
	VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale , supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver , in relazione ai bisogni socioassistenziali

Il progetto di Salute Semplice e Complesso, composizione e descrizione (Tab. 3 D.M. 77/22)

Progetto di Salute	Composizione	Descrizione
Semplice	Piano di autocura	Descrizione delle attività e valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati
		Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di <i>e-health</i>	Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione
	Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale	Eventuale definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
	Piano di autocura	Valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
Complesso	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta socioassistenziale	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socioassistenziali connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati
		Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di <i>e-health</i>	Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione
	Progetto di assistenza individuale integrato e Piano Riabilitativo Individuale	Definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
	Budget di salute	Valutazione delle risorse impegnate: cliniche - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti

La relazione che segue è volta a illustrare la situazione demografico-epidemiologica della popolazione residente nella ASL BT al fine di indicare le priorità per interventi di prevenzione e programmazione sanitaria.

I dati presentati sono di fonte ISTAT (<http://dati.istat.it/> ; <https://demo.istat.it/> ; sistema informativo Health for ALL – versione giugno 2022 <https://www.istat.it/it/archivio/14562>), e sono stati estrapolati dalla “**Relazione dello stato di salute della popolazione ASL BT**” anno 2023 , a cura della U.O.C. di *Epidemiologia e statistica*, Direttore f.f. Dott. Francesco Cuccaro.

3.1 Contesto demografico

La struttura demografica di una popolazione influenza lo stato sanitario, sia per quanto riguarda i bisogni di salute che la possibilità di accesso all'offerta sanitaria.

Inoltre la popolazione, complessiva o stratificata in fasce di età e sesso, è il denominatore che serve a calcolare i tassi di morbosità e di mortalità e molti altri indicatori di bisogni sanitari, determinanti di salute, accesso ai servizi sanitari, ecc.

L'età, il sesso, l'etnia sono di per sé dei determinanti di salute e di bisogni sanitari. Infatti la tipologia e la frequenza di molte patologie variano nei due sessi sia per motivi biologici che socio-culturali e l'età è fortemente associata a patologie croniche-degenerative, spesso più frequenti negli anziani che nei giovani, ma anche a patologie infettive (es. alcune malattie infettive sono molto più frequenti tra i bambini) e a stili di vita che possono essere essi stessi associati a malattie.

Per tutti questi motivi la conoscenza della struttura demografica di un territorio è di fondamentale importanza per la programmazione dei servizi sanitari.

Il territorio della ASL Barletta-Andria-Trani coincide con quello della omonima provincia ed è suddiviso in 10 comuni a cui corrispondono cinque distretti socio-sanitari:

DSS 1 – Margherita di Savoia (Comuni: Margherita di Savoia – San Ferdinando di Puglia – Trinitapoli):

DSS2 – Andria (Comune: Andria)

DSS3 – Canosa di Puglia (Comuni: Canosa di Puglia – Minervino Murge – Spinazzola)

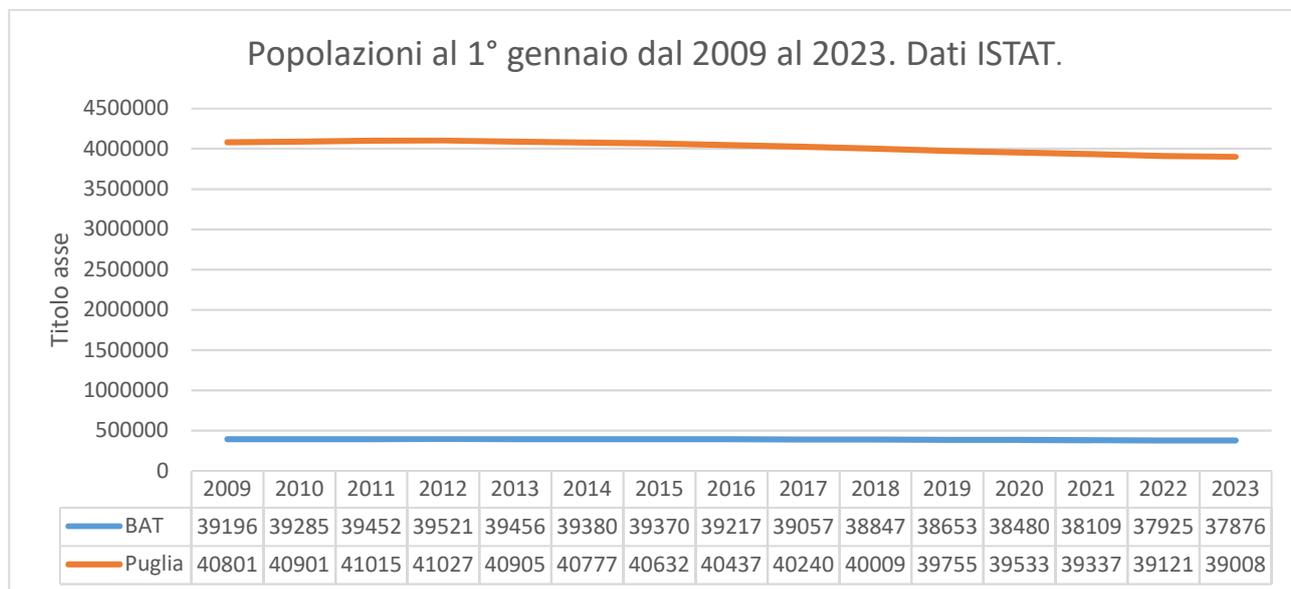
DSS4 – Barletta (Comune: Barletta)

DSS5 – Trani (Comuni: Bisceglie – Trani)

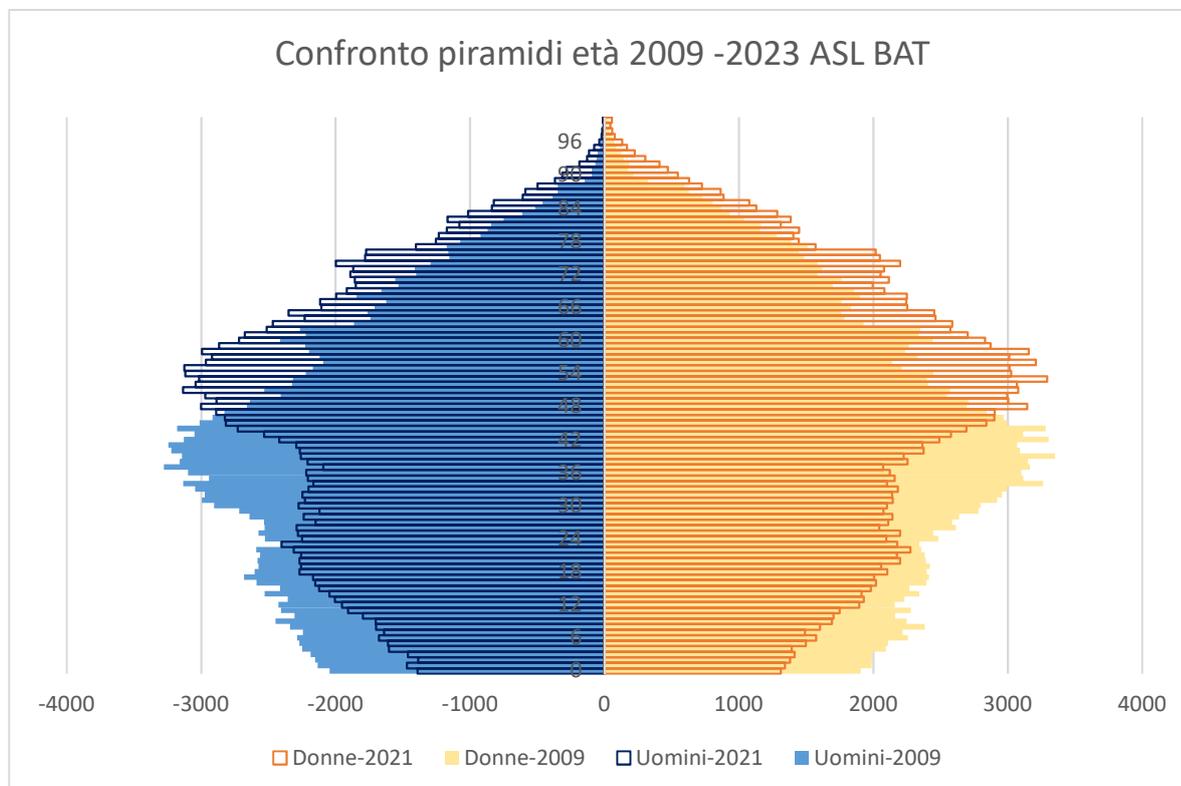


Di seguito si riporta l'andamento della popolazione della ASL BT e della Regione Puglia dal 2009 al 2023.

Dopo una prima fase di crescita della popolazione (dal 2009 al 2012) si è assistito a una riduzione della stessa, acceleratasi negli ultimi anni. Nel complesso nei 15 anni sotto osservazione si stima una riduzione complessiva del 3,4% nella ASL BT e del 4,4% nella Regione Puglia.



Fonte: ISTAT



Il confronto tra la piramide delle età del 2009 e del 2023 dell'ASL BT mostra in modo grafico l'invecchiamento della popolazione residenti.

Per tale motivo, anche a fronte di una riduzione complessiva della popolazione residente, è ipotizzabile un incremento del carico di malattie soprattutto in riferimento alle malattie cronic-degenerative compresi i tumori.

Si riportano di seguito i tassi di natalità e di mortalità nell'ASL BT comparati con quelli delle altre ASL e della Regione Puglia (dati ISTAT).

	Natalità (Tasso per 1.000 ab.)					Mortalità (Tasso per 1.000 ab.)				
	2018	2019	2020	2021	2022 (p)	2018	2019	2020	2021	2022 (p)
ASL BT	7.7	7.4	7.2	7.5	7.1	8.5	8.9	10.5	10.3	9.7
ASL FG	7.4	7.2	7.2	7.0	7.0	9.7	10.1	12.4	12.2	11.5
ASL BA	7.5	7.1	6.8	6.9	7.0	9.0	9.4	10.6	11.6	10.7
ASL TA	6.7	6.6	6.4	6.4	6.2	9.8	10.4	11.0	12.3	11.7
ASL BR	6.7	6.2	6.5	6.3	6.6	10.3	10.5	11.4	11.5	12.3
ASL LE	6.7	6.4	6.2	6.3	6.3	10.5	10.7	11.4	12.3	12.7
PUGLIA	7.2	6.9	6.7	6.7	6.7	9.6	10.0	11.2	11.8	11.4

(p) provvisorio

Nella ASL BT il dato provvisorio del 2022 mostra una nuova riduzione della natalità dopo l'aumento del 2021 e una ulteriore riduzione della mortalità. E' in ogni caso evidente che il saldo naturale (differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità) è in tutte le ASL negativo, ed è questo un determinante della riduzione della popolazione residente.

Nella tabella successiva per gli anni 2021 e 2022 si riportano altri indicatori demografici di interesse (fonte ISTAT).

	Saldo naturale (per 1.000 ab)		Saldo migratorio totale (per 1.000 ab)		Saldo complessivo (per 1.000 ab)		Speranza di vita alla nascita in anni (uomini)		Speranza di vita alla nascita in anni (donne)	
	2021	2022(p)	2021	2022(p)	2021	2022(p)	2021	2022(p)	2021	2022(p)
ASL BT	-2.8	-2.6	1.6	-2.3	-1.2	-4.9	80.0	81.0	83.9	84.7
ASL FG	-5.2	-4.6	-0.4	-3.9	-5.6	-8.5	79.1	79.6	83.7	84.2
ASL BA	-4.7	-3.7	1.9	0.7	-2.8	-3.0	80.3	81.1	84.2	85.0

ASL TA	-5.9	-5.5	2.3	-1.5	-3.6	-7.0	79.5	80.1	84.0	84.5
ASL BR	-5.2	-5.7	3.4	-0.6	-1.8	-6.3	80.4	80.2	85.0	84.4
ASL LE	-6.0	-6.4	4.8	-0.4	-1.2	-6.8	80.8	80.3	84.9	85.0
PUGLIA	-5.1	-4.7	2.4	-1.0	-2.7	-5.7	79.9	80.3	84.2	84.6

(p) provvisorio

Nella ASL BT, come nelle altre ASL il saldo migratorio, anche quando positivo, non riesce a contrastare il tasso naturale, per cui tutte le aree pugliesi sono soggette a una contrazione della popolazione residente come si evince dal valore sempre negativo del saldo complessivo.

La speranza di vita alla nascita, dopo la flessione registrata nel 2020 e nel 2021, mostra una ripresa.

Indicatori demografici per Distretto Socio-Sanitario (pop 1° gennaio 2023)

Distretto	Indice di vecchiaia ¹	Indice di dipendenza strutturale ²	Indice di ricambio della popolazione attiva ³	Indice di struttura della popolazione attiva ⁴	Carico di figli per donna feconda ⁵
DSS 1	165.8	54.9	119.0	122.2	18.6
DSS 2	141.6	49.8	114.4	123.9	18.1
DSS 3	211.5	54.6	132.7	137.6	15.8
DSS 4	160.5	51.5	115.6	126.0	17.8
DSS 5	167.5	52.0	131.6	136.5	17.2
ASL BT	162.8	51.9	121.9	129.2	17.6

¹**Indice di vecchiaia:** rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione: si calcola come rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni.

²**Indice di dipendenza strutturale:** rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) rispetto a quella attiva (15-64 anni).

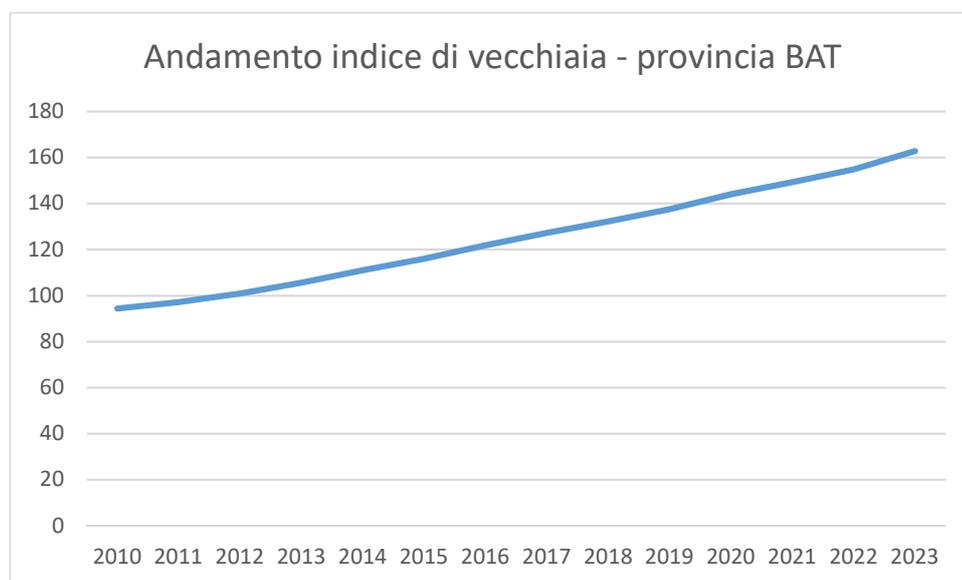
³**Indice di ricambio della popolazione attiva:** rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni).

⁴**Indice di struttura della popolazione attiva:** rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).

⁵**Carico di figli per donna feconda:** è il rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni). Rappresenta una stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici.

Si può notare che il DSS 3 è quello caratterizzato dalla popolazione mediamente più anziana, con l'indice di vecchiaia più alto, coerente con tutti gli altri indici. IL DSS 2 è invece quello caratterizzato dalla popolazione più giovane.

Di seguito si riporta l'andamento dell'indice di vecchiaia nella ASL BT e che ancora una volta mostra l'invecchiamento della popolazione che si accompagna a un maggior carico di malattie cronico-degenerative, neoplastiche e non.



3.1.1 Ospedalizzazioni

L'andamento delle ospedalizzazioni (considerando ricoveri in regime ordinario e in day-hospital) è un indicatore importante dello stato di salute della popolazione.

Questo andamento riflette in parte quello dell'incidenza delle patologie, ovvero il rapporto tra i nuovi casi insorti in un anno e la popolazione residente, ma risente anche fortemente dell'effetto delle politiche sanitarie (es. riduzione della ospedalizzazione in favore della presa in carico ambulatoriale).

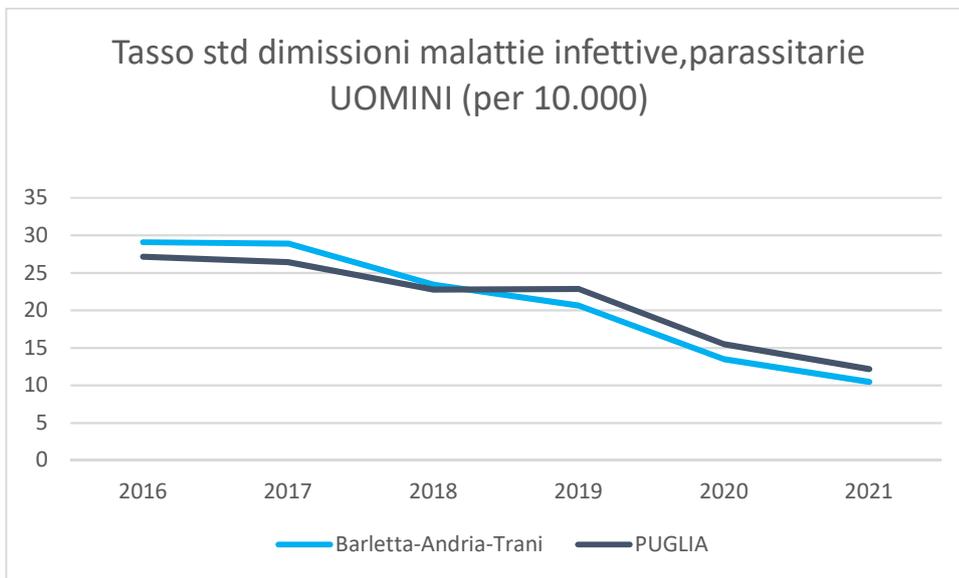
Dato che le politiche sanitarie agiscono sia a livello nazionale che regionale, è importante avere un termine di paragone.

Nell'analisi delle ospedalizzazioni che segue si paragona gli andamenti della provincia BT con quelli della Regione Puglia. I tassi sono standardizzati per età al fine di permettere il confronto tra popolazioni con strutture di età differenti (la provincia BT ha una popolazione più "giovane" di quella media pugliese).

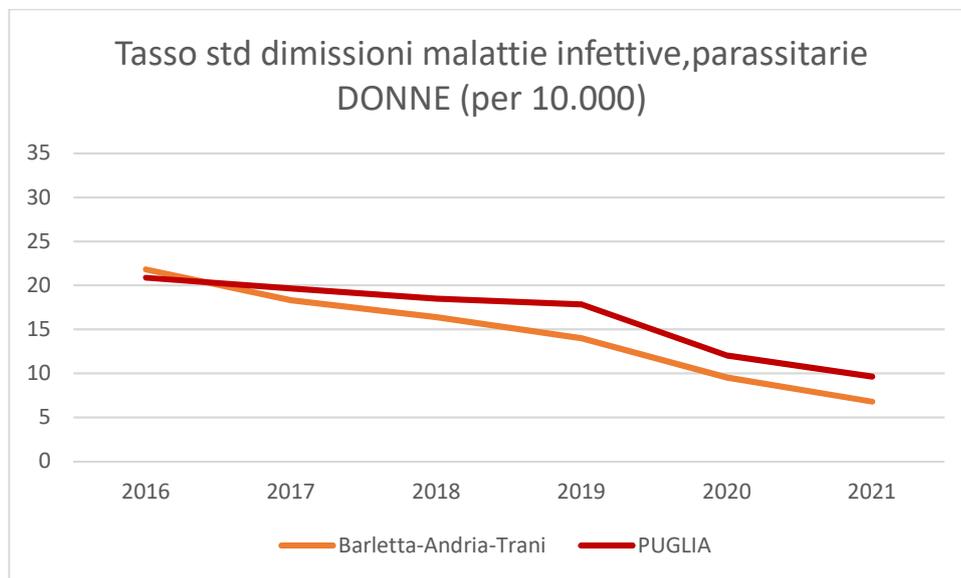
In via generale occorre ricordare che il 2020 è stato il primo anno interessato da una pandemia, per cui in molti casi l'ospedalizzazione ha registrato una flessione dipendente dall'organizzazione sanitaria

territoriale e ospedaliera e dall'effetto delle misure di contenimento della diffusione del Coronavirus-SARS-Cov2.

Malattie infettive e parassitarie - ospedalizzazioni



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023



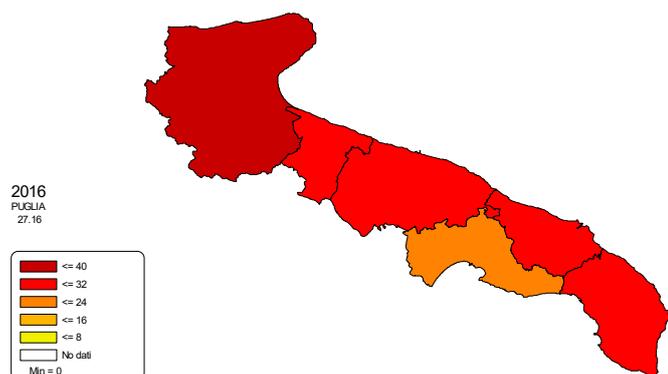
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Si osserva sia in tutta la Puglia che nella provincia BT un progressivo calo dell'ospedalizzazione per malattie infettive e parassitarie in entrambi i sessi. Negli anni più recenti i tassi sono più bassi nella provincia BT rispetto alla Puglia. Si ricorda che i tassi sono confrontabili in quanto standardizzati per età.

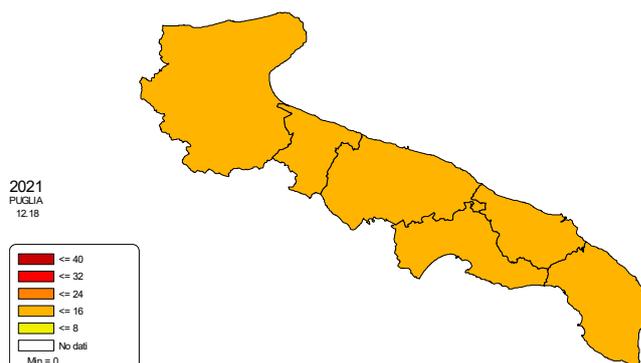
Nel 2021 il tasso standardizzato negli uomini è di 10,5 per 10.000 nella BT e di 12,2 in Puglia, nelle donne rispettivamente 6,8 e 9,6.

E' interessante notare come mentre nel 2016 si osservava un gradiente nord-sud riguardante l'ospedalizzazione per malattie infettive, negli anni più recenti si osserva una tendenziale omogeneità tra i tassi delle diverse province pugliesi.

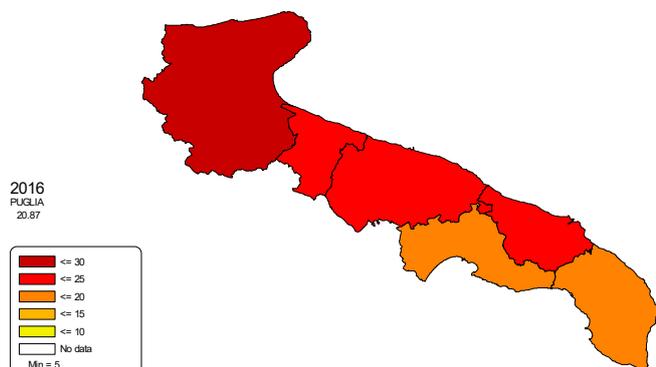
Tasso std dimissioni malattie infettive,parassitarie M



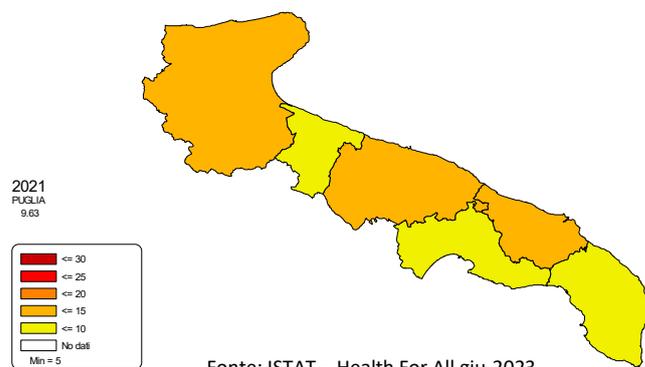
Tasso std dimissioni malattie infettive,parassitarie M



Tasso std dimissioni malattie infettive,parassitarie F



Tasso std dimissioni malattie infettive,parassitarie F



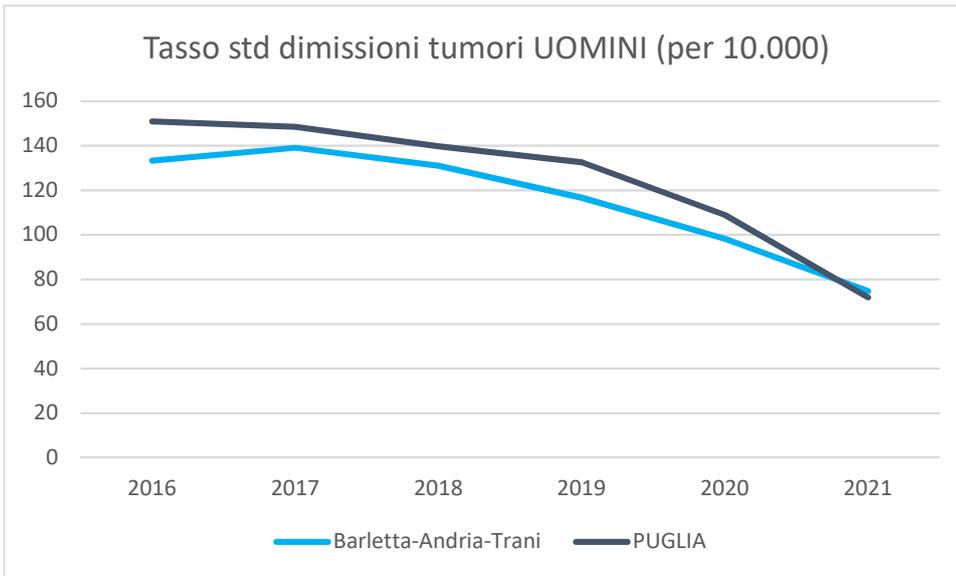
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Tumori e tumori maligni - ospedalizzazioni

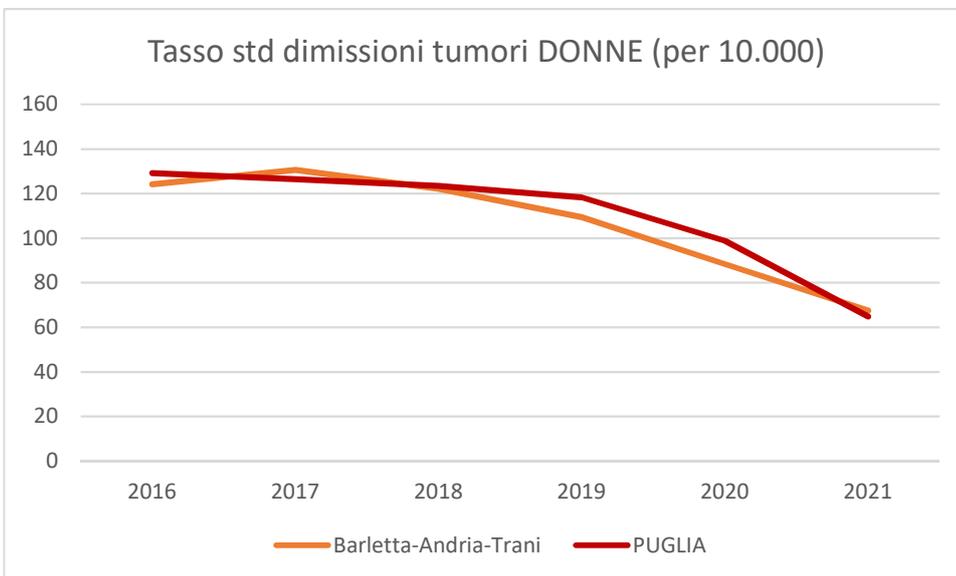
Nel periodo considerato si osserva una riduzione dell'ospedalizzazione per tutti i tumori e per tutti i tumori maligni in entrambi i sessi, più spiccata nel 2020 e nel 2021.

Le curve indicano inoltre che, fino al 2020, per ogni anno considerato l'ospedalizzazione per malattia neoplastica negli uomini residenti nella provincia BT è più bassa di quella media pugliese, mentre convergono nel 2021.

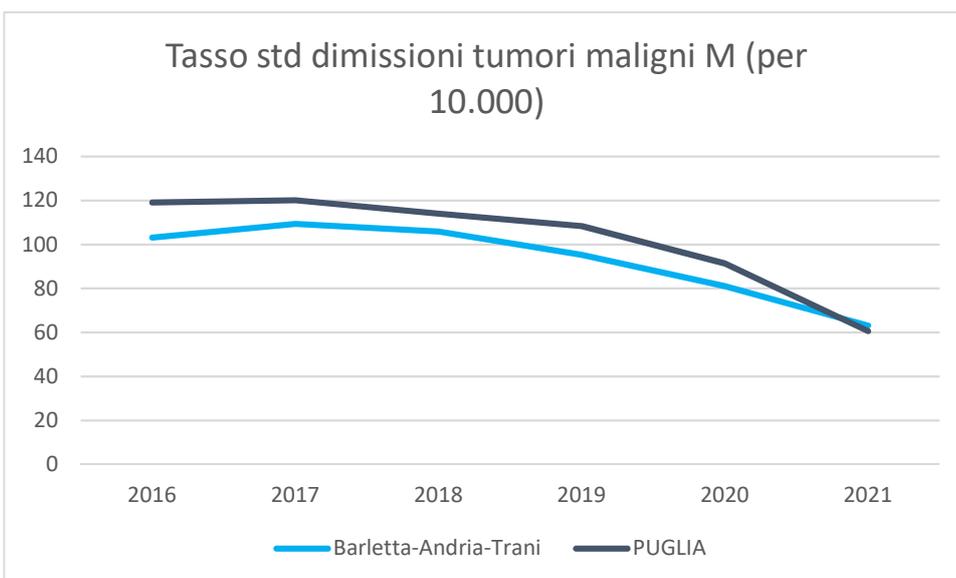
Le curve provinciale e regionale nelle donne sono più vicine e si intersecano più volte, e anche in questo caso nel 2021 convergono verso valori molto simili.



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

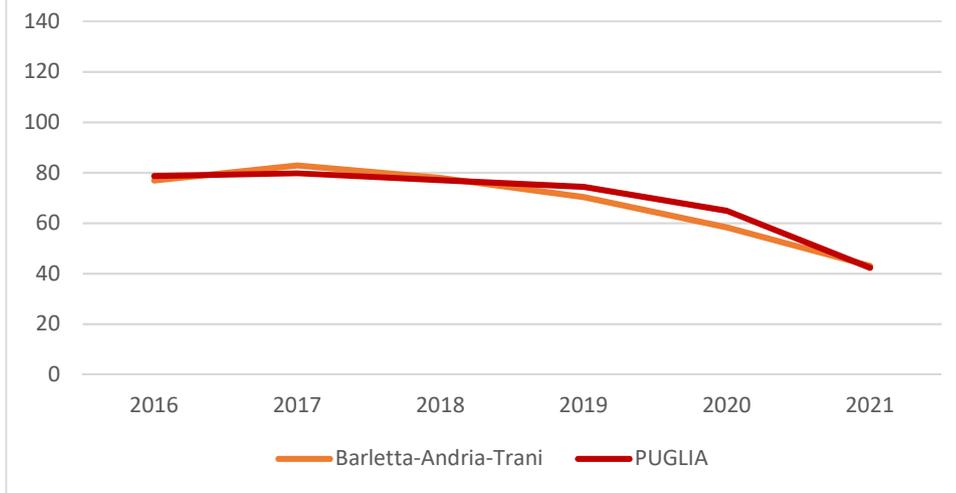


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023



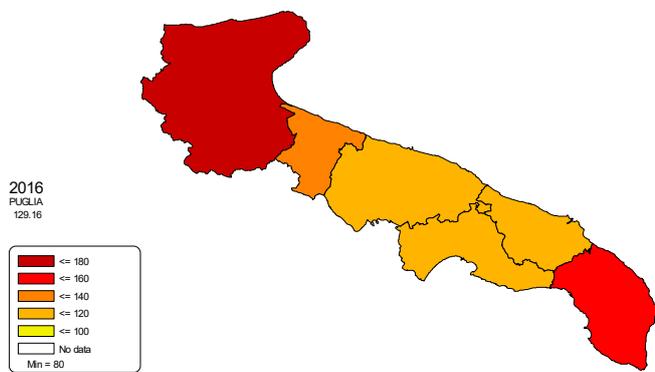
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Tasso std dimissioni tumori maligni F (per 10.000)

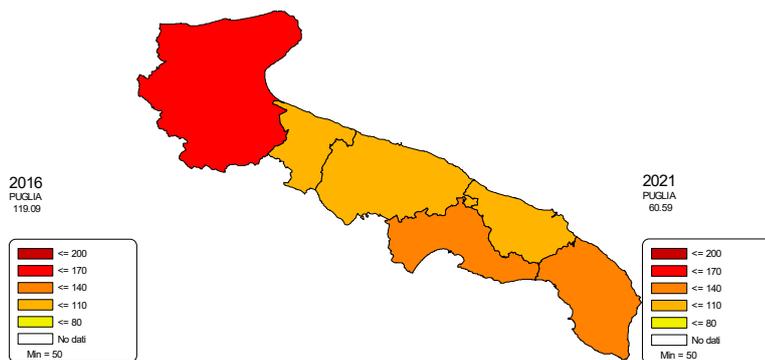


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Tasso std dimissioni tumori F



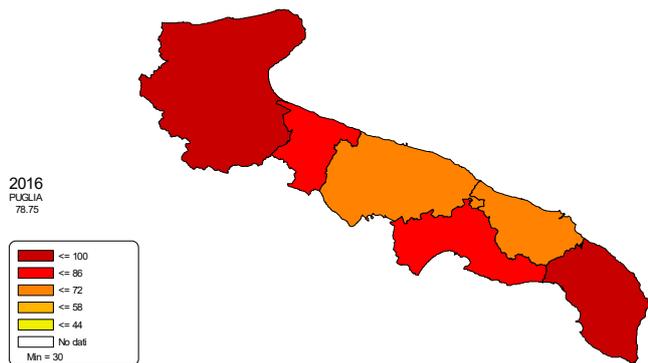
Tasso std dimissioni tumori maligni M



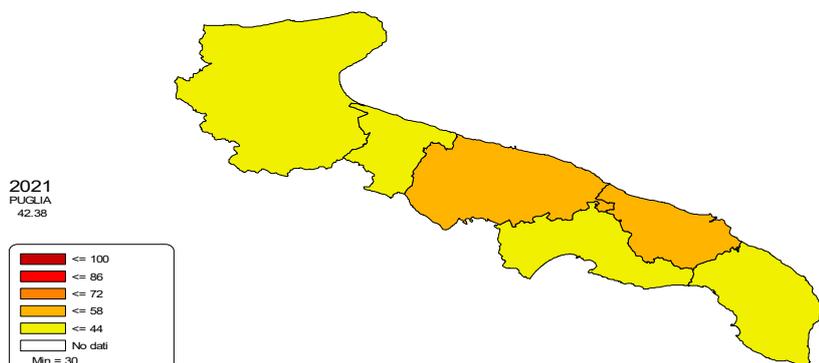
Tasso std dimissioni tumori maligni M



Tasso std dimissioni tumori maligni F



Tasso std dimissioni tumori maligni F



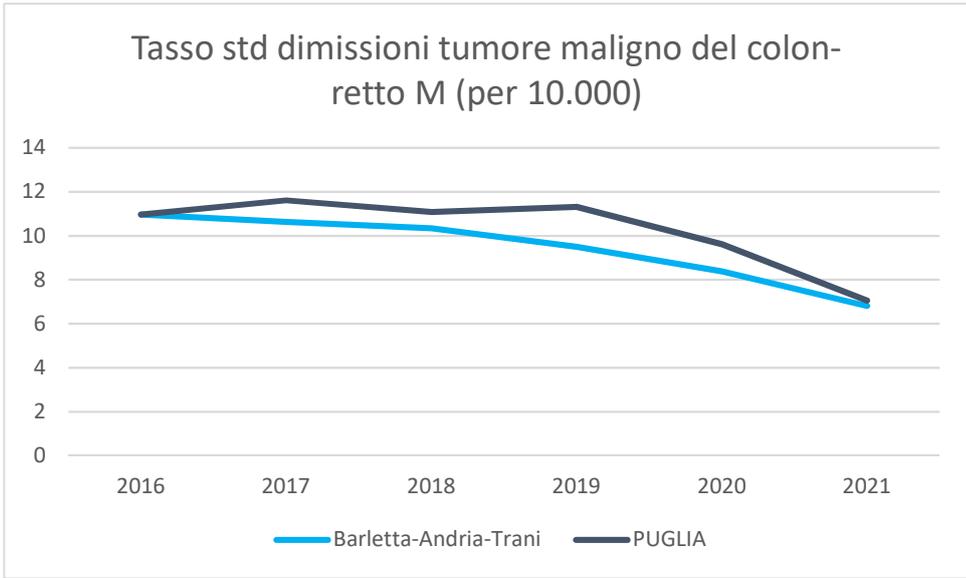
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Anche il confronto tra le mappe con i tassi standardizzati di dimissione per tumore maligno del 2016 e del 2021 mostra una riduzione in tutte le province e una tendenza a una maggiore omogeneità.

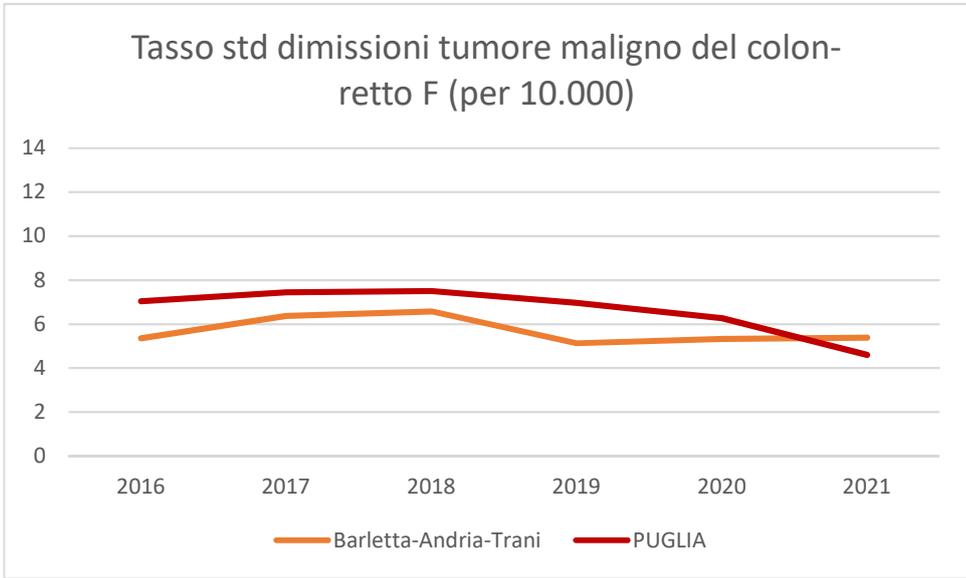
Di seguito si riportano i trend dei tassi standardizzati di dimissione per alcuni tumori di interesse per la sanità pubblica.

Tumore maligno del colon-retto - ospedalizzazioni

Per quanto riguarda il tumore maligno del colon-retto nel periodo considerato si osserva una riduzione dei tassi di dimissione negli uomini sia nella provincia BT che nell'intera regione con una convergenza nell'ultimo anno disponibile e un trend fondamentalmente stabile nelle donne residenti nella provincia BT, mentre a livello regionali i tassi mostrano una riduzione.



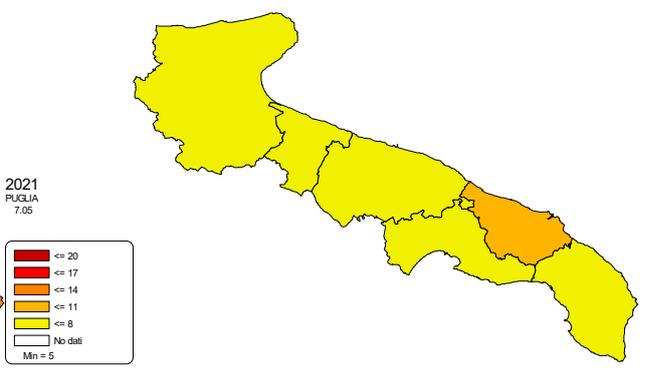
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

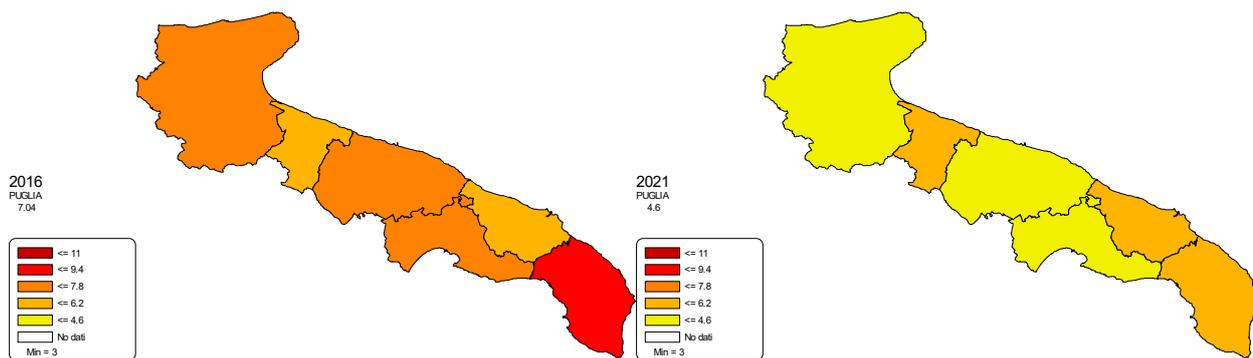
Tasso std dimissioni tumori maligni colon,retto,giunz.retto sigmoidea,ano M

Tasso std dimissioni tumori maligni colon,retto,giunz.retto sigmoidea,ano M



Tasso std dimissioni tumori maligni colon,retto,giunz.rettosigmoidea,ano F

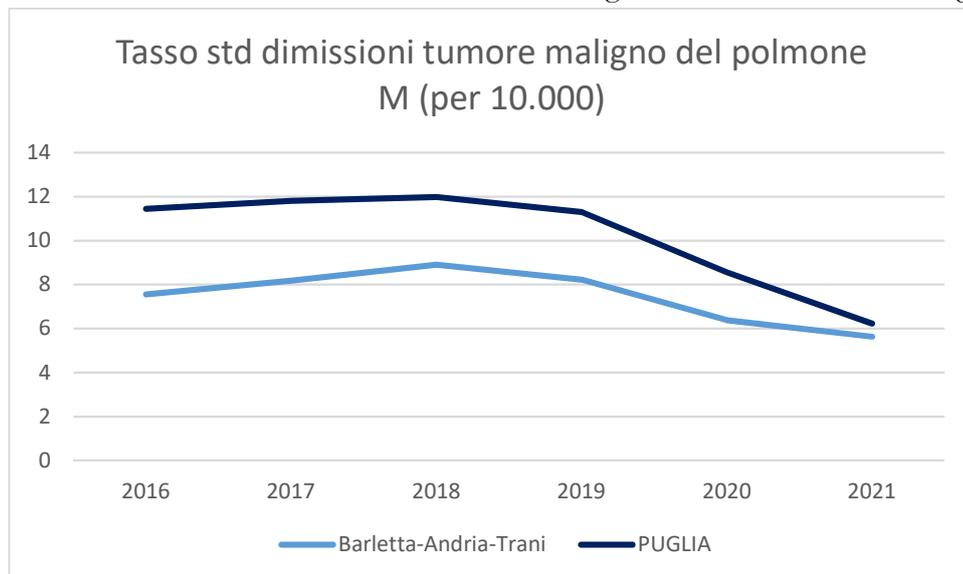
Tasso std dimissioni tumori maligni colon,retto,giunz.rettosigmoidea,ano F



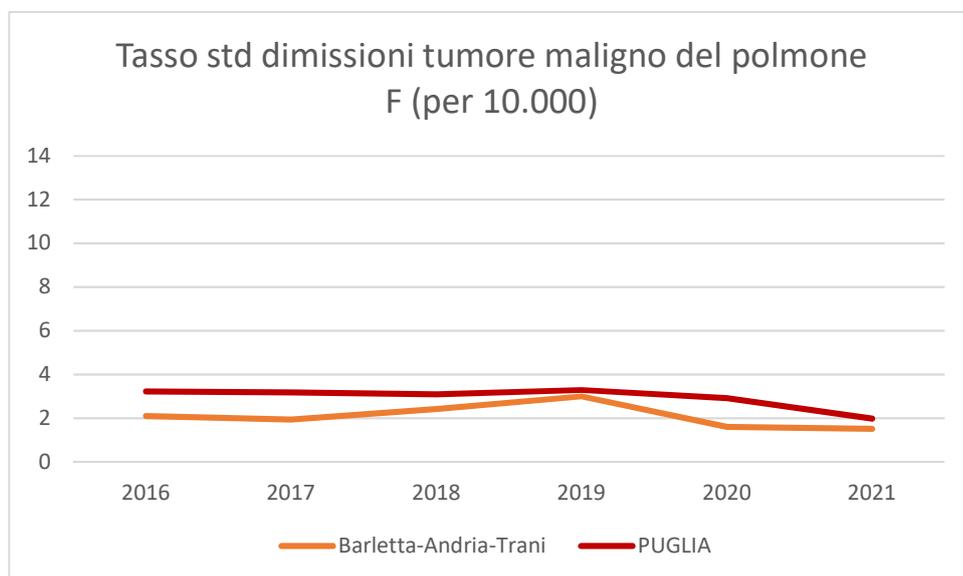
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Tumore maligno del polmone

Anche nel caso del tumore maligno del polmone, la riduzione dei tassi di dimissione si osserva soprattutto negli uomini, mentre nelle donne il trend mostra una riduzione solo nel 2021. Nel 2021 negli uomini si osserva una tendenza alla convergenza dei tassi regionali e provinciali.

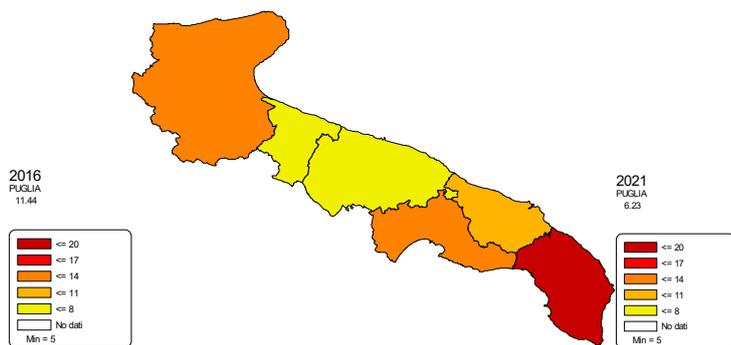


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

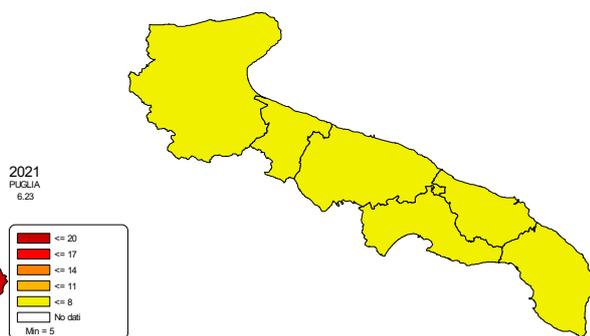


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

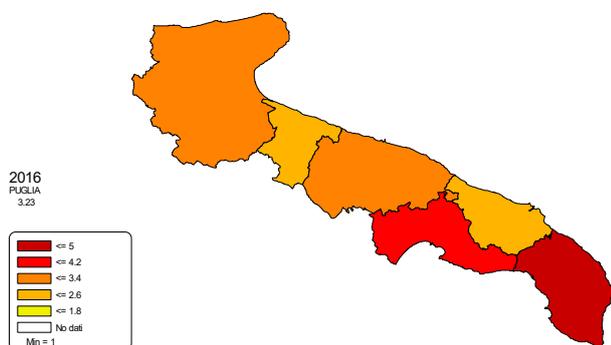
Tasso std dimissioni tumori maligni trachea,bronchi,polmoni M



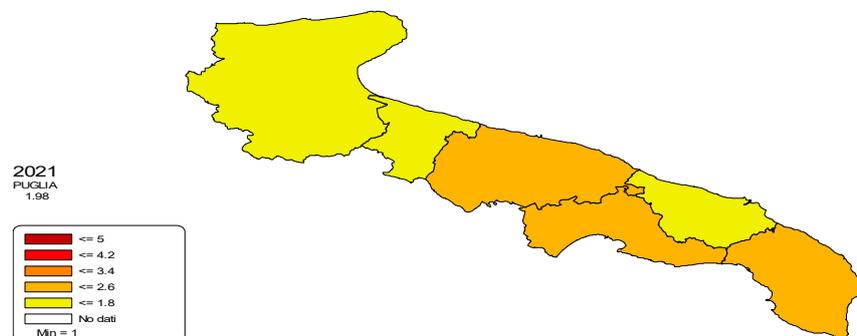
Tasso std dimissioni tumori maligni trachea,bronchi,polmoni M



Tasso std dimissioni tumori maligni trachea,bronchi,polmoni F



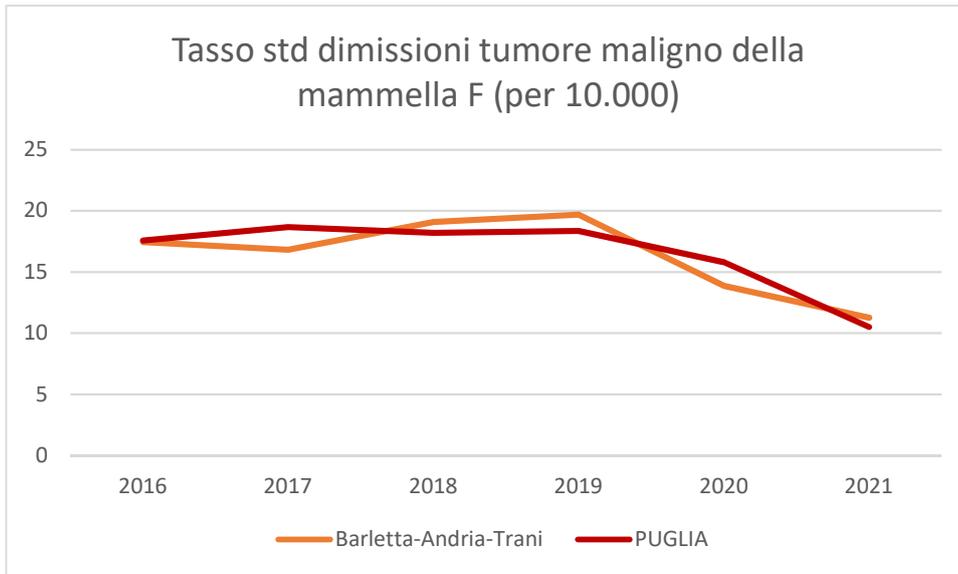
Tasso std dimissioni tumori maligni trachea,bronchi,polmoni F



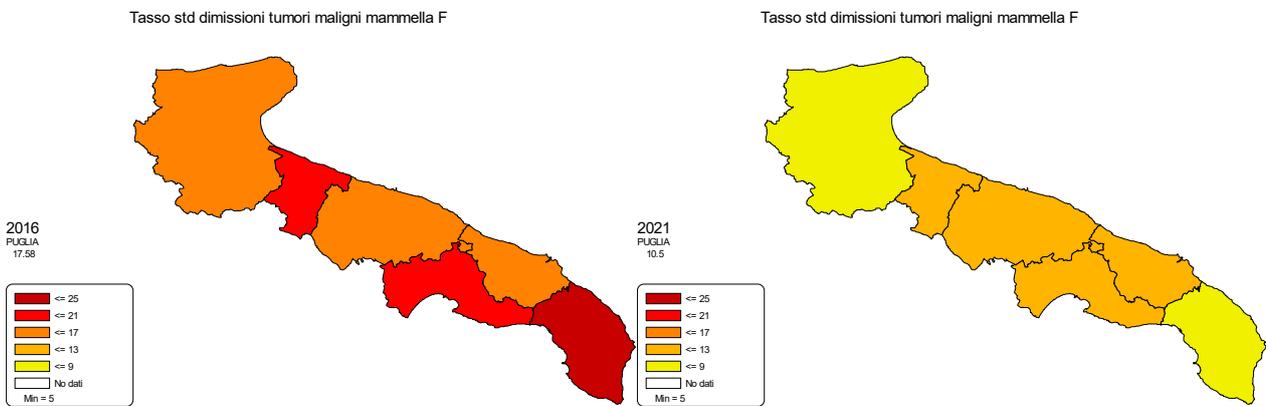
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2022

Tumore maligno della mammella femminile

Per quanto riguarda i tassi di dimissione per tumore maligno della mammella nelle donne si osserva una riduzione sia nella provincia BT che nella regione a partire dal 2020.



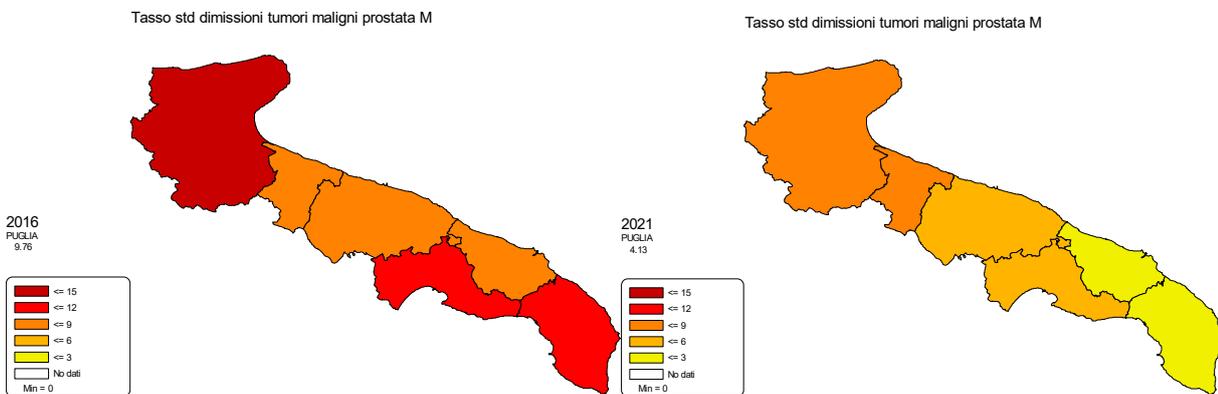
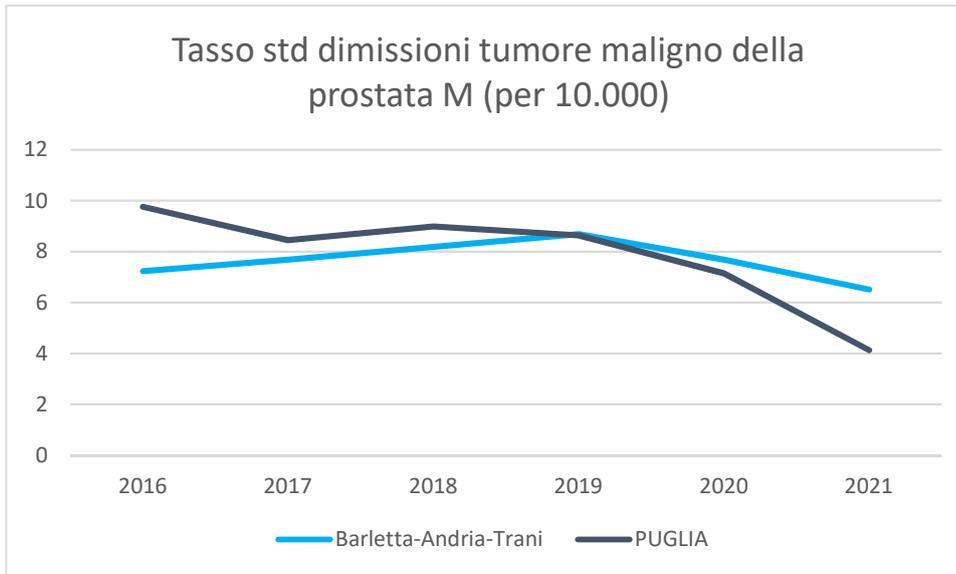
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2022



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Tumore maligno della prostata - ospedalizzazioni

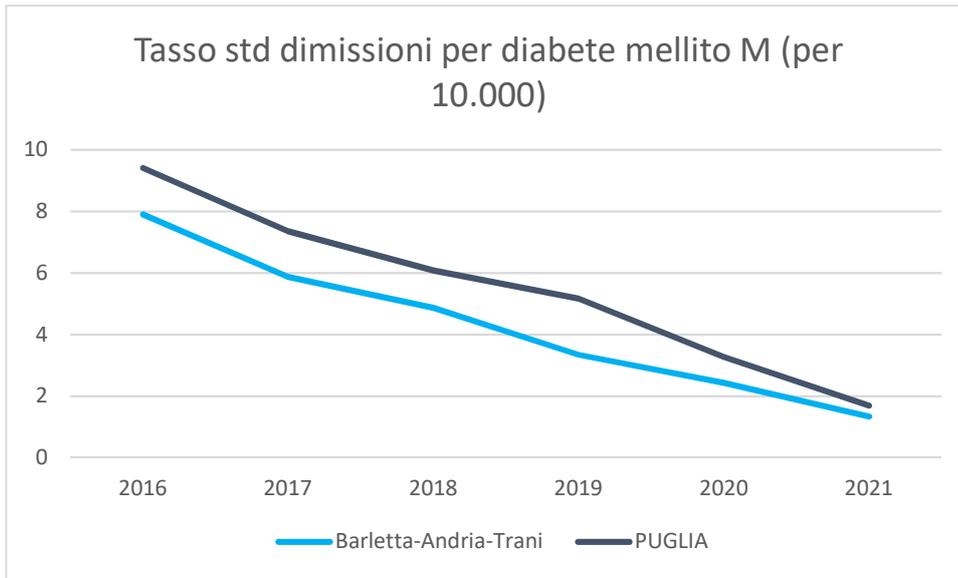
Negli uomini il trend dei tassi di dimissione per tumore maligno della prostata mostra una flessione dopo il 2019, ma più spiccata nella regione rispetto alla provincia.



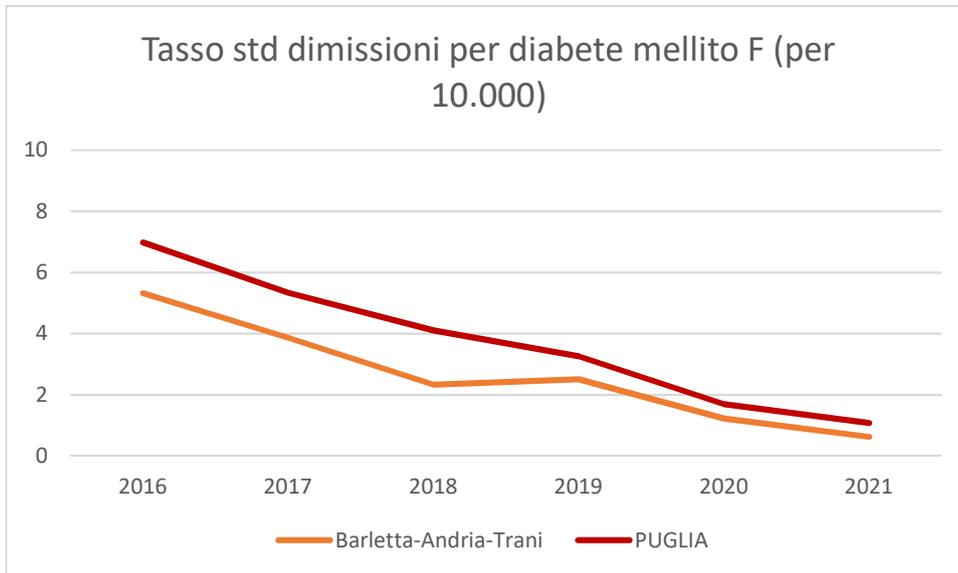
Diabete mellito - ospedalizzazioni

Il diabete mellito è una patologia cronica che ha un grande impatto sullo stato sanitario di una popolazione e risulta associato all'indice di deprivazione sociale e a fattori di rischio individuali.

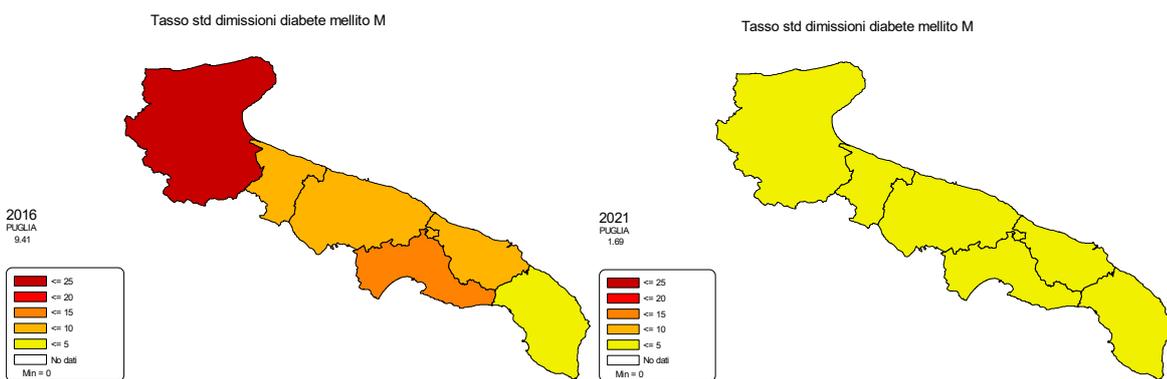
La riduzione del tasso di dimissione oltre a poter essere legata a una miglior prevenzione di questa patologia, è certamente dipendente anche dalla politica di deospedalizzazione di molte patologie croniche che sono attualmente trattate e monitorate in regime ambulatoriale. In entrambi i sessi negli anni più recenti si osserva una tendenza alla convergenza tra il dato regionale e quello provinciale.



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

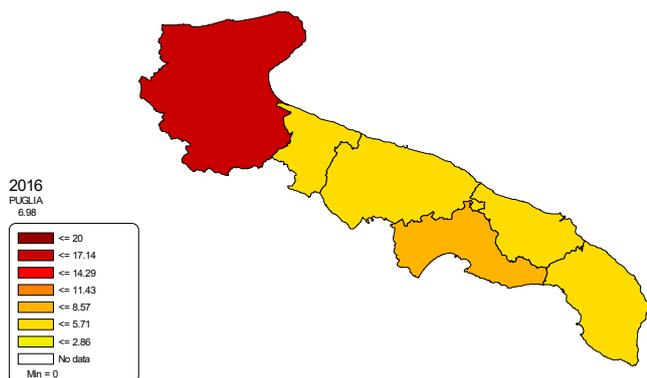


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

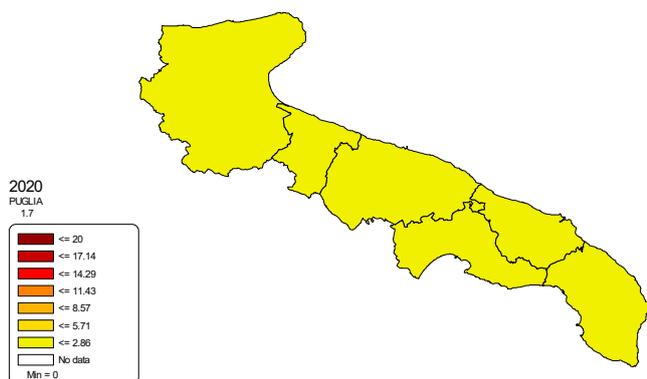


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Tasso std dimissioni diabete mellito F



Tasso std dimissioni diabete mellito F



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

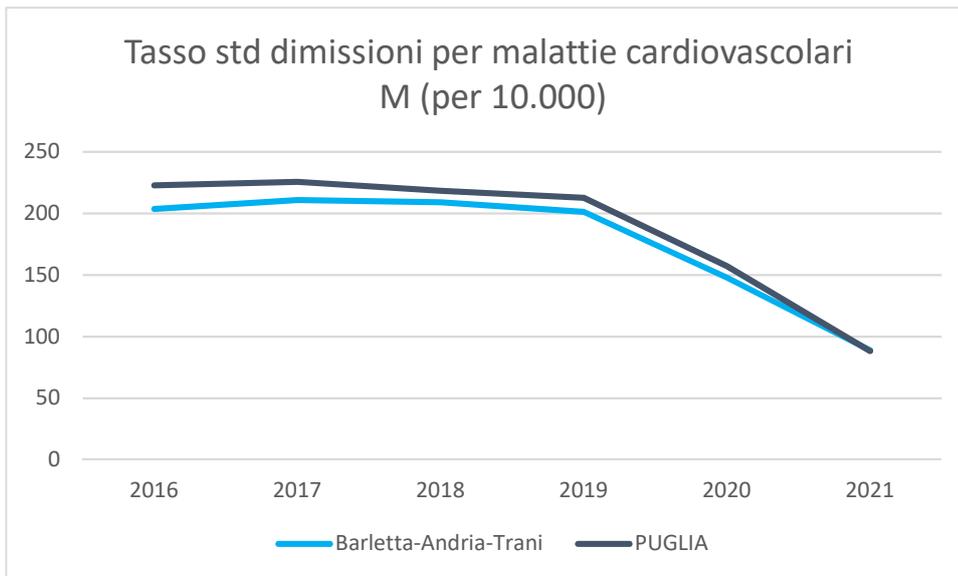
Malattie cardiovascolari - ospedalizzazioni

Le malattie cardiovascolari sono una delle principali cause di ospedalizzazione e di mortalità nei paesi occidentali.

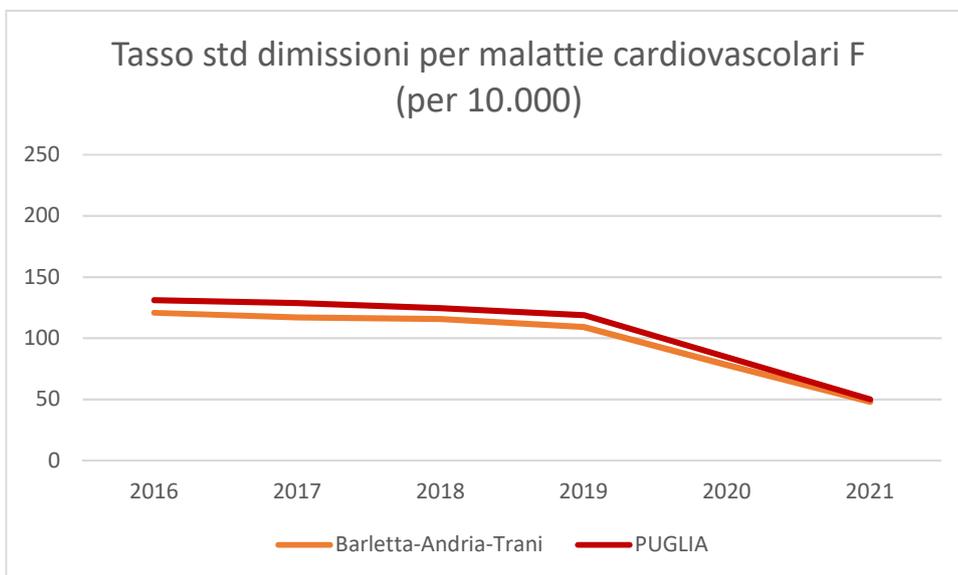
Per il periodo considerato si osserva una modesta riduzione dell'ospedalizzazione dal 2016 al 2019, che diventa invece molto spiccata negli ultimi due anni di osservazione.

Questa riduzione improvvisa negli anni della pandemia può essere legata soprattutto a una riduzione all'accesso sia tramite Pronto Soccorso che per ricovero programmato.

Il confronto tra le mappe relative ai ricoveri del 2016 e del 2021 mostra una tendenza alla maggiore omogeneità tra le province pugliesi.



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023



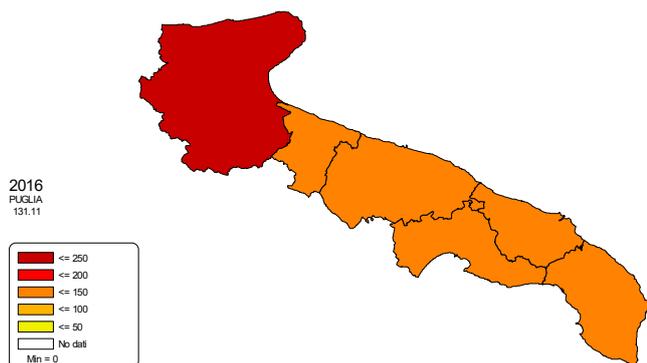
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Tasso std dimissioni malattie sistema circolatorio M

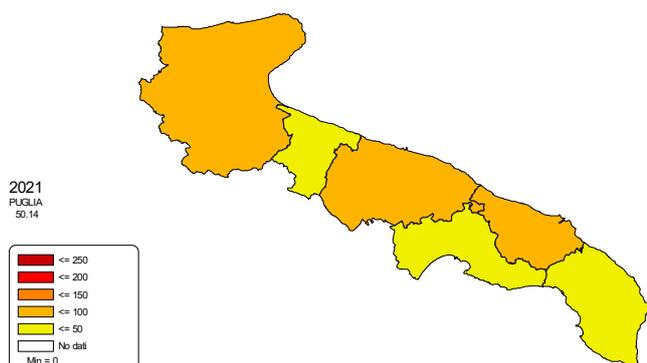
Tasso std dimissioni malattie sistema circolatorio M



Tasso std dimissioni malattie sistema circolatorio F



Tasso std dimissioni malattie sistema circolatorio F



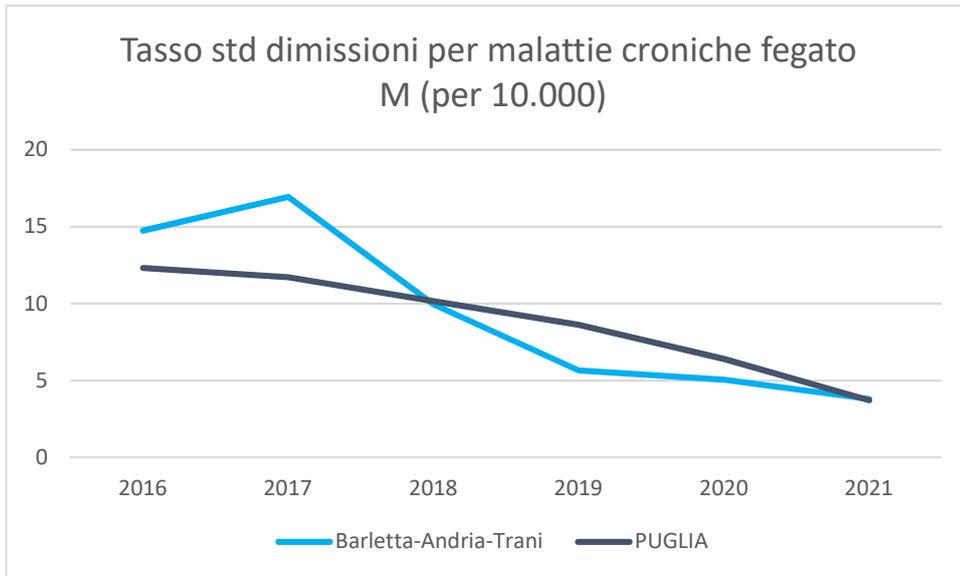
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Cirrosi e altre malattie epatiche croniche - ospedalizzazioni

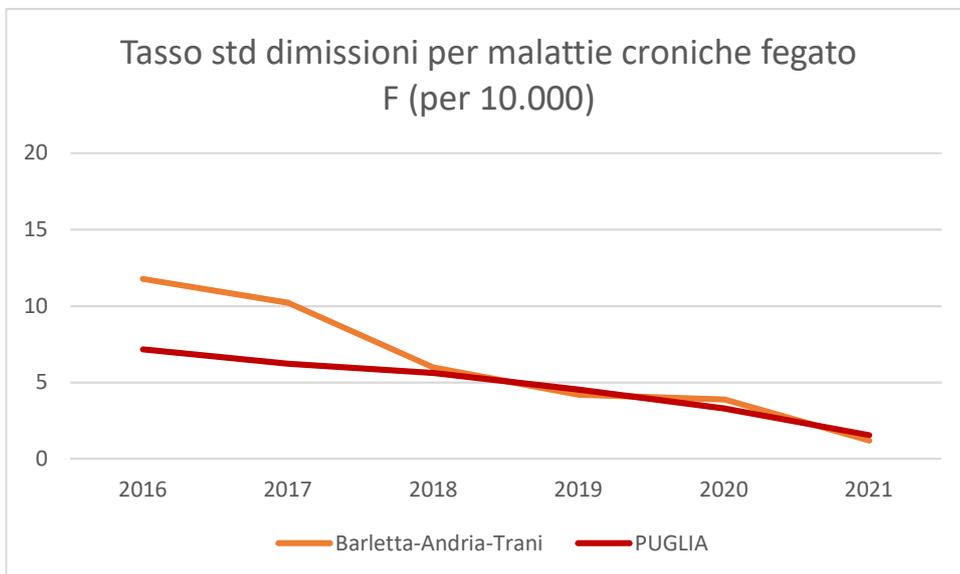
L'ospedalizzazione per malattie croniche del fegato, tra cui la cirrosi epatica, mostra una costante riduzione dal 2016 al 2021 in entrambi i sessi.

Tale andamento appare strutturale e legato anche a una reale riduzione dell'incidenza, soprattutto collegata a cirrosi epatiche virali, sia per l'efficacia della prevenzione primaria dell'epatite B grazie alla vaccinazione, sia per l'efficacia dei farmaci antivirali di ultima generazione nei confronti dell'epatite C, che hanno cambiato il decorso di questa temibile patologia infettiva.

Anche il confronto delle mappe 2016 e 2021 mostra una riduzione dell'ospedalizzazione per malattie epatiche croniche in tutte le province e in particolare in quelle che avevano i tassi più alti.



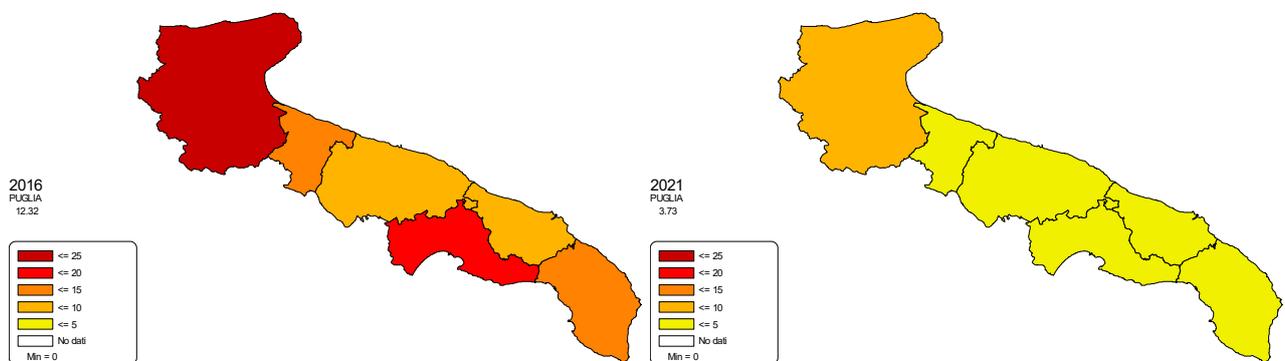
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

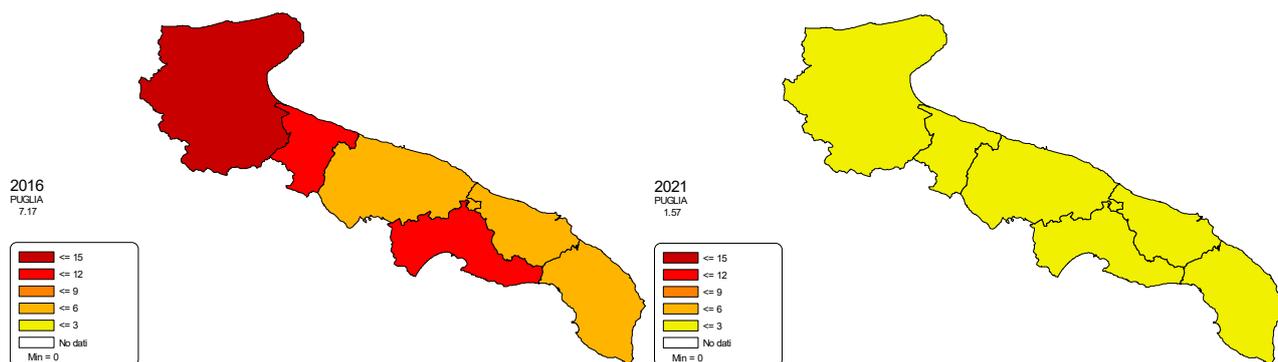
Tasso std dimissioni cirrosi, altre malattie croniche fegato M

Tasso std dimissioni cirrosi, altre malattie croniche fegato M



Tasso std dimissioni cirrosi, altre malattie croniche fegato F

Tasso std dimissioni cirrosi, altre malattie croniche fegato F

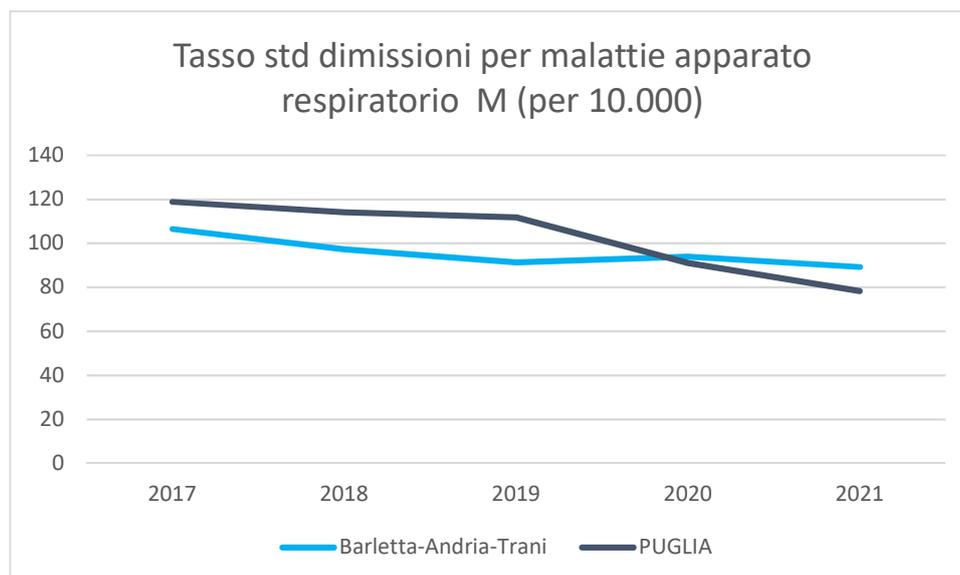


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

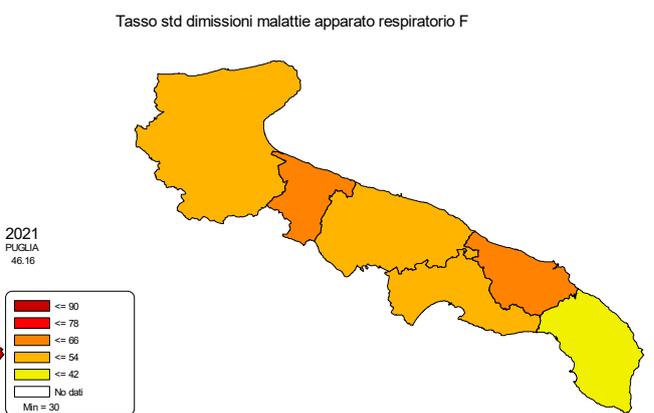
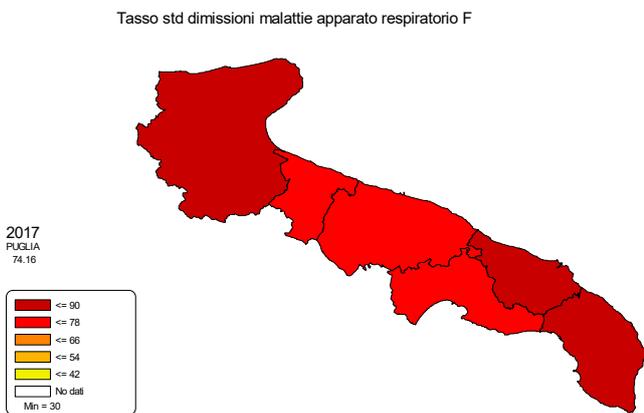
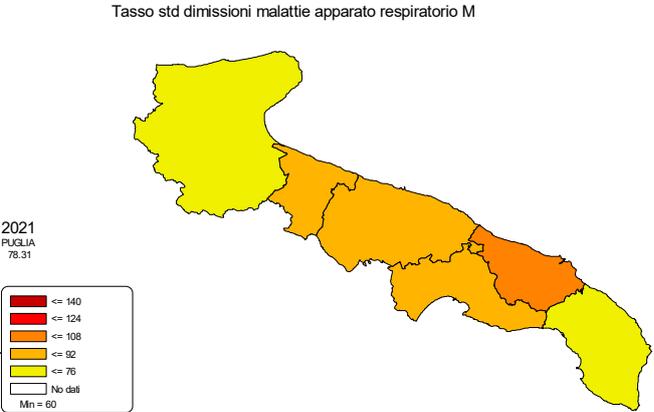
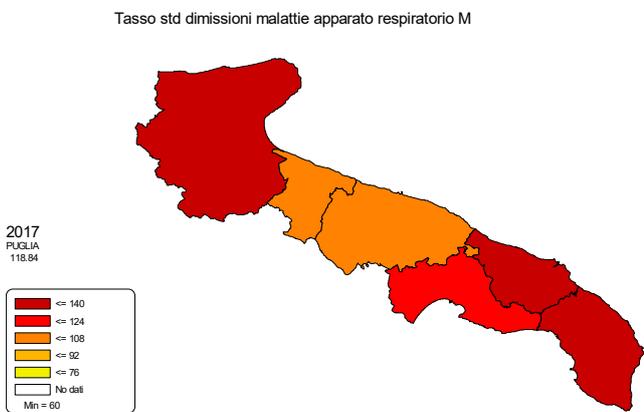
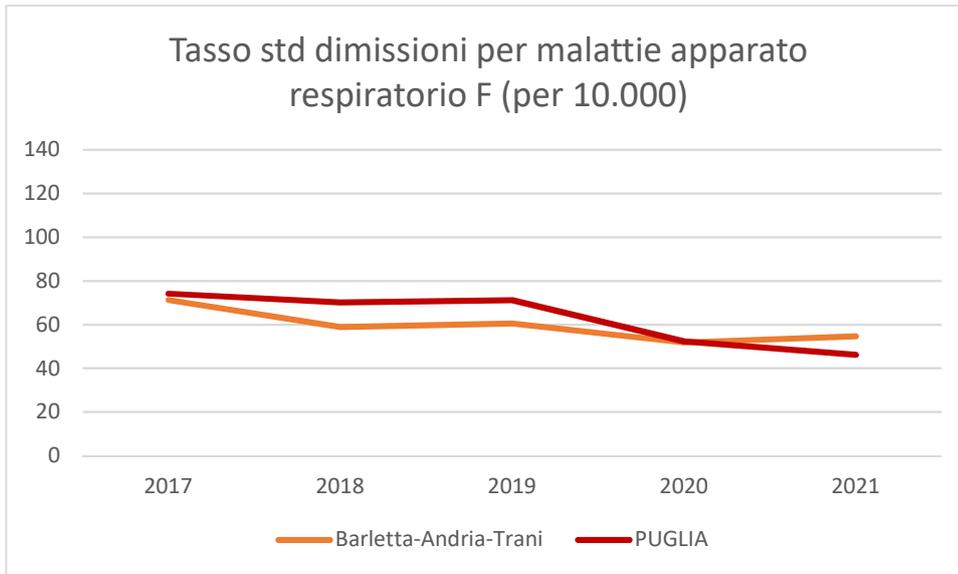
Malattie dell'apparato respiratorio - ospedalizzazioni

Le malattie dell'apparato respiratorio mostrano una riduzione contenuta. I tassi di ospedalizzazione nella provincia BT sono stati a lungo più bassi in entrambi i sessi rispetto alla media regionale, per poi convergere nel 2020 e risultare un po' più alti nel 2021.

Il confronto tra le mappe del 2016 e del 2021 mostra comunque una tendenza alla riduzione delle ospedalizzazioni per questo insieme di patologie.



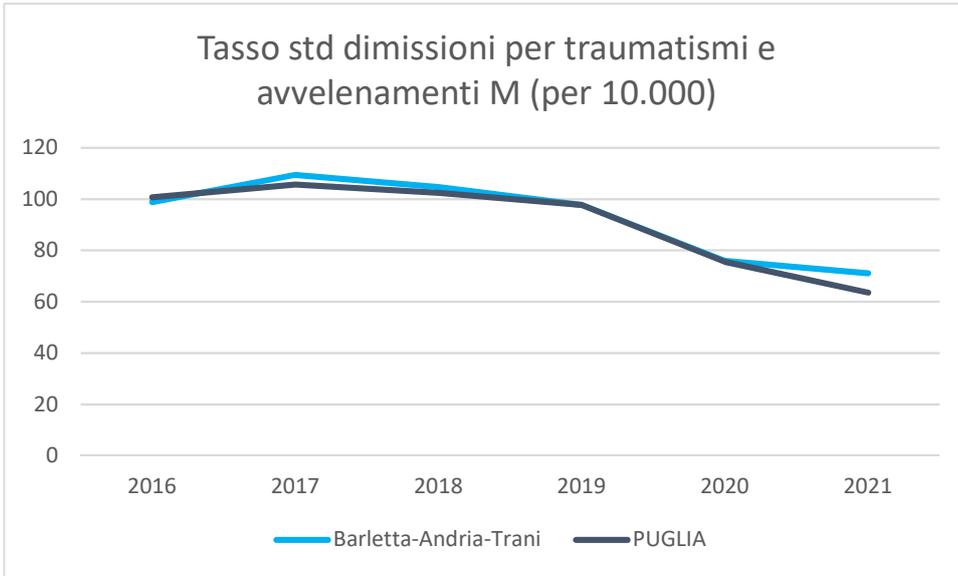
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023



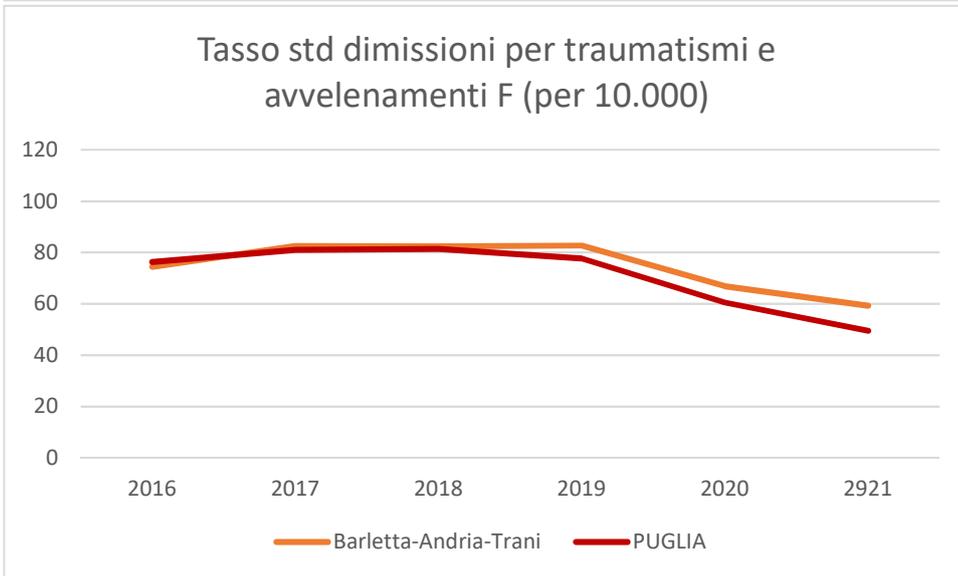
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Avvelenamenti e traumatismi - ospedalizzazioni

Le ospedalizzazioni per traumatismi e avvelenamenti hanno visto una spiccata riduzione nel 2020 e si può ipotizzare legato alla riduzione degli incidenti stradali e degli infortuni sul lavoro, come effetto delle misure di contenimento del fenomeno pandemico (lockdown,)

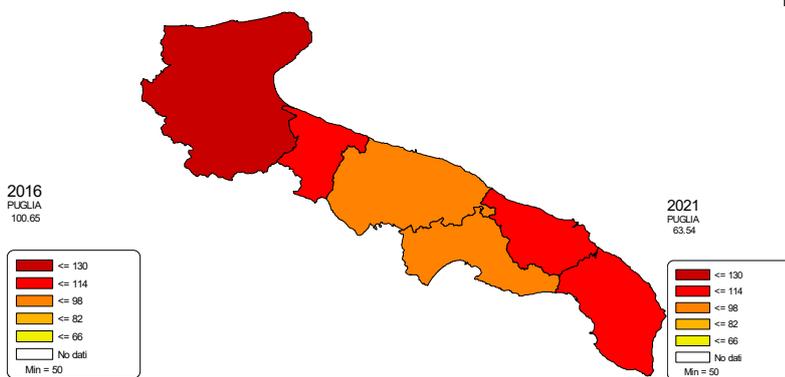


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

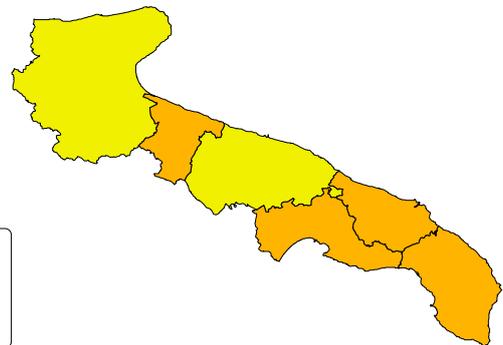


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Tasso std dimissioni traumatismi,avvelenamenti M

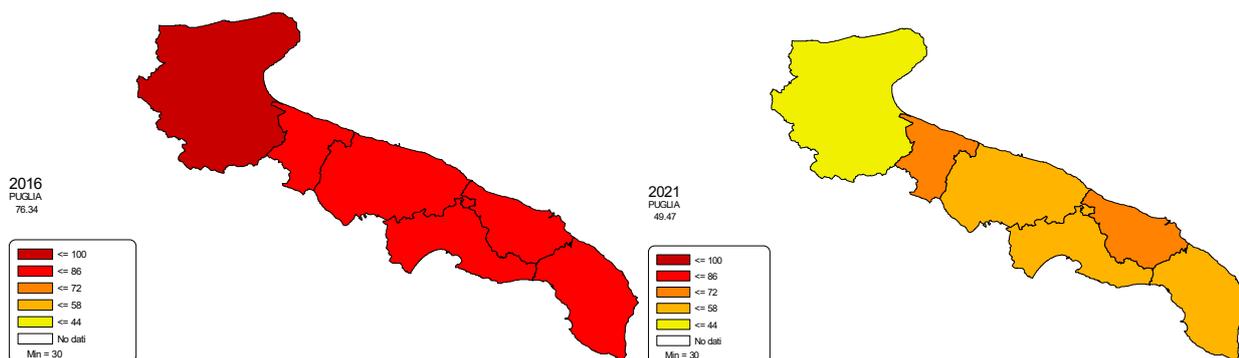


Tasso std dimissioni traumatismi,avvelenamenti M



Tasso std dimissioni traumatismi,avvelenamenti F

Tasso std dimissioni traumatismi,avvelenamenti F



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Mortalità per causa

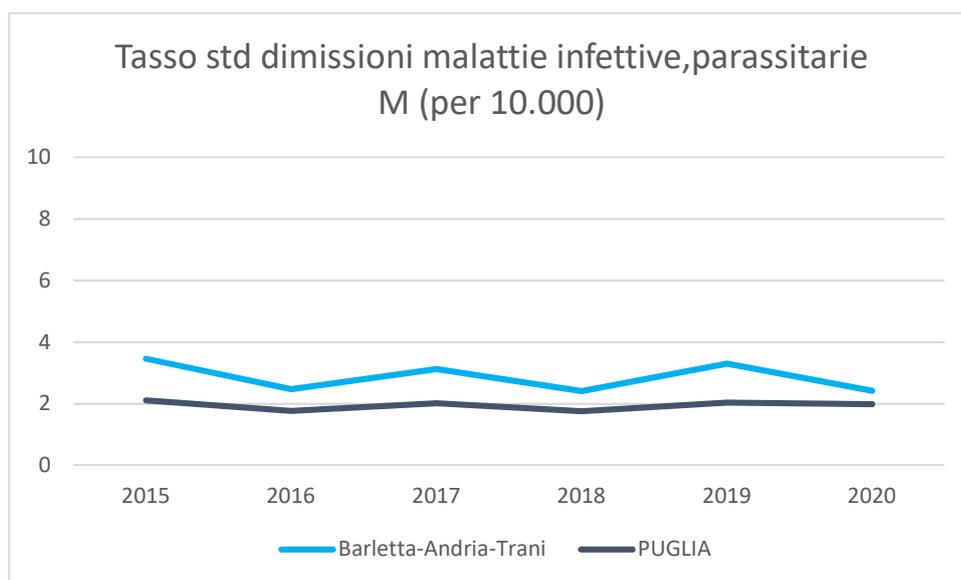
Un altro indicatore epidemiologico di grande importanza è la mortalità. La registrazione e codifica delle cause di morte è standardizzata a livello nazionale e l'analisi della mortalità per causa può descrivere l'andamento di diverse patologie, permettendo confronti tra aree e nel tempo ed è pertanto un indicatore fondamentale per la conoscenza dello stato di salute della popolazione.

Nel caso della mortalità per causa l'ultimo anno disponibile è il 2020, per cui è possibile vedere l'impatto del primo anno pandemico.

Malattie infettive e parassitarie - mortalità

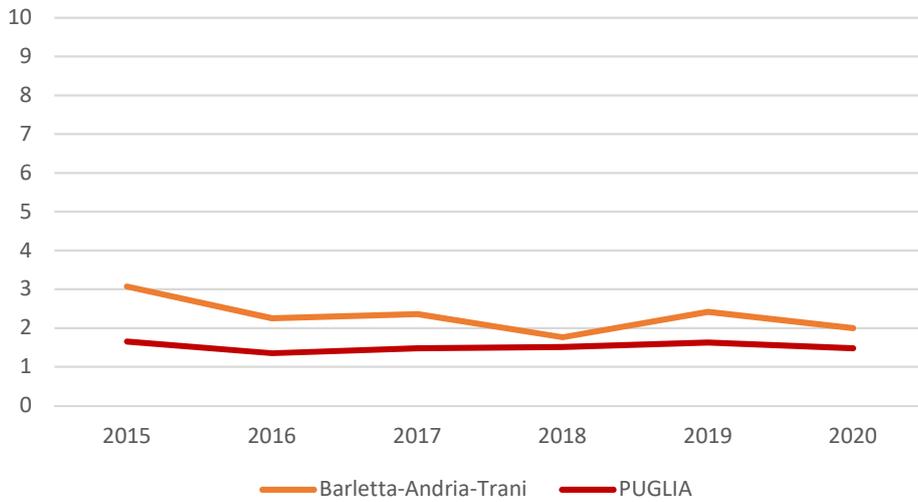
La mortalità per malattie infettive e parassitarie si comporta diversamente rispetto all'ospedalizzazione.

Mentre l'ospedalizzazione ha una tendenza a ridursi negli ultimi anni, la mortalità rimane pressoché costante sia nella provincia BT che in regione. Inoltre, laddove nella provincia BT i tassi di ospedalizzazione sono più bassi di quelli regionali, i tassi di mortalità per tali patologie sono più alti nella provincia BT in particolare nel sesso maschile.



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

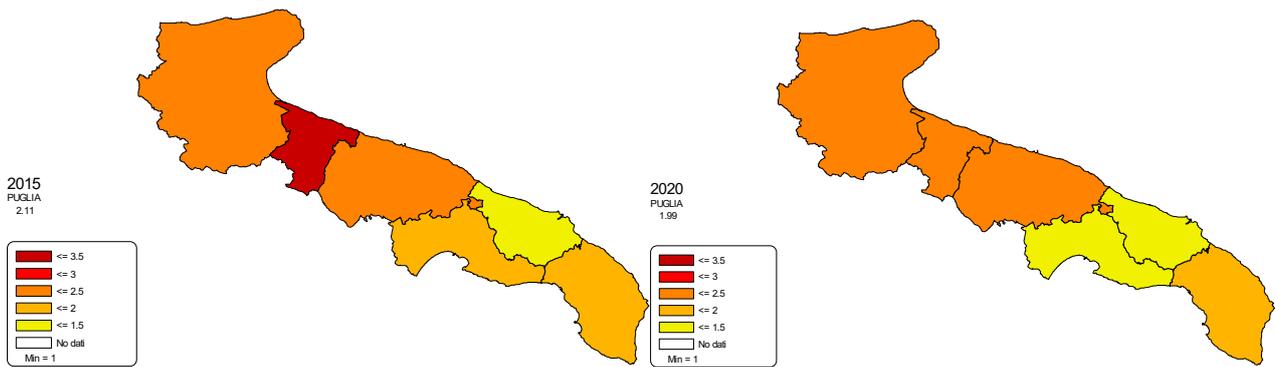
Tasso std dimissioni malattie infettive, parassitarie F (per 10.000)



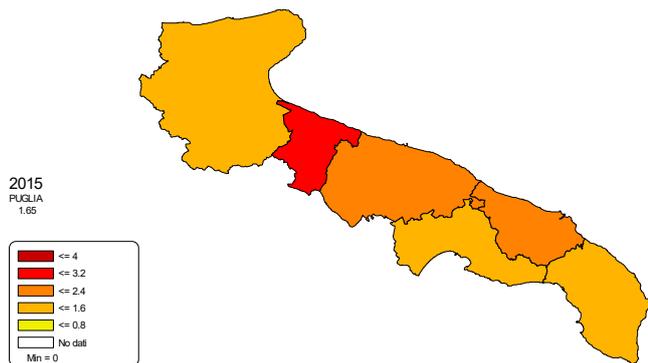
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Tasso mortalità std malattie infettive M

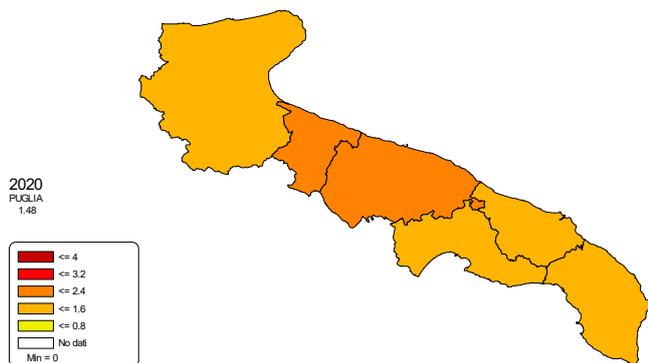
Tasso mortalità std malattie infettive M



Tasso mortalità std malattie infettive F



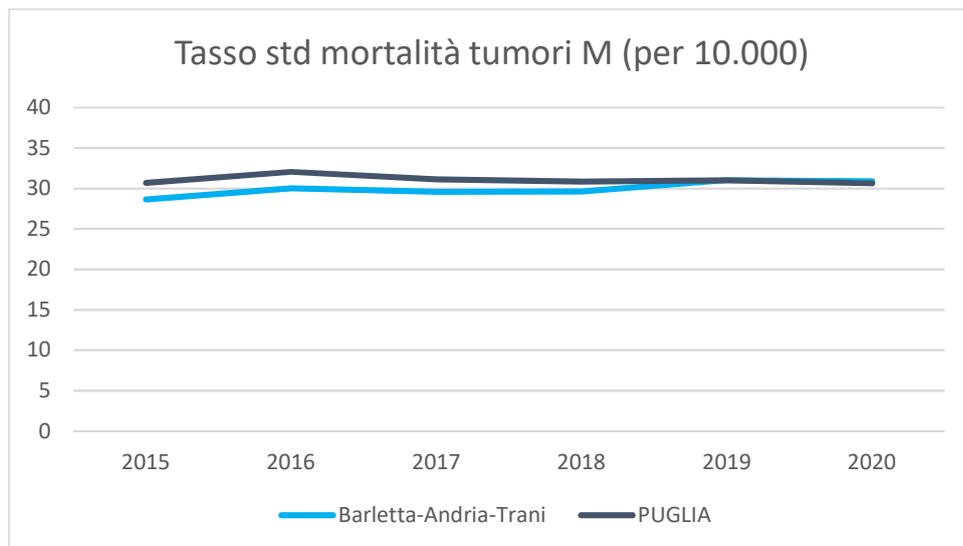
Tasso mortalità std malattie infettive F



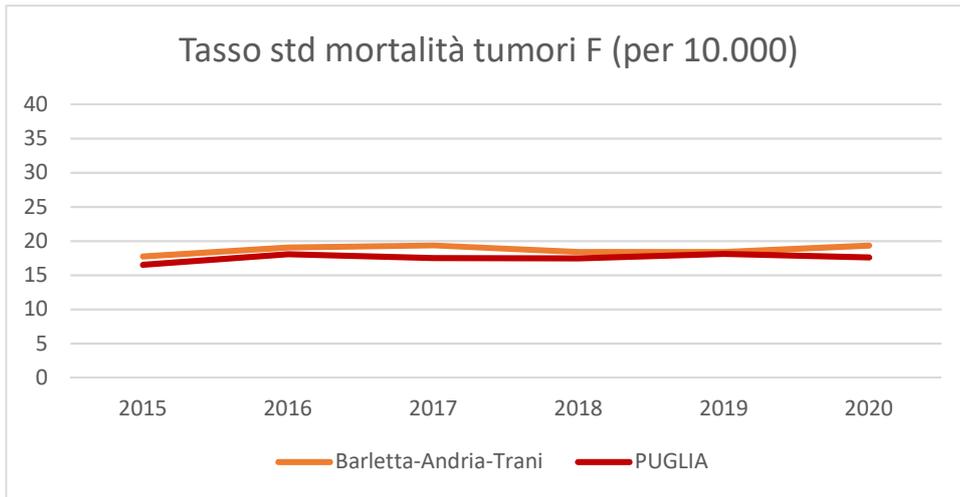
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Tumori - mortalità

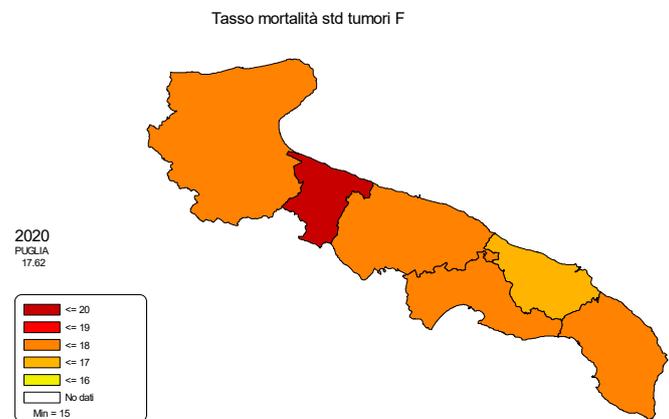
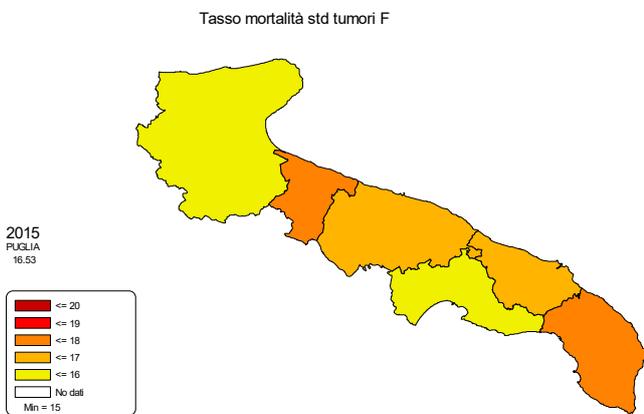
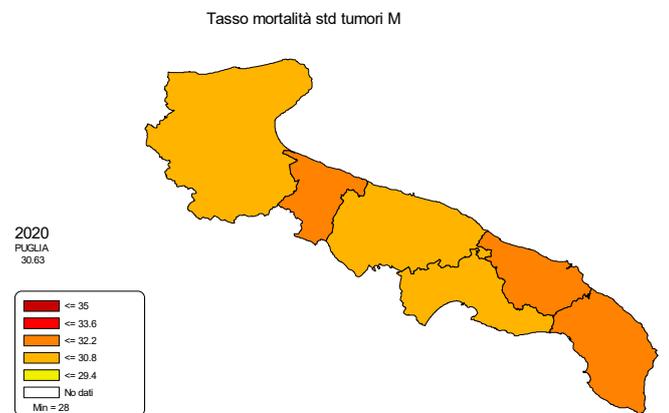
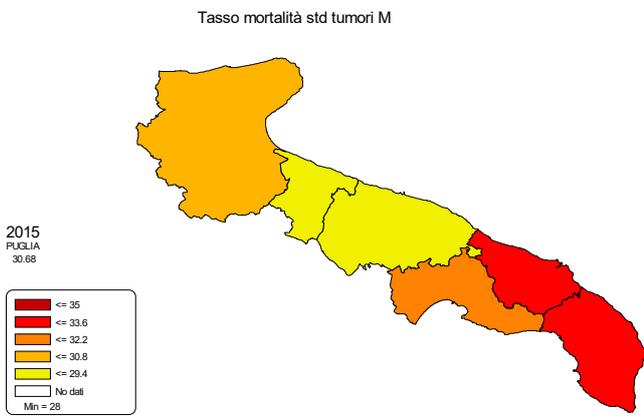
L'andamento del tasso standardizzato di mortalità per tumore mostra un aumento dal 2015 al 2016 e successivamente è fondamentalmente piatto nel sesso maschile; nel sesso femminile si osserva invece un aumento nel 2020 nella provincia BAT.



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023



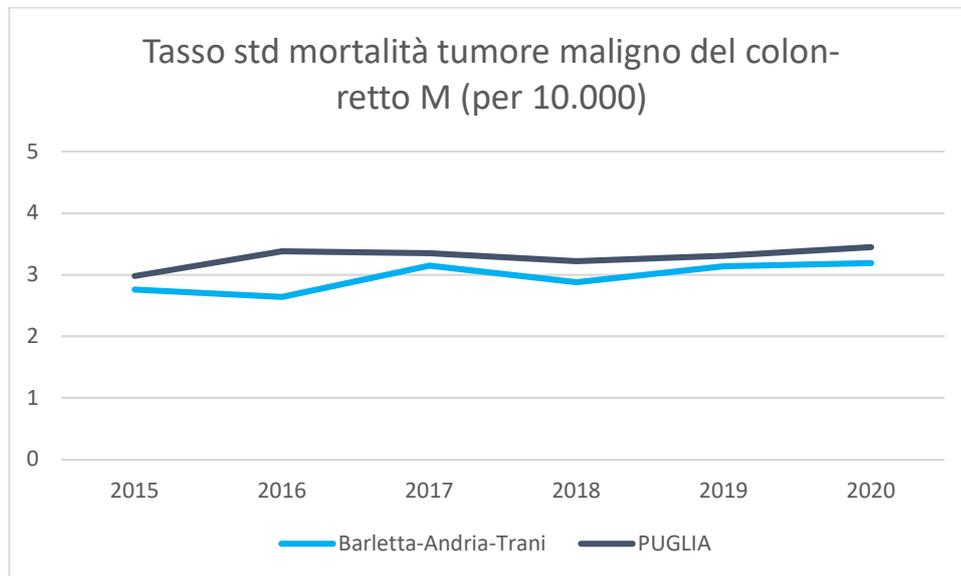
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023



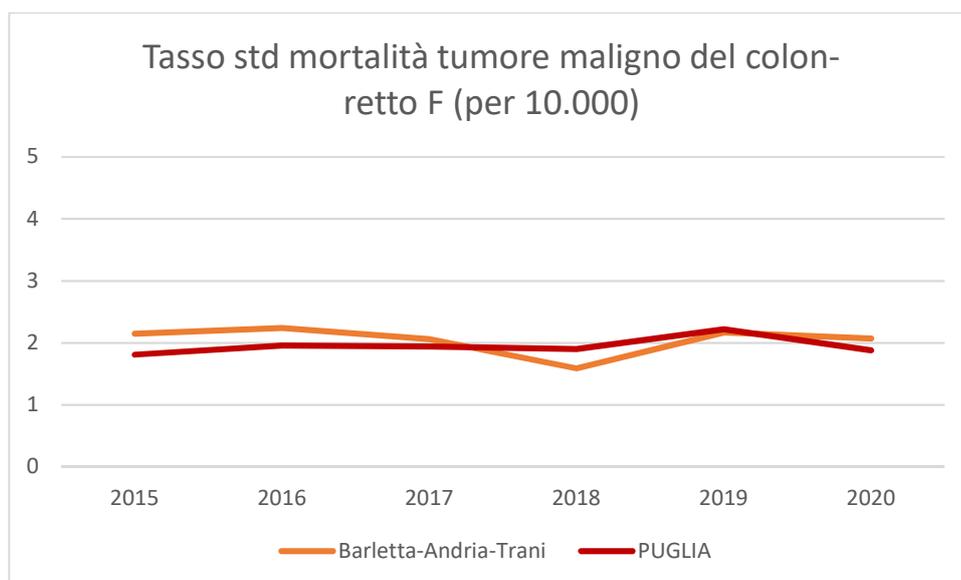
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Tumori maligni del colon-retto - mortalità

Si osserva un lieve incremento della mortalità per tumore maligno del colon-retto nel sesso maschile. Nella provincia BT, nel sesso maschile i tassi sono costantemente più bassi di quelli regionali, mentre nel sesso femminile sono simili nelle due aree



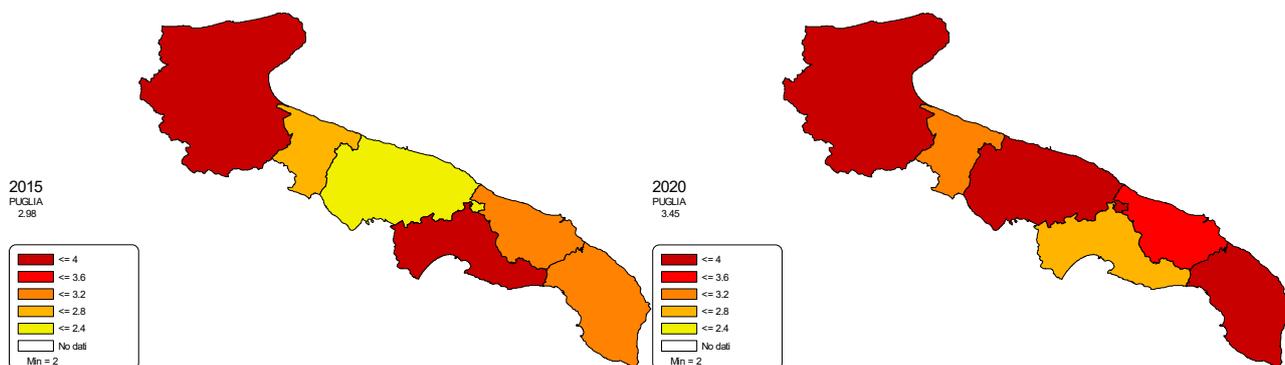
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

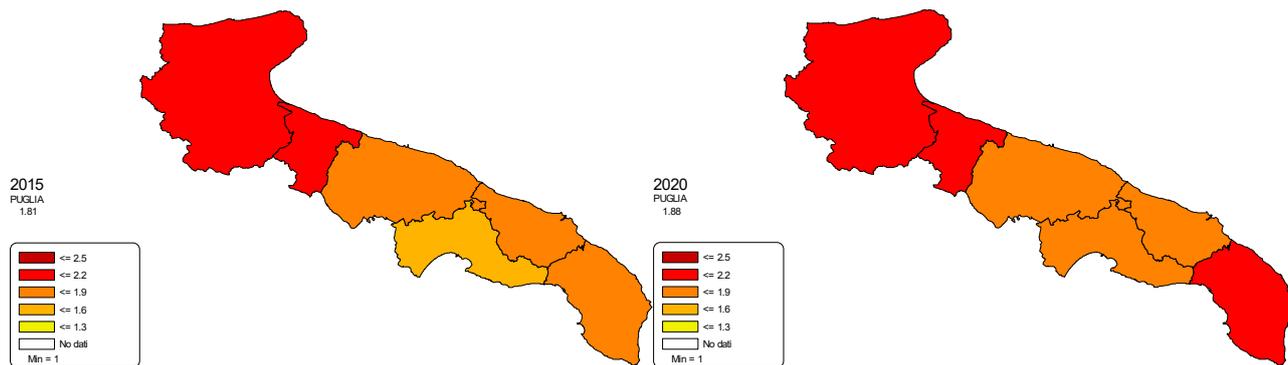
Tasso mortalità std tumori maligni colon,retto,ano M

Tasso mortalità std tumori maligni colon,retto,ano M



Tasso mortalità std tumori maligni colon,retto,ano F

Tasso mortalità std tumori maligni colon,retto,ano F

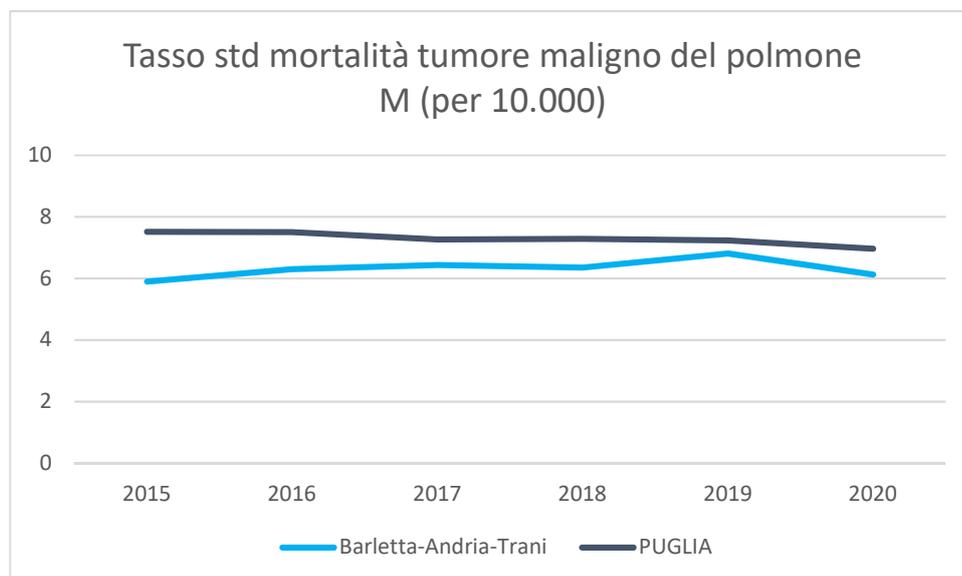


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

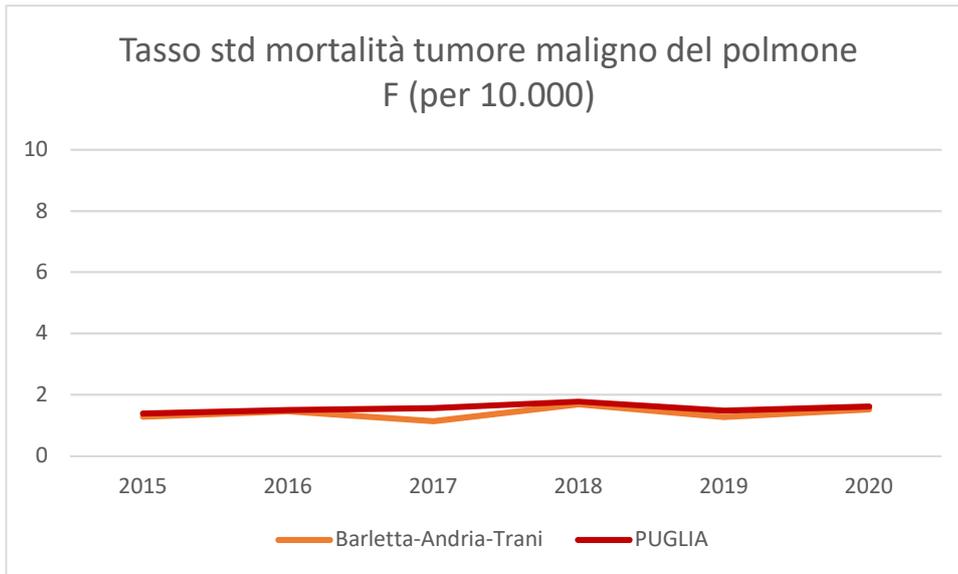
Tumore maligno del polmone - mortalità

Nel sesso maschile in Puglia si osserva un andamento temporale della mortalità per tumore maligno del polmone in riduzione, nella provincia BT l'andamento è più contrastato, ma tassi di mortalità provinciali rimangono più bassi di quelli regionali.

Nel sesso femminile i tassi mostrano una tendenza all'aumento negli anni più recenti a disposizione, e quelli provinciali sono molto simili a quelli regionali.

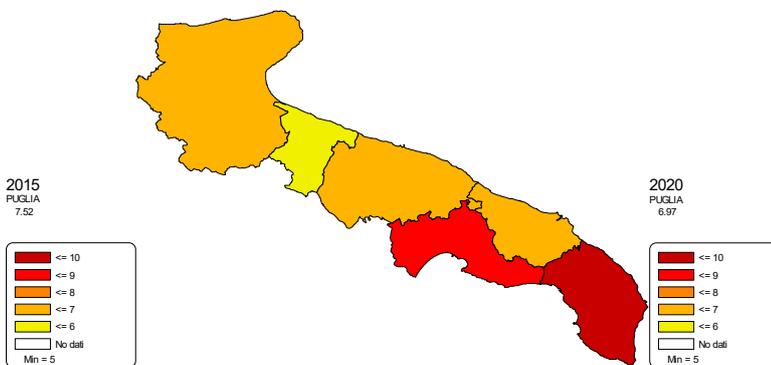


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023



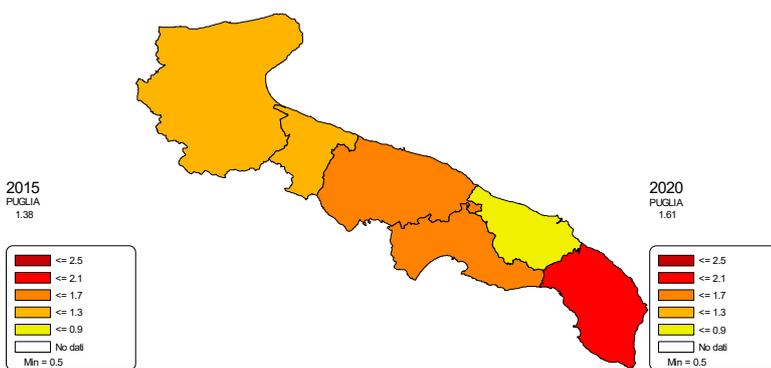
Tasso mortalità std tumori maligni trachea,bronchi,polmoni M

Tasso mortalità std tumori maligni trachea,bronchi,polmoni M



Tasso mortalità std tumori maligni trachea,bronchi,polmoni F

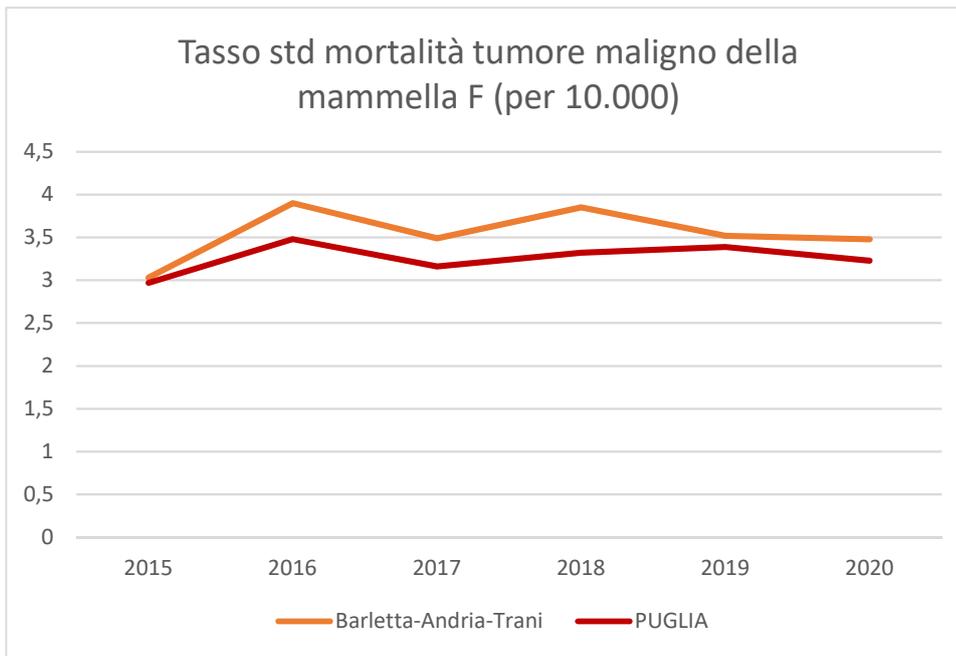
Tasso mortalità std tumori maligni trachea,bronchi,polmoni F



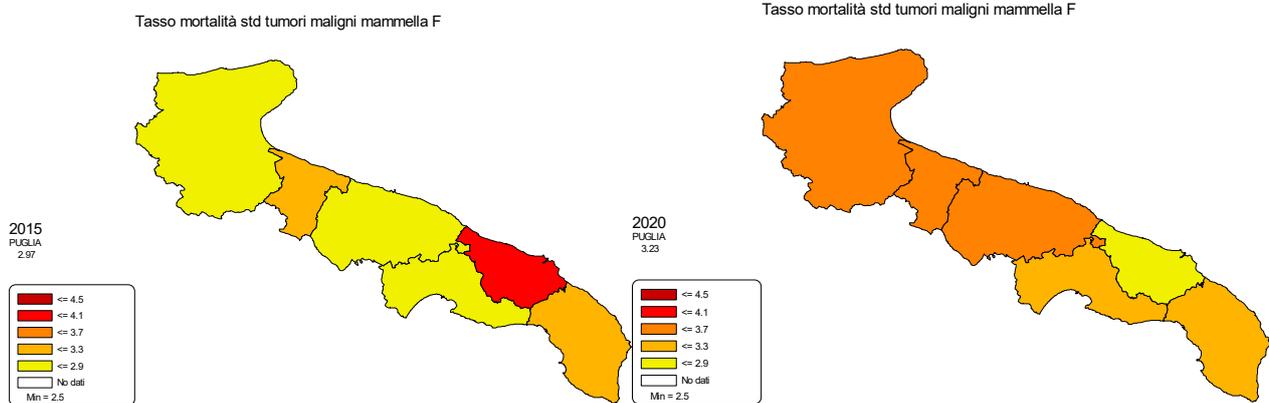
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Tumore maligno della mammella femminile - mortalità

La mortalità per tumore maligno della mammella è in lieve aumento sia nella regione che nella provincia BT; i tassi standardizzati sono più alti nella provincia BAT.



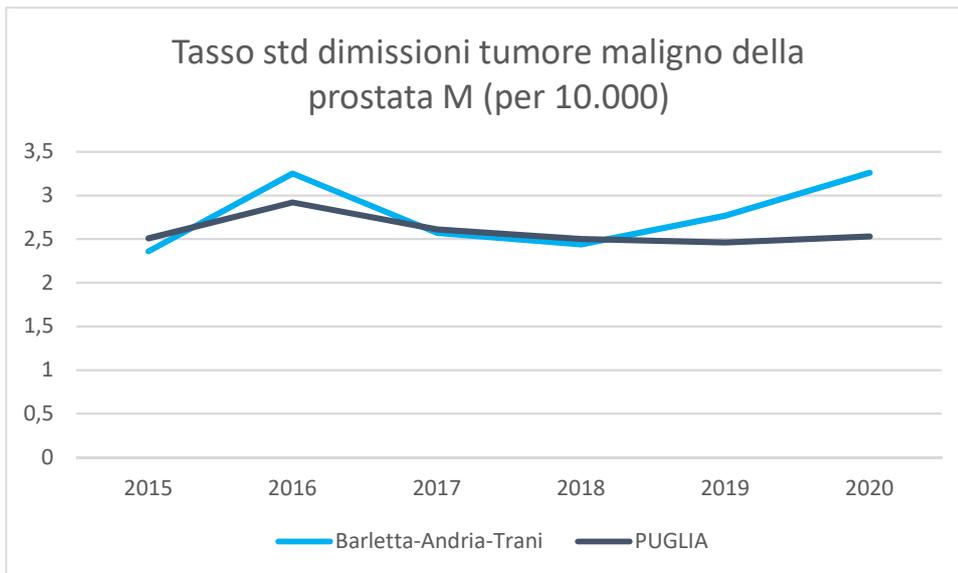
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2022



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

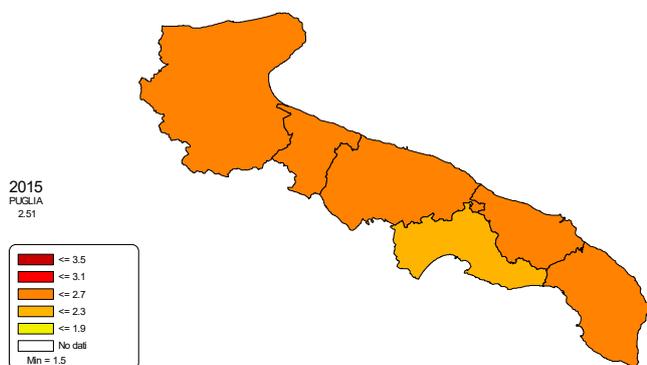
Tumore maligno della prostata - mortalità

In Puglia si osserva un andamento sostanzialmente stabile della mortalità per tumore maligno della prostata; nella provincia BAT, dopo un andamento simile a quello regionale, negli ultimi anni a disposizione si osserva un aumento, soprattutto nel 2020.

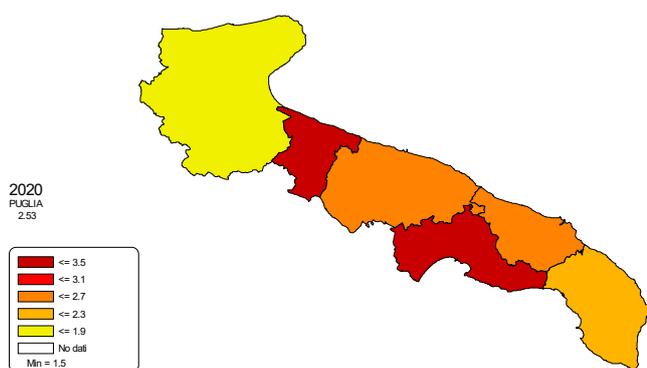


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Tasso mortalità std tumori maligni prostata M



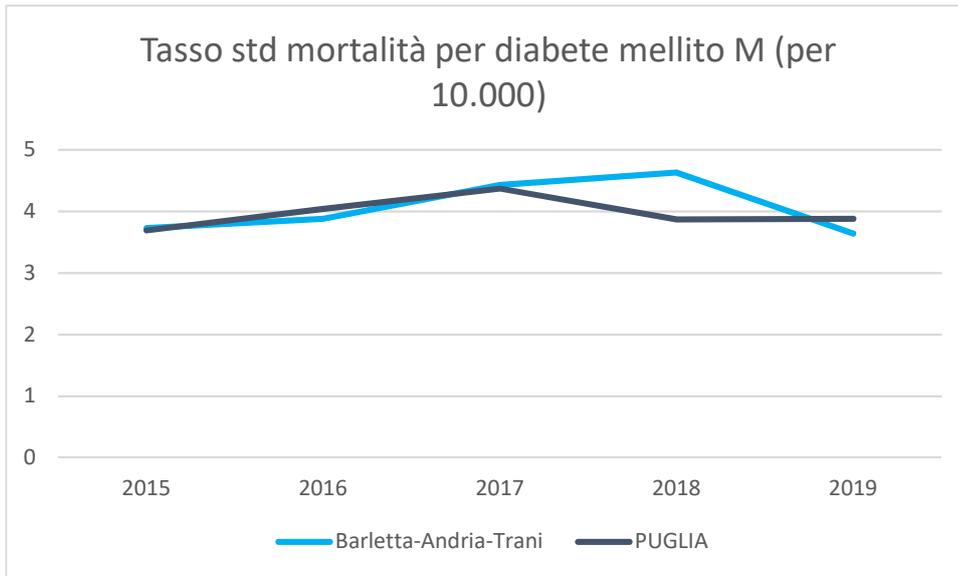
Tasso mortalità std tumori maligni prostata M



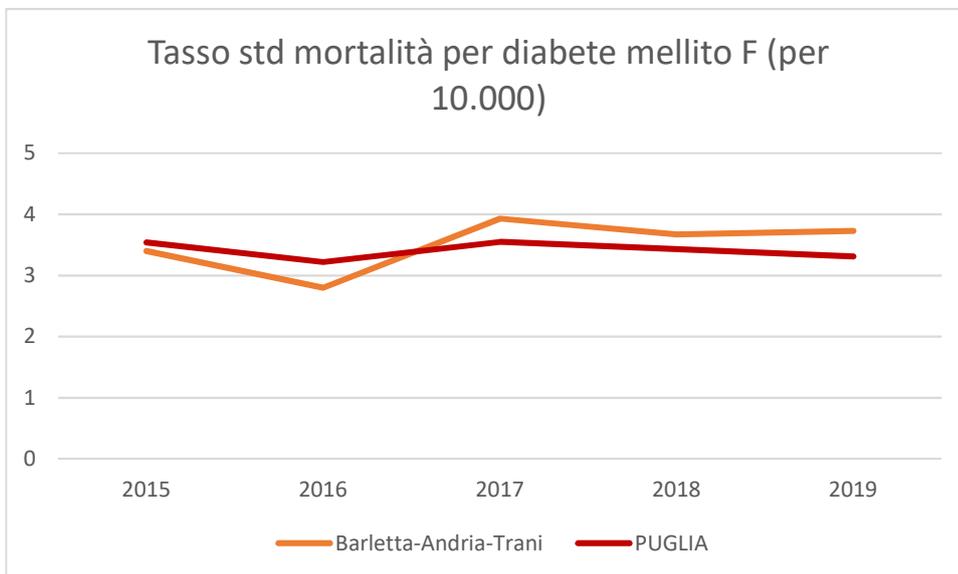
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Diabete mellito - mortalità

La mortalità per diabete mellito è sostanzialmente stabile. Nella provincia BT nelle donne, negli anni più recenti, si osservano tassi un po' più alti che nella regione. N.B. in HFA giugno 2023 manca il dato relativo al 2020.



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

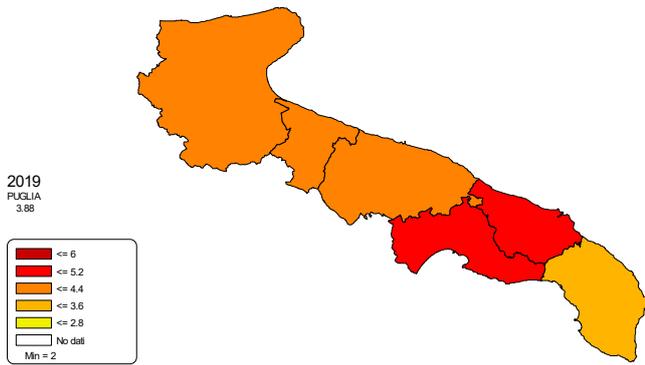


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

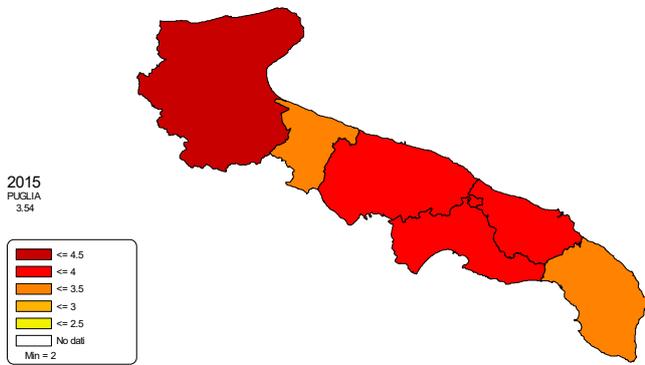
Tasso mortalità std diabete mellito M



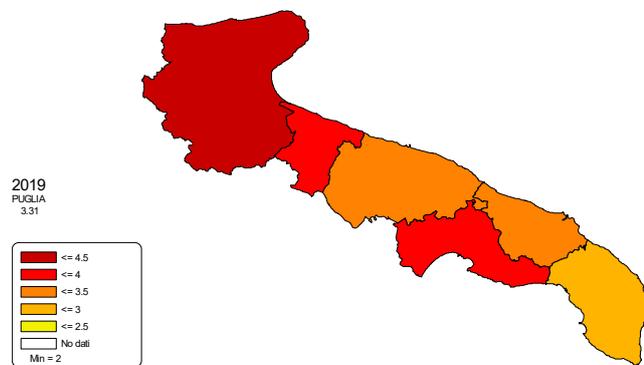
Tasso mortalità std diabete mellito M



Tasso mortalità std diabete mellito F



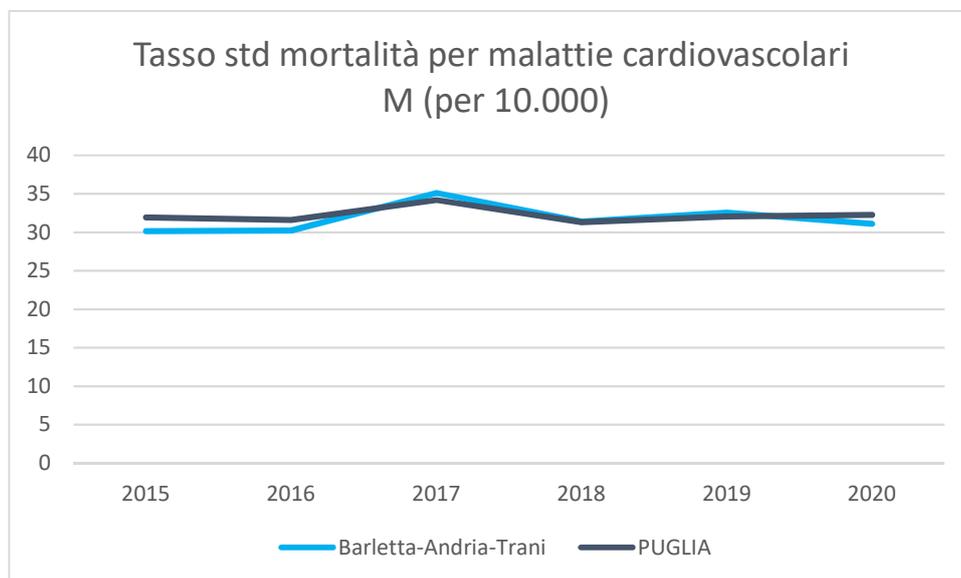
Tasso mortalità std diabete mellito F



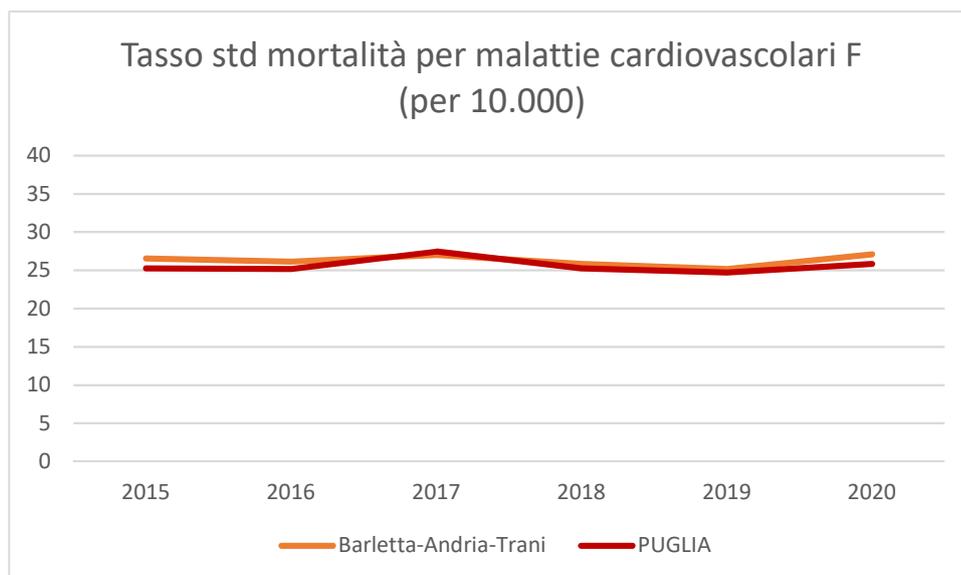
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2022

Malattie cardiovascolari - mortalità

La mortalità per malattie cardiovascolari è sostanzialmente stabile nei due sessi e i tassi provinciali sono molto simili a quelli regionali.

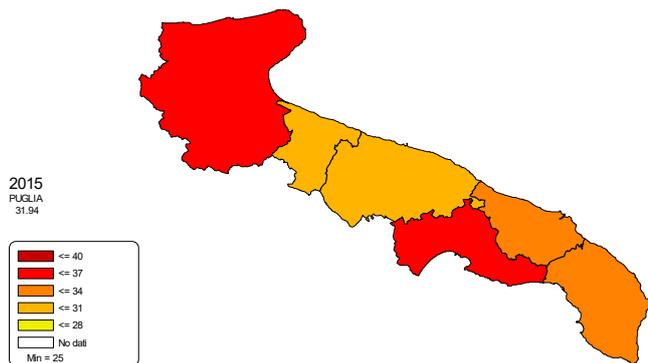


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

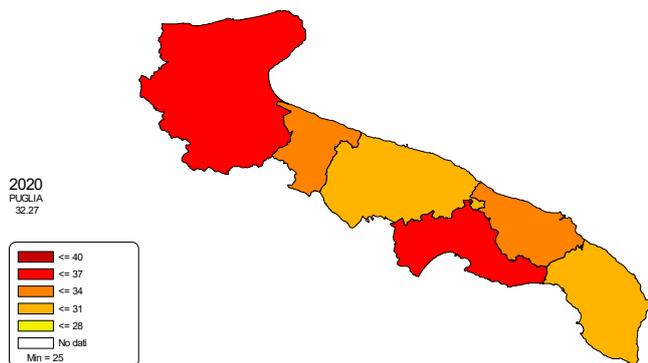


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2022

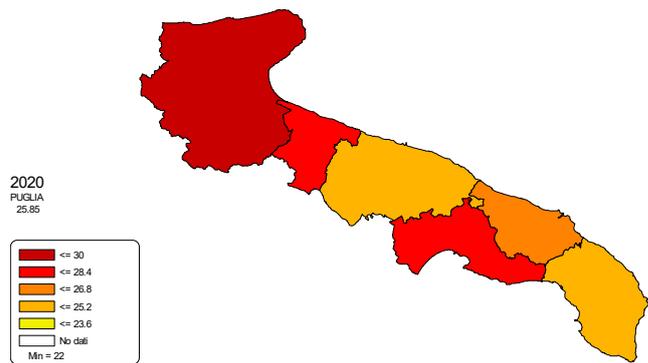
Tasso mortalità std malattie sistema circolatorio M



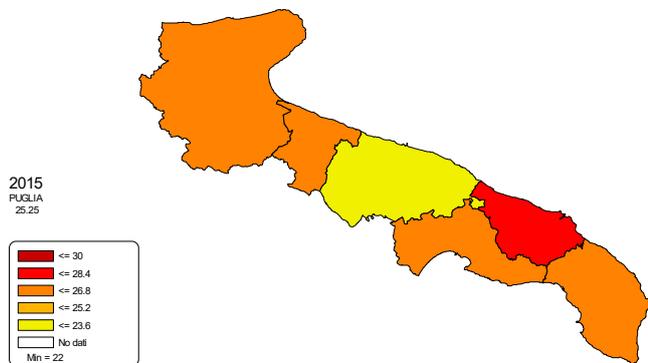
Tasso mortalità std malattie sistema circolatorio M



Tasso mortalità std malattie sistema circolatorio F



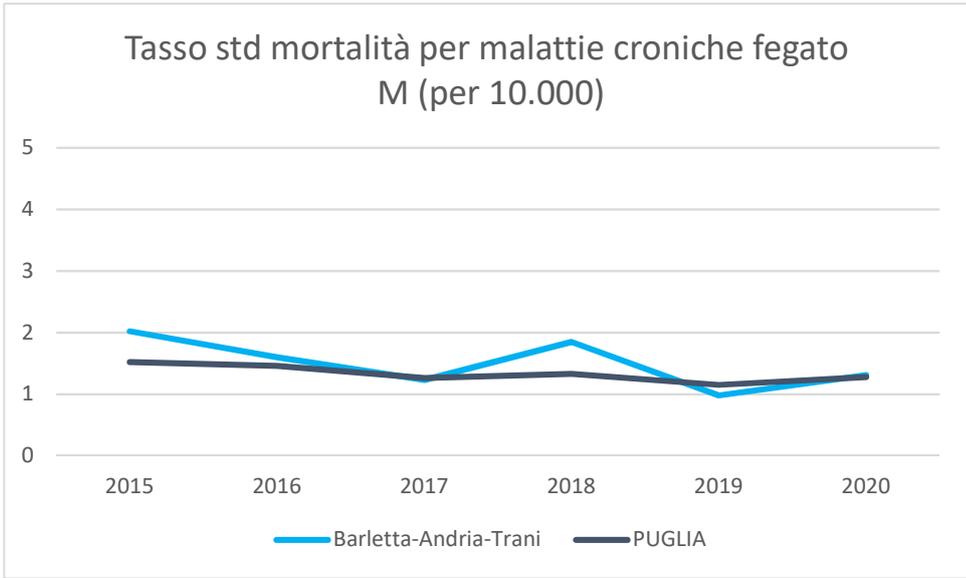
Tasso mortalità std malattie sistema circolatorio F



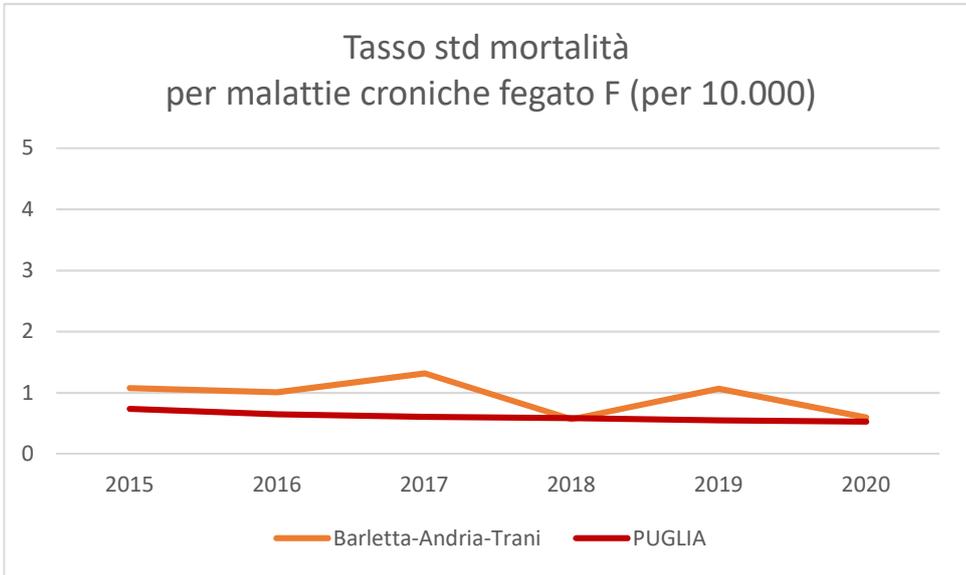
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Cirrosi e altre malattie epatiche croniche - mortalità

Si osserva una tendenza alla riduzione della mortalità sia a livello regionale.

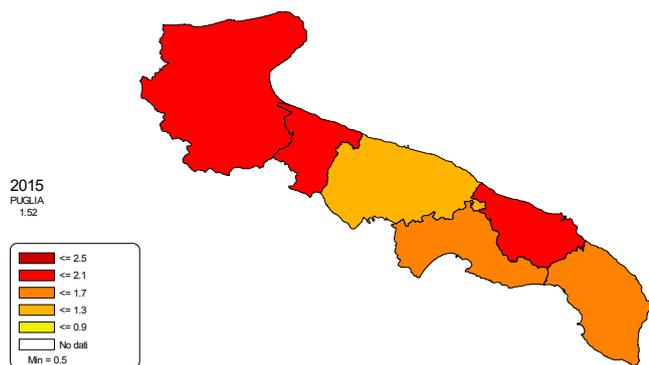


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

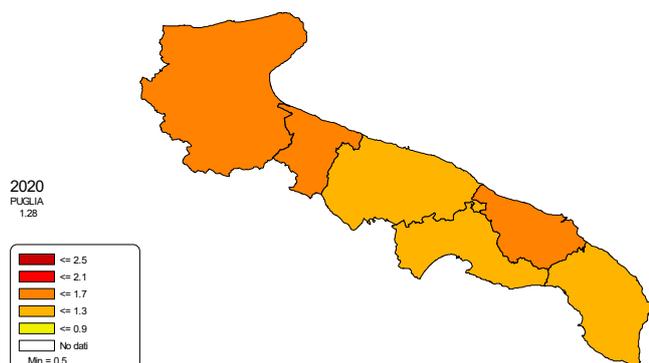


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

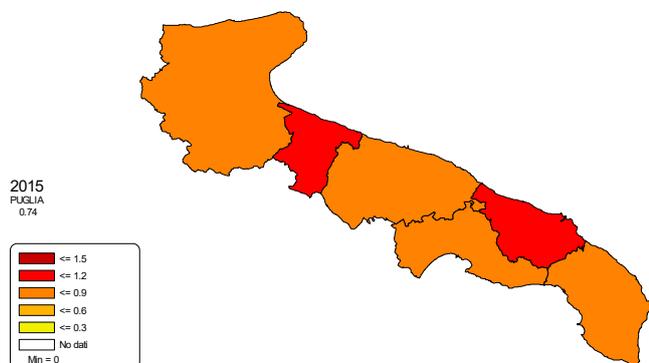
Tasso mortalità std cirrosi,altre malattie croniche fegato M



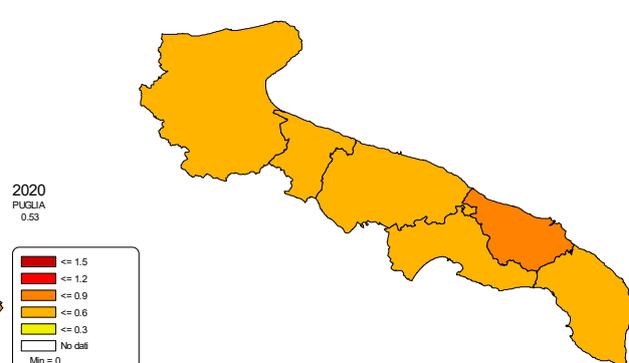
Tasso mortalità std cirrosi,altre malattie croniche fegato M



Tasso mortalità std cirrosi,altre malattie croniche fegato F



Tasso mortalità std cirrosi,altre malattie croniche fegato F

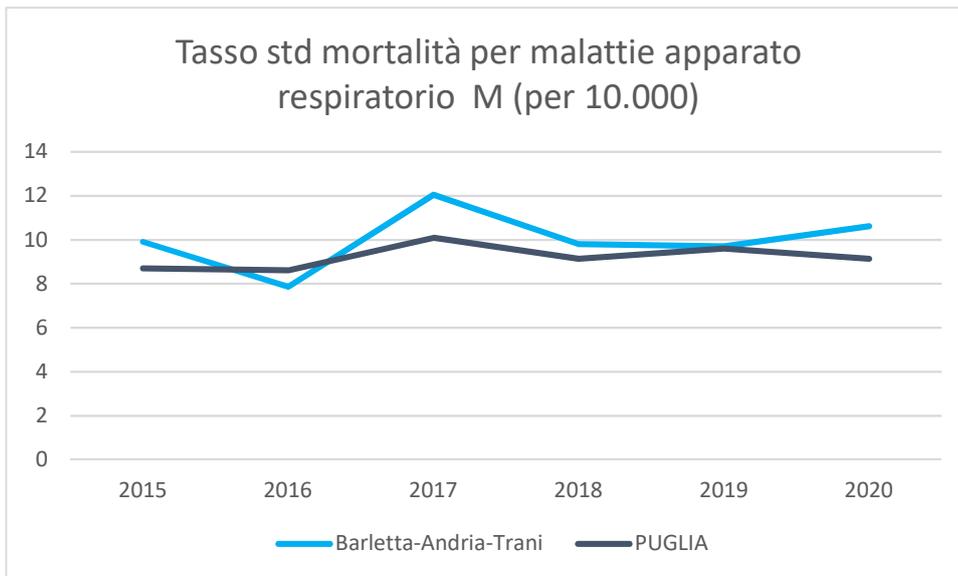


Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

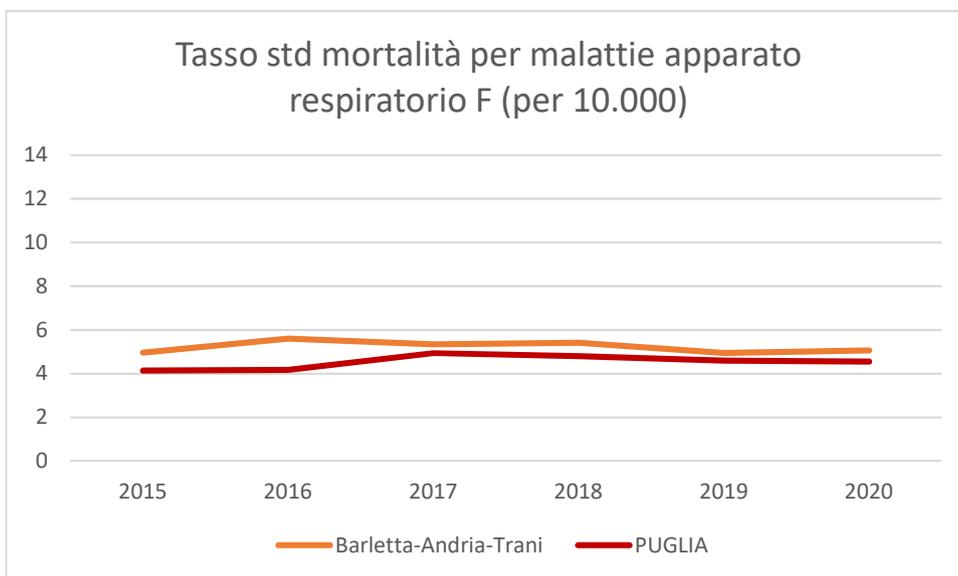
Malattie dell'apparato respiratorio - mortalità

Negli uomini si osserva un lieve aumento della mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, i tassi provinciali nell'ultimo anno sono più alti del 2020.

Nelle donne l'andamento è stabile e i tassi provinciali si mantengono leggermente più elevati di quelli regionali.



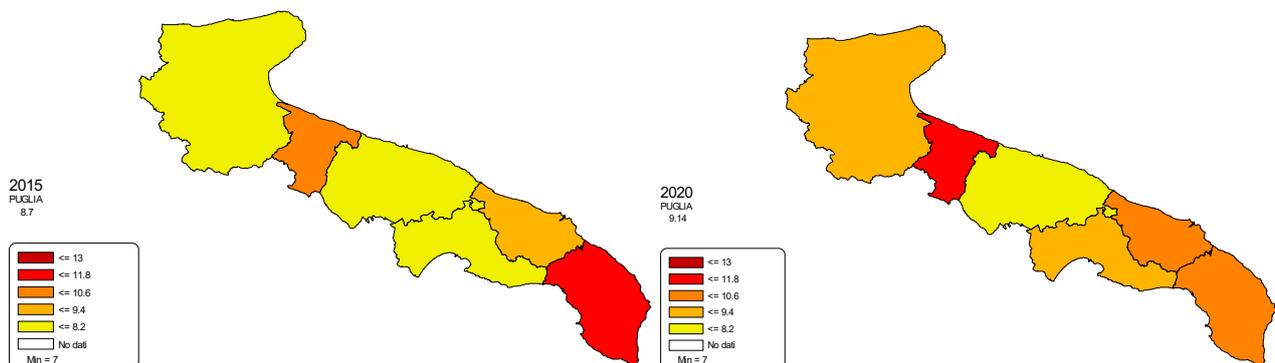
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023



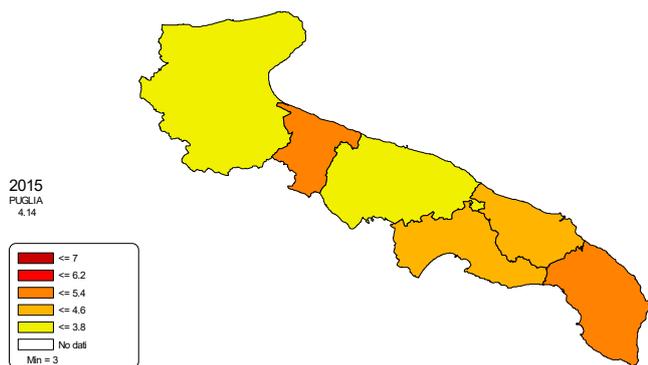
Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Tasso mortalità std malattie apparato respiratorio M

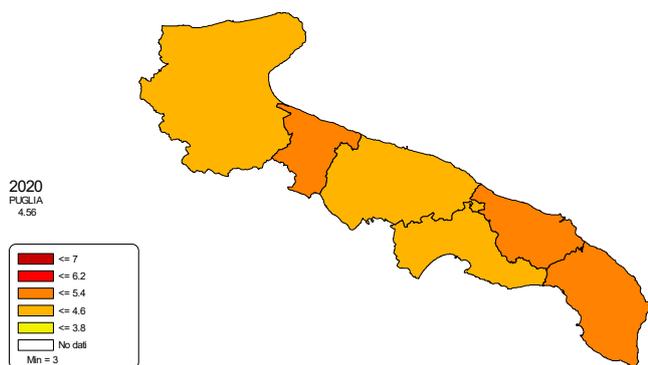
Tasso mortalità std malattie apparato respiratorio M



Tasso mortalità std malattie apparato respiratorio F



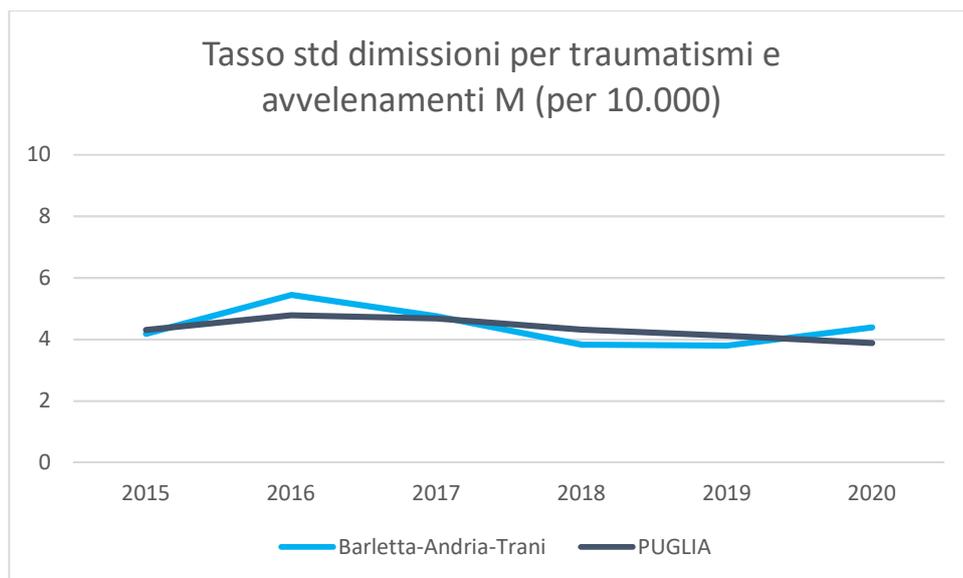
Tasso mortalità std malattie apparato respiratorio F



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

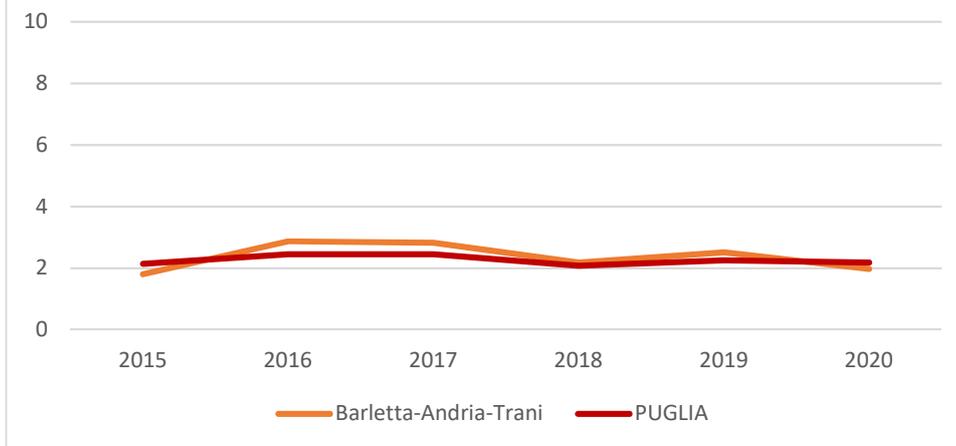
Avvelenamenti e traumatismi - mortalità

Per quanto riguarda la mortalità per cause violente, si osserva una lieve riduzione nel sesso maschile e un lieve aumento nel sesso femminile. I tassi provinciali sono prossimi a quelli regionali.



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

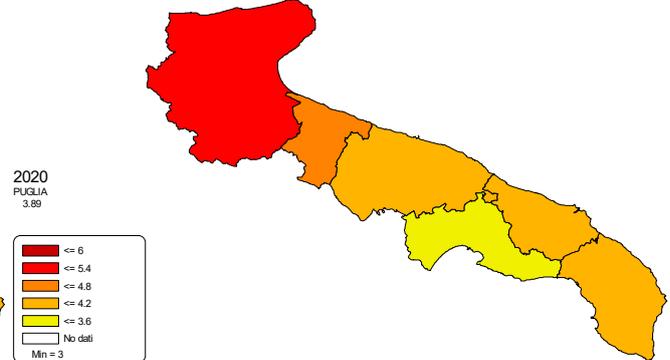
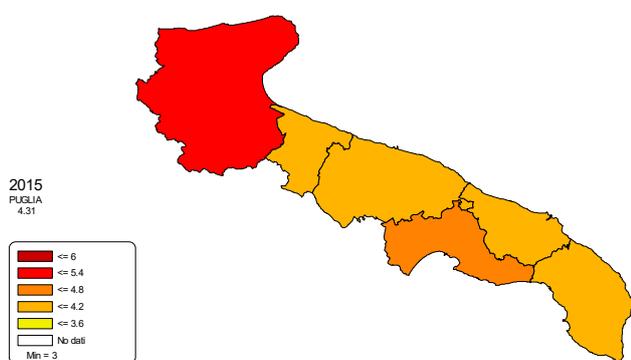
Tasso std dimissioni per traumatismi e avvelenamenti F (per 10.000)



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

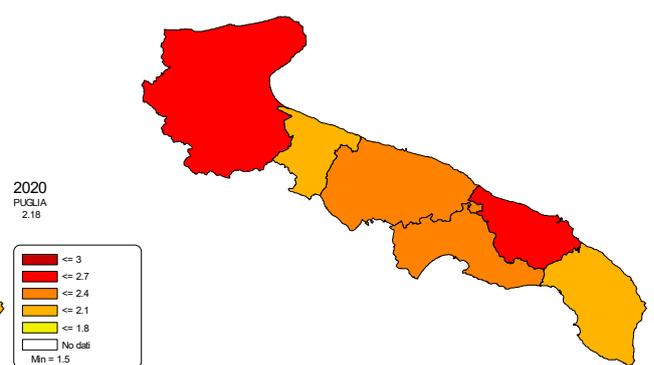
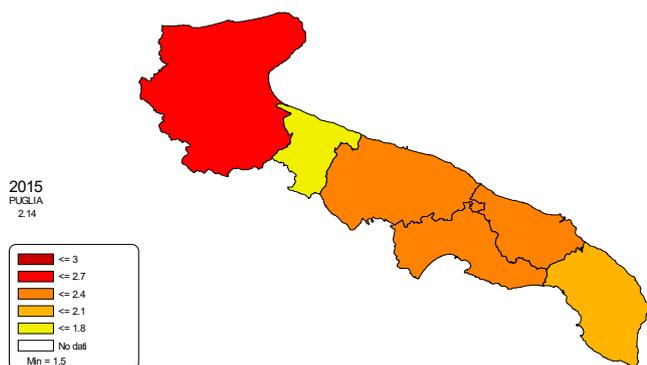
Tasso mortalità std traumatismi,avvelenamenti M

Tasso mortalità std traumatismi,avvelenamenti M



Tasso mortalità std traumatismi,avvelenamenti F

Tasso mortalità std traumatismi,avvelenamenti F



Fonte: ISTAT – Health For All giu-2023

Incidenza Neoplastica

L'incidenza neoplastica è stata oggetto di uno specifico **Rapporto sui tumori** presentato agli addetti ai lavori e alla cittadinanza il 27 giugno 2023 e disponibile al link: <https://www.sanita.puglia.it/documents/36008/18585903/Registro+tumori+2022.pdf/dfce6dc9-3d25-42d3-bb2d-952bd1f033d5>

A tale pubblicazione si rimanda per avere informazioni dettagliate su incidenza e sopravvivenza dei tumori nella ASL BT, anche per distretto e comune.

In ogni caso in questa relazione è inserito un capitolo dedicato alle cinque sedi neoplastiche più frequenti nel sesso maschile (prostata, polmone, colon-retto, vescica, fegato) e femminile (mammella, colon-retto, corpo dell'utero, tiroide e polmone).

I cinque tumori piu' frequenti nel sesso maschile

Tumore Maligno Della Prostata

Il tumore della prostata è il primo per incidenza nel sesso maschile nei paesi occidentali. Negli anni '90 del secolo scorso si è visto un incremento dell'incidenza di questo tumore legato soprattutto allo screening opportunistico attraverso il dosaggio del PSA. La riduzione del ricorso a questa pratica tra gli asintomatici ha portato successivamente a una riduzione dell'incidenza.

In ogni caso anche in Puglia e nella provincia BAT il tumore della prostata è il primo per incidenza fra gli uomini.

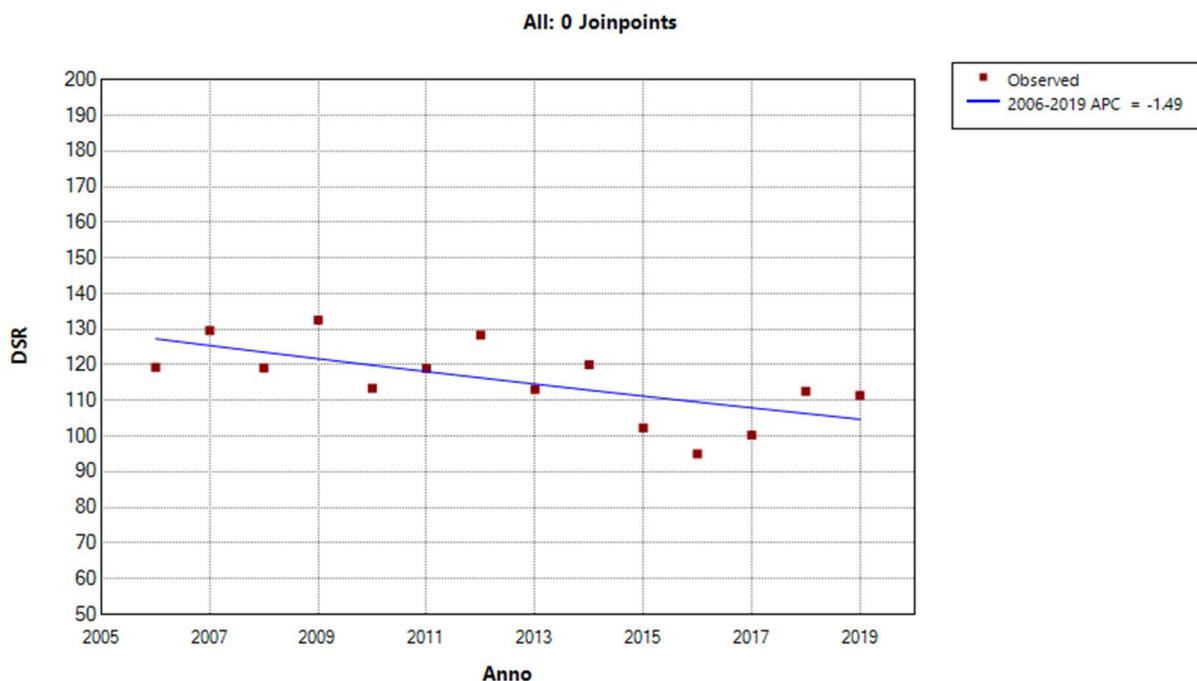
Sintesi dei dati di incidenza di tumore maligno della prostata relativi alla provincia BAT Anni 2015-2019

	Incidenza
Numero casi	911
% sul totale	16.8
Tasso grezzo per 100.000	94.5
Tasso standardizzato per 100.000	104.6
Rischio cumulativo	5.7
Età media	70.5
Età mediana	70

Oltre 180 uomini residenti nella provincia BAT scoprono ogni anno di avere un tumore maligno della prostata e l'età media di incidenza è intorno ai 70 anni.

Come in molti paesi occidentali anche nella provincia BAT dagli anni 2000 si osserva un trend in discesa dell'incidenza di tumore maligno della prostata che, grazie allo strumento Joinpoint (ref. Joinpoint Regression Program, Version 5.0.2. May, 2023; Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute) è possibile quantificare anche la variazione annua percentuale (APC).

Andamento temporale 2006-2019 dell'incidenza del tumore maligno della prostata nella provincia BAT (tassi standardizzati per 100.000)



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
-- Test Statistic and P-Value not available for the Empirical Quantile method.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Sebbene non si raggiunga la significatività statistica, il trend in decremento dell'incidenza del tumore maligno della prostata è piuttosto chiaro e la riduzione media si attesta intorno all'1,5% annuo.

E' stata infine valutata l'incidenza osservata nella provincia rispetto a quella attesa secondo i tassi regionali con i dati 2015-2019: il Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR) calcolato è pari a 89 (IC 95% 83-95) indicativo di un'incidenza provinciale più bassa di quella regionale.

Tumore maligno del polmone

Il tumore maligno del polmone è in genere il secondo o il terzo per incidenza negli uomini e il primo per mortalità.

E' un tumore su cui è fondamentale agire sulla prevenzione primaria. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta, seguito dal radon e da inquinanti aerodispersi per esposizioni occupazionali e ambientali.

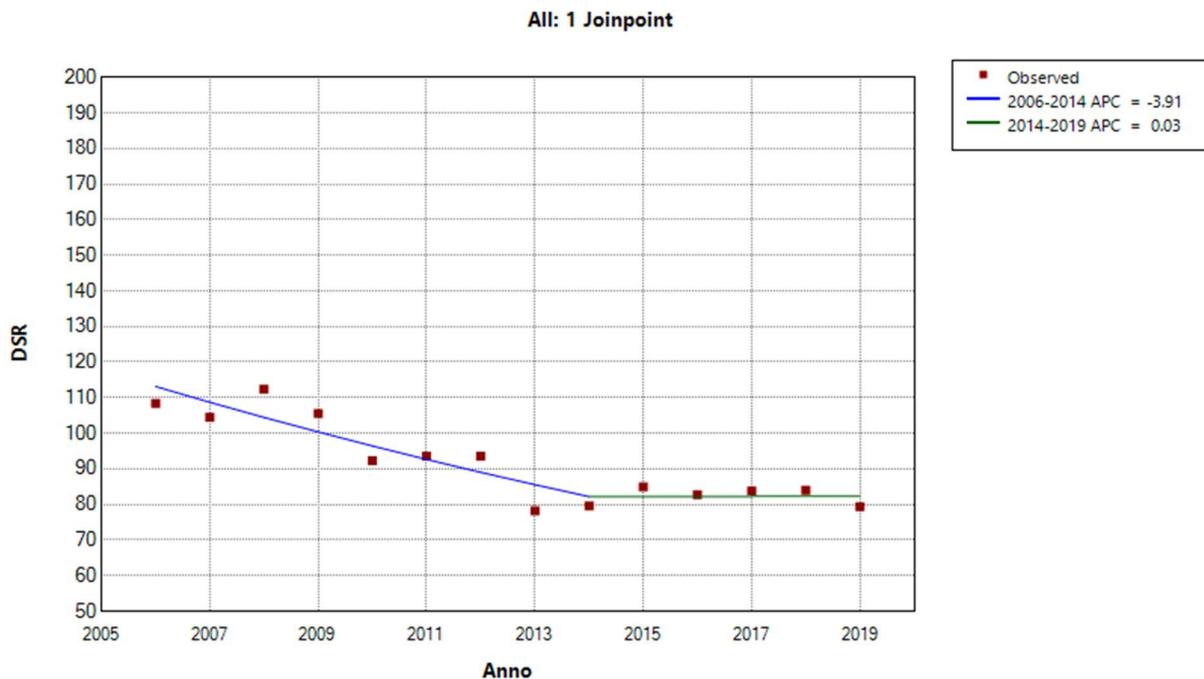
Nei Paesi occidentali negli ultimi anni si osserva un netto trend in diminuzione nel sesso maschile legato soprattutto alla riduzione del consumo tabagico.

Sintesi dei dati di incidenza di tumore maligno del polmone relativi alla provincia BAT Anni 2015-2019 (UOMINI)

	Incidenza
Numero casi	712
% sul totale	13.09
Tasso grezzo per 100.000	73.86
Tasso standardizzato per 100.000	82.9
Rischio cumulativo	4.0
Età media	71.9
Età mediana	73

Oltre 140 uomini residenti nella provincia BAT scoprono ogni anno di avere un tumore maligno del colon-retto e l'età media di incidenza è intorno ai 72 anni.

Andamento temporale 2006-2019 dell'incidenza del tumore maligno del polmone nella provincia BAT (tassi standardizzati per 100.000)



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
 -- Test Statistic and P-Value not available for the Empirical Quantile method.
 Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Si osserva una netta riduzione del trend di incidenza (circa -4% all'anno, anche se non statisticamente significativo) del tumore del polmone maschile dal 2006 al 2014, mentre negli anni più recenti si osserva

un plateau. Dal punto di vista della prevenzione questo dato deve invitare a riprendere e potenziare le campagne contro il tabagismo.

Il Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR) nel periodo 2015-2019 rispetto agli attesi su base regionale è pari a 90 (IC 95% 84-97) ed è indicativo di un'incidenza provinciale più bassa di quella regionale.

Tumore maligno del colon-retto

I tumori maligni del colon-retto sono tra i più frequenti in entrambi i sessi e sono, come noto, oggetto di uno screening di popolazione organizzato che riguarda la fascia di età 50-69 anni.

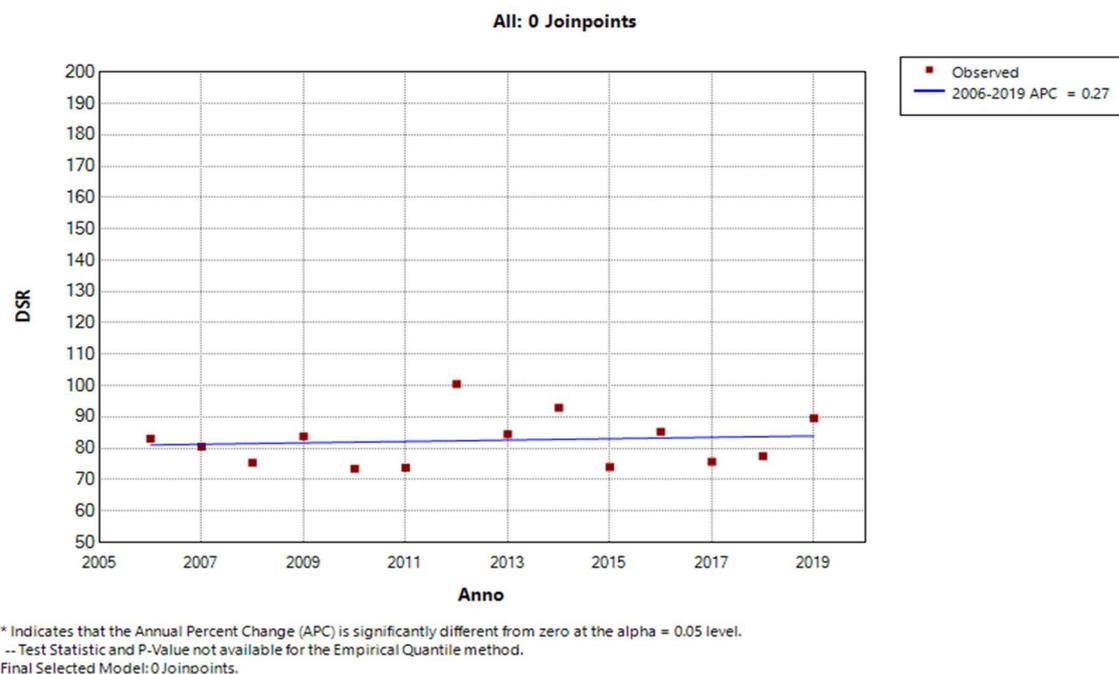
I fattori di rischio noti riguardano soprattutto gli stili di vita (elevato consumo di carni conservate, rosse, insaccati, zuccheri e farine raffinate, abuso di alcol, scarso consumo di frutta, verdura e fibre, sedentarietà) la presenza di patologie infiammatorie croniche dell'intestino (rettocolite ulcerosa e m.Crohn) e la familiarità (Poliposi adenomatosa familiare, S.Lynch).

Sintesi dei dati di incidenza di tumore maligno del colon-retto relativi alla provincia BAT Anni 2015-2019 (UOMINI)

	Incidenza
Numero casi	704
% sul totale	13.0
Tasso grezzo per 100.000	73.0
Tasso standardizzato per 100.000	80.5
Rischio cumulativo	4.0
Età media	70
Età mediana	71

Oltre 140 uomini residenti nella provincia BAT scoprono ogni anno di avere un tumore maligno del colon-retto e l'età media di incidenza è intorno ai 70 anni.

Andamento temporale 2006-2019 dell'incidenza del tumore maligno del colon-retto nella provincia BAT (tassi standardizzati per 100.000) UOMINI



L'andamento temporale dell'incidenza del tumore maligno del colon-retto nel sesso maschile nella provincia BAT è fondamentalmente stabile.

Il Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR) nel periodo 2015-2019 rispetto agli attesi su base regionale è pari a 98 (IC 95% 91-105) indicativo di un'incidenza provinciale comparabile con quella regionale.

Tumore maligno della vescica

Il tumore maligno della vescica riconosce come principale fattore di rischio il fumo di sigaretta, seguito dall'esposizione, più spesso occupazionale, ad amine aromatiche e nitrosamine; anche alcuni farmaci chemioterapici e infestazioni da Schistosoma (rare nei paesi occidentali) sono documentati fattori di rischio. In questa analisi sono stati inclusi solo i casi di tumore invasivo della vescica con esclusione di Ta e Tis.

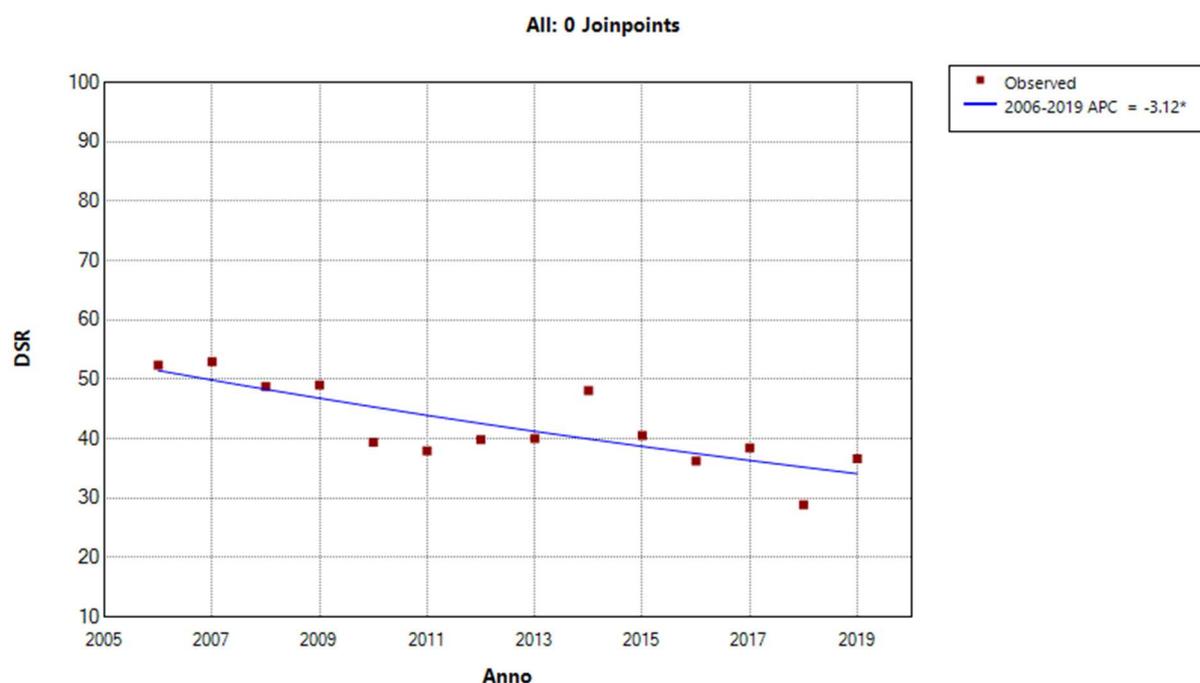
Sintesi dei dati di incidenza di tumore maligno della vescica relativi alla provincia BAT Anni 2015-2019 (UOMINI)

	Incidenza
Numero casi	303
% sul totale	5.6
Tasso grezzo per 100.000	31.4
Tasso standardizzato per 100.000	36.1
Rischio cumulativo	1.5

Età media	73.9
Età mediana	74

Circa 60 uomini residenti nella provincia BAT scoprono ogni anno di avere un tumore maligno della vescica e l'età media di incidenza è intorno ai 74 anni.

Andamento temporale 2006-2019 dell'incidenza del tumore maligno della vescica nella provincia BAT (tassi standardizzati per 100.000) UOMINI



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
 -- Test Statistic and P-Value not available for the Empirical Quantile method.
 Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Si osserva un trend in discesa dell'incidenza di tumori maligni invasivi della vescica (con una riduzione media annua di oltre il 3% statisticamente significativa).

Il Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR) nel periodo 2015-2019 rispetto agli attesi su base regionale è pari a 77 (IC 95% 68-86) indicativo di un'incidenza provinciale più bassa di quella regionale.

Tumore maligno del fegato

In molti paesi occidentali e in Italia il quinto tumore maligno più frequente è quello dello stomaco. Storicamente nella provincia BAT, così come in alcuni comuni confinanti della provincia di Bari, l'incidenza del tumore maligno del fegato supera quella del tumore maligno dello stomaco. Ancora oggi, nonostante la netta riduzione di incidenza dei tumori epatici, questo tumore si trova al quinto posto.

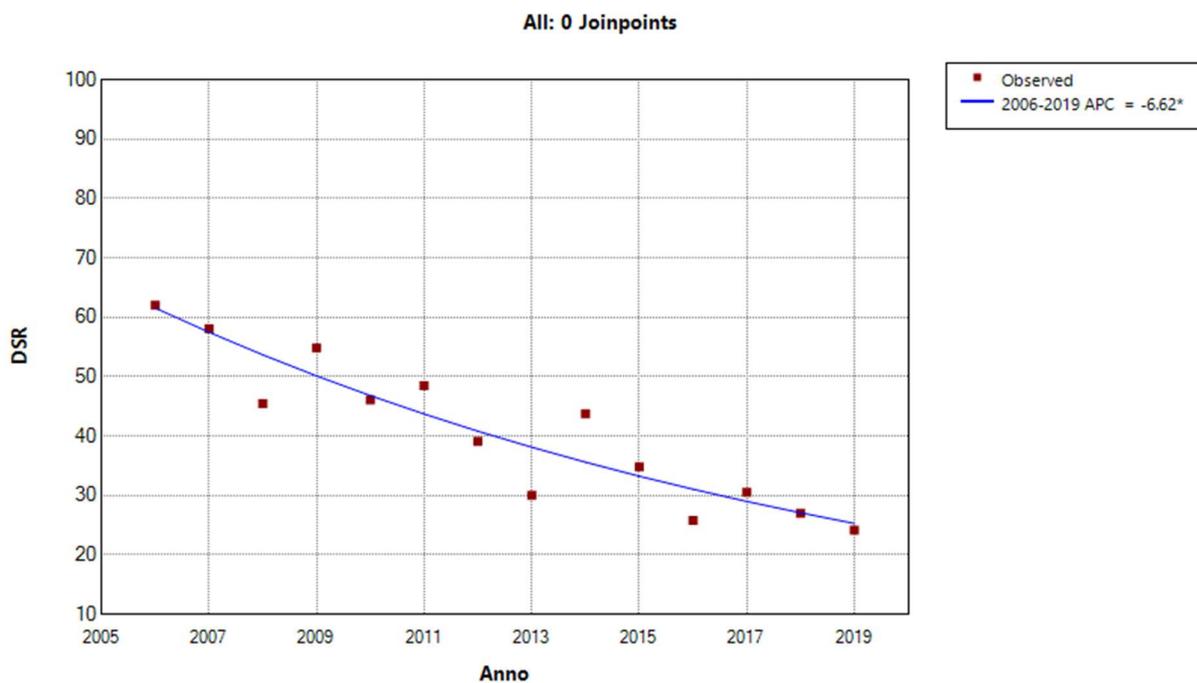
I fattori di rischio più importanti per il tumore maligno del fegato e in particolare per l'istotipo più frequente (epatocarcinoma) comprendono le infezioni da virus dell'epatite C (HCV) e dell'epatite B (HBV) a trasmissione parenterale. Altri fattori di rischio comprendono l'abuso di alcol, le aflatossine, epatopatie croniche non infettive come l'emocromatosi.

Sintesi dei dati di incidenza di tumore maligno del fegato relativi alla provincia BAT Anni 2015-2019 (UOMINI)

	Incidenza
Numero casi	243
% sul totale	4.5
Tasso grezzo per 100.000	25.2
Tasso standardizzato per 100.000	28.4
Rischio cumulativo	1.3
Età media	72
Età mediana	74

Circa 50 uomini residenti nella provincia BAT scoprono ogni anno di avere un tumore maligno del fegato e l'età media di incidenza è intorno ai 72 anni.

Andamento temporale 2006-2019 dell'incidenza del tumore maligno del fegato nella provincia BAT (tassi standardizzati per 100.000) UOMINI



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
 -- Test Statistic and P-Value not available for the Empirical Quantile method.
 Final Selected Model: 0 Joinpoints.

La vaccinazione per HBV, le misure di controllo sugli emoderivati, le modificazioni di comportamenti individuali, le nuove terapie efficaci nel modificare la storia naturale dell'infezione da HCV hanno portato a una netta riduzione dell'incidenza di questo tumore nella provincia BAT così come in altre aree dell'Italia meridionale.

Il Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR) nel periodo 2015-2019 rispetto agli attesi su base regionale è pari a 112 (IC 95% 98-127) indicativo di un'incidenza provinciale un po' più alta di quella regionale, sebbene la forbice si stia fortemente riducendo, dal momento che per il quinquennio precedente (2010-2015) il SIR, calcolato però con gli attesi di 5 province per l'indisponibilità dei dati della provincia di Bari, era 140 (IC 95% 125-156) che indicava un'incidenza del 40% maggiore nella provincia rispetto al confronto.

I Cinque Tumori Più Frequenti Nel Sesso Femminile

Tumore maligno della mammella

Il tumore della mammella è di gran lunga il tumore più frequente nel sesso femminile nei paesi occidentali, rappresentando da solo oltre un terzo delle neoplasie maligne diagnosticate nelle donne.

I fattori di rischio comprendono i fattori riproduttivi (menarca precoce, menopausa tardiva, assenza di figli e numero basso di figli, età tardiva della prima gravidanza, allattamento assente o breve), fattori ormonali, utilizzo di metodi di contraccezione ormonali, terapia ormonale sostitutiva, alimentazione ricca di proteine animali, sedentarietà, esposizioni a inquinanti ambientali e a radiazioni ionizzanti, fattori genetici (nel 5-10% dei casi).

Il tumore della mammella è oggetto di uno dei principali screening di popolazione organizzati: va rilevato che l'avvio di una campagna di screening o un suo potenziamento in termini di estensione e adesione può determinare inizialmente un incremento del numero di diagnosi di tumore maligno della mammella.

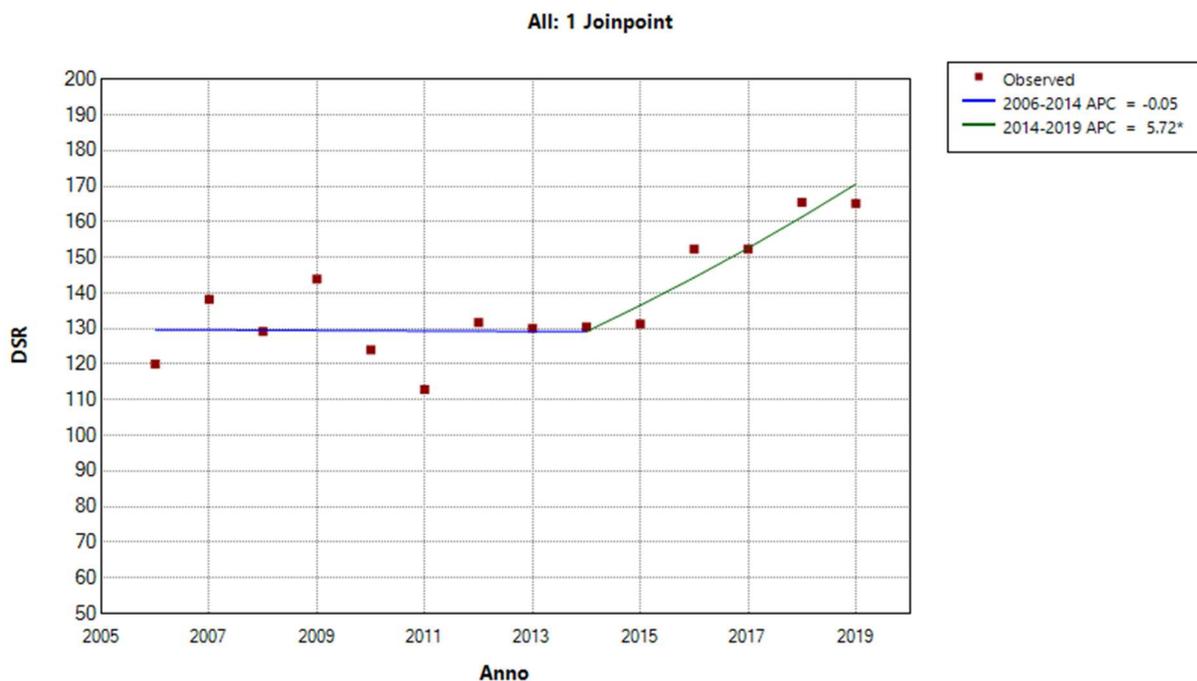
In molti Paesi occidentali si osserva un incremento dell'incidenza di tumori maligni della mammella: tra i fattori considerati c'è la modificazione degli stili riproduttivi, il peggioramento degli stili alimentari, l'implementazione e il potenziamento di campagne di screening, le esposizioni ad inquinanti ambientali.

Sintesi dei dati di incidenza di tumore maligno della mammella relativi alla provincia BAT Anni 2015-2019 (DONNE)

	Incidenza
Numero casi	1585
% sul totale	33
Tasso grezzo per 100.000	160.5
Tasso standardizzato per 100.000	153.3
Rischio cumulativo	9.4
Età media	60.6
Età mediana	60

Quasi 320 donne residenti nella provincia BAT scoprono ogni anno di avere un tumore maligno della mammella e l'età media di incidenza è poco superiore ai 60 anni.

Andamento temporale 2006-2019 dell'incidenza del tumore maligno della mammella femminile nella provincia BAT (tassi standardizzati per 100.000)



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
 -- Test Statistic and P-Value not available for the Empirical Quantile method.
 Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Nella provincia BAT, dopo un'incidenza stabile dal 2006 al 2014, si osserva un netto incremento dell'incidenza di tumore maligno della mammella femminile con un aumento annuo di quasi il 6%.

Una delle ipotesi al vaglio è quella dell'implementazione e del potenziamento del piano di screening.

Il Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR) nel periodo 2015-2019 rispetto agli attesi su base regionale è pari a 109 (IC 95% 104-114) indicativo di un'incidenza provinciale più alta di quella regionale.

Tumore maligno del colon-retto

Anche nel sesso femminile il tumore maligno del colon-retto è tra i più frequenti, ponendosi al secondo posto, ed è oggetto di uno screening di popolazione organizzato che riguarda la fascia di età 50-69 anni.

I fattori di rischio noti riguardano soprattutto gli stili di vita (elevato consumo di carni conservate, rosse, insaccati, zuccheri e farine raffinate, abuso di alcol, scarso consumo di frutta, verdura e fibre, sedentarietà) la presenza di patologie infiammatorie croniche dell'intestino (rettocolite ulcerosa e m.Crohn) e la familiarità (Poliposi adenomatosa familiare, S.Lynch).

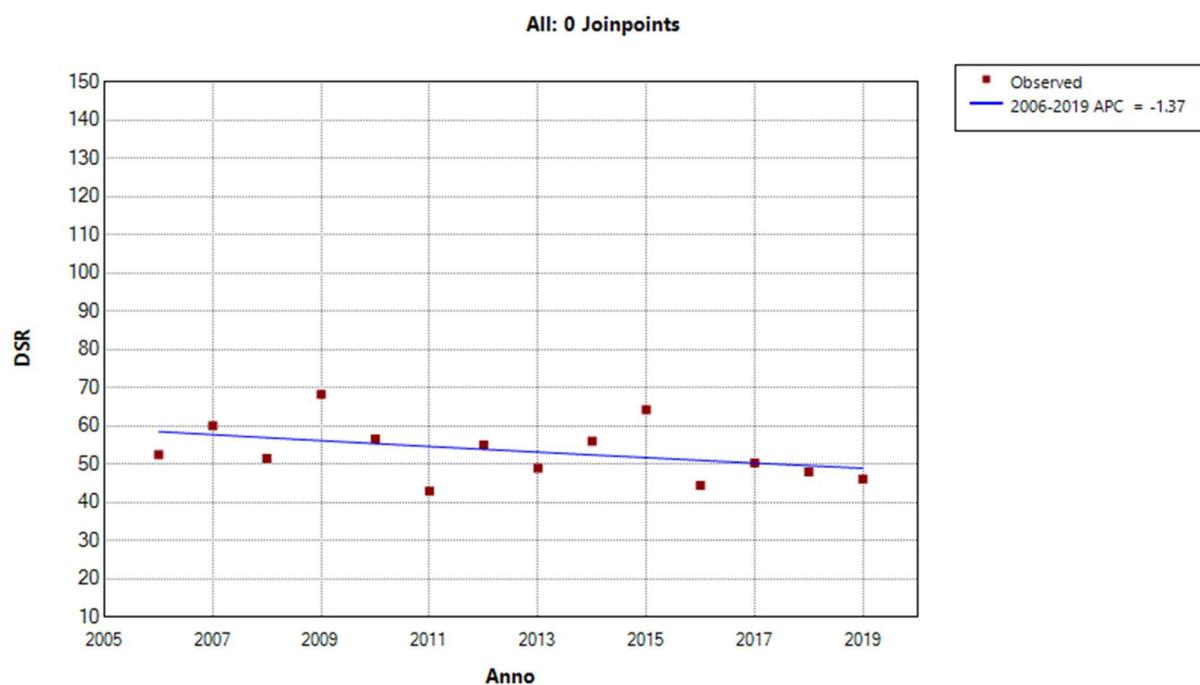
Sintesi dei dati di incidenza di tumore maligno del colon-retto relativi alla provincia BAT Anni 2015-2019 (DONNE)

	Incidenza
Numero casi	517
% sul totale	10.8
Tasso grezzo per 100.000	52.4

Tasso standardizzato per 100.000	50.6
Rischio cumulativo	2.6
Età media	71.1
Età mediana	73

Oltre 100 donne residenti nella provincia BAT scoprono ogni anno di avere un tumore maligno del colon-retto e l'età media di incidenza è intorno ai 71 anni.

Andamento temporale 2006-2019 dell'incidenza del tumore maligno del colon-retto nella provincia BAT (tassi standardizzati per 100.000) DONNE



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
 -- Test Statistic and P-Value not available for the Empirical Quantile method.
 Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Anche nel sesso femminile nella provincia BAT l'andamento temporale dell'incidenza del tumore maligno del colon-retto è fondamentalmente stabile, con una modesta riduzione non statisticamente significativa.

Il Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR) rispetto agli attesi su base regionale è pari a 90 (IC 95% 84-97) indicativo di un'incidenza provinciale più bassa di quella regionale.

Il Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR) nel periodo 2015-2019 rispetto agli attesi su base regionale è pari a 94 (IC 95% 86-103) indicativo di un'incidenza provinciale in linea con quella regionale.

Tumore maligno del corpo dell'utero

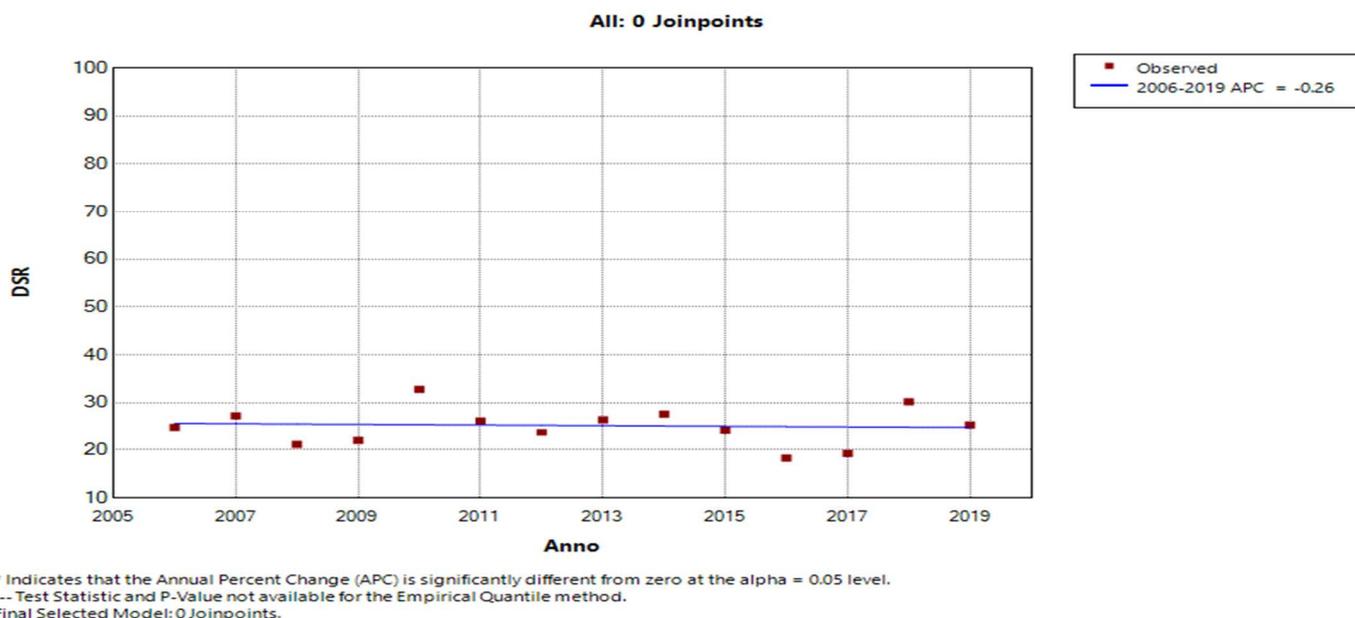
Il tumore maligno del corpo dell'utero (nella maggior parte carcinoma dell'endometrio) è il terzo tumore maligno più frequente nelle donne. Molti fattori di rischio sono in comune con quelli del tumore della mammella: riproduttivi (menarca precoce, menopausa tardiva, assenza di figli e numero basso di figli, età tardiva della prima gravidanza, allattamento assente o breve), terapia ormonale sostitutiva, alimentazione ricca di proteine animali, sedentarietà; anche la radioterapia pelvica è un fattore di rischio.

**Sintesi dei dati di incidenza di tumore maligno del corpo dell'utero relativi alla provincia BAT
Anni 2015-2019**

	Incidenza
Numero casi	237
% sul totale	4.9
Tasso grezzo per 100.000	24
Tasso standardizzato per 100.000	23.5
Rischio cumulativo	1.6
Età media	64.7
Età mediana	65

Quasi 50 donne residenti nella provincia BAT scoprono ogni anno di avere un tumore maligno del corpo dell'utero e l'età media di incidenza è intorno ai 65 anni.

**Andamento temporale 2006-2019 dell'incidenza del tumore maligno del corpo dell'utero nella
provincia BAT (tassi standardizzati per 100.000)**



Si osserva un andamento stabile dell'incidenza del tumore maligno del corpo dell'utero.

Il Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR) nel periodo 2015-2019 rispetto agli attesi su base regionale è pari a 100 (IC 95% 88-113) indicativo di un'incidenza provinciale comparabile a quella regionale.

Tumore maligno della tiroide

Nel sesso femminile il tumore della tiroide è tra i più frequenti, anche in età precoci rispetto ad altri tumori, sebbene abbia in molti casi una bassa letalità. E' un tumore per cui si rileva una grande variabilità tra aree ed un trend in incremento in molti Paesi occidentali: questi pattern sono stati ascritti soprattutto alla differente e spesso crescente pressione diagnostica. La diffusione di ecografie, la richiesta di controlli anche in donne asintomatiche, l'aumentata sensibilità degli strumenti diagnostici permette di individuare lesioni anche molto piccole che se asportate risultano essere spesso microcarcinomi papillari che non sempre avrebbero dato segni clinici (comportando potenziali sovradiagnosi e sovratrattamenti). In generale la prognosi dipende, oltre che dallo stadio, dal tipo istologico, con la sopravvivenza più elevata relativa ai carcinomi papillari, che sono in assoluto tra i tumori maligni a miglior prognosi, seguita dai carcinomi follicolari, mentre la sopravvivenza più bassa si osserva nei carcinomi midollari e la peggiore nelle forme anaplastiche.

Sintesi dei dati di incidenza di tumore maligno della tiroide relativi alla provincia BAT Anni 2015-2019 (DONNE)

	Incidenza
Numero casi	217
% sul totale	4.5
Tasso grezzo per 100.000	22.0
Tasso standardizzato per 100.000	21.2
Rischio cumulativo	1.6
Età media	49.9
Età mediana	50

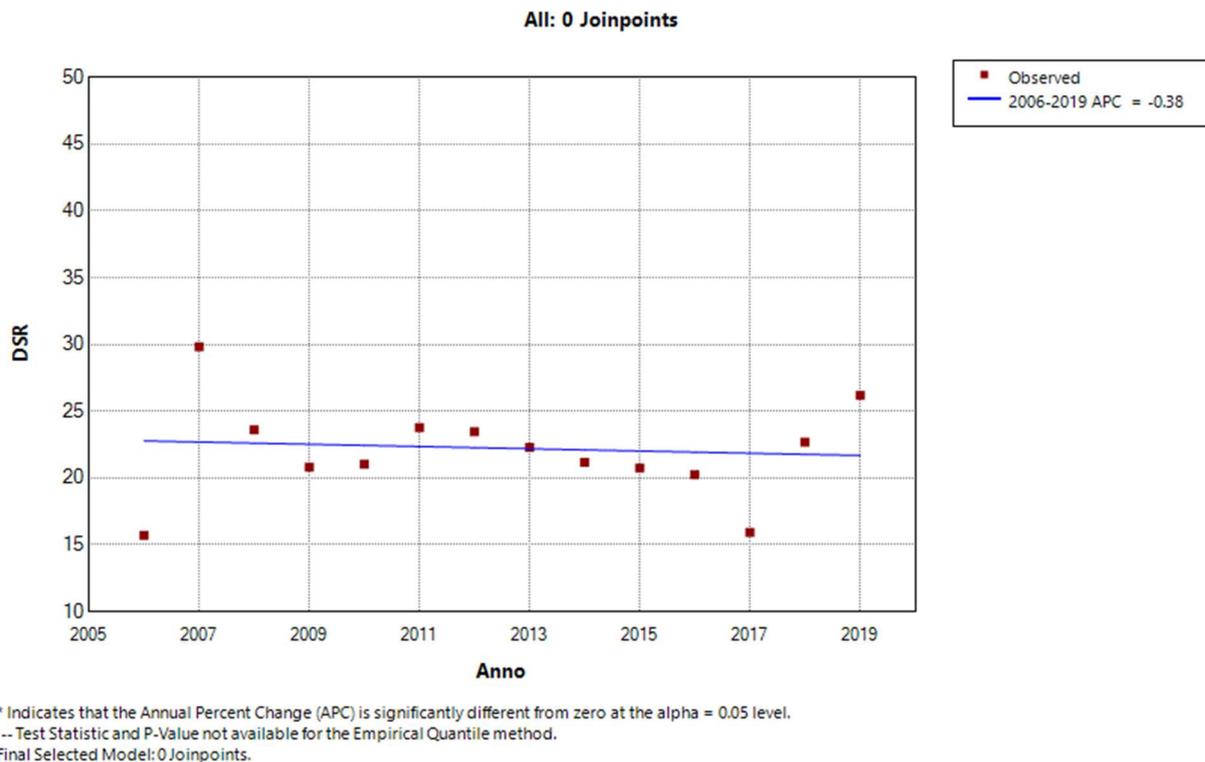
Quasi 45 donne residenti nella provincia BAT scoprono ogni anno di avere un tumore maligno della tiroide e l'età media di incidenza è intorno ai 50 anni.

Data la summenzionata diversa prognosi dei tumori tiroidei a seconda dell'istotipo, viene presentata la distribuzione dei tumori istologicamente confermati nella provincia BAT (sesso femminile, periodo 2015-2019).

Istotipo	%
Papillare	87.0
Follicolare	6.8
Midollare	3.4
Anaplastico	1.5

Altre morfologie	1.5
Non specificato	0.0

Andamento temporale 2006-2019 dell'incidenza del tumore maligno della tiroide nella provincia BAT (tassi standardizzati per 100.000) DONNE



L'andamento temporale mostra diverse oscillazioni, ma è tendenzialmente stabile.

Il Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR) nel periodo 2015-2019 rispetto agli attesi su base regionale è pari a 74 (IC 95% 64-84) indicativo di un'incidenza provinciale più bassa di quella regionale.

Tumore maligno del polmone

Nel sesso femminile il tumore maligno del polmone ha un'incidenza più bassa che nel sesso maschile, sebbene negli ultimi decenni si sia osservato un trend in aumento.

Questo è dipeso soprattutto dalla diversa cronologia della diffusione dell'abitudine tabagica negli uomini e nelle donne dai primi del '900 ad oggi, tenendo anche conto del periodo di latenza tra l'esposizione e la diagnosi di tumore che è di circa 20-30 anni.

Come per gli uomini il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta, seguito dal radon e da inquinanti aerodispersi (esposizioni occupazionali e ambientali).

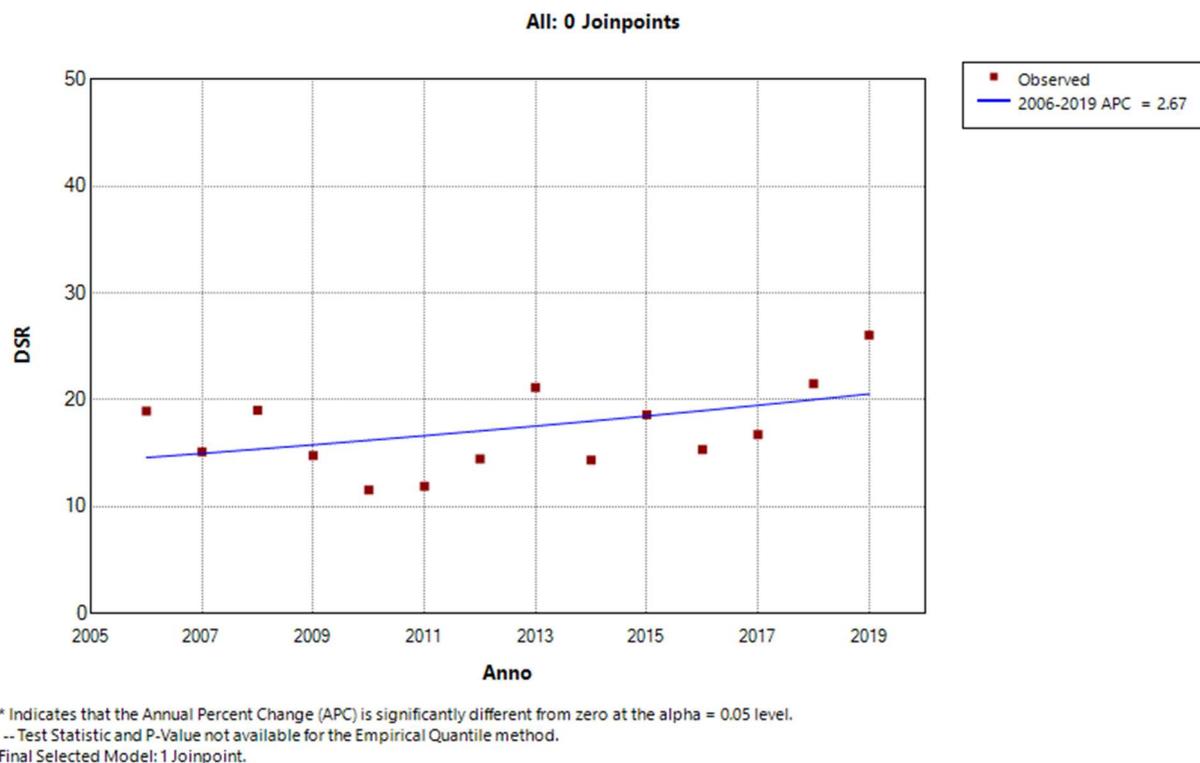
Nei Paesi occidentali negli ultimi anni si osserva un netto trend in diminuzione nel sesso maschile legato soprattutto alla riduzione del consumo tabagico.

Sintesi dei dati di incidenza di tumore maligno del polmone relativi alla provincia BAT Anni 2015-2019 (DONNE)

	Incidenza
Numero casi	201
% sul totale	4.2
Tasso grezzo per 100.000	20.4
Tasso standardizzato per 100.000	19.7
Rischio cumulativo	1.1
Età media	70
Età mediana	71

Circa 40 donne residenti nella provincia BAT scoprono ogni anno di avere un tumore maligno del polmone e l'età media di incidenza è intorno ai 70 anni.

Andamento temporale 2006-2019 dell'incidenza del tumore maligno del polmone nella provincia BAT (tassi standardizzati per 100.000)



Il trend dell'incidenza del tumore maligno del polmone nelle donne residenti nella provincia BAT mostra delle oscillazioni, ma complessivamente si osserva un incremento stimato intorno al 2.7% annuo non statisticamente significativo.

Il Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR) nel periodo 2015-2019 rispetto agli attesi su base regionale è pari a 88 (IC 95% 76-101) indicativo di un'incidenza provinciale tendenzialmente più bassa di quella regionale, anche se non si raggiunge la significatività statistica. Nel quinquennio precedente (2010-2015) il SIR, calcolato però con gli attesi di 5 province per l'indisponibilità dei dati della provincia di Bari, era 78 (IC 95% 65-92) e indicava dunque un'incidenza decisamente più bassa rispetto al confronto.

3.1.2 Assistenza domiciliare

Per il fine del presente documento, si ritiene utile rappresentare la popolazione di riferimento stratificata anche con riferimento alle malattie croniche e allo stato di implementazione dei servizi distrettuali offerti a livello domiciliare (fonte Aress):

Fascia d'età	Sani	%	Almeno una malattia cronica	%	Almeno due malattie croniche	%	Totale
55-59	12.713	43,97%	16.200	56,03%	9.051	31,30%	28.913
60-64	7.696	31,92%	16.412	68,08%	10.551	43,77%	24.108
65-74	7.072	17,19%	34.064	82,81%	25.838	62,81%	41.136
Over 75	3.542	9,52%	33.678	90,48%	28.348	76,16%	37.220

Percentuale presenza cronicità nella popolazione assistita BT

Fascia d'età	TOT	Diabete	%	BPCO	%	Scompenso Cardiacco	%	Ipertensione	%
55-59	28.913	2.316	8,01%	1.312	4,54%	1.207	4,17%	9.280	32,10%
60-64	24.108	2.966	12,30%	1.401	5,81%	1.733	7,19%	10.609	44,01%
65-74	41.136	7.956	19,34%	3.749	9,11%	5.941	14,44%	25.803	62,73%
Over 75	37.220	8.633	23,19%	5.361	14,40%	10.157	27,29%	29.091	78,16%

Percentuale presenza principali cronicità nella popolazione assistita BT

L'Assistenza Domiciliare nella ASL BT: i numeri

Numero Casi trattati di ADI anno 2023			
Asl BT	Casi trattati	Di cui anziani	Di cui malati terminali
DSS1	501	333	54
DSS2	416	216	143

DSS3	853	714	46
DSS4	1593	1249	157
DSS5	1128	819	185
TOTALE	4491	3331	585

(Fonte: Fls21 Sistema informativo sanitario Regionale Edotto - 2023)

Numero accessi anno 2023				
DSS1	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri professionali	Altri	Totali
hh:mm di assistenza erogata	6260:09	9771:42	2788:12	18820:03
Di cui anziani	4573:03	6969:35	1169:04	12711:42
Di cui malati terminali	0	602:49	0	602:49
Accessi degli Operatori	6376	9949	1622	17947
Di cui anziani	4686	7378	732	12796
Di cui malati terminali	0	681	18	699

Numero accessi anno 2023				
DSS2	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri professionali	Altri	Totali
hh:mm di assistenza erogata	3388:22	16836:56	3224:23	23449:41
Di cui anziani	2569:40	10632:38	1704:27	14906:45
Di cui malati terminali	0	1937:05	0	1937:05
Accessi degli Operatori	2728	12613	2636	17977
Di cui anziani	2237	6935	1495	10667
Di cui malati terminali	0	2782	83	2865

Numero accessi anno 2023				
DSS3	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri professionali	Altri	Totali
hh:mm di assistenza erogata	13168:03	11796:43	5083:05	30047:51
Di cui anziani	12167:48	7158:51	2087:38	21414:17
Di cui malati terminali	0	486:29	310:30	796:59
Accessi degli Operatori	10765	13784	2942	27491
Di cui anziani	9969	9871	1409	21249
Di cui malati terminali	0	642	301	943

Numero accessi anno 2023				
DSS4	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri professionali	Altri	Totali
hh:mm di assistenza erogata	24640:11	16698:57	31826:26	73165:34
Di cui anziani	19426:33	11327:27	20384:28	51138:28
Di cui malati terminali	80:24	2266:28	491:40	2838:32
Accessi degli Operatori	23138	22100	15046	60284
Di cui anziani	18155	14777	10161	43093
Di cui malati terminali	78	3217	350	3645

Numero accessi anno 2023				
DSS5	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri professionali	Altri	Totali
hh:mm di assistenza erogata	13399:09	15086:50	4635:20	33121:19
Di cui anziani	9920:39	7521:02	2146:26	19588:07
Di cui malati terminali	239:54	3730:20	92:52	4063:06

Accessi degli Operatori	11430	21760	4462	37652
Di cui anziani	8467	12371	1890	22728
Di cui malati terminali	227	5639	1661	7527

(Fonte: Fls21 Sistema informativo sanitario Regionale Edotto - 2023)

4. Modello Organizzativo delle COT

Le **Centrali Operative Territoriali (COT)** finanziate dal PNRR costituiscono, come spiega il DM 77, un nuovo innovativo modello organizzativo di Centrale che svolge funzioni di coordinamento sia della presa in carico della persona, che diventa integrata e coordinata, che del raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali che vanno dalla prevenzione alla cura nei diversi ambiti: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Le COT rappresentano un team di competenze dedicate all'integrazione dei servizi tra ospedale e territorio e tra dimensione sanitaria e dimensione sociosanitaria a valenza sanitaria dei fabbisogni della popolazione.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, si occupano di erogare i seguenti servizi:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni tra diversi luoghi o livelli clinico assistenziali;
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete;
- monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso strumenti di telemedicina.
- Consultazione e registrazione dei dati attraverso i sistemi informativi facenti parte dell'ecosistema di sanità digitale sia nazionale che regionale.

L'utenza a cui è diretto questo servizio è ad uso esclusivo delle figure che appartengono alla rete dei Professionisti della Salute, parte del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero, che possono richiederne l'intervento di:

- medici di medicina generale (MMG)
- pediatri di libera scelta (PLS)

- medici di continuità assistenziale
- medici specialisti ambulatoriali interni
- IFoC – IfdF
- Psicologo di famiglia
- professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali
- professionisti sanitari presenti nei servizi distrettuali
- personale delle strutture di ricovero intermedie
- personale delle strutture di ricovero residenziali e semiresidenziali
- personale operante nei servizi sociali.

A. Localizzazione delle COT e contiguità con altre strutture sanitarie

La COT è una nuova tipologia di Centrale che si aggiunge all'interno dell'insieme di Centrali Operative già tradizionalmente attive, quali le Centrali 118 e le CO NUE 112, e a quelle in stato di attuazione come le Centrali Operative NEA 116117.

Ogni tipologia di centrale operativa deve essere collocata in una zona a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, posizionata al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti dai Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante (rif. Direttiva Seveso III).

La COT può essere posizionata sia in presidi autonomi a proprio utilizzo esclusivo (di nuova realizzazione o edifici esistenti) sia all'interno una struttura sanitaria già operativa (edifici e/o porzioni della struttura), come i nuovi presidi della sanità territoriale (CdC e OdC), RSA, ospedali generali e/o strutture similari.

A prescindere dal collocamento delle COT, deve essere garantito un facile accesso alla struttura, nella quale deve essere prevista un'area di parcheggio a utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza.

È preferibile, ove possibile, localizzare le COT in prossimità degli altri servizi territoriali previsti dal DM 77, con particolare riferimento alle CdC e agli OdC. Per la tipologia di edificio dove collocare la COT occorre effettuare una preventiva valutazione di compatibilità nel riutilizzo di edifici esistenti, con l'intento di ridurre l'impatto sull'ambiente e valorizzare il patrimonio costruito esistente.

B. Definizione Macro-aree, aree funzionali e unità ambientali

Le diverse funzioni possono essere classificate in macro-aree, valide sia per COT collocate in un presidio autonomo sia per quelle posizionate in una struttura sanitaria esistente. A ciascuna macro-area corrispondono diverse aree funzionali. Ogni Area Funzionale è caratterizzata da diverse Unità Ambientali classificabili in spazi per:

le unità ambientali operative, che caratterizzano l'area funzionale;

i servizi annessi e di supporto, che possono essere in comune con altre aree funzionali.

Per le COT collocate dentro presidi esistenti è possibile prevedere aree funzionali che possono essere utilizzate congiuntamente sia dal personale della Centrale Operativa che dal personale della struttura sanitaria.

Per il dimensionamento minimo delle unità ambientali si rimanda ai riferimenti regionali relativi alle strutture assimilabili alle COT.

Le funzioni operative possono essere classificate secondo 2 macro-aree:

macro-area CENTRALE OPERATIVA che ospita l'area che comprende la sala operativa e i relativi uffici direzionali e amministrativi;

macro-area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area è suddivisa in:

servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.);

servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.);

locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

Le predette aree sono valide sia per le COT collocate in un presidio autonomo sia in strutture sanitarie già operative, con le quali possono avere in condivisione i locali facenti parte dell'Area dei Servizi Generali e Logistici.

Per le COT inserite all'interno di presidi esistenti, l'area funzionale della macro-area centrale operativa è obbligatoria ed esclusiva, se destinata unicamente agli operatori della COT, ma può anche essere in condivisione, se il loro utilizzo è rivolto congiuntamente anche al personale della struttura sanitaria ospitante;

Nell'area funzionale della macro-area centrale operativa sono previsti: la sala operativa, organizzata in open space o in uffici e l'ufficio direzionale e amministrativo;

All'interno della macro-area Centrale Operativa devono essere previsti nello specifico una serie di servizi annessi e di supporto comuni, quali:

Locale per attrezzature tecnologiche e informatiche;

Archivio e deposito/magazzino;

Servizi igienici per il personale suddivisi per genere.

È preferibile ove possibile e, in particolar modo per le COT previste in presidi autonomi di nuova realizzazione, collocare la sala operativa in ambienti open space.

Se la COT è collocata in un presidio autonomo, è richiesto un unico ingresso; diversamente, se la COT è allocata all'interno di una struttura sanitaria con più servizi sanitari, è preferibile garantire gli accessi in condivisione con la struttura ospitante.

La macro-area servizi generali e logistici ospita tutte le aree funzionali di supporto alle attività operative della COT:

SERVIZI GENERALI in cui rientrano tutti i servizi di accoglienza sia per il personale;

AREA LOGISTICA in cui si considerano i depositi archivio, ecc.;

LOCALI TECNICI in cui rientrano la centrale tecnologica, locali UTA, ecc.

In relazione alle indicazioni definite dal DM 77 e all'adeguata erogazione dell'attività, i servizi generali e logistici sono obbligatori.

In caso di COT insediata all'interno di una struttura che ospita anche una CdC e/o OdC diversi spazi associati alla Macro-Area Servizi Generali e Logistici possono essere dimensionati in maniera tale da efficientare l'uso degli spazi.

In caso di COT realizzata all'interno di edifici esistenti e già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse), diverse aree funzionali non sanitarie -associate alla macro-area Servizi Generali e Logistici- possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio: aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche, ecc., come indicato nella la tabella seguente.

Tabella con l'elenco delle Macro-aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per la COT

Unità Funzionali della COT		Indicazioni COT
MACROAREA	AREE FUNZIONALI	METAPROGETTO
	CENTRALE OPERATIVA	
CENTRALE OPERATIVA	<i>Centrale operativa con postazioni lavoro</i> AREA OPERATIVA (sala operativa, locali per attrezzature tecnologiche, uffici direzionali e amministrativi, ecc.).	Obbligatorio
	AREA SERVIZI GENERALI	
	<i>Servizi di accoglienza per gli utenti e il personale</i> ACCOGLIENZA PERSONALE	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREA SERVIZI LOGISTICI	
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	<i>Servizi logistici per il funzionamento della struttura</i> ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREA PULIZIA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREE LOCALI TECNICI	

<i>CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, centrali, ecc.</i>	LOCALI CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTA, ecc.	TECNICI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
---	--	---------	--

C. Relazioni funzionali e spaziali della COT

In riferimento alle relazioni funzionali e, nello specifico, quelle spaziali, è necessario assicurare la compattezza dell'intero complesso al fine di ottimizzare i percorsi e rendere pressoché contigue aree funzionali che necessitano di un'effettiva vicinanza.

In relazione ai flussi è preferibile prevedere un unico ingresso.

Occorre definire e individuare le relazioni (funzionali e spaziali) delle diverse aree funzionali, attraverso due matrici che hanno la funzione di evidenziare rispettivamente la relazione funzionale, cioè se due funzioni sanitarie o non sanitarie sono in relazione tra di loro e, quindi, se devono essere collegate, e la relazione spaziale, cioè il livello di prossimità e vicinanza che due funzioni devono avere tra di loro.

D. Dimensionamento parametrico della COT

Il dimensionamento della COT può variare rispetto alla tipologia di presidi sanitari in cui viene collocata e dalla relativa organizzazione. Esso varia a seconda delle risultanze delle indagini preliminari alla progettazione a scala territoriale e locale.

Il dimensionamento minimo di una COT può attestarsi indicativamente come indicato nella tabella seguente.

Dimensionamento		COT
Superficie Lorda Pavimento	di	100 mq circa

In relazione alla tipologia di intervento (nuova realizzazione e/o riuso dell'esistente), alla tipologia edilizia del manufatto architettonico (edificio a sviluppo verticale o orizzontale) e alla tipologia distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo) la superficie può risultare superiore;

Nel caso di inserimento della COT all'interno di una struttura ospedaliera e/o sanitaria, alcuni servizi generali, logistici e locali tecnici possono essere in condivisione con il polo sanitario preesistente.

A partire dai dimensionamenti minimi di accreditamento indicati dal DPR 14/01/1997, sono definiti nella tabella seguente – in maniera indicativa - il numero minimo di locali operativi (uffici e locali postazioni). I dimensionamenti indicati, che corrispondono ai valori minimi individuati, possono variare in relazione alla tipologia edilizia e layout distributivo in cui si va ad insediare la COT.

	COT
Stima del numero di locali operativi minimi	3/5 UFFICI/LOCALI POSTAZIONI

E. Caratteristiche strutturali e tecnologiche delle COT

È preferibile negli interventi di nuova realizzazione introdurre una maglia strutturale regolare, possibilmente quadrata, che possa permettere una serie di configurazioni dei layout per configurazioni future e futuribili.

L'impianto complessivo della struttura sanitaria e le soluzioni tecnico-costruttive devono garantire diversi gradi di flessibilità di scala differente: per l'intero complesso, per aree funzionali, per singolo ambiente. Nello specifico:

- il primo livello di flessibilità è quello dell'impianto complessivo, che deve consentire che siano già individuate le possibili aree di ampliamento e che queste siano coerenti con l'impianto originario, anche con strutture temporanee e tensostrutture;

- il secondo livello di flessibilità che deve essere assicurato investe la effettiva trasformabilità delle aree funzionali;

- il terzo livello di flessibilità, altrettanto importante, è la trasformabilità delle singole aree funzionali, ovvero la possibilità di modificare agevolmente le unità ambientali di base e questo implica l'uso di materiali e soluzioni tecnologiche appropriate, con tecnologia a secco, su una maglia ordinatrice e con uno spazio tecnico di servizio distribuito in maniera uniforme.

Per la realizzazione di una nuova struttura sanitaria è necessario adoperare le tecnologie più consone alla funzione da erogare, in relazione al ciclo di vita della struttura e alle sue possibili configurazioni future e futuribili. Le scelte costruttive devono poter garantire caratteristiche di flessibilità.

In relazione alla tipologia di intervento (nuova costruzione e riuso), l'edificio deve essere realizzato con una struttura e sistemi di compartimentazione con caratteristiche REI secondo i riferimenti di legge relativi alle strutture sanitarie e i materiali utilizzati per le finiture devono avere un'adeguata resistenza al fuoco. L'edificio deve essere progettato in modo tale da circoscrivere e limitare la propagazione di un eventuale incendio, suddividendo la struttura in compartimenti, distinguendo aree con diverse caratteristiche in funzione delle attività svolte;

In aggiunta, sempre in relazione alle disposizioni di legge, l'edificio deve garantire il minimo disagio in caso di sisma e/o emergenza ambientale.

Deve essere garantita la presenza di luce naturale in tutti i locali operativi, attraverso la presenza di viste verso l'esterno, corti verdi, ecc. In ogni caso, a supporto delle attività da svolgersi, è preferibile garantire la variabilità in termini di intensità della quantità di luce artificiale.

Devono essere previsti sistemi di ventilazione meccanizzati; per quanto concerne l'aerazione naturale, il ricambio dell'aria deve essere garantito in parte dalle finestre che devono essere previste sull'involucro esterno.

Gli infissi possono avere un grado di permeabilità all'aria più o meno alto in modo tale da favorire l'ingresso di aria esterna dai giunti, o da altri elementi che compongono l'infisso oppure serramenti particolari con meccanismi meccanici di apertura di fessure che permettano l'ingresso dell'aria.

Con riferimento a tutte le componenti edilizie e impiantistiche occorre assicurare, non solo la totale idoneità e affidabilità per il relativo funzionamento, ma anche il mantenimento del valore e della funzionalità nel tempo. Deve essere garantita la presenza di un gruppo elettrogeno.

È opportuno privilegiare soluzioni che permettano una regolare gestione e manutenzione degli impianti, nonché un'adeguata igienizzazione e sanificazione per la sicurezza di lavoratori e utenti. In generale, particolare attenzione deve essere rivolta a:

- ispezionabilità degli impianti;
- facilità di eventuali verifiche dei parametri prestazionali;
- facilità di pulizia e sanificazione delle canalizzazioni.

In relazione alla tipologia di intervento –nuova costruzione, riuso di un edificio in disuso oppure intervento all'interno di una struttura sanitaria- le soluzioni tecnologiche e impiantistiche possono fortemente variare e quindi devono essere valutate caso per caso. In generale, è preferibile introdurre e/o aggiornare il sistema impiantistico. È necessario, lavorare sull'efficientamento energetico non solo con riguardo ai grandi sistemi di generazione di energia, ma anche ai piccoli dettagli di funzionamento, ad esempio, le riduzioni delle quantità d'aria e d'acqua in circolo, in relazione all'operatività discontinua e prevedibile delle strutture, mediante l'utilizzo estensivo di sistemi impiantistici a portata variabile, o anche l'installazione di recuperatori di calore, indispensabile ausilio al risparmio di energia negli impianti a tutt'aria esterna.

Per garantire flessibilità e adattabilità degli spazi e impianti, nella progettazione e realizzazione devono essere adottate soluzioni che consentano un facile cambiamento di utilizzo, mediante definizione a priori della possibilità di espansione interna o esterna, nella logica di adattare la struttura in modo ottimale alle funzioni.

È preferibile introdurre un sistema di edificio intelligente che consenta il controllo, preferenzialmente automatico o rimandato ad operatori, della situazione di attività dei diversi settori dei diversi impianti e consenta, con il fermo o la riduzione di attività degli impianti o delle attrezzature in periodi di non uso o di uso limitato, consistenti risparmi.

Per tutti i requisiti tecnici, si rinvia ai riferimenti di legge presenti in materia a livello nazionale e regionale.

F. Dimensione organizzativa

La COT 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.

Per svolgere la propria funzione la COT deve operare in rete con gli altri servizi territoriali, tra cui anche il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA) e il Punto Unico di Accesso (PUA). Tali collegamenti devono consentire la presa in carico globale dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali delle persone con cronicità complesse e/o fragili insistenti sul territorio di afferenza del distretto della COT.

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

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo 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 assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.), riguardo alle attività e ai servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno”.

La COT, per garantire le funzioni di cui al comma precedente, oltre a interfacciarsi con il PUA e il NEA 116117, deve stabilire modalità formalizzate di comunicazione e i relativi strumenti tecnologici a supporto con i professionisti della salute che operano nelle Case della Comunità (CdC), nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), nelle Cure Domiciliari Integrate (ADI), nelle residenze/centri diurni, nelle strutture ospedaliere, nelle altre strutture territoriali (es. Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze Patologiche) e con gli MMG/PLS, oltre che con i servizi sociali dei Comuni.

Per assicurare il supporto informativo, organizzativo e logistico delle transizioni dei pazienti da un setting di assistenza all'altro, la COT deve farsi carico delle necessità espresse dal professionista del setting di provenienza responsabile del caso, contattando e attivando il servizio/i necessario/i alla definizione del setting di destinazione, dando supporto ai processi necessari (tra cui anche il processo di valutazione del setting) e tracciando, monitorando e registrando la transizione e il suo esito. In questo caso, la COT coordina le transizioni che coinvolgono i diversi setting per i casi gestiti nel proprio ambito territoriale.

La COT garantisce il coordinamento e l'ottimizzazione degli interventi, attraverso l'attivazione di tutte le risorse sociosanitarie presenti sul territorio di riferimento, anche mediante l'utilizzo dei sistemi di Telemedicina. Nello specifico, la COT assicura il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, favorendo la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino. Nel

supportare i processi, provvede a tracciarli, verificando al contempo, la corretta e completa alimentazione dei flussi informativi necessari.

Per svolgere le proprie funzioni basilari la COT deve godere di un patrimonio informativo pertinente e non eccedente rispetto alle finalità attribuite alla stessa dalla norma.

La COT deve raccordare le informazioni tra i professionisti che operano nei diversi servizi, supportandoli nell'accesso e nell'inserimento di tutte le informazioni utili a soddisfare lo specifico bisogno.

5. Le COT nella ASL BT

Nell'ASL BT il servizio sarà così strutturato

A. Localizzazione delle COT e continuità con le altre strutture

Le COT sono allocate una per DSS e precisamente:

1. COT del DSS 1

- Allocata a Margherita di Savoia alla Via L. Vanvitelli, in area a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti di Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante;
- È posizionata, come nuova struttura, all'interno dell'area di pertinenza del Poliambulatorio ASL BT di Margherita di Savoia;
- È garantito facile accesso alla struttura, ed è prevista un'area di parcheggio a utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza;
- In prossimità della struttura verranno realizzate una CdC e un OdC.

2. COT del DSS 2

- Allocata ad Andria alla Via V. Carpaccio, in area a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti di Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante;
- È posizionata all'interno di una struttura sanitaria già operativa in cui sono presenti gli uffici del DSS 2, le attività sanitarie di continuità assistenziale e una RSA;
- È garantito facile accesso alla struttura, ed è prevista un'area di parcheggio a utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza;

3. COT del DSS 3

- Allocata a Minervino Murge alla Via G. Bruno, in area a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti di Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante;

- È posizionata all'interno di una struttura sanitaria già operativa in cui sono presenti gli uffici del DSS 3, le attività ambulatoriali;
- È garantito facile accesso alla struttura, ed è prevista un'area di parcheggio a utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza;
- Nella stessa struttura verrà realizzato un OdC.

4. COT del DSS 4

- Allocata a Barletta P.za Principe Umberto, in area a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti di Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante;
- È posizionata all'interno di una struttura sanitaria già operativa in cui sono presenti gli uffici del DSS 4, attività sanitarie di continuità assistenziale, attività ambulatoriali;
- È garantito facile accesso alla struttura, ed è prevista un'area di parcheggio comunale per la quale verrà richiesta autorizzazione per l'utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza;
- Nello stesso comune, in prossimità del Presidio Ospedaliero "Mons. R. Dimiccoli" verranno realizzate una CdC e un OdC.

5. COT del DSS 5

- Allocata a Trani al Viale Padre Pio, in area a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti di Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante;
- È posizionata all'interno di una struttura sanitaria già operativa in cui sono presenti gli uffici del DSS 5, attività sanitarie di continuità assistenziale, attività sanitarie ambulatoriali;
- È garantito facile accesso alla struttura, ed è prevista un'area di parcheggio a utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza;
- Nella stessa struttura verranno realizzate una CdC e un OdC.

B. Definizione Macro-aree, aree funzionali e unità ambientali

Le COT dell'ASL BT sono collocate dentro presidi esistenti, ad eccezione della COT del DSS 1 di Margherita di Savoia, la quale, pur essendo una allocata in una struttura di nuova realizzazione la stessa è ubicata nell'area di pertinenza del Poliambulatorio ASL BT di Margherita di Savoia.

In ciascuna delle COT sono presenti aree per le funzioni operative classificate secondo due macro-aree:

1. Macro-area CENTRALE OPERATIVA che comprende:
 - a. la sala operativa;
 - b. gli uffici direzionali e amministrativi;
2. Macro-area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI che comprende i locali per:
 - a. Servizi per l'accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, ecc.);
 - b. Servizi logistici (depositi, ecc.);
 - c. Locali tecnici.

Le macro-area dei servizi generali e logistici è parzialmente in condivisione con il presidio sanitario in cui le stesse sono allocate.

C. Relazioni funzionali e spazi delle COT

Tutti gli ambienti della macro-area CENTRALE OPERATIVA di ogni singola COT dell'ASL BT sono costituite strutturalmente da un unico blocco funzionale con aree (locali) attigue in modo da ottimizzare i percorsi e con un unico ingresso.

Gli ambienti della macro-area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI sono allocati in altre zone dei presidi in cui le COT sono allocate.

D. Dimensionamento parametrico delle COT

Tutte le COT, considerate le tipologie dei presidi sanitari in cui sono allocate e la relativa organizzazione, hanno un dimensionamento minimo superiore al 100 mq. con la di un minimo di 5 postazioni di lavoro.

E. Caratteristiche strutturali e tecnologiche delle COT

La COT del DSS1 di Margherita di Savoia, essendo l'unica realizzata in una struttura di nuova realizzazione, è stata realizzata con struttura a maglia quadrata che consentirà eventuali modifiche di configurazione dei layout e funzionali future. Le scelte costruttive di realizzazione di tale struttura sono state improntate ai principi di durabilità, facilità di manutenzione e flessibilità.

In tutte le COT sono garantiti:

- Luce naturale e luce artificiale secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- Sistemi di ventilazione meccanizzati, areazione naturale e ricambi d'aria da finestrate;
- Infissi in grado di garantire possibilità di permeabilità all'aria in modo da favorire l'ingresso dell'area esterna;

Le componenti strutturali e impiantistiche adottate garantiscono l'affidabilità di funzionamento nel tempo, oltre alla regolare manutenzione degli impianti, oltre ad un'adeguata igienizzazione e sanificazione per la sicurezza dei lavoratori e utenti.

Si riportano di seguito le piante – layout delle 5 COT ASL BT

5.1 Centrale Operativa Territoriale di Margherita di Savoia – DSS1

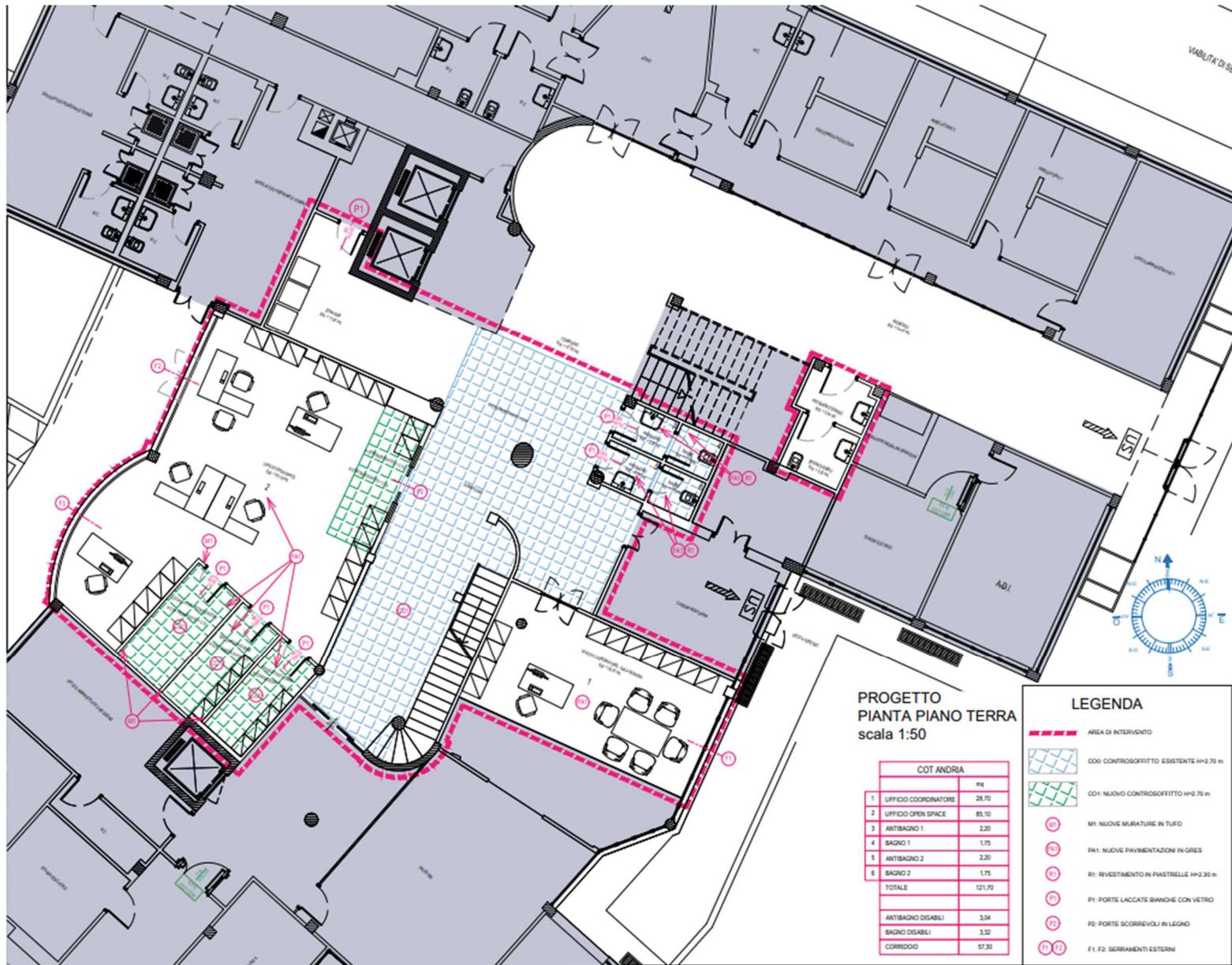
La realizzazione della nuova centrale operativa territoriale a Margherita di Savoia comporterà la realizzazione di una nuova struttura distribuita su un solo piano ed avente una superficie di 100 mq nell'area di pertinenza del Presidio Territoriale della Asl BT, in via Vanvitelli.

L'accesso alla COT avviene per mezzo di una porta cui si accede tramite il parcheggio esterno di pertinenza esclusiva del presidio territoriale. Dal punto di vista distributivo la COT di Margherita di Savoia è molto semplice. La porta di ingresso è annessa al corridoio che collega i vari locali costituenti la COT stessa: tre uffici, di cui il primo open space, il secondo utilizzato dal coordinatore, il terzo che può essere utilizzato sia come ufficio sia come sala riunioni, questa ultima necessaria nel caso di gestione di paziente che coinvolge il consulto di più professionalità (infermieri, medici specialisti); sono anche presenti spogliatoi uomini e spogliatoi donne direttamente connessi ai due bagni, ognuno dei quali utilizzabile da disabili.

5.2 Centrale Operativa Territoriale di Andria – DSS2

La Centrale Operativa Territoriale prevista per il DSS2 fa parte di un edificio esistente di proprietà della ASL BT sito in Andria, alla via Vittore Carpaccio, attualmente destinata a RSA. L'accesso, da via Carpaccio, avviene tramite corridoio in comune con la struttura sanitaria al piano terra. La COT sarà costituita da due vani, oltre a due servizi igienici dotati entrambi di antibagno. Ai fini dell'abbattimento delle barriere architettoniche si utilizzerà il bagno per disabili già presente in prossimità dell'ingresso della struttura.

Il vano meno esteso ospiterà il coordinatore e anche la sala riunioni, locale necessario alla gestione di pazienti che richiedono il consulto di più professionalità (infermieri, medici specialisti). Il vano più esteso ospiterà uffici open space; all'interno di questo locale saranno realizzati gli spogliatoi separati per sessi, oltre ad un piccolo archivio. La COT occuperà complessivamente una superficie di circa 140 mq lordi, escludendo il corridoio.



PROGETTO
PIANTA PIANO TERRA
scala 1:50

COT ANDRIA	
	mq
1	UFFICIO COORDINATORE 28,70
2	UFFICIO OPEN SPACE 85,10
3	ANTIBAGNO 1 2,20
4	BAGNO 1 1,75
5	ANTIBAGNO 2 2,20
6	BAGNO 2 1,75
	TOTALE 121,70
	ANTIBAGNO DISABILI 3,04
	BAGNO DISABILI 3,32
	CORRIDOIO 57,33

LEGENDA

- ARSA DI INTERVENTO
- 000: CONTROSOFFITTO ESISTENTE H=2,70 m
- 001: NUOVO CONTROSOFFITTO H=2,70 m
- M1: NUOVE MURATURE IN TUFO
- M2: NUOVE MURATURE IN TUFO
- R1: RIVESTIMENTO IN PIASTRELLE H=2,30 m
- R2: RIVESTIMENTO IN PIASTRELLE H=2,30 m
- P1: PORTE LACCATE BIANCHE CON VETRO
- P2: PORTE SCORREVOLI IN LEGNO
- F1, F2: SERRAMENTI ESTERNI

TIPOLOGIA E FIRMA:

COMMITTENTE:

ASL BT
PugliaSalute
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARLETTA - ANDRIA - TRANI
 Via Fornaci 201, 76123 ANDRIA (BT)

OGGETTO DEI LAVORI:
 LAVORI (OG1 - OG11) E SERVIZI DI INGEGNERIA E ARCHITETTURA (E.10 - S.83 - I.A.82 - I.A.84) PER LA NUOVA EDIFICAZIONE, RISTRUTTURAZIONE E RIQUALIFICAZIONE DI EDIFICI PUBBLICI QUALI CASE DELLA COMUNITA', OSPEDALI DELLE COMUNITA', CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI E OSPEDALI SICURI

PROGETTO ESECUTIVO
 CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI ANDRIA
 CUP C8P2200620006 CIG 99045000E8

RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO:
 Ing. Carlo Ieva

PROGETTISTA: **Dodi Moss s.r.l.**
 Paolo Iannuzzi (progettista) ingegnere
 Angelo Iannuzzi (progettista) architetto
 Pasquale Iannuzzi (progettista) ingegnere
 Riccardo Iannuzzi (progettista) ingegnere

L'OPERA E' FINANZIATA DA:

LE IMPRESE ESECUTIVE:

DATA: agosto 2022 SCALA: 1:50

PROGETTO - PIANTEA 04

ASSIGNAMENTO:
 N. 001 AREA ATTIVITA' ASSISTENZIALE
 01 001 001 001

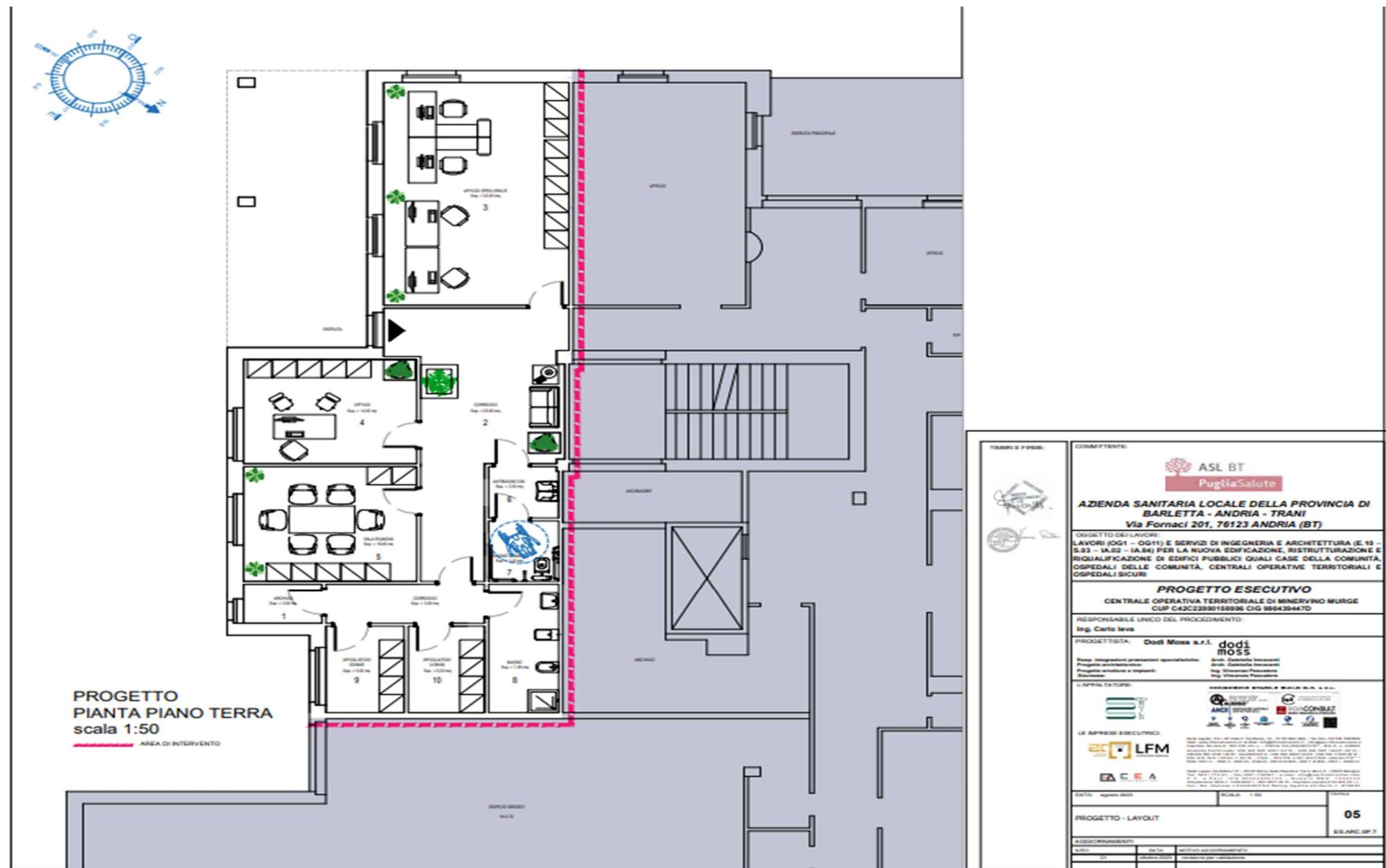
5.3 Centrale Operativa Territoriale di Minervino Murge – DSS3

La realizzazione della nuova Centrale Operativa Territoriale presso il DSS3, nel territorio di Minervino Murge, avverrà mediante opere da realizzarsi su una porzione di fabbricato dell'immobile presente sulla S.P. 230, già di proprietà della ASL BT. Gli ambienti ivi posti a piano terra saranno riqualificati per la realizzazione della nuova Cot. L'accesso alla COT potrà avvenire comodamente dal piazzale antistante l'edificio in questione adibito a parcheggio.

L'accesso avviene tramite un terrazzino esterno coperto dal piano superiore del fabbricato di cui fa parte la COT. Il lotto ospita diversi fabbricati di proprietà della ASL BT. L'ingresso permette di accedere in un vano comune collegato con i vari vani della COT.

Non c'è necessità di ricorrere all'utilizzo di collegamenti verticali con elevatore considerato che i vani sono posizionati a piano terra. Sono previsti due bagni di cui uno agibile per portatori di handicap utilizzabili dal personale. Tutti i corridoi avranno larghezza minima superiore a 150 cm, mentre sarà garantito un passaggio minimo di 120cm per tutti i passaggi di distribuzione secondaria. Sono previsti due bagni di cui almeno uno agibile per portatori di handicap utilizzabili dal personale.

È stato necessario prevedere la demolizione di alcuni tramezzi interni per adeguare la distribuzione interna della COT. Gli uffici sono tre, di cui uno open space che potrà ospitare fino a quattro unità infermieristiche e un altro potrà essere adibito a sala riunioni, necessaria alla gestione di pazienti che richiedono il consulto di più professionalità (infermieri, medici specialisti). È inoltre presente un piccolo archivio. La superficie lorda complessiva della COT è pari a circa 140 mq.



5.4 Centrale Operativa Territoriale di Barletta – DSS4

La COT di Barletta fa parte di un edificio esistente di proprietà della ASL BT sito in Barletta in Piazza Principe Umberto attualmente destinata a sede dell'ASL BT. L'accesso, direttamente da Piazza Principe Umberto, avviene tramite un ampio vano a piano terra. Da tale vano si accede al corridoio che collega i vari vani presenti. Alcuni di tali vani non potranno essere interessati dai lavori in questione e saranno ristrutturati successivamente. La COT sarà costituita, oltre che dal vano di ingresso, da due vani, oltre a due servizi igienici dotati entrambi di antibagno, uno dei quali utilizzabile da disabili. Il vano meno esteso ospiterà il coordinatore e anche la sala riunioni, locale necessario alla gestione di pazienti che richiedono il consulto di più professionalità (infermieri, medici specialisti). Il vano più esteso ospiterà uffici open space e un deposito. All'intero degli spazi oggetto di intervento sono previsti gli spazi necessari previsti dalla normativa per le COT. La COT occupa complessivamente una superficie di circa 230 mq lordi.

5.5 Centrale Operativa Territoriale di Trani – DSS5

La COT presso il DSS5 fa parte di un edificio esistente costituito dall'ex Ospedale San Nicola Pellegrino di proprietà dell'ASL BT, sito in Trani al Viale Padre Pio, attualmente destinato a sede del Distretto Socio Sanitario n. 5 e PTA. L'accesso alla COT sarà in comune con gli uffici e ambulatori del PTA. Il corridoio in comune con le altre attività consente di accedere ai vari vani costituenti la COT. La COT avrà un archivio, un vano ufficio open space che ospiterà anche la sala riunioni, locale necessario alla gestione di pazienti che richiedono il consulto di più professionalità (infermieri, medici specialisti). Sarà presente anche un vano ufficio per il coordinatore. I servizi igienici saranno tre di cui uno utilizzabile da disabili. Infine gli spogliatoi, separati dai locali prima descritti, separati in base al sesso. La COT occupa complessivamente una superficie di circa 150 mq lordi. Il progetto prevede la realizzazione di tutti gli spazi necessari e previsti normativamente per le COT.

6. Dimensione organizzativa delle COT della ASL BT

Le COT previste nella ASL BT saranno organizzate come segue:

Sedi COT: 5 - (garantita l'operatività 7 giorni su 7)

- 1) **8.00 – 14.00 dal lunedì al venerdì**
- 2) **14.00-20.00 dal lunedì al venerdì una sola COT aziendale, ubicata presso il DSS5 - Trani**
- 3) **8.00-20.00 sabato e domenica una sola COT aziendale, ubicata presso il DSS5 - Trani**

Sono previsti inoltre un assistente sociale nei giorni feriali nella COT aziendale (dalle 8.00 alle 14.00 e dalle 15.00 alle 18.00 il martedì e il giovedì)

L'UCA avrà un sistema integrato con la COT al fine della maggior interazione assistenziale possibile.

Nell'ambito delle funzioni proprie delle COT (ricevere e decodificare le segnalazioni, valutare il bisogno, definire i setting assistenziali), si individua una:

- **attivazione tempestiva:** valutazione entro 6-12 h dalla richiesta (indicate soprattutto per rapida liberazione posti letto, dimissione da setting assistenziali non idonei alla permanenza come Pronto Soccorso, ecc.), ammissione di soggetti non autosufficienti con improvvisa problematica assistenziale sanitaria e sociosanitaria a valenza sanitaria

oppure

- **attivazione programmata/ordinaria:** attuata dall'UVM, programmata quando viene individuato il setting specifico con possibile previsione di inserimento in liste d'attesa specifiche

6.1. Fabbisogno del Personale

Come previsto dal DM 77 gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC) sono le figure basilari per potenziare l'assistenza territoriale.

Tale figura fortemente orientata alla gestione proattiva della salute, in prospettiva opererà rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. L'intervento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si esprime al livello comunitario, oltreché individuale e familiare, attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato.

L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto a coloro che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità.

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.

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, adeguatamente formato con incarico di coordinatore.

La composizione delle COT della ASLBT tiene conto delle funzioni previste e del bacino di utenza. Per una COT standard ogni 100.000 abitanti, i professionisti dedicati dovrebbero essere:

- n. 1 Responsabile/Coordinatore infermieristico;
- n. 3-5 Infermieri/Infermieri di Famiglia o di Comunità;
- n. 1-2 unità di Personale di Supporto (sanitario e/o amministrativo).

Lo standard di personale previsto per ciascuna COT della ASLBT, conformemente alla normativa vigente è di seguito riportato:

COT di Margherita di Savoia- DSS1:

- n. 1 Responsabile/Coordinatore infermieristico;
- n. 3 Infermieri/Infermieri di Famiglia o di Comunità;
- n. 1 Assistente Sociale.
- n. 1 amministrativo di supporto

COT di Andria – DSS2:

- n. 1 Responsabile/Coordinatore infermieristico;
- n. 5 Infermieri/Infermieri di Famiglia o di Comunità;
- n. 1 Assistente Sociale.
- n. 1 amministrativo di supporto

COT di Minervino Murge – DSS3:

- n. 1 Responsabile/Coordinatore infermieristico;
- n. 3 Infermieri/Infermieri di Famiglia o di Comunità;
- n. 1 Assistente Sociale.
- n. 1 amministrativo di supporto

COT di Barletta – DSS4:

- n. 1 Responsabile/Coordinatore infermieristico;

- n. 5 Infermieri/Infermieri di Famiglia o di Comunità;
- n. 1 assistente sociale
- n. 1 amministrativo di supporto

COT di Trani – DSS5:

- n. 1 Responsabile/Coordinatore infermieristico;
- n. 5 Infermieri/Infermieri di Famiglia o di Comunità;
- n. 1 Assistente Sociale.
- n. 1 amministrativo di supporto

6.2 Il Ruolo Del Responsabile/Coordinatore

Il coordinatore della COT esercita le seguenti competenze in sintonia e collaborazione con il Direttore del Distretto Socio Sanitario:

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 COT 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;
- 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 orientati alla presa in carico, alla continuità degli interventi e al miglioramento della qualità degli stessi;
- promuove modelli di lavoro basati sulla multiprofessionalità;

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 delle prestazioni;
- supervisiona la performance del personale;

d) Sviluppo e formazione del personale:

- 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;
- 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;
- 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;

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;

- 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
- 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.

6.3 Il Ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità

Tale figura professionale è stata introdotta nello scenario del SSN dal D.L. n. 34/2020, art. 1 c. 5 con l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità.

L'IFoC è un professionista responsabile dei processi assistenziali in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.

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 familiare, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.

Le funzioni prevalenti dell'IFoC sono:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;

- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione;
- promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;
- svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.
-

6.3.1 Formazione, reclutamento e allocazione dell'IFoC

In relazione alla natura ed alla complessità del ruolo degli IFoC la formazione è centrale e imprescindibile. Le competenze core che con la formazione si debbono costruire derivano dal profilo di competenza proposto da AIFeC nel 2018, dai risultati del progetto europeo ENHANCE dal Position Statement di FNOPI e dall'esperienza formativa pluriennale dei Master di I° livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità delle Università Italiane che li hanno attivati.

Il titolo preferenziale richiesto per l'acquisizione delle competenze in questo ambito è il Master Universitario di primo livello in Infermieristica di famiglia e di Comunità, così come previsto dal Documento finale sulla formazione specialistica delle professioni sanitarie, approvato il 17 dicembre 2018 dall'Osservatorio Nazionale delle professioni sanitarie istituito presso il MIUR, e divulgato dal Ministero della Salute alle Regioni con circolare del 13 marzo 2019. Tuttavia, tenuto conto delle necessità di avere IFoC per l'implementazione di quanto previsto dalla Riforma dell'Assistenza Territoriale, si ritiene di proporre, per coloro che non sono ancora in possesso del Master, la possibilità di realizzare percorsi formativi specifici di tipo regionale, progettati in collaborazione con gli Atenei, necessari per l'acquisizione delle competenze minime.

Con riferimento ai criteri di reclutamento e di allocazione nel ruolo di IFoC, si ipotizza di allocare in via preferenziale gli infermieri che sono in possesso del titolo accademico specifico (Master di I livello in Infermieristica di Famiglia e Comunità o affini). Secondariamente, in considerazione delle importanti e specifiche funzioni dell'IFoC, si ipotizza di prevedere la valorizzazione degli Infermieri che operano già in ambito territoriale e che vi abbiano maturato almeno un'esperienza biennale. Tali professionisti dovranno intraprendere uno specifico percorso formativo regionale. In ultimo, ulteriore criterio di assegnazione del ruolo potrebbe essere manifestazione di particolare interesse e motivazione verso l'infermieristica di Famiglia o Comunità, previa disponibilità ad intraprendere lo specifico percorso

formativo. Potranno inoltre occupare la funzione anche coloro in possesso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche in ragione delle competenze acquisite in termini metodologici, di progettazione, purché i candidati intraprendano lo specifico percorso formativo (cfr. Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia e di Comunità – Agenas .

6.5 COT Device

La ASL BT ha approvato, con Delibera n. 1896 del 23/12/2022, il progetto di acquisto dei “COT device” che verranno installati nelle Centrali Operative Territoriali di Margherita di Savoia, Minervino Murge, Trani, Barletta e Andria.

Di seguito si riporta la tabella con l’elenco dei dispositivi previsti nelle COT della ASL BT e i relativi costi stimati di acquisizione.

DISPOSITIVO	N° TOTALE DISPOSITIVI	N° DISPOSITIVI PER DISTRETTO	COSTO UNITARIO DISPOSITIVO	COSTO TOTALE
ECG (Portatile/Dispositivi digitali per ECG)	10	2	2.000,00 €	20.000,00 €
BP/HR Monitor	50	10	500,00 €	25.000,00 €
Pulsossimetro	100	20	100,00 €	10.000,00 €
Stetoscopio digitale	25	5	600,00 €	15.000,00 €
Sfigmomanometro digitale	100	20	400,00 €	40.000,00 €
Termometro	10	2	20,00 €	200,00 €
Bilancia digitale	10	2	300,00 €	3.000,00 €
Glucometro con pungidito	100	20	170,00 €	17.000,00 €
Otoscopio digitale	15	3	800,00 €	12.000,00 €
Dispositivi wearable per motion tracking e smartwatches	100	20	200,00 €	20.000,00 €
Ecografo portatile	5	1	15.000,00 €	75.000,00 €
Centrale monitoraggio telemedicina	5	1	49.276,00 €	246.380,00 €
				483.580,00 €

Per quanto riguarda le modalità di acquisizione dei “COT device”, si procederà tramite adesione a gara con la centrale unica regionale InnovaPuglia, o in alternativa, tramite adesione ad Accordo Quadro Consip.

7. Modelli operativi della COT

7.1. Il ruolo della COT nella transizione Ospedale – Territorio

La struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale anche attraverso l'utilizzo di strumenti e/o scale validate. La struttura ospedaliera individua gli elementi e il grado di complessità del caso in modo che, in raccordo con gli altri setting (ADI, servizio sociale, ecc.), la COT collabori con la stessa contribuendo a identificare la struttura/il servizio più appropriato rispetto al setting di cura verso il quale si vuole indirizzare il paziente. La COT coordina, traccia, monitora e interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione.

I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo: Al momento del ricovero, la struttura ospedaliera trasmette una notifica di avvenuto ricovero alla COT la quale a sua volta deve verificare la presenza di altri servizi aperti su quel paziente (es. centro diurno, pasti a domicilio, ecc.) e deve informare del ricovero tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico della persona (es. MMG/PLS, Équipe di Cure Domiciliari, servizio sociale comunale, ecc.). Durante il ricovero la struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure alla COT per il paziente ricoverato, per il quale si prevede alla dimissione la necessità di supporto per la prosecuzione della presa in carico, configurandosi pertanto una “dimissione protetta”. La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni, prendendola in carico. Alla COT vengono messe a disposizione tutte le sole informazioni

necessarie a garantire la continuità delle cure e attivare il percorso assistenziale più idoneo a rispondere alle necessità manifestate, monitorando il coinvolgimento di tutti gli attori necessari.

Attori e Azioni:

1) La Struttura Ospedaliera:

notifica alla COT l'avvenuto ricovero;

rileva il bisogno di continuità della presa in carico alla dimissione;

stratifica il bisogno utilizzando schede valutative a valenza predittiva dotate di score;

comunica tempestivamente (il prima possibile e auspicabilmente entro 48 ore dalla ammissione) alla COT la necessità di supporto post dimissione, prefigurando una “dimissione protetta”.

2) La COT:

comunica a tutti i soggetti interessati l'avvenuto ricovero (es. MMG/PLS, altri servizi che hanno già in carico il paziente - eventuale Centrale Operativa ADI, ecc.) in modo da informare e consentire il rilascio temporaneo delle eventuali risorse allocate;

raccoglie il bisogno espresso dalla struttura richiedente;

visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole, laddove necessario, all'UVM;

monitora tutte le fasi del processo.

Supporti tecnici e informativi necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta) è necessario disporre di:

sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni.

possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente;

mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);

II Fase - Identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione: a seguito della valutazione e della formulazione da parte dell'UVM, laddove necessaria, di una proposta di setting di destinazione e delle conseguenti informazioni necessarie ed essenziali desumibili dal PAI (comprensivo di obiettivi, tempistiche, modalità definite), la COT attiva il servizio o la struttura appartenente al setting assistenziale individuato (es. ADI, OdC, struttura riabilitativa, Hospice, RSA, ecc.). La COT, quindi, raccordandosi direttamente con la struttura ospedaliera, pianifica e organizza il momento della dimissione e la transizione verso il nuovo setting territoriale individuato, sulla base delle condizioni del paziente.

Attori e Azioni:

1) La COT:

Supporta l'individuazione della struttura/servizio di destinazione specifica;

attiva/prenota la struttura/servizio territoriale individuato e i relativi professionisti/servizi coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);

coordina tutte le risorse necessarie al trasferimento;

registra le informazioni relative al trasferimento.

2) La Struttura Ospedaliera: mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia accompagnando alla dimissione.

Supporti tecnici e informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta) è necessario disporre di:

cruscotto dei pazienti in dimissione (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, programmazione primo accesso al domicilio, ecc.) comprensiva di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);

sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti al domicilio, ecc.);

mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.) e con la possibilità di “riservare” la risorsa;

III Fase - Attuazione della transizione: La COT organizza il momento della dimissione dall'ospedale al setting territoriale di destinazione attivando e organizzando i servizi necessari.

Attori e azioni:

la COT:

verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;

attiva gli attori necessari per la corretta presa in carico del paziente;

verifica l'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/strutture territoriale preposto;

supporta l'organizzazione del primo accesso da parte dei professionisti della salute;

monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche;

notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

Supporti tecnici e informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta) è necessario disporre di:

cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;

sistema informatico dove registrare i dati necessari per gestire la programmazione delle transizioni “intermedie” previste in modo da consentire alla COT di disporre di un monitoraggio anche della programmazione delle attività oltre che delle transizioni “in itinere”.

7.2 Il ruolo della COT nella transizione Territorio – Ospedale

Il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero (ammissione protetta) non a carattere di urgenza, ma programmabile.

I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo: il MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso, concorda la necessità di un accesso ospedaliero programmabile. A fronte della necessità viene emessa una prescrizione/richiesta di attivazione della procedura con le relative informazioni sui bisogni e condizioni del paziente (es. necessità ossigeno o specifici presidi, presenza di accompagnatore, possibilità di trasporto da sdraiato/seduto, ecc.).

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

Attori e azioni:

1) MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso:

ravvisa il bisogno di un intervento che prevede un accesso ospedaliero programmabile e predisporre la prescrizione/riciesta;

invia alla COT la prescrizione/riciesta.

2) La COT:

prende in carico la prestazione/riciesta

Integra informazioni sul caso

Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:

Sistema di ricezione delle notifiche;

Possibilità di recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico assistenziali specifiche (es. trasportabilità, utilizzo di particolari presidi, presenza di un accompagnatore);

Possibilità di recuperare informazioni sulla prestazione richiesta per cui è necessario un accesso in ospedale (es. sostituzione di catetere venoso centrale, PEG, programmazione di visite specialistiche o esami diagnostici);

II Fase - Identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione: la COT, accedendo alle liste di attesa e alle agende di prenotazione, propone al richiedente la struttura ospedaliera più idonea con le relative disponibilità di appuntamento. Il servizio territoriale richiedente conferma la proposta sulla base della situazione clinica e organizzativa del paziente, lo informa e insieme alla COT organizza il trasporto. La COT fissa l'appuntamento concordato all'interno dell'agenda ospedaliera prescelta.

Attori e azioni:

1) La COT:

Accede in forma anonima alle liste di attesa, alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere idonee al caso per la prestazione richiesta per verificare la disponibilità e in forma nominativa relativamente ai soli pazienti di cui gestisce la transizione;

propone al richiedente la struttura disponibile individuata;

fissa l'appuntamento, supportando la valutazione e gestione delle priorità di risposta da dare

facilita, salvo diverse organizzazioni territoriali, la transizione (es. organizzazione dell'appuntamento e accesso) del paziente dal territorio alla struttura ospedaliera individuata.

2) La Struttura/servizio territoriale richiedente:

conferma alla COT la proposta di appuntamento;

mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia.

Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:

cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;

possibilità di accedere alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere con l'indicazione delle disponibilità per la fase di prenotazione e con la possibilità di riservare la risorsa individuata;

sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

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

Attori e azioni:

1) La COT:

monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche;

notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento, riprogrammando un nuovo appuntamento nel caso in cui la prestazione non venga erogata.

Struttura Ospedaliera:

effettua la prestazione;

a seguito della prestazione emette la documentazione clinica dandone notifica alla COT;

eventualmente notifica la non avvenuta prestazione alla COT nel caso di impedimenti.

La Struttura/servizio territoriale richiedente:

gestisce il paziente nella fase di transizione (es. informazione, coinvolgimento accompagnatori, ecc.);

riprende in carico il paziente al termine della transizione in ospedale;

in accordo con la COT riprogramma un nuovo appuntamento, nel caso in cui la prestazione non venga erogata.

Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:

cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;

sistema integrato con i principali applicativi di gestione ospedaliera per acquisire accettazione del paziente (prestazioni ospedaliere);

sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

7.3 Il ruolo della COT nella transizione Territorio – Territorio

Il Servizio sociale/sociosanitario/MMG che ha in carico il soggetto sul territorio esprime il bisogno di modificare/integrare il setting assistenziale della persona.

Nel caso in cui si palesa la necessità di assecondare un bisogno sanitario di nuova manifestazione per un paziente che risiede in una struttura a valenza sociale (Comunità Alloggio, ecc.) oppure in una struttura sociosanitaria (RSA, Residenzialità per disabili, ecc.) o al proprio domicilio, la presa in carico di questa necessità esiterà in una transizione verso:

un'integrazione di presa in carico con servizi aggiuntivi (transizione tra servizi);

una transizione verso struttura sanitaria o altra sociosanitaria territoriale (transizione tra setting).

I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo: il MMG/PLS o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso (es. referente di struttura, ecc.), individua un bisogno di natura clinico- assistenziale pianificabile non a carattere emergenziale, e invia una segnalazione alla COT. La segnalazione deve contenere la descrizione del bisogno, l'ipotesi di intervento necessario, le principali informazioni sul caso (es. diagnosi, descrizione della disabilità, grado di autonomia, ecc.). La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni), prendendola in carico.

Attori e azioni:

1) MMG/PLS o chi ha in gestione il caso (es. referente di struttura, ecc.), previo raccordo con MMG/PLS:

individua un bisogno di natura clinico-assistenziale pianificabile che prevede una nuova/ulteriore presa in carico sanitaria;

produce una scheda di valutazione del bisogno del paziente con le principali informazioni;

notifica la prescrizione/richiesta alla COT nel cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;

informa il paziente/caregiver della avvenuta richiesta.

2)La COT:

prende in carico la richiesta;

si attiva, se necessario, in accordo con il Distretto, per far effettuare l'UVM e per la conseguente definizione del PAI;

integra le informazioni e funge da facilitatore tra tutti i professionisti coinvolti;

visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole alla UVM

Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:

sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni;

possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente;

mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);

II Fase - Identificazione del setting e Coordinamento della transizione: La COT, sulla base degli esiti della valutazione/rivalutazione/richiesta, verifica la disponibilità da parte dei servizi o delle strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato, appropriate in termini di prossimità e di bisogni clinico-assistenziali ravveduti, attraverso la mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, posti letto, referenti, liste di attesa, ecc.). Una volta individuata la struttura o il servizio più idoneo, la COT provvede a contattarla e a pianificare la presa in carico, e quindi la transizione. Successivamente, notifica l'avvenuta pianificazione della transizione al soggetto richiedente e a tutti gli altri attori coinvolti nel processo (MMG/PLS ecc.).

Attori e Azioni:

La COT:

raccoglie e trasmette le informazioni utili a gestire la transizione (es. bisogni specifici, personalizzazione della presa in carico, ecc.);

supporta l'individuazione del servizio/struttura di destinazione;

effettua un'analisi sul territorio per verificare la disponibilità dei servizi o strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato;

attiva/prenota la struttura o il servizio territoriale individuato e i relativi professionisti coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);

si interfaccia con il soggetto richiedente per gli aspetti organizzativi e logistici della transizione;

pianifica la transizione.

La Struttura/servizio Territoriale richiedente:

riceve notifica, da parte della COT, di avvenuta individuazione della struttura/servizio sanitaria/sociosanitaria idonea;

conferma/approva la proposta ricevuta;

riceve la notifica di tutti gli aspetti organizzativi e logistici della transizione, da parte della COT;

mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia, accompagnandolo nella transizione.

La Struttura/servizio Territoriale di destinazione:

conferma la disponibilità alla presa in carico;

pianifica la transizione, unitamente alla COT.

Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:

cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, ecc.) comprensivo di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);

sistema per la “prenotazione/impegno” della risorsa/servizio individuati.

sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

database delle strutture/servizi territoriali con l'indicazione delle eventuali disponibilità (mappatura).

III Fase - Attuazione della transizione: la COT organizza e monitora la transizione e verifica che il primo accesso alla struttura di destinazione o al domicilio sia avvenuto secondo quanto programmato, dandone notifica a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico.

Attori e azioni:

La COT:

verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;

attiva gli attori per la corretta presa in carico del paziente;

monitora lo stato della transizione e del primo accesso nella sede di destinazione;

in caso di scostamenti dal programmato, si attiva proattivamente con il referente del servizio/struttura di destinazione;

notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

La Struttura/servizio territoriale di destinazione:

prende in carico il paziente;

mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia.

Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:

cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche comprensiva della notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi)

sistema di notifica esito transizione al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. pasti a domicilio, ecc.).

7.4 . Il ruolo della COT nel coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – Telemonitoraggio e/o Telecontrollo - (DM 29 aprile 2022)

I Fase – Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta: nell'ambito dell'assistenza territoriale, il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvisa la necessità di monitorare da remoto, in maniera continuativa e automatica i parametri vitali di un paziente mediante l'utilizzo di dispositivi e sensori certificati forniti dall'Azienda sanitaria. La COT visualizza la richiesta,

prendendola in carico e informando la Centrale operativa ADI ove presente o il servizio preposto all'erogazione del telemonitoraggio secondo l'organizzazione locale. Nel caso in cui venga ravvisata la necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, la COT attiva l'UVM al fine di valutare la richiesta di attivazione del telemonitoraggio e/o telecontrollo.

Attori e azioni:

MMG/PLS o il medico specialista:

ravvisa il bisogno di monitorare da remoto i parametri vitali di un paziente;

invia alla COT la prescrizione/richiesta;

informa il paziente/caregiver dell'avvenuta richiesta.

La COT:

prende in carico la richiesta;

informa la Centrale Operativa ADI (ove presente) o il servizio preposto secondo l'organizzazione locale;

attiva, qualora necessario, l'UVM per la valutazione della richiesta;

visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole all'UVM.

Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata la richiesta di attivazione, è necessario disporre di:

sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia e dati sulla complessità del caso e del bisogno;

possibilità di verificare i servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente.

II Fase – Attivazione ed erogazione: l'attivatore del telemonitoraggio/telecontrollo è la COT. La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale sanitario che segue il paziente (eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi) ed è organizzata dalla Centrale Operativa ADI, ove presente o dal servizio preposto secondo l'organizzazione locale. La COT monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo. Il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., è erogato dal Centro servizi per la telemedicina, il cui supporto viene richiesto dalla COT e/o dagli operatori che erogano l'assistenza. Il Centro servizi si deve occupare di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti). Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/caregiver che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale. La gestione degli allarmi del telemonitoraggio/telecontrollo generati dalla piattaforma prevede la stesura di uno specifico protocollo.

Attori e azioni:

Personale sanitario che ha in carico il paziente per il telemonitoraggio/telecontrollo:

provvede alla consegna dei dispositivi prescritti, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi;

provvede alla formazione del paziente e/o caregiver;

rappresenta il riferimento per il paziente e/o caregiver per la gestione del telemonitoraggio/telecontrollo.

La COT:

attiva il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo;

monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo;

Paziente/Caregiver (telecontrollo): Fornisce dati relativi al proprio stato di salute (PGHD);

Supporti tecnici e informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase II:

sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere;

cruscotto su dati di salute anonimi derivanti da strumenti di telemedicina ai fini di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

8. Risorse tecnologiche e sistemi informativi

8.1 Contesto Tecnologico

Il contesto tecnologico in cui si innestano gli interventi di interconnessione software delle COT vede l'utilizzo predominante del Sistema Informativo Sanitario Regionale **EDOTTO**, costituito da diverse Aree Applicative, fra cui quella di *Assistenza Domiciliare, Assistenza Residenziale, Assistenza Hospice, Assistenza Riabilitativa e Assistenza Farmaceutica*.

Edotto espone diversi servizi che permettono la gestione dell'Assistito da parte della Asl territorialmente competente sono diversi punti di vista:

- **amministrativa:** iscrizione, cambio medico, libretto sanitario, gestione esenzioni, buoni celiachia, ect.;
- **sanitaria:** prescrizione ed erogazione farmaci, prescrizione Piani Terapeutici, assistenza domiciliare ovvero residenziale a valle di *Piani di Assistenza Individuali* (PAI).

In aggiunta, nella Asl BT, è operativa anche la **Cartella Clinica Elettronica (CCE)**, sia come modulo ospedaliero che come modulo territoriale. In particolare la **CCE di ricovero** gestisce tutte le fasi dell'episodio di ricovero (anamnesi, diario clinico, FUT, Lettera di Dimissione Ospedaliera, ect.) in maniera completamente digitalizzata, mentre sono in via di sviluppo le integrazioni, via *Order Entry*, della CCE con i principali sistemi dipartimentali ospedalieri, quali LIS, RIS, Anatomia Patologia, Sistema di Endoscopia Digestiva, Elettrocardiografi, ect.

La **CCE Ambulatoriale**, invece, prevede l'integrazione con il CUP aziendale per la comunicazione trasparente allo specialista del proprio piano di lavoro quotidiano (lista di prenotazioni di visite specialistiche di un dato ambulatorio): attraverso le funzionalità a disposizione, lo specialista può visionare le prenotazioni che ha in carico in una data giornata e refertarle all'interno dello stesso sistema, producendo pertanto un referto di specialistica

ambulatoriale che viene inviato nel **Clinical Data Repository (CDR)** aziendale, e per il suo tramite al FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico).

In questo scenario si inserisce, altresì, un'importante iniziativa regionale: con DGR n. 1088 del 16/07/2020, difatti, la Regione Puglia ha istituito presso AReSS la *Centrale Operativa Regionale per la Telemedicina delle Cronicità e delle Reti Cliniche*, **CORèHealth**, fornendo, altresì, gli indirizzi operativi per la promozione e la diffusione della telemedicina nel servizio sanitario ed autorizzando il finanziamento dell'infrastruttura informativo-tecnologica per la prima fase di avvio della Centrale.

La piattaforma **CORèHealth** prevede la messa in opera di una soluzione applicativa che abilita il modello a livello regionale, prevedendo la trasformazione tecnologica sull'infrastruttura Cloud del Centro Servizi di Innovapuglia (in-house provider della Regione), nonché la reingegnerizzazione e la migrazione dei propri impianti applicativi.

Il progetto prevede, tra le altre componenti tecnologiche, quelle elencate di seguito:

- ✓ Piattaforma per la gestione delle Cronicità e delle Reti Cliniche;
- ✓ Piattaforma di Televisita, Teleconsulto, Telemonitoraggio, Telecooperazione e Teleconferenza;
- ✓ Sistema tracciabilità dispositivi e logistica;
- ✓ Repository clinico;
- ✓ Sinottico Paziente: dispositivo medico certificato per la raccolta dei parametri e dati clinici;
- ✓ Centrale Allarmi AReSS per un monitoraggio centralizzato da parte dell'Agenzia; Piattaforma di Interoperabilità HL7 FHIR per la gestione delle integrazioni;
- ✓ App Mobile per il Cittadino (Android ed IOS), con accesso garantito tramite SPiD, che favorisce il suo coinvolgimento nel percorso assistenziale: restare in contatto col proprio medico specialista e col caregiver (videochiamate e chat); consultare l'agenda delle televisite programmate col proprio team di cura; visualizzare il proprio piano terapeutico; inserire i parametri vitali che vengono comunicati al medico in real time; favorire la misurazione della compliance al percorso di cura (assunzione di farmaci, stile di vita), etc.;
- ✓ Integrazione con il Sistema Informativo Sanitario Regionale (Edotto);
- ✓ Integrazione con il FSE, PNT e con i sistemi LIS, Screening oncologico, RIS/PACS (in fase di progettazione);
- ✓ Integrazione con sistema CUP regionale (in fase di implementazione).

Poiché tale piattaforma presenta dunque già alcune funzionalità fra quelle richieste per le COT, quali, per l'appunto:

- 1) Recupero e ricezione informazioni e dati sociosanitari paziente;
- 2) Storage delle informazioni e dati paziente di diversa tipologia, con cruscotto di monitoraggio transizioni;
- 3) Cruscotto di visualizzazione dello stato avanzamento pazienti per cui è previsto un trasferimento;
- 4) Creazione reportistica delle transizioni dei pazienti per relativi gestione e monitoraggio;
- 5) calendarizzazione (requisito della COT) con funzionalità di programmazione visite, prestazioni, attività e generazione promemoria automatici ai professionisti coinvolti;

la Regione ha affidato all'AReSS, con **DGR n. 625 del 08/05/2023** il compito di raccogliere i fabbisogni da parte delle Aziende Sanitarie Locali, destinatarie del finanziamento PNRR, stabilendo che **CORèHealth** svolga il ruolo di piattaforma tecnologica di gestione della *transitional care* e che permetta alla COT di svolgere, dunque, il ruolo di integratore e di facilitatore tra l'Ospedale ed il Territorio, con una presa in carico dell'assistito sull'intero territorio regionale, e non solo all'interno di una data Azienda Sanitaria.

8.2 Il Sistema Informativo

L'oggetto principale del Progetto in fase di realizzazione è un sistema informativo a servizio delle funzioni che dovranno essere svolte dalla COT, nonché strumento di facilitazione per la realizzazione del dialogo *Ospedale-Territorio*.

Il sistema informativo tecnologico a supporto della COT deve mettere a disposizione degli operatori della stessa i seguenti strumenti, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

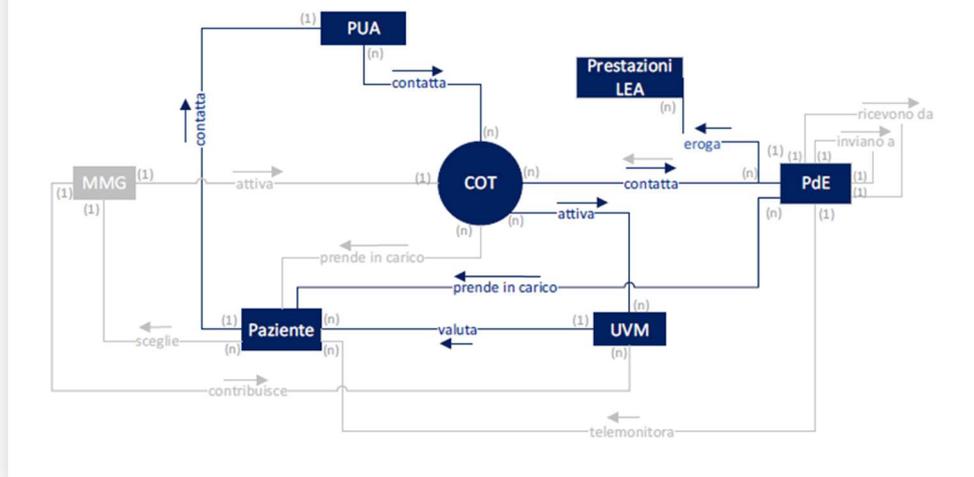
- ✓ mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale ed ospedaliera, con tutte le informazioni necessarie;
- ✓ funzionalità di accesso agli archivi di presa in carico, conservati a livello Regionale ed aziendale, che forniscono l'informazione di quali servizi sanitari sono attivi per coloro per i quali è richiesta, è in corso o è stata completata una transizione con annesse informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia/caregiver, e stato del soggetto all'interno del setting assistenziale che lo ha in carico;
- ✓ cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni di setting assistenziale con informativa sullo stato e sulle caratteristiche delle stesse (ad esempio trasportabilità paziente, necessità di accompagnamento ecc.), con possibilità di effettuare una programmazione delle transizioni e di ricevere *alert* a fronte di eventuali scostamenti dalle tempistiche o fasi attese;
- ✓ sistema di ricezione e invio notifiche integrato con il **cruscotto delle transizioni**.

8.2.1 Requisiti funzionali

La piattaforma delle COT conterrà funzionalità per gestire e monitorare le transizioni di *setting assistenziale*, ricevere e inviare notifiche relative a richieste di transizione, verificare servizi attivi per il paziente specifico, recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico-assistenziali e su prestazioni richieste, disporre di una mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale e gestire la programmazione delle transizioni intermedie. Inoltre, dovrà essere in grado di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno di salute attraverso dati anonimi derivanti da strumenti di telemedicina e permettere la visibilità delle informazioni in modo trasversale per gestire le attività di un'altra COT in caso di problematiche di funzionamento.

Per l'identificazione dei requisiti funzionali, è necessario partire dall'architettura della rete dei servizi sanitari, che fornisce visione dei *setting assistenziali* coinvolti, che potranno agire da "*ente inviante*" o "*ente ricevente*" nella presa in carico del paziente. Lo schema seguente mostra graficamente le interazioni intrinseche alla COT:

Use case: transizione PUA – Punto di Erogazione



Un tipico esempio di questo *Use Case* è la gestione delle richieste di assistenza domiciliare; l'obiettivo è supportare:

- ✓ gli operatori delle ASL e dei Comuni nella gestione delle attività previste dall'iter di erogazione di un programma di assistenza, dalla richiesta di attivazione alla sua chiusura e contabilizzazione;
- ✓ gli operatori della ASL, dell'Assessorato Politiche della Salute e dell'ARES nelle attività di programmazione, controllo e monitoraggio ciascuno secondo le proprie competenze.

L'area applicativa di **EDOTTO** “Assistenza Domiciliare” supporta in particolare la gestione delle principali tipologie di assistenza in questo *setting* assistenziale, così come previste dal Piano Sanitario Regionale e classificate secondo quanto descritto nel documento del Ministero della Salute “Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”, a cura della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA.

Nel modello organizzativo che segue si mettono in evidenza le principali attività svolte dai diversi soggetti coinvolti nell'ambito del “percorso” valutativo-autorizzativo-erogativo dell'assistenza domiciliare ed in particolare dell'assistenza domiciliare integrata.

Il processo inizia nel momento in cui l'assistito esprime la volontà di essere inserito in un programma di cure domiciliari, fornendo il consenso di presentare una richiesta di assistenza al proprio medico di base, al medico specialista ospedaliero in caso di dimissione protetta o all'assistente sociale. Il recepimento di tali richieste è di competenza della Porta Unica di Accesso (PUA), attivata da operatori sociali indicati dai Comuni e da operatori sanitari indicati dalle ASL, la quale accoglie tutte le richieste di assistenza provenienti dalla cosiddetta “rete formale” (MMG/PLS, Presidi Ospedalieri, Servizi Sociali, strutture dipartimentali) e avvia un percorso realmente unificato ed unitario di erogazione delle prestazioni.

Tramite le funzionalità della suddetta Area Applicativa, la richiesta di assistenza e tutti i suoi dati di dettaglio possono essere registrati nel sistema anche direttamente dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta dell'assistito o dal Medico Specialista Ospedaliero tramite le funzionalità on line presenti nell'Area, oppure dall'operatore incaricato nel caso in cui la richiesta venga recapitata direttamente al Distretto Socio Sanitario (attraverso il profilo applicativo Addetto Registrazione Assistenza Domiciliare).

La nuova richiesta di assistenza viene quindi sottoposta a valutazione dall'U.V.M. che, attraverso il riscontro delle effettive necessità acquisite tramite la compilazione della S.Va.M.A. o della S.Va.M.Di., procede alla registrazione dell'esito della valutazione. Se la valutazione è negativa il processo termina, altrimenti l'U.V.M. definisce il PAI per l'assistito contenente il programma degli interventi assistenziali e lo registra nel sistema.

Il sistema notifica poi l'avvenuta registrazione del nuovo PAI sia al soggetto che aveva richiesto l'assistenza per il paziente in questione (Assistente Sociale, MMG/PLS, Dirigente del Distretto, Medico Specialista Ospedaliero) sia all'assistito stesso accreditato presso il sistema Rete dei Medici, inviando i dati del piano autorizzato al Fascicolo Sanitario Elettronico.

Con le informazioni degli accessi e delle prestazioni da effettuare definiti nel Piano Assistenziale Individuale (PAI), si procede alla pianificazione puntuale attraverso la definizione di Agende definite per ogni singolo operatore coinvolto.

I dati di dettaglio degli accessi e delle prestazioni effettuate presso il domicilio dei pazienti dagli operatori sanitari previsti dal PAI possono essere registrati sia dal personale delle ASL che dagli operatori interessati: ogni operatore è identificato da un profilo applicativo specifico basato sulla categoria di appartenenza, anche ai fini della determinazione, da parte delle corrispondenti aree applicative, dei compensi per tali operatori sanitari. Sarà comunque possibile inserire nuove informazioni sia codificate che testuali al fine di meglio descrivere gli interventi effettuati.

Attraverso il **monitoraggio costante delle attività**, l'operatore incaricato della ASL potrà tenere sotto controllo le pianificazioni effettuate ed eventualmente apportare modifiche o integrazioni ai calendari in pianificazione.

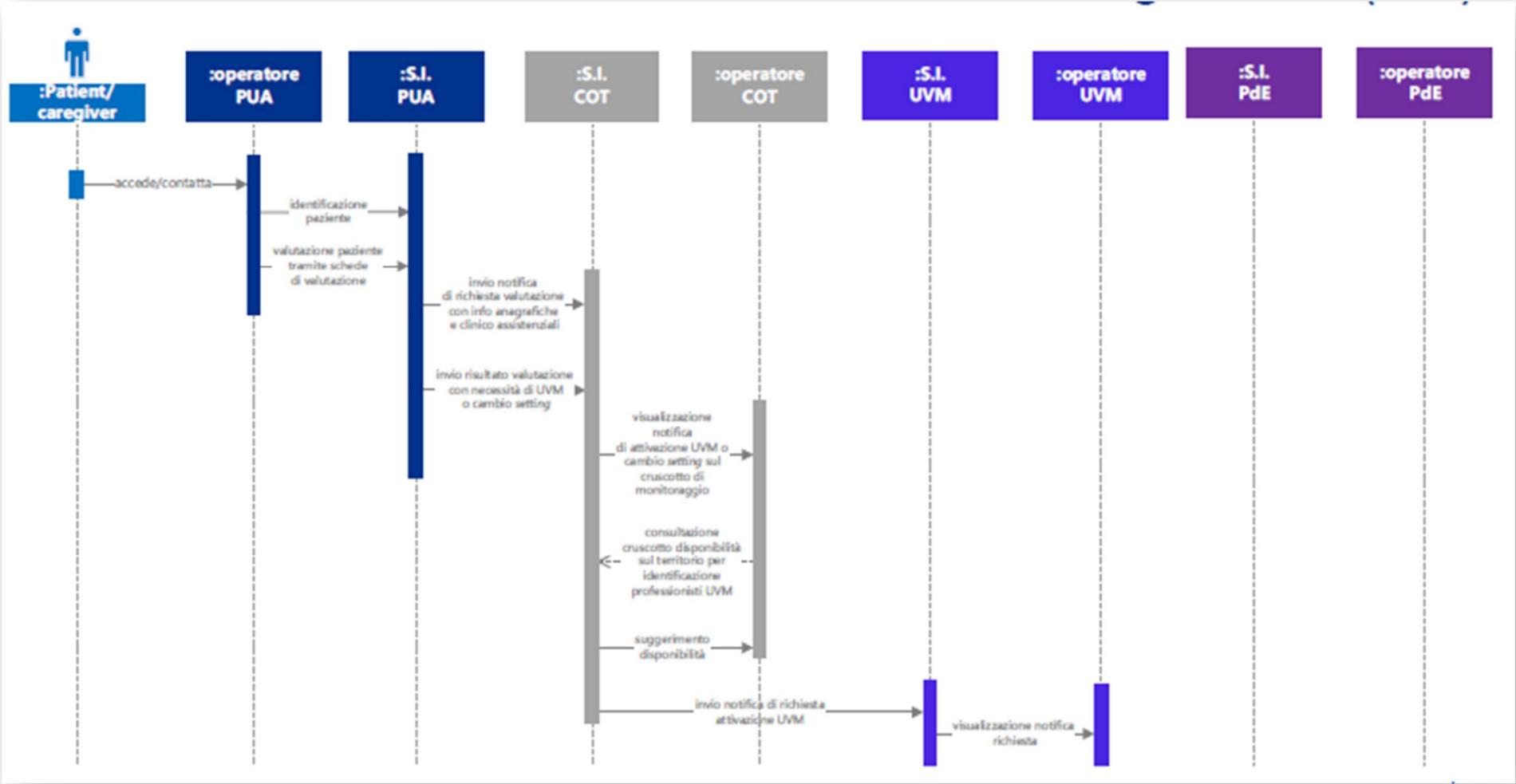
Gli accessi registrati saranno **automaticamente contabilizzati** per i soggetti coinvolti che rientrano nell'ambito di automazione delle aree stipendiali (MMG/PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti, ecc.); in base alle ore, agli interventi ed alla tipologia di operatore, il sistema calcola il totale degli importi da attribuire alle risorse impegnate dal personale delle Associazioni di Volontariato.

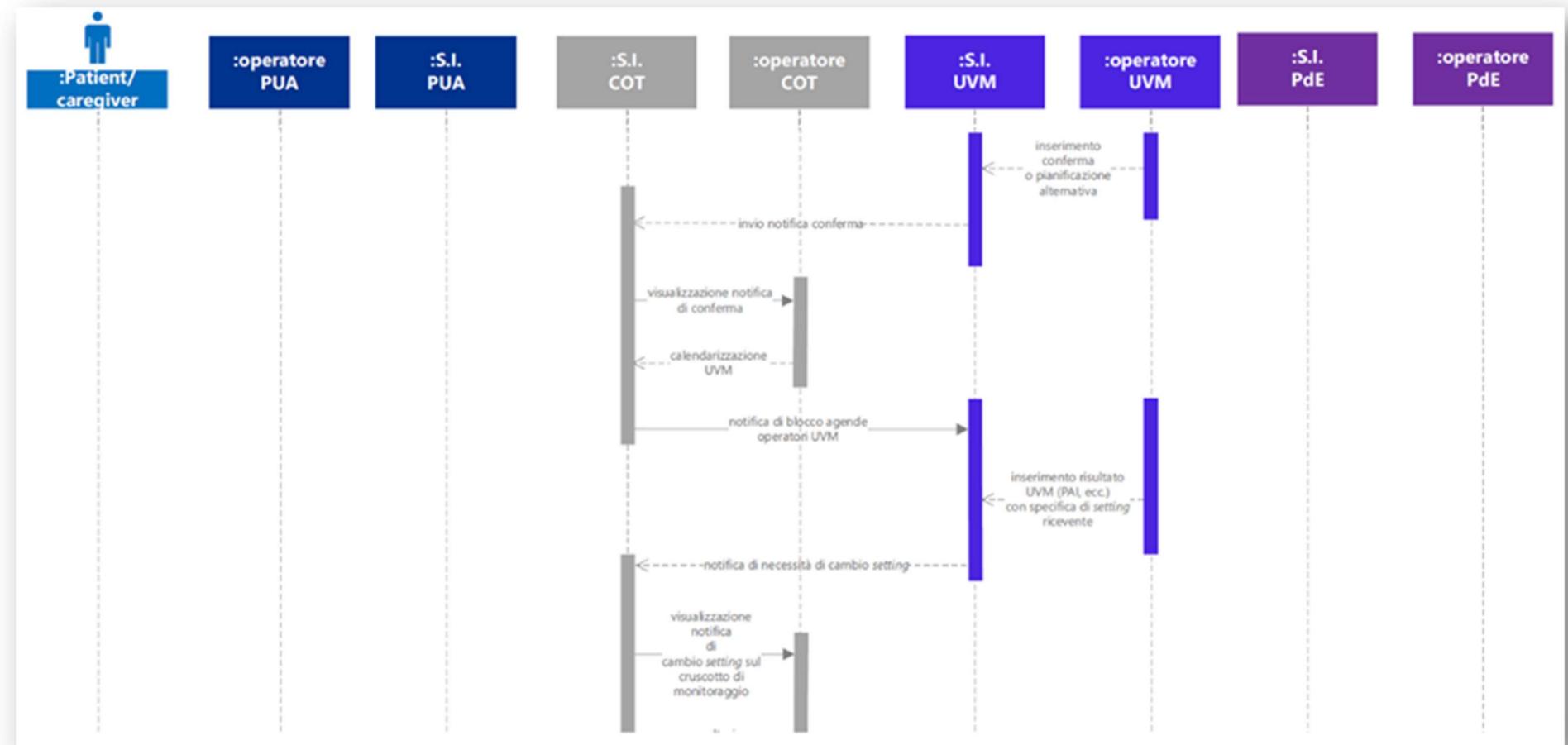
Inoltre, i **Web Services esposti nell'ambito di quest'Area Applicativa** (Edotto) per la registrazione dei PAI e degli accessi possono essere integrati dagli applicativi di Cartella Clinica utilizzati dai MMG/PLS, in modo da garantire loro un accesso al sistema trasparente all'utente finale, secondo logiche di cooperazione applicativa fra sistemi software diversi.

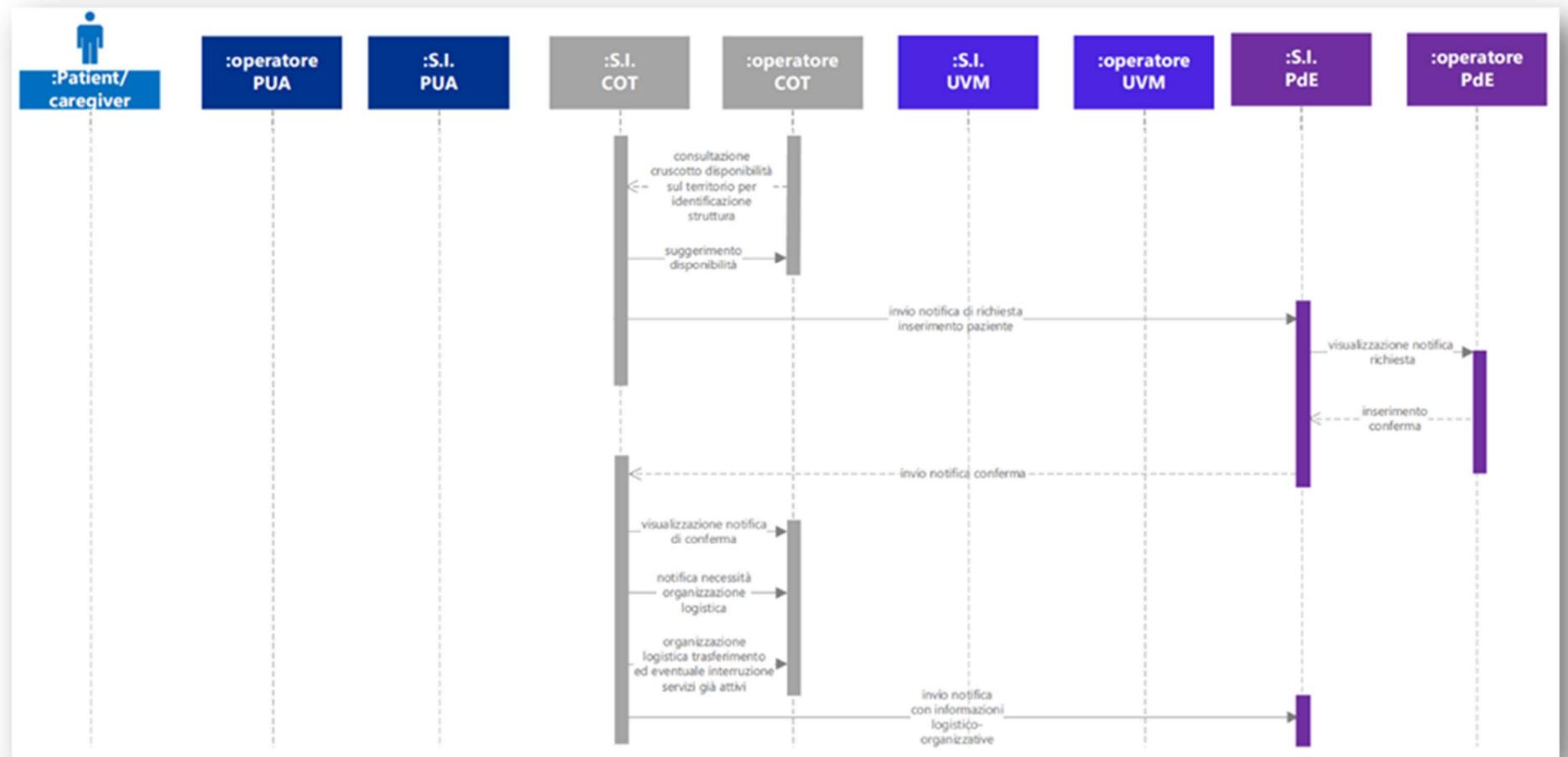
Il PAI registrato è sottoposto a verifiche periodiche da parte della U.V.M. al fine di controllarne l'andamento ed eventualmente modificarlo ed aggiornarlo in base all'evoluzione clinica del paziente.

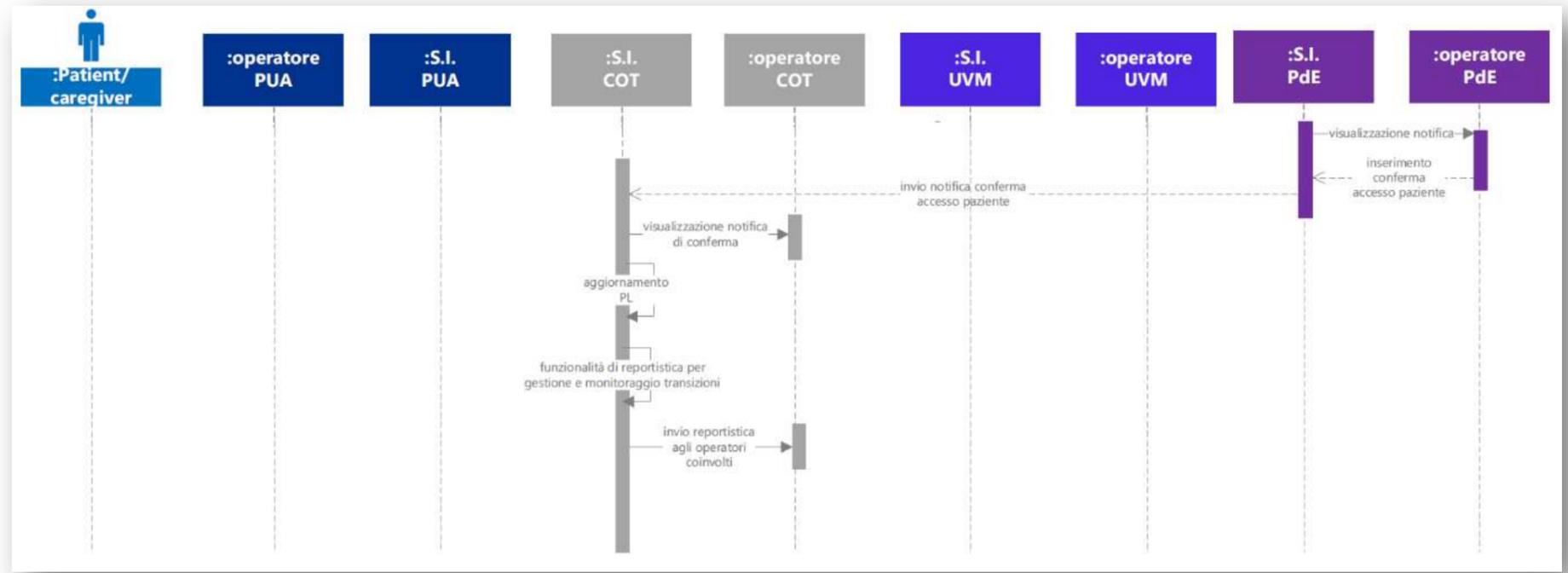
Il processo termina nel momento in cui il PAI viene chiuso per il raggiungimento degli obiettivi clinici prefissi o anche per altre cause quali trasferimento, decesso o ricovero del paziente.

Di seguito sono dettagliate le sequenze di azioni dello scenario descritto, che vede coinvolti i vari attori del processo:









8.2.2 Requisiti non funzionali

La piattaforma COT dovrà, inoltre, possedere una serie di requisiti non funzionali comuni, quali:

- **Aderenza e standard** → la piattaforma delle COT deve utilizzare lo standard HL7 FHIR per la strutturazione e la ricezione delle informazioni cliniche da sistemi informativi esterni e supportare i seguenti standard semantici: ICD-9-CM, LOINC, AIC, ATC, SNOMED CT ed OMOP. Inoltre, deve supportare lo standard DICOM per la comunicazione, la visualizzazione, l'archiviazione e la stampa di informazioni ed immagini di tipo biomedico;
- **Certificato come dispositivo medico** → il Sistema Informativo delle COT deve essere predisposto per essere sottoposto ai percorsi previsti dalla normativa vigente per acquisire la certificazione come dispositivo medico (certificazione MDR). Il nuovo Regolamento Dispositivi Medici MDR 2017/745 è entrato in vigore il 26 maggio 2021 abrogando la Direttiva 90/385/CEE (AIMDD) e la Direttiva 93/42/CEE (MDD);
- **Interoperabilità** → la soluzione si interfacerà con diversi sistemi informativi, come i sistemi di accettazione, di gestione della lista di attesa e di presa in carico delle aziende sanitarie, il centro unico di prenotazione, il sistema di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, la cartella del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta e la cartella assistenza domiciliare integrata, al fine di garantire scambio di informazioni in tempo reale. In particolare per la cooperazione applicativa con i sistemi regionali (Edotto, CCE, Blocco Operatorio, Anatomia Patologica, Screening, ect.) l'integrazione dovrà avvenire attraverso l'ESB (Enterprise Service Bus) aziendale, già in uso presso la Asl BT e che già attualmente realizza l'integrazione fra sistemi dipartimentali e sistemi regionali;
- **Accessibilità e usabilità** → il sistema dovrà garantire: rapidità di accesso alle funzioni chiave, visualizzazione di informazioni critiche sul paziente, percorso cronologico e sintetico della *transitional care* del paziente, visualizzazione delle informazioni rilevanti e circoscritte all'ambito operativo dell'utente, accesso mediante un unico set di credenziali e trasparenza del cambio di contesto tra moduli, meccanismi per il log-out dell'operatore, gestione dettagliata e flessibile della profilazione degli utenti, interfaccia semplice e responsive, sistema di reportistica flessibile, interfaccia multilingue e personalizzazione delle funzionalità per ogni Ente SSR.
- **Efficienza ed efficacia** → il sistema informatico per la gestione delle transizioni assistenziali deve essere modulare, in modo da separare le funzionalità specifiche delle diverse tipologie di transizioni da quelle comuni e consentire la configurazione dei dati in base all'ambito di riferimento dell'utente. L'applicativo sarà in grado di fornire report su indicatori chiave di processo, indicatori chiave di gestione delle transizioni, incoerenze nei dati inseriti, statistiche sulla gestione delle transizioni in relazione alle patologie del paziente e statistiche di utilizzo dell'applicativo. Il sistema prevedrà, inoltre, sistemi di *alert* significativi, automatici e di compilazione automatica dei campi sulla base di altri elementi. Gli *alert* significativi devono essere coerenti con la fase della transizione del paziente, strutturati nei contenuti e limitati in numero per evitare eccesso di informazioni. In caso di modifiche alle informazioni presenti nel sistema, l'applicativo notificherà l'esistenza di una versione aggiornata. Il sistema garantirà inoltre tempi di risposta rapidi e non permetterà allo stesso operatore di gestire contemporaneamente transizioni di persone assistite diverse;

- **Disponibilità e affidabilità del sistema** → il sistema informatico garantirà la completa disponibilità dei dati clinici in ogni momento, anche in caso di malfunzionamenti o interruzioni dell'infrastruttura di comunicazione o di altri sistemi integrati. Saranno previsti meccanismi di ridondanza dei dati lato server e la possibilità di erogare i dati in modo autonomo tramite postazioni di emergenza dotate di copie locali sincronizzate dei dati necessari per garantire la continuità operativa. In caso di indisponibilità del sistema, il fornitore deve realizzare una infrastruttura tecnologica e un'organizzazione del servizio coerenti con il contesto organizzativo della Regione e degli enti sanitari e le loro procedure di **Business Continuity** e **Disaster Recovery**. Le prestazioni offerte devono rispettare i livelli di servizio previsti;
- **Estendibilità e Scalabilità del sistema** → il sistema informatico sarà progettato per garantire la sua scalabilità per future estensioni e espansioni, in termini di dimensioni dell'archivio e di servizi. La scalabilità deve essere garantita attraverso un dimensionamento adeguato delle infrastrutture di calcolo, rete e archiviazione dati. Il sistema dovrà possedere scalabilità di carico, geografica e amministrativa, ovvero la capacità di aumentare le prestazioni del sistema in funzione della potenza di calcolo dedicata, di mantenere la sua usabilità e gestibilità indipendentemente dalla distanza fisica dei suoi utenti o delle sue risorse e di mantenere la sua gestibilità indipendentemente da quante organizzazioni lo utilizzano;
- **Tracciabilità ed esibizione** → sarà garantita la tracciabilità totale delle operazioni, registrando data, ora e autore di ogni accesso, visualizzazione, inserimento, modifica o importazione di informazioni e rendendo visibile questa informazione nell'interfaccia se richiesto. Sarà altresì disponibile il meccanismo di *salvataggio in bozza*, che consente di salvare le modifiche prima di pubblicarle e di tenere traccia della data e dell'ora di registrazione delle informazioni. Le bozze devono essere accessibili solo al loro redattore e non devono essere pubblicate, mentre le informazioni registrate devono essere resi non modificabili e storicizzate. Il sistema deve inoltre consentire la possibilità di attivare una validazione/approvazione esplicita della visualizzazione di documenti/dati ricevuti automaticamente da fonti esterne da parte di soggetti autorizzati. Sarà possibile estrarre copie analogiche di originali informatici, ma con indicazione chiara della fonte e nel rispetto di eventuali regolamenti aziendali;
- **Gestione utenze** → la soluzione proposta prevedrà differenti livelli di profilazione degli utenti, che in prima battuta dovranno seguire i requisiti organizzativi dettati dal DM 77 per una singola COT:
 - 1 coordinatore infermieristico;
 - 3-5 infermieri;
 - 1-2 unità di personale di supporto (psicologi, amministrativi, ecc.).
 Inoltre potranno essere predisposte le utenze per profili professionali aggiuntivi (es. assistenti sociali, O.S.S.), se richiesti.

8.2.3 Interoperabilità

Il progetto deve tener conto delle funzionalità della soluzione che richiedono lo scambio di informazioni e di contesti applicativi con le altre componenti del Sistema Informativo attraverso interfacce applicative che devono consentire l'utilizzo integrato delle funzioni svolte dai diversi componenti.

Queste interfacce devono essere implementate attraverso servizi di cooperazione progettati in funzione delle specifiche modalità di interazione con gli altri componenti. Rispetto ai sistemi informativi della Regione e aziendali, la soluzione si interfacerà, per garantire interoperabilità, tramite, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Interfaccia con **Edotto**: Sistema Informativo Sanitario Regionale;
- Interfaccia verso il sistema di **Cartella Clinica Elettronica (CCE)** regionale;
- Interfaccia con un sistema di **Computer Telephony Integration (CTI)**, sistema telefonico della centrale, per il riconoscimento delle chiamate entranti e l'apertura in automatico delle schede relative ai casi in gestione alla COT;
- Interfaccia con **Anagrafe Regionale Assistiti** e quindi con **Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA)** e Contatti Aziendali attraverso il sistema **Master Patient Index (MPI)** e relativi contatti del *caregiver*;
- Interfaccia con i Sistemi di accettazione (**ADT**), di Gestione Lista di Attesa (**LDA**) e generici Sistemi di Presa in Carico delle aziende dei territori di riferimento per i privati accreditati;
- Interfaccia con Edotto – **Pronto Soccorso (PS)** per avere notizia di eventuali accessi del paziente;
- Interfaccia con il Centro Unico di Prenotazione (**CUP**) – al fine di avere notizia di quelle che sono le visite e le indagini diagnostiche pianificate per il paziente;
- Interfaccia verso sistemi terzi di gestione dei *Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)*;
- Interfaccia con le soluzioni di cartella clinica dei **MMG/PLS**;

Le interfacce saranno implementate secondo le più innovative tecnologie di sviluppo, quale quella a micro servizi.

8.2.4 Interoperabilità con il FSE 2.0

Il Sistema Informativo dovrà garantire l'interoperabilità con il FSE 2.0. A tale scopo, le soluzioni devono rispondere ai requisiti dettati dalla normativa di riferimento, tra cui le Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (cfr. [Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0: pubblicate le Linee Guida per l'attuazione](#) | Agenzia per l'Italia digitale ([agid.gov.it](#))).

8.3 Gestione della Privacy

La sicurezza delle informazioni rappresenta un obiettivo di primaria importanza per gli Enti SSR. Al fine di consentire un'efficace ed efficiente gestione della sicurezza delle informazioni sotto tutti gli aspetti, la piattaforma dovrà rispettare:

- le prescrizioni normative in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/03 successivamente rivisto con D. Lgs. 101/18, provvedimenti emanati dal Garante della Privacy);
- quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, di seguito GDPR).
- gli standard di settore, in particolare quelle richieste dalla ISO 27001/27002.

La soluzione seguirà il paradigma **Privacy By Design e By Default**, secondo i principi sanciti nel GDPR. Relativamente alla gestione dei consensi di ambito Privacy, sarà prevista la funzionalità di rilevazione dei consensi necessari alla gestione dei dati in essa trattati, con le modalità e gli accorgimenti tecnici previsti dalla normativa vigente (es. consentire la annotazione del consenso Art. 81, visualizzazione e stampa dell'informativa).

Sarà altresì garantito il riconoscimento degli utilizzatori tramite sistemi di autenticazione, con profili per gestire livelli differenziati di accesso alle informazioni, e la tracciabilità delle attività e delle modifiche tramite produzione di log specifici, in linea con quanto disposto dalla vigente normativa.

La normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, sulla base di quanto disposto dal Reg. UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali), dal D.lgs. 196/2003, come novellato dal D.lgs. 101/2018, e dai Provvedimenti emanati dalle Autorità competenti italiane ed europee (di seguito, complessivamente, "*Normativa Privacy*"), è volta a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

8.4 Gestione della sicurezza delle informazioni

Di seguito vengono riportate le misure di sicurezza atte a preservare l'integrità, la disponibilità e la riservatezza dei servizi e delle informazioni che dovranno essere attuate dal Fornitore nell'ambito delle attività ad esso assegnate.

Il gestore della piattaforma COT dovrà garantire e monitorare l'applicazione delle prescrizioni di seguito descritte anche da parte degli eventuali suoi sub-fornitori, anche attraverso attività di *audit*.

8.4.1 Gestione del personale

Il gestore della piattaforma COT dovrà garantire che il proprio personale (dipendenti e collaboratori), abbia piena consapevolezza delle problematiche relative alla sicurezza delle informazioni.

8.4.2 Modalità e specifiche di connessione

La connessione remota (dove per remota è da intendersi eseguita da sedi non aziendali) ai sistemi del Titolare del Trattamento (Asl BT) è permessa solo attraverso:

- ✓ Connessioni dedicate;

- ✓ Connettività VPN di tipo site-to-site.

8.4.3 Analisi e gestione dei rischi

Ove richiesto dal Titolare (Asl BT), il gestore della piattaforma è tenuto a svolgere attività di analisi dei rischi rispetto alla sicurezza delle informazioni sull'intero oggetto del contratto.

I risultati dell'analisi dei rischi dovranno essere presentati al Titolare nei tempi e nei modi che saranno concordati opportunamente tra le parti e dovranno almeno prevedere:

- L'identificazione e la descrizione del rischio;
- Il livello di gravità del rischio;
- L'eventuale impatto sui servizi;
- Le indicazioni sulle possibili soluzioni congiuntamente alle relative stime sui tempi e costi.

8.4.4 Sicurezza fisica

Il gestore della piattaforma, al fine di garantire adeguati livelli di tutela per tutte le informazioni e tutti i dati gestiti per conto del Titolare, dovrà definire, implementare e mantenere opportune soluzioni di sicurezza relativamente a sicurezza perimetrale, controllo degli accessi fisici, sicurezza di uffici, locali tecnici ed attrezzature e altre azioni necessarie, ad esempio: l'alimentazione elettrica e la sicurezza dei cablaggi, i supporti di memorizzazione in ingresso e in uscita, lo smaltimento e il riutilizzo delle apparecchiature stesse.

8.4.5 Gestione degli eventi anomali, degli incidenti e della *Business Continuity*

Il gestore della piattaforma garantirà che le anomalie e gli incidenti aventi ripercussioni sul sistema informativo e sui livelli di sicurezza, siano tempestivamente riconosciuti e correttamente gestiti attraverso efficienti sistemi di prevenzione, comunicazione e reazione per minimizzare l'impatto sull'operatività.

Rimane l'obbligo ad una tempestiva notifica nei confronti del Titolare degli eventi anomali e/o incidenti di sicurezza che coinvolgono sistemi del Fornitore che contengono o trattano dati o codice del Titolare.

8.4.6 Rispetto delle procedure di sicurezza e reperibilità

Il gestore della piattaforma dovrà rispettare le procedure di sicurezza che la Asl BT ha posto in essere all'interno dell'Azienda. Sarà garantito anche un servizio di reperibilità relativi alle figure di **Security Manager**, a garanzia di una corretta e tempestiva erogazione di tutti i servizi a suo carico, di cui viene riportato di seguito un elenco esemplificativo, ma non esaustivo:

- ✓ Comunicazione e gestione di incidenti di sicurezza;
- ✓ Comunicazione e gestione di eventi di **Data Breach**;
- ✓ Test tecnici e/o organizzativi di **Disaster Recovery**;
- ✓ Attivazione dei servizi in **Disaster Recovery**;

Il gestore della piattaforma è tenuto a comunicare i numeri di reperibilità Piano di rientro dal **Disaster Recovery**.

8.5 COT e Telemedicina

Come abbondantemente esplicitato in narrativa, il ruolo della COT deve essere letto all'interno della riforma della Rete Territoriale contenuta nel DM 77/2022. Nello specifico, il citato DM individua la COT come "un modello organizzativo 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 dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza".

Per svolgere tale funzione la COT dovrà operare in rete con gli altri servizi territoriali, tra cui anche il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA) e il Punto Unico di Accesso (PUA). Il suo ruolo strategico di raccordo tra i vari servizi/professionisti passa anche attraverso l'utilizzo di **strumenti di telemedicina**, tra i quali anche il **telemonitoraggio** e il **telecontrollo** della salute del paziente.

8.5.1 Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvisa la necessità di monitorare da remoto, in maniera continuativa ed automatica i parametri vitali di un paziente mediante l'utilizzo di **dispositivi e sensori certificati** forniti dall'Azienda sanitaria. La COT visualizza la richiesta e la prende in carico. Nel caso in cui venga ravvisata la necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, la COT attiverà l'UVM al fine di valutare la richiesta di attivazione del telemonitoraggio e/o telecontrollo.

Il sistema informativo potrà disporre, anche in una evoluzione futura, e comunque per quei pazienti per i quali è stata inviata la richiesta di attivazione di telemonitoraggio, di un sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni), corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia e dati sulla complessità del caso e del bisogno, con possibilità di verificare i servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente.

Attori e Azioni:

MMG/PLS o il medico specialista:

- ravvisa il bisogno di monitorare da remoto i parametri vitali di un paziente;
- invia alla COT la prescrizione/richiesta;
- informa il paziente/caregiver dell'avvenuta richiesta.

COT:

- prende in carico la richiesta;
- attiva, qualora necessario, l'UVM per la valutazione della richiesta;
- visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole all'UVM.

8.5.2 Attivazione ed erogazione

L'attivatore del telemonitoraggio/telecontrollo è la COT. La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente ovvero del *caregiver* è in carico al personale sanitario che segue il paziente (eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi). La COT monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo. Il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., sarà comunque oggetto di approfondimento con la Regione e AReSS, le quali stanno predisponendo l'istituzione di una Centrale Regionale di Telemedicina, che a sua volta si interfacerà con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina.

Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/caregiver che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale. La gestione degli allarmi del telemonitoraggio/telecontrollo generati dalla piattaforma prevede la stesura di uno specifico protocollo.

Attori e azioni:

Personale sanitario che ha in carico il paziente per il telemonitoraggio/telecontrollo:

- provvede alla consegna dei dispositivi prescritti, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi;
- provvede alla formazione del paziente e/o caregiver;
- rappresenta il riferimento per il paziente e/o caregiver per la gestione del telemonitoraggio/telecontrollo.

COT:

- attiva il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo;
- monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo;

Paziente/Caregiver (telecontrollo):

- Fornisce dati relativi al proprio stato di salute;

Di seguito il workflow del caso d'uso: “Il ruolo della COT nel coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio –Telemonitoraggio e/o Telecontrollo”, così come previsto dal DM 29 aprile 2022 che definisce il “Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare”.

