

Università degli Studi di Padova

Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica



TESI DI LAUREA

**CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)
DELLA ULSS 1 DI BELLUNO.
INDAGINE SOCIO-DEMOGRAFICA ED
EPIDEMIOLOGICA
FINALIZZATA AL MIGLIORAMENTO DELLA
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

Relatore: Prof. Marin Oriano

Correlatore: Infermiere Enterostomista Raveane Michele

Laureanda: Rasa Ilenia

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

ABBREVIAZIONI

RIASSUNTO

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE.....1

- 1.1 La componente legislativa della COT
- 1.2 Figure professionali coinvolte nella COT – L’infermiere case manager
- 1.3 Funzioni generali della COT

CAPITOLO 2: SCOPO DELLA TESI.....11

- 2.1 Il problema: la scarsa conoscenza del ruolo della Centrale Operativa Territoriale (COT)
- 2.2 Lo scopo dello studio

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI.....13

- 3.1 Materiali utilizzati per lo studio
- 3.1 Organizzazione interna della tesi e percorso di lavoro

CAPITOLO 4: RISULTATI.....15

- 4.1 Analisi socio-demografica
- 4.2 Quadro epidemiologico
- 4.3 Il confronto tra le COT della Regione Veneto
- 4.4 Elaborazione della guida
 - 4.4.1 *Contenuti principali*

CAPITOLO 5: CONCLUSIONI.....29

- 5.1 Considerazioni finali

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....30

ALLEGATI

ABBREVIAZIONI

COT	Centrale Operativa Territoriale
ULSS n. 1	<p>Unità Locale Socio Sanitaria Locale n.1 di Belluno</p> <p>L'Azienda ULSS n. 1, costituita con la Legge Regionale del 14 settembre 1994 n. 56 con decorrenza 1 gennaio 1995, è derivante dall'accorpamento delle tre disciolte Aziende:</p> <ul style="list-style-type: none"> * ULSS n. 1 "Cadore – Pieve di Cadore" * ULSS n. 2 "Agordo" * ULSS n. 3 "Bellunese – Alpago – Zoldano" <p>(Prendere visione dell'Organigramma relativo all'Area Servizi Territoriale dell'ULSS n. 1 di Belluno, disponibile all'ALLEGATO A di questo elaborato (1), per avere una chiara rappresentazione grafica del Distretto Socio Sanitario e della collocazione in esso della COT</p>
U.V.D.M.	Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale
ADI	Assistenza domiciliare integrata. Assistenza domiciliare a carattere sanitario e integrata con il servizio sociale
PAI	Progetto Assistenziale Individualizzato
Dimissione Protetta	"Sistema di comunicazione ed integrazione fra diversi operatori sanitari per assicurare la continuità di cura; è rivolta prevalentemente a soggetti affetti da patologie croniche e degenerative e/o con ridotta autonomia funzionale, che richiedono cure continue e la continuità delle cure, di durata ed intensità variabile da soggetto a soggetto. Ma riguarda anche soggetti che si trovano in una situazione di temporanea fragilità" (2)
Infermiere Case Manager	L'Infermiere Case Manager è colui che gestisce e che permette l'attuazione nella pratica del Progetto Assistenziale Individualizzato, garantendo la continuità delle cure a domicilio; individua il percorso extra-ospedaliero più appropriato per la persona, nell'ottica della dimissione protetta (spiegazione dettagliata fornita in seguito).
PSSR 2012-2016	Piano Socio Sanitario Regionale della Regione Veneto 2012/2016 (3)
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

RIASSUNTO

Problema: la Centrale Operativa Territoriale è uno strumento d'integrazione innovativo e rappresenta una risorsa ancora tutta da scoprire e da conoscere per gli operatori sanitari, medici ed infermieri. Avendo poco chiaro di cosa si occupa la Centrale Operativa Territoriale e, soprattutto, non sapendo come "utilizzare" questo nuovo strumento nella pratica assistenziale socio-sanitaria, il personale medico e quello infermieristico hanno bisogno di ricevere delle informazioni in merito alla COT.

Obiettivo: lo scopo dello studio è quello di analizzare in dettaglio il contesto socio-demografico ed epidemiologico dell'ULSS n.1 di Belluno al fine di promuovere la conoscenza della Centrale Operativa Territoriale presso il personale medico e quello infermieristico.

Materiali e metodi: per condurre questo studio si è deciso di prendere visione della maggior parte della letteratura esistente in merito al rationale che ha determinato la necessità/valenza della COT, integrando le informazioni così ottenute con svariati articoli ricercati in PubMed.

Risultati emersi: le indagini socio demografica ed epidemiologica condotte sui residenti nell'ULSS n.1 di Belluno rivelano che la popolazione bellunese è sempre più anziana, cosa che richiede un rinnovato bagaglio di conoscenze e di competenze da parte del personale socio-sanitario, il quale si ritrova a dover focalizzare il sapere e l'agire pratico non più su condizioni acute, gestite totalmente o prevalentemente in ambito ospedaliero, ma su patologie croniche, gestite in ambito extra-ospedaliero e a domicilio.

Conclusioni: la Centrale Operativa Territoriale (COT) è lo strumento che interviene nella integrazione tra l'Ospedale e il Territorio per gli utenti dell'ULSS n.1 di Belluno e permette la continuità assistenziale, coinvolgendo non solo i professionisti ospedalieri, ma anche i servizi territoriali. Il futuro dell'assistenza socio-sanitaria è rivolto alla cronicità, ovvero alla continuità delle cure dei pazienti cronici nell'assistenza territoriale, e per tale motivo va incentivata e promossa la conoscenza della COT

1. INTRODUZIONE

1.1 La componente legislativa della COT

La Centrale Operativa Territoriale della ULSS 1 di Belluno è attiva dal 01/04/2014 in linea con quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 23 del 29/06/2012) e dalle DGRV 975/2013* e 2271 del 10/12/2013 (4), che la individua come elemento cardine dell'organizzazione territoriale.

Secondo quanto riportato nell'Atto Aziendale (1), "l'Azienda ULSS n.1 di Belluno è attiva in un contesto territoriale interamente montano, a bassa densità abitativa ed elevato indice di vecchiaia, la cui specificità è riconosciuta dallo Statuto regionale del Veneto"; ecco perché, in tale ambito, per garantire un'equa ed efficace erogazione dei livelli di assistenza, diventa fondamentale elaborare delle strategie per rispondere nel migliore dei modi possibili ai bisogni di salute della propria popolazione.

L'Azienda, tenuto conto di quanto detto sopra e in linea con la sua filosofia dell'assistenza ("mantenimento di elevati livelli di qualità, in un contesto di contenimento dei costi, al perseguimento della soddisfazione dei reali bisogni dei singoli e delle comunità ...") (1), ha ritenuto necessaria una connessione Ospedale-Territorio, realizzabile attraverso la creazione e la successiva attivazione di alcuni strumenti d'integrazione, avvalendosi delle esperienze sviluppate nel Veneto in tema di continuità dell'assistenza:

1. Consolidare i modelli di ammissione e dimissione protetta attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVDM) e la figura del case manager (già largamente descritta nelle precedenti pagine e individuata come "figura di riferimento" per la presa in carico coordinata del paziente);
2. Attivare la Centrale Operativa Territoriale (COT), "finalizzata a tutelare la persona nel passaggio da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro";
3. Realizzare un sistema informativo integrato, condivisione di dati e di informazioni attraverso la comunicazione tra Sistema Informativo Territoriale e Sistema Informativo Ospedaliero. In tale quadro assume

fondamentale importanza in ambito regionale il PSSR 2012-2016, il quale progetta la diffusione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), “intesi come la contestualizzazione di linee guida, relative a delle patologie o problematiche cliniche, nella specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili” (3).

- * Con la Deliberazione della Giunta Regionale n.2271 del 10 dicembre 2013 si approvano le disposizioni di cui all'oggetto, che recano una disciplina che supera quella introdotta con la Drg n. 975/2013, recependo alcune modifiche di carattere innovativo richieste dalla V Commissione Consiliare

Il PSSR 2012-2016, come previsto al punto 4.5, dichiara che la realizzazione della Centrale Operativa Territoriale, oltre a garantire un elevato livello qualitativo nel processo assistenziale rivolto alla persona, andrebbe a favorire la correlazione tra gli obiettivi del budget distrettuale e gli obiettivi del budget ospedaliero, in vista del contenimento dei costi. Questo concetto è sottolineato anche nella DGR 2271/2013, parlando della missione aziendale (ripresa anche nell'Atto Aziendale stesso): “L'Azienda ULSS n. 1 di Belluno (...), ha il compito di realizzare le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse che le sono state assegnate in modo efficiente” (4).

La Centrale Operativa Territoriale diventa “uno degli strumenti che permetterà all'Azienda di raggiungere lo scopo di perseguire un nuovo modello di presa in carico del paziente, di passare dal concetto di “curare” a quello di “prendersi cura” (...)”, come ben precisa la Carta dei Servizi della COT (5); ecco che, se si vuole raggiungere quest'obiettivo, non basta che la persona sia seguita, seppur con professionalità e dedizione, solamente nel tempo di durata della degenza all'interno della struttura ospedaliera, anzi: in Ospedale, ovvero in fase di acuzie, il paziente è già, per così dire, “protetto” dal personale addetto e assistito costantemente da esso, ma avrà bisogno di sentirti preso in cura quando dovrà affrontare la propria malattia (e la condizione di fragilità in cui essa pone il soggetto interessato) a domicilio e, più in generale, a livello extra-ospedaliero.

La Centrale Operativa Territoriale, e già il nome stesso lo dichiara, opera sul territorio per la continuità dell'assistenza, presentandosi come interlocutore unico che considera la persona nella sua complessità e globalità, si fa carico del suo bisogno di salute, lo elabora, attiva i servizi necessari e ne segue gli sviluppi fino

a risposta avvenuta. Termini quali “dimissione protetta” e “presa in carico post ricovero” diventano il pane quotidiano per la COT, tanto è vero che, se già dal nome si deve poter dedurre lo scopo principe di questo servizio, il Decreto Ministeriale 02/04/2015 n. 70 (6) si riferisce alla Centrale Operativa sostituendo il termine “territoriale” con quello di “della continuità”, perché suo sarà il compito di garantire il proseguo delle cure in fase post acuta diventando il punto unico di riferimento per attivare la risorsa territoriale più appropriata.

Una frase che ben riassume tutti i concetti fino ad ora espressi, e per terminare questo excursus sul rationale che ha determinato la necessità di istituire la COT, deriva dall’Intesa Stato Regioni del 05 agosto 2014, che, riferendosi all’integrazione Ospedale-Territorio, promuove il “collegamento dell’Ospedale a una Centrale della Continuità o altra struttura equivalente posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero, nonché all’assunzione del bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia o che si manifesti o che si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità, così come previsto dal nuovo Patto per la Salute 2014-2016” (7).

1.2 Le figure professionali coinvolte nella COT

– L’infermiere case manager -

Quando si parla di COT e delle figure professionali che vi operano, inutile negare che l’infermiere assume una posizione di rilievo in questo campo; allo stesso tempo, diventa doveroso un inquadramento concettuale con riferimento al case management infermieristico, poiché questa figura professionale è essa stessa uno degli elementi cardini per permettere l’evoluzione dalla teoria alla pratica di ciò che si vuole ottenere mediante la realizzazione della Centrale Operativa Territoriale.

L’infermiere si sente “preso in causa” quando si tratta di continuità assistenziale, poiché quest’ultima è contemplata anche dal Codice Deontologico dell’Infermiere:

- ART.4.1 “L’infermiere promuove, attraverso l’educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori”;

- ART. 4.3 “L’infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall’assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura”;
- ART. 4.7 “L’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l’efficace gestione degli strumenti informativi”.

“Il case management si definisce nella gestione di uno o più casi clinici sulla base di un percorso predefinito in un continuum spazio-temporale definito, pertanto si definisce come una metodologia di gestione dell’assistenza sanitaria”; queste sono le parole, utilizzate da Chiari P. e da Santullo A., (8) per dare una definizione di case management: una metodologia di gestione della assistenza sanitaria, con il dichiarato intento di ridurre la frammentazione dell’assistenza all’interno dei sistemi sanitari, nonché di stabilire un buon rapporto tra la qualità del piano di cura pensato per la persona assistita e i costi per realizzarlo, imparando a gestire in maniera ottimale le risorse che l’ambito territoriale mette a disposizione.

In altre parole, il case management è un sistema disegnato come un processo continuo di identificazione e risoluzione di problemi allo scopo di influire sui costi e sulla qualità in relazione a popolazioni selezionate di clienti. (Brockapp, 1993) (9)

Lo sviluppo del case management è stato influenzato da diversi fattori: (Cohen, 1996) (10):

1. Il cambiamento verso un approccio all’assistenza sanitaria maggiormente ispirato all’ottica del consumatore;
2. Il pagamento prospettico (anziché a posteriori) che ha modificato la rapidità, l’ampiezza e il finanziamento dell’erogazione dell’assistenza sanitaria;
3. Una maggiore istruzione dei consumatori dell’assistenza sanitaria, con conseguente aspettativa di un’assistenza di qualità;
4. Il fatto che le tecniche utilizzate con successo in passato non erano più sostenibili dal punto di vista finanziario.

Nel 2005, la Case Management Society Of America ha fornito questa definizione: “un processo collaborativo che accerta, pianifica, implementa, coordina, monitorizza e valuta opzioni e servizi per incontrare i bisogni di salute individuali

attraverso la comunicazione e la disponibilità di risorse per promuovere risultati di qualità e costo-efficaci” (11).

Già dalle due definizioni sopra riportate, è ben chiaro che alla base di tutto c'è la chiara consapevolezza dell'importanza del singolo individuo e della sua salute, non come semplice assenza di malattia ma come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale (definizione di “salute” data dall'OMS), favorendo il continuum dell'assistenza, quest'ultima centrata sul paziente, coinvolgendo le diverse strutture e organizzazioni del sistema sanitario in cui si trova.

Chiari e Santullo (8) individuano le tre parole chiave che meglio si prestano per definire ruolo e funzioni del case manager:

1. Integrazione assistenziale, ottenuta mediante l'adattamento del singolo paziente a un percorso clinico-assistenziale preesistente per gestire i problemi della persona assistita e raggiungere gli obiettivi;
2. Coordinamento dell'assistenza;
3. Continuità assistenziale (parola chiave di assoluto rilievo anche per la Centrale Operativa Territoriale), intesa come “l'estensione del progetto assistenziale in tutti gli ambiti di svolgimento”.

In poche parole, non si può parlare di Centrale Operativa Territoriale senza fare un accenno al case management: diventa spontaneo fare un collegamento tra queste due entità dal momento che hanno alla base le stesse fondamenta e operano per il raggiungimento degli stessi obiettivi, avendo cura di soddisfare i medesimi requisiti.

Cohen e Cesta sono dell'idea che gli infermieri sono adatti a sostenere il ruolo di case manager perché “essi sono in grado di fornire la maggior parte dei servizi che le altre professionalità offrono ai pazienti, mentre queste ultime non sono preparate e non sono in grado di provvedere alle attività di assistenza diretta” (12). Proprio per la formazione universitaria che il corso di laurea in scienze infermieristiche offre, le responsabilità del case manager sono tali per cui l'infermiere le considera come un'estensione naturale del suo ruolo tradizionale (nonché un'opportunità di sviluppo professionale).

L'infermiere, già abituato a considerare il paziente a tutto tondo (l'obiettivo dell'assistenza infermieristica è il raggiungimento, mediante il coinvolgimento

diretto della persona assistita e un piano di cure personalizzato, dello stato di benessere fisico, psichico e sociale), diventa il vero responsabile del caso nell'applicazione del processo di assistenza infermieristica.

Nell'ottica della continuità assistenziale, da attuare con l'avvio della Centrale Operativa Territoriale e in linea con lo scenario socio-demografico ed epidemiologico ampiamente descritto nel Piano Socio Sanitario Regionale della Regione Veneto, diventa importante “valorizzare il ruolo del case manager (infermieristico) quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia dell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato” (3).

La figura dell'infermiere case manager ha il compito di garantire il coordinamento degli interventi, l'integrazione dei diversi apporti professionali e la continuità assistenziale per quei pazienti reputati con elevata complessità di cura, con elevato rischio di perdita dell'autosufficienza e di ricoveri ripetuti.

Secondo l'offerta formativa presentata dall'Università degli Studi di Padova, al termine del percorso di formazione (Master di I Livello, di durata annuale), i corsisti saranno in grado di “predisporre piani di assistenza individualizzata con capacità di monitoraggio dei risultati, gestire percorsi clinici integrando gli interventi di ciascun componente del team, assicurare la funzione della dimissione protetta, conoscere e applicare la legislazione vigente nella logica dei servizi integrati, valutare l'appropriatezza e la qualità delle cure” (13).

Nello specifico, le funzioni dell'infermiere case manager, in quanto responsabile della continuità del programma di trattamento, sono elencate qui di seguito:

- * Valuta e progetta l'assistenza per la persona;
- * Attiva le risorse professionali sociali e sanitarie necessarie al caso;
- * Governa il processo di dimissione protetta attivando le risorse disponibili nel territorio già al momento dell'accoglienza, individuando il percorso extra ospedaliero più appropriato;
- * Individua e reperisce le risorse strumentali necessarie a garantire la continuità e la sicurezza assistenziale al domicilio, in un'ottica di dimissione protetta.

In sintesi, dunque, si può affermare che “l’infermiere case manager ha il compito di garantire l’erogazione dei servizi sulla base del livello di rischio, per una gestione intensiva, continua e personalizzata dei bisogni di assistenza” (A.I.C.M. Associazione Infermieri Case Manager Italia) **(14) (15)**.

Prima di terminare, è importante fare chiarezza su una questione che alcune volte genera confusione: le figure professionali che operano nella COT non sono da confondere con quelle di cui è composta l’UVMD.

L’Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale comporta la partecipazione, nello stesso giorno e sede, di un team di esperti professionisti (provenienti da ambiti lavorativi diversi, con disponibilità e orarie differenti) per la stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI), necessario per programmare l’attività di assistenza medica ed infermieristica al domicilio del paziente.

Gli operatori della COT, che non vengono coinvolti nelle decisioni dell’UVMD, hanno il compito di organizzare e coordinare l’UVMD, si assicurano del rispetto del PAI e monitorano costantemente l’evoluzione dei bisogni clinico-socio-assistenziali dell’utente preso in carico (prendere in visione la tabella “JOB DESCRIPTION” presente nell’ALLEGATO C per una rappresentazione chiara relativa alle figure professionali operanti nella COT dell’ULSS n.1 di Belluno).

1.3 Funzioni generali della COT

La Centrale Operativa Territoriale nasce come strumento organizzativo d’integrazione tra Ospedale e Territorio, utile per:

- * Realizzare una rete dei servizi utili in vista della dimissione protetta, a garanzia di una presa in carico continua e una gestione integrata dei bisogni assistenziali dell’utente;
- * Migliorare la continuità e la qualità delle cure e dell’assistenza;
- * Prevenire le ospedalizzazioni inappropriate;
- * Supportare la tempestività degli interventi sul territorio;
- * Utilizzare al meglio le risorse esistenti all’interno dell’intero sistema Ospedale-Territorio;
- * Sperimentare un sistema omogeneo, valido, per tutto il territorio, per sostenere i soggetti più fragili;

- * Evitare la ridondanza in termini di documentazione cartacea e di tempo richiesti direttamente all'assistito (o a chi per lui) e necessari per la soddisfazione dei suoi bisogni.

In poche parole, mediante la COT si può ragionare in termini di continuità assistenziale, ovvero un processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro (sia esso il domicilio, l'ospedale o un'altra realtà), salvaguardando la qualità dell'assistenza, l'integrazione organizzativa fra i professionisti socio-sanitari e la tempestività di risposta ai bisogni di salute riscontrati; si vedrà realizzata l'estensione non interrotta nel tempo degli obiettivi assistenziali attraverso una linearità di svolgimento degli interventi fra i diversi livelli e ambiti di erogazione delle cure e dell'assistenza.

Come in ogni circostanza, fino a che il sistema creato funziona, cioè permette l'adempimento delle attività per cui lo stesso sistema è stato progettato, non ci sono problemi e difficilmente l'equilibrio azione-soddisfazione viene stravolto (si possono apportare delle migliorie, le quali solitamente non sono troppo drastiche per evitare eccessive modificazioni): se l'automobile funziona bene, svolge correttamente le funzioni per cui è stata acquistata ed il suo rendimento è soddisfacente, il proprietario del veicolo non porterà quest'ultimo dal meccanico per richiedere qualsiasi manutenzione, ma si limiterà a recarsi in officina per lo svolgimento della revisione, periodica procedura di controllo dei veicoli, il quale deve risultare conforme agli standard prescritti da normative internazionali e nazionali). Le complicazioni insorgono quando si materializzano delle questioni che generano preoccupazione e che richiedono un adattamento o un cambiamento radicale rispetto alla situazione attuale, e perciò si dovranno cercare delle soluzioni in risposta a uno o a molteplici problemi di fondo.

Ponendo l'attenzione sulle criticità concernenti i ricoveri delle Unità Operative ospedaliere, ai tempi di degenza nei reparti e, soprattutto, alla dimissione dalla struttura ospedaliera (considerando il crescente peso che sta ottenendo la cronicità), lo stesso discorso delle righe precedenti può essere affrontato riguardo alla nascita della Centrale Operativa Territoriale (all'interno dell'ULSS n.1 così

come, in generale, a livello nazionale), la quale è stata progettata come strumento per risolvere le seguenti problematiche riportate nella Tabella I:

Tabella I. Criticità dell'assistenza socio-sanitaria nell'integrazione Ospedale-Territorio

PROBLEMA	RAZIONALE
Ricoveri impropri in Ospedale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non dimissibilità del paziente per criticità nella continuità delle cure 2. Criticità socio-familiari (pazienti soli, non autosufficienti, ecc)
Nessun coordinamento fra Medici ospedalieri e MMG	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mancanza di cultura dell'integrazione professionale
Procedura di "Dimissione Protetta" non sempre rispettata	<ol style="list-style-type: none"> 1. Scarsa conoscenza della procedura da parte degli operatori ospedalieri 2. Necessità di creare un valido strumento d'integrazione Ospedale-Territorio (la COT appunto)
Carenza di "continuità delle cure" fra servizi diversi (ambulatoriali, residenziali) per pazienti cronici e per coloro che richiedono assistenza extra-ospedaliera (es. uso di presidi ed ausili)	<ol style="list-style-type: none"> 1. I vari professionisti erogano prestazioni isolate in servizi diversi richiedenti mobilità del paziente 2. Carenza di presa in carico dei pazienti con cronicità da parte di un Responsabile sul territorio. Il MMG è responsabile della salute globale del paziente, ma non dei suoi "percorsi di cura"

I problemi sopra elencati conducono inevitabilmente a queste conseguenze:

1. Riduzione o annullamento degli effetti dell'assistenza erogata in Ospedale, per mancanza di continuità delle cure alla dimissione.

2. Costi eccessivi in sanità, dovuti al mancato monitoraggio del paziente a livello domiciliare, con conseguenti riacutizzazioni e ri-ospedalizzazione, ai ricoveri ripetuti e alle degenze prolungate

Nel concreto, le funzioni attribuibili alla COT, per lo svolgimento delle quali viene creata e che esegue per ottenere la risoluzione delle problematiche sopra riportate, dichiarate sia nella Carta dei Servizi che dall'assemblea della Giunta Regionale del 13/11/2014 (5), sono:

1. Raccogliere, decodificare e classificare il bisogno di salute espresso e favorire l'emersione di quello inespresso (dai dati essenziali alla presa in carico globale dell'assistito);
2. Attivare le risorse più appropriate, di programmazione e attuazione dei processi integrati, presenti nella rete assistenziale (attivazione di un team multi professionale per la presa in carico globale dell'assistito, attraverso la formulazione del PAI da parte della UVMD, organizzata e coordinata dalla COT);
3. Coordinare e monitorare le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro, tutelando la presa in carico. Si può pensare alla Centrale Operativa Territoriale come al "regista" della continuità assistenziale, colui che regola da dietro le quinte la situazione ma che non interviene in prima persona nella scena; nomina, organizza e coordina le figure professionali e/o i servizi che si occuperanno della gestione della complessità socio-sanitaria (profilo ADIMED), per poi andare a verificare di persona, con scrupolo, l'appropriatezza delle prestazioni svolte.

La Centrale Operativa Territoriale, da buon sovrintendente, si attiva affinché, una volta segnalate le persone con condizioni socio ambientali e sanitarie particolari, si crei un ambiente di lavoro idoneo all'interno del quale vi sia la collaborazione e la comunicazione tra le Unità Operative Ospedaliere, i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, tutti i Servizi della Rete Territoriale e gli Assistenti Sociali dei Comuni, il tutto per garantire la continuità assistenziale attraverso l'elaborazione del percorso di cure più appropriato (PAI). La COT si occuperà poi di gestire le informazioni all'interno del team multi professionale e di valutare i risultati raggiunti in rapporto a quelli attesi.

Non bisogna dimenticare che la COT, evitando la frammentazione delle cure, contribuisce notevolmente all'innalzamento della qualità delle stesse cure offerte, per una presa in carico flessibile e globale (anche se, inizialmente, alcuni MMG vedevano questo lavoro di team come una sorta di controllo del loro operato, un "dover rendere conto" ad altri professionisti, pur trovandosi in un contesto extra-ospedaliero); allo stesso tempo, permette il contenimento dei costi in sanità, nonché le spese a carico della persona in ADI e dei suoi familiari, per il semplice fatto che evita visite e appuntamenti inutili, nonché la prescrizione di trattamenti in eccesso, e si occupa essa stessa di organizzare le transizioni da un luogo di cura all'altro.

Un'altra problematica che l'istituzione e l'avvio di una Centrale Operativa Territoriale potrebbe risolvere è la ridondanza di documentazione, nonché le lunghe liste di attesa e le tempistiche poco confortanti, necessarie per l'attivazione della dimissione protetta a domicilio, per le ammissioni in regime protetto, per l'erogazione delle cure a livello extraospedaliero, per gli spostamenti da un luogo di cura ad un altro o per richiedere presidi ed ausili ad uso domiciliare.

La Centrale Operativa Territoriale, dopo il ricevimento della segnalazione (tramite mail o fax dai distretti sanitari, dai MMG o dalle UU.OO Ospedaliere) del bisogno di assistenza e delle condizioni generali del paziente, si attiva per coordinare e gestire le risposte socio-sanitarie al bisogno espresso, coinvolgendo il territorio di pertinenza. Si occuperà poi di verificare le informazioni ricevute e di integrarle con i dati personali mancanti, con l'anamnesi, con le diagnosi e con le terapie in corso e pregresse; riceve il piano operativo definito in sede di UVMD e consente il proseguimento a domicilio dell'assistenza (da parte dei Servizi Sociali e del MMG), nonché la fornitura dei presidi necessari (carrozzina, letto, ossigenoterapia ecc.).

2. SCOPO DELLA TESI

2.1 Il problema: la scarsa conoscenza del ruolo della Centrale Operativa Territoriale (COT)

“Essendo uno strumento d'integrazione innovativo, quello della Centrale Operativa Territoriale è un mondo ancora tutto da scoprire e da conoscere per gli

operatori sanitari, medici ed infermieri”; questo è quanto affermato dal dottor Marco Cristofolotti, Dirigente Medico della Centrale Operativa Territoriale dell’ULSS n.1 di Belluno, durante una riunione con gli infermieri frequentanti il Master di Primo Livello.

Avendo poco chiaro di cosa si occupa la Centrale Operativa Territoriale e, soprattutto, non sapendo come “utilizzare” questo nuovo strumento nella pratica assistenziale socio-sanitaria, due sono i comportamenti che generalmente si osservano da parte del personale medico ed infermieristico:

1. Non sono informati di questa possibilità e, di conseguenza, non prendono contatti con l’operatore COT centralinista, al quale potrebbero, invece, riferire le proprie richieste assistenziali (a volte si sente parlare addirittura de “il” COT, non essendo a conoscenza del significato dell’acronimo).

Se si sapesse come e quando contattarla, invece, la COT diventerebbe il punto di riferimento principale per la presa in carico dell’utente e per la continuità assistenziale, in modo che le cure erogate in ambito ospedaliero non siano fini a se stesse e non perdano di significato al momento del passaggio dall’Ospedale al Territorio; bisogna però, prima di tutto, essere informati su com’è strutturata la Centrale Operativa Territoriale, di cosa si occupa e in quali circostanze è utile contattarla, e quando sia possibile farlo.

2. Spesse volte si ricade nella condizione opposta: “C’è questo problema da risolvere. Non so come comportarmi. Contatto la COT, qualcuno saprà cosa fare”; la tendenza, in questo caso, è di delegare totalmente la gestione e relativa soluzione della qualsivoglia questione al servizio COT. I motivi di questa secondo modo di agire possono essere molteplici. La mancanza di esperienza, di tempo, di risorse o di informazione spingono l’operatore socio-sanitario a demandare piuttosto che accollarsi di un carico lavorativo da lui considerato troppo impegnativo o non di sua competenza.

Entrambe le circostanze fanno emergere una situazione problematica dovuta alla conoscenza insufficiente della COT da parte del personale sanitario. La Centrale Operativa Territoriale non viene contattata da parte del personale socio-sanitario perché non la si conosce (o non la si conosce a sufficienza) come servizio, e

riceve richieste che ad essa non competono perché il personale medico e quello infermieristico hanno bisogno di ricevere delle informazioni in merito alla COT quali:

1. Di cosa si occupa la Centrale Operativa Territoriale?
2. Quali sono le sue funzioni e i servizi che offre?
3. In quali casi va contattata?
4. A quale tipologia di utenza è rivolta? Di quali bisogni di salute si prende carico?
5. Chi avvia la richiesta per l'assistenza domiciliare?

2.2 Lo scopo dello studio

Per risolvere i dubbi e le perplessità, nonché la scarsa consapevolezza del ruolo e delle funzioni, del personale socio-sanitario in merito alla Centrale Operativa Territoriale, bisogna tenere presente che la COT è un servizio che si sviluppa sul territorio e per il territorio, pertanto, il contesto socio-demografico e quello epidemiologico dell'ULSS n. 1 di Belluno diventano le basi per comprendere le finalità della COT, quale strumento importante d'integrazione tra il Territorio e l'Ospedale per la tutela della persona nel passaggio da un luogo di cura ad un altro e da un livello assistenziale ad un altro.

Lo scopo di questa tesi è di analizzare in dettaglio il contesto socio-demografico ed epidemiologico dell'ULSS n.1 di Belluno al fine di promuovere la conoscenza della Centrale Operativa Territoriale presso il personale medico e quello infermieristico.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Materiali utilizzati per lo studio

Si è deciso di iniziare col prendere visione della maggior parte della letteratura esistente in merito al razionale che ha determinato la necessità/valenza della COT (PSSR 2012/2016, Atto Aziendale anno 2014, Decreti legge, Fonti terziarie - libri, presentazioni in Power Point, siti web -). Successivamente, a completamento del materiale sopra citato, sono stati raccolti diversi articoli, servendosi della banca dati bibliografica PubMed per ricercarli.

3.2 Organizzazione interna della tesi e percorso di lavoro

La prima parte della tesi è dedicata alla componente legislativa che regola la Centrale Operativa Territoriale; proseguendo, sono state illustrate le funzioni e i servizi offerti dalla COT, come pure le figure professionali coinvolte in questo servizio: i veri protagonisti sul campo sono gli infermieri, e in modo particolare l'infermiere case manager, la figura professionale centrale che prende in carico la persona assistita e permettere la continuità assistenziale (obiettivo primario della Centrale Operativa Territoriale).

La seconda parte, quella più corposa e decisamente più rilevante, è dedicata all'analisi dettagliata dello scenario socio-demografico e a quello epidemiologico relativi alla regione Veneto, per poi scendere nel dettaglio dell'ULSS n.1; se si vuole comprendere la finalità dei servizi che la Centrale Operativa Territoriale offre ai suoi utenti, bisogna saper cogliere le caratteristiche dell'area in cui opera e della popolazione residente, considerando che il Veneto, e in modo particolare il territorio bellunese, ha le sue peculiarità, ha svariati punti di forza ma anche dei punti di debolezza. Basti pensare che nell'ULSS n.1 di Belluno sono compresi molti Comuni, la maggior parte dei quali aventi una collocazione geografica montana difficile, considerando anche le condizioni climatiche avverse in determinati periodi dell'anno.

Proprio per ribadire il concetto sopra esplicitato, ovvero per mettere in luce il contesto in cui opera la COT e le caratteristiche che quest'ultima deve sviluppare per essere in grado di soddisfare i bisogni di salute dell'utenza e di migliorare la continuità assistenziale, è stata proposta la compilazione, a carico delle diverse COT, di specifiche griglie realizzate mediante l'applicazione Excel (riportate in questo elaborato alla voce "ALLEGATO C"), utili per mettere a confronto la Centrale Operativa Territoriale dell'ULSS n. 1 di Belluno con le COT delle altre ULSS presenti nella Regione Veneto.

Infine, le caratteristiche e peculiarità della Centrale Operativa Territoriale operante sul territorio bellunese sono state riassunte in maniera schematica in una guida di poche pagine, di immediata comprensione e rapida consultazione, con le informazioni salienti relative alla COT dell'ULSS n.1 che il personale sanitario

potrà tenere “a portata di mano” e consultare agevolmente, quando vi si presenti l’occorrenza, nell’esercizio della propria attività lavorativa.

4. RISULTATI

4.1 Analisi socio-demografica

Uno degli obiettivi della Centrale Operativa Territoriale è quello di incentivare le cure domiciliari, pertanto “occorre favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio” (2). Per il raggiungimento di questo scopo, qualitativamente e culturalmente rilevante, è importante avere una visione ben chiara dello scenario socio-demografico in cui si andrà ad operare, per garantire la continuità assistenziale e per attivare un percorso extra ospedaliero appropriato, in relazione alle caratteristiche della popolazione stessa.

“Caratteristica principale della popolazione veneta è l’invecchiamento, in coerenza con la situazione nazionale, per l’effetto congiunto del calo delle nascite e dell’allungamento della vita media” (3); queste poche parole riassumono al meglio la situazione socio-demografica attuale relativa alla Regione Veneto.

L’invecchiamento della popolazione italiana, e in particolar modo quella bellunese (chiaramente illustrato nelle tabelle II e III, ricavata dall’Atto Aziendale ULSS n. 1 anno 2014; sarà utile, inoltre, prendere visione della tabella IV all’allegato B), non si caratterizza solamente per l’aumento del numero di anziani, ma anche per il peso crescente assunto dalle classi di età avanzata, sia da un punto di vista generale che in relazione ad una diversa organizzazione della assistenza socio-sanitaria; all’interno della fascia degli ultra sessantacinquenni sono ormai presenti due generazioni, che cominciano a caratterizzare la struttura demografica italiana: gli “anziani giovani” (young old, dai 65 ai 75 anni) e gli “anziani vecchi” (old old, dai 75 gli 85 anni, e gli oldest old, di età superiore agli 85 anni).

Tabella II. Evoluzione dell'indice di vecchiaia nella provincia di Belluno

		Azienda ULSS n.1 - Belluno Popolazione al 31 dicembre dell'anno					
Classe d'età	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
fino a 1 anno	1.031	981	976	958	867	849	
da 1 a 14 anni	15.122	15.095	15.005	14.889	14.652	14.455	
da 15 a 64 anni	83.915	83.433	83.049	82.071	80.675	79.302	
65 anni e oltre	29.342	29.564	29.601	30.290	30.789	31.172	
Totale	129.410	129.073	128.631	128.208	126.983	125.778	

Indice di vecchiaia	182%	184%	185%	191%	198%	204%
---------------------	------	------	------	------	------	------

La tabella precedente mostra come la popolazione anziana sia di molto superiore alla popolazione fino a 14 anni di età

Tabella III – I cambiamenti tra le generazioni nella Provincia di Belluno

Classi di età						
Pop. residente per cl. di età: valori assoluti						
Anno	0-14	15-39	40-64	65+	75+	80+
1971	47296	74604	69326	29929	10256	4829
1981	40689	76505	67341	35800	13414	6277
1991	27725	75851	68695	39794	18241	9928
2001	25930	67879	71363	44378	21849	12072
2005	26806	65303	74002	46133	23288	13552
Pop. residente per cl. di età: n. indice (1971=100)						
Anno	0-14	15-39	40-64	65+	75+	80+
1971	100	100	100	100	100	100
1981	86	103	97	120	131	130
1991	59	102	99	133	178	206
2001	55	91	103	148	210	250
2005	57	88	107	154	227	281

Ne consegue che la popolazione è sempre più vecchia e, proprio perché nell'anziano non è raro trovare diverse patologie coesistenti, va valutato nella sua individualità: quando una malattia insorge nell'anziano, non va a colpire un organismo nel pieno della sua integrità psicofisica, in condizioni di massima capacità di reazione e risposta, come quello di un giovane adulto; ma colpisce un organismo in una fase più o meno avanzata del suo declino, spesso interessato da

altri stati patologici, in condizioni di minore efficienza, che lo portano ad un maggior rischio di complicanze.

Miller (2004), elaborando la sua teoria dell'invecchiamento, afferma che: “gli anziani sperimentano conseguenze funzionali a causa dei cambiamenti correlati all'età e dei fattori di rischio aggiuntivi. Senza interventi, molte conseguenze funzionali sono negative; con essi, tuttavia, le conseguenze funzionali possono diventare positive” (16). D'altro canto, è importante che gli infermieri e i caregiver che lavorano con persone anziane comprendano che l'invecchiamento non è sinonimo di malattia e che gli effetti dell'invecchiamento da soli, non sono le principali cause di disabilità e di malattia (Fryer, 2001) (17); con l'aumento della ricerca e delle conoscenze scientifiche, diventa chiaro che l'invecchiamento è un processo vario e complesso.

Il Piano Socio Sanitario Regionale del Veneto afferma che: “la componente anziana, più spesso in condizioni di fragilità e più esposta al rischio di patologie croniche, quella cioè costretta a ricorrere maggiormente ai servizi socio-sanitari, si colloca nella fascia degli ultra 75enni, che rappresenta il 9,4% della popolazione residente (valore di poco inferiore a quello dell'intero Paese)” (3).

Viste le peculiarità della popolazione veneta, ci si può ben rendere conto di “avere a che fare” con pazienti fragili, che necessitano di un'assistenza personalizzata e di continuità di cura in più ambiti; vengono individuati i bisogni del paziente e viene prestata l'assistenza utile per il loro soddisfacimento da un livello di cura ad un altro (ospedale, domicilio, struttura protetta o altra realtà). Diventa importante garantire la continuità assistenziale, prima di tutto per soddisfare i bisogni specifici della persona, ma anche per ridurre l'ospedalizzazione e le ri-ospedalizzazioni, con notevole vantaggio per i costi in sanità.

Assieme alla continuità assistenziale, va di pari passo la promozione della presa in carico dell'utente “protetto” mediante l'attivazione dei servizi appropriati per l'erogazione delle cure domiciliari, di cui la Centrale Operativa Territoriale è l'elemento cardine. Questo per due motivazioni principali:

- * Con il progressivo invecchiamento della popolazione, vi è aumento della quota di grandi anziani soli che necessitano di essere tutelati, di essere “presi in carico”, nelle transizioni da un luogo di cura ad un altro;

- * L'anziano fragile è un paziente caratterizzato dalla incapacità di reagire efficacemente ad eventi che turbano il suo già precario equilibrio. Perciò diventa importante, per l'assistito, garantire le cure necessarie in un ambiente già noto, familiare e confortevole, come solo può essere il proprio domicilio.

In definitiva, si possono ricavare alcune considerazioni, utili spunti per indirizzare gli standard di assistenza offerti dalla Centrale Operativa Territoriale e per una programmazione degli interventi socio-sanitari che sia davvero mirata alla popolazione dell'ULSS n.1 di Belluno:

- * Progressivo invecchiamento della popolazione, con allungamento della vita media;
- * Aumento delle patologie cronico – degenerative, che pongono le basi per la polifarmacoterapia, intesa come l'uso di più farmaci e/o la somministrazione di più farmaci che sono clinicamente indicati, condizione comune tra gli anziani (Hajjar, 2007) **(18)**;
- * Presenza di pluripatologie che riguardano la medesima persona, con necessità di orientare l'approccio degli operatori sanitari in vista della continuità assistenziale;
- * Nuovi bisogni di assistenza e nuove richieste di prestazioni mediche e socio assistenziali, che prevedono prestazioni assistenziali adeguate alle caratteristiche della popolazione stessa;
- * Aumento della quota di grandi anziani soli. “Nel Veneto aumenta il numero delle persone che vivono sole e delle coppie senza figli, ciò come conseguenza dell'invecchiamento della popolazione, la propensione dei giovani a rimandare la separazione dalla famiglia d'origine e l'instabilità coniugale” **(3)**;
- * Favorire le cure a domicilio; l'individuo anziano perde progressivamente la capacità di adattarsi all'ambiente esterno, con riduzione dei meccanismi di difesa nei confronti delle variazioni ambientali;
- * Cambiamento nell'assetto della struttura familiare, con necessità di fare ricorso a varie forme di sostegno esterno per i soggetti con bisogni di assistenza.

4.2 Quadro epidemiologico

Nella Regione Veneto, le principali cause di morte sono i tumori e le malattie del sistema circolatorio (con diversi tassi in base al genere, con valori che crescono con l'aumentare dell'età e con alcuni dati non uniformemente distribuiti tra le diverse ULSS):

- Negli uomini, al primo posto ci sono i tumori (37% dei decessi), seguiti dalle malattie del sistema circolatorio (33%), da quelle dell'apparato respiratorio (7%), e da traumatismi e avvelenamenti (5%);
- Nelle donne, al primo posto sono le malattie del sistema circolatorio (41% dei decessi), quindi tumori (27%), malattie respiratorie (6%) e disturbi psichiatrici (5%).

Gli incidenti stradali sono tra le principali cause di morte prematura nella popolazione veneta (3).

- * Interessante il confronto dei dati sopra riportati con i risultati, pubblicati sul Global Burden of Diseases, di uno studio condotto nel 2010; i ricercatori coinvolti hanno cercato di stimare i decessi annuali per il mondo tra il 1980 e il 2010 per 235 cause, con intervalli di incertezza (UI), separatamente per età e sesso. (Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K. et al., 2013) (19)

I principali gruppi di malattie che maggiormente colpiscono le persone nella regione Veneto e che richiedono frequenti ospedalizzazioni sono, in ordine:

- I tumori
- L'infarto miocardico acuto (IMA)
- Malattie cerebrovascolari acute
- Scompenso cardiaco
- Bronco pneumopatie ostruttive croniche (BPCO)
- Malattie allergiche
- Diabete mellito
- Malattie infettive
- Alterazioni della salute mentale

Se è rilevante, per ognuna delle patologie sopra elencate, capirne le cause e i fattori di rischio che hanno condotto allo sviluppo e alle successive manifestazioni della malattia, è altrettanto importante focalizzare l'attenzione su un punto nodale: sono patologie che si manifestano con episodi acuti, ma che non si risolvono

completamente in seguito alle cure ricevute nella struttura ospedaliera di riferimento, poiché evolvono nel cronico, con manifestazione cliniche diverse da quelle che compaiono nell'episodio acuto e che richiedono un'assistenza specifica.

Nello scenario epidemiologico relativo alla regione Veneto, dunque, la fanno da padrone le malattie cronico-degenerative.

Basandosi sull'archivio delle esenzioni, in essere al 31 dicembre 2009, per patologie croniche ed invalidanti e per malattie rare, se ne ricava che vi è “un progressivo aumento della cronicità e del numero di pazienti da curare, come risultato di trend demografici ed epidemiologici, trattamenti sanitari, evoluzione degli stili di vita” (3).

Il Piano Socio Sanitario Regionale riporta che “nel 2009 in Veneto si sono registrate 2.309.095 esenzioni corrispondenti a 1.383.626 persone esenti, dovute, in ordine di frequenza, ad ipertensione arteriosa, affezioni del sistema circolatorio, malattie cardiache e del circolo polmonare, neoplasie, diabete mellito” (3) (da ricordare però che l'uso del solo archivio delle esenzioni non consente, comunque, di individuare tutti i soggetti portatori di cronicità giacché quest'ultima potrebbe non essere evidenziata in caso di esenzioni per altre ragioni; da questa consapevolezza nasce la necessità di integrare tali dati con quelli provenienti da altri archivi).

Il principio di base è molto semplice: presa consapevolezza del trend epidemiologico, che in fin dei conti non coinvolge solamente la Regione Veneto, poiché l'incremento delle malattie croniche, l'innalzamento dell'età media di vita e il dilagare della multi-morbilità si registrano in tutta la popolazione occidentale, bisogna spostare l'attenzione, ovvero le risorse che mette a disposizione il Sistema Sanitario Nazionale, dal paziente acuto (gestito in Ospedale per un periodo limitato, trattandosi di un processo morboso funzionale o organico a rapida evoluzione) al paziente cronico, avente una condizione patologica di lenta e progressiva evoluzione e una prospettiva di cura al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

La strategia da seguire sarà quella di creare un ponte di collegamento tra l'Ospedale e il Territorio, potenziare la collaborazione tra le professionalità

presenti nelle varie ULSS ed individuare un modello di case management, considerando il territorio (e non la struttura ospedaliera!) il luogo dove la maggior parte delle persone sperimenta ormai la maggior parte dei bisogni di cura; per fare questo, sarà necessario eseguire una minuziosa mappatura dei bisogni di salute espressi dallo scenario epidemiologico, per permettere alla Regione del Veneto di ottimizzare i costi in sanità oltre che, naturalmente, di migliorare la qualità assistenziale per i suoi cittadini.

Ecco che la parola “mappa” diventa la keyword del progetto denominato “ACG” (Adjusted Clinical Groups) (20), dall’Università Johns Hopkins di Baltimora (Usa); il progetto è partito, in via sperimentale, nel 2012 proprio in alcune ULSS della Regione Veneto e si pone l’obiettivo di individuare, e in seguito classificare, le patologie e la loro incidenza nel territorio preso in esame, per dare un chiaro indirizzo all’operato e ai servizi offerti dalla COT, stabilire a quale livello deve intervenire e quali sono i suoi destinatari, dal momento che la Centrale Operativa Territoriale è uno strumento che s’impegna nella continuità assistenziale e in tutto quanto essa concerne (non si fa carico dell’intero scenario epidemiologico ma si pone come base i PDTA predefiniti sulle malattie croniche a maggior impatto epidemiologico).

Considerando la popolazione degli assistiti di tutte le ULSS del Veneto (il progetto ha avuto inizio nel 2012 nelle Aziende ULSS 20 di Verona e 16 di Padova, nel secondo anno di attività ha visto il coinvolgimento delle Aziende ULSS 2 Feltre, ULSS 4 Alto Vicentino, ULSS 6 Vicenza e ULSS 9 Treviso, per arrivare al coinvolgimento di tutte le Aziende ULSS del Veneto con l’anno 2014-2015), lo strumento del Grouper ACG ha elaborato questa piramide per descrivere i suoi bisogni di salute:

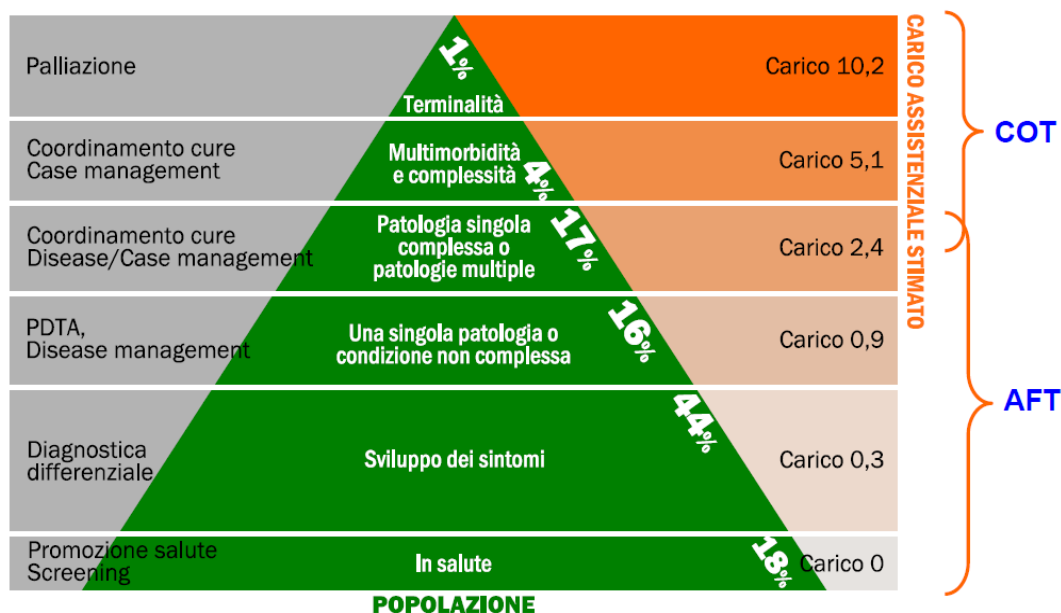


Figura 1. Case-Mix della popolazione, dalla Dgr n. 1112 del 01 luglio 2014

AFT = Aggregazioni Funzionali Territoriali; raggruppamento funzionale, mono-professionale di Medici di Medicina Generale, per il conseguimento degli obiettivi di continuità ed assistenza (Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009, Art. 26 Bis).

Come si può notare dal grafico sopra riportato, la Centrale Operativa Territoriale non si occupa dell'intero carico assistenziale ma interviene ai vertici della piramide, la parte dedicata ai malati più complessi, quelli portatori di patologie croniche evolutive (che richiedono un approccio multi professionale importante) e che evolvono verso la terminalità: tumori, scompenso cardiaco, malattie neurologiche, broncopneumopatie, e le polipatologie che interessano i pazienti geriatrici (anziani fragili).

Nel concreto, se vogliamo avere un'idea più precisa di "con quali numeri" la Centrale Operativa Territoriale dell'ULSS n.1 di Belluno deve lavorare, possiamo considerare i dati relativi alla rilevazione eseguita nel periodo che va da maggio 2014 ad aprile 2015, resi noti durante l'incontro della Giunta Regionale - Area Sanità e Sociale, Settore Assistenza distrettuale e Cure primarie presieduto da Marco Cristofolletti, Referente Medico COT dell'ULSS n. 1 di Belluno, l'11 maggio 2015 a Montecchio Precalcino:

Tabella V. Numero di attivazioni della COT nel periodo maggio 2014- aprile 2015

	N. DI ATTIVAZIONI	% SUL TOTALE
PAZIENTI/FAMILIARI	2444	36,5%
COMUNE	179	2,7
MMG	2431	36,3
OSPEDALE	563	8,4
TERRITORIO	1078	16,1
STRUTTURE RESIDENZIALI	0	0
	6695	

In realtà, la tabella V è stata creata per illustrare quali soggetti possono attivare la COT e in che misura partecipano alla sua attivazione, ma da essa si può anche ricavare il dato di nostro primario interesse: in totale, 6695 attivazioni della Centrale Operativa Territoriale da maggio 2014 ad aprile 2015).

Dopo aver individuato gli ambiti di priorità all'interno dello scenario epidemiologico relativo alla Regione Veneto, attraverso l'attento monitoraggio dei bisogni di salute della popolazione, l'obiettivo che si pone il Sistema Sanitario Regionale, nonché la Centrale Operativa Territoriale, che da esso viene regolata, è di "attuare, partendo da queste basi di conoscenza e secondo criteri di equità e di allocazione delle risorse, di accessibilità, di qualità, di appropriatezza e di sostenibilità, interventi assistenziali adeguati per le diverse fasi della vita, in relazione ai diversi problemi ed alle differenti aree geografiche" (3), con una rilevanza particolare riservata, giustamente, alla cronicità.

Come detto anche nei paragrafi precedenti, vi è una progressiva espansione della componente anziana nella totalità della popolazione veneta, soprattutto dei grandi anziani ultra ottantacinquenni (anziani fragili) e dei portatori di problemi cronico-degenerativi; nel suo operato, la Centrale Operativa Territoriale sfrutta le conoscenze relative allo scenario epidemiologico della popolazione in cui la opera, per una programmazione socio-sanitaria, per diminuire la durata della degenza nelle strutture ospedaliere, per sfruttare le potenzialità che offre l'assistenza domiciliare, per ridurre i costi in sanità e, primariamente, per garantire una risposta personalizzata a bisogni di salute emergenti della società veneta.

Nell'ambito della cronicità, e avendo ribadito più volte che i pazienti fragili necessitano di un'assistenza personalizzata e di continuità di cura in più ambiti, il fine ultimo, su cui i membri della Centrale Operativa Territoriale si devono concentrare, è il garantire una dimissione protetta, scopo realizzabile mediante l'individuazione delle necessità della persona, delle difficoltà che minano la soddisfazione dei suoi bisogni, della miglior strategia per la pianificazione degli interventi assistenziali.

4.3 Il confronto tra le COT della Regione Veneto

Nei capitoli precedenti è stata descritta nel dettaglio la Centrale Operativa Territoriale dell'ULSS n.1, come essa opera, di quali mezzi si serve e le funzioni che svolge riguardo alle esigenze e alle peculiarità del territorio della provincia bellunese.

Al fine di garantire la più volte accennata continuità dell'assistenza e di valorizzare quest'ultima a livello territoriale, la Regione Veneto ha individuato, tra gli obiettivi prioritari, l'adozione e l'avvio del progetto di "Centrale Operativa Territoriale", quale strumento strategico di supporto all'attività dei Distretti. Le varie COT presenti nelle diverse ULSS della Regione Veneto sono fondate sullo stesso razionale, condividono la medesima base legislativa, hanno scopi e linee guida comuni; le differenze sorgono al momento della messa in pratica di quando detto prima, poiché, variando lo scenario socio demografico e quello epidemiologico fra le varie ULSS venete, cambiano i bisogni di assistenza e le risorse a disposizione (personalizzazione dell'assistenza).

Per mettere a confronto la Centrale Operativa Territoriale dell'ULSS n. 1 di Belluno con le COT delle altre ULSS presenti nella Regione Veneto, la Giunta Regionale (riunitasi il 13 novembre 2014 a Montecchio Precalcino in materia di Sanità e Sociale, a favore dell'integrazione tra l'Ospedale e il Territorio) ha proposto la compilazione, da parte delle diverse COT, di specifiche griglie, realizzate mediante l'applicazione Excel; l'obiettivo sarà di "delineare un percorso strutturato finalizzato a oggettivare la situazione esistente e le azioni programmate rispetto a parametri condivisi, per la rilevazione e la rappresentazione degli

elementi necessari per il confronto di esperienze e soluzioni operative individuate e future”, secondo quanto emerge dalla Giunta Regionale.

Assodato che il rationale che ha portato alla necessità-valenza della COT accomuna tutte le Centrali Operative Territoriali regionali, la compilazione di queste griglie rappresenta un lavoro importante per ottenere delle rappresentazioni di azioni / processi / momenti operativi utili per:

- * Permettere una lettura facile e interrelazionata;
- * Oggettivare percorsi strutturati utili al confronto e alla declinazione delle azioni/attività;
- * Valutare elementi comuni da utilizzare quali standard/azioni/procedure;
- * Condividere alcuni obiettivi e creare elementi esaustivi e configuranti l'attività della COT che ne comprovino la sua esistenza.

Prendere visione di queste griglie sarà molto utile per chi, facendo parte del personale medico-infermieristico, volesse avere delle informazioni dettagliate, ma di facile lettura, sulla COT.

Le griglie (disponibili all'ALLEGATO C) si riferiscono, appunto, alla Centrale Operativa Territoriale dell'ULSS n.1 di Belluno e sono aggiornate al 20 gennaio 2015.

4.4 Elaborazione della guida

Lo studio condotto in questa tesi permette l'elaborazione di una guida per il miglioramento del servizio della Centrale Operativa Territoriale dell'ULSS n.1 di Belluno, allo scopo di potenziare l'operatività del personale sanitario, medico ed infermieristico, in merito alla garanzia della continuità assistenziale.

La guida proposta, di pronta e facile consultazione, riporta in maniera sintetica ed efficace le informazioni relative alla COT, utili per la pratica assistenziale nell'integrazione Ospedale-Territorio.

4.4.1 Contenuti principali

PRESENTAZIONE

La Centrale Operativa Territoriale (COT) dell'ULSS n. 1 di Belluno è attiva dal 1° aprile 2014, seguendo quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale

2012-2016 (L.R. 23 del 29/06/2012) e dalle DGRV 975/2013 e 2271 del 10 dicembre 2013.

La COT è lo strumento che interviene nella integrazione tra l'Ospedale e il Territorio, e permette la continuità assistenziale, in quanto coordina e monitora le transizioni da un luogo di cura ad un altro o da un livello clinico/assistenziale ad un altro per quei pazienti coinvolti in un percorso di dimissione protetta.

AREA DI COMPETENZA DELLA COT

L'operato della Centrale Operativa Territoriale comprende i vari distretti per i territori di Agordo,

Belluno e Cadore, ovvero l'intera area dell'ULSS n.1 di Belluno.

La Centrale Operativa Territoriale assegna un codice (trage territoriale da parte dell'operatore COT centralinista) alle richieste assistenziali ricevute, dopo averle accuratamente esaminate.

DI COSA SI OCCUPA

La Centrale Operativa Territoriale è rivolta a quei pazienti definiti "fragili", ovvero che necessitano di un'assistenza personalizzata, per i bisogni che presentano, e di continuità delle cure in più ambiti:

- Assistenza domiciliare
- Cure palliative
- Strutture intermedie
- Ammissioni protette ospedaliere (percorso programmato di immissione ospedaliera)
- Servizio dimissioni protette (la COT programma e pianifica gli interventi attivando i "soggetti/risorse" della rete assistenziale per l'attuazione di processi integrati e la loro standardizzazione in PDTA)
- Presidi ed ausili

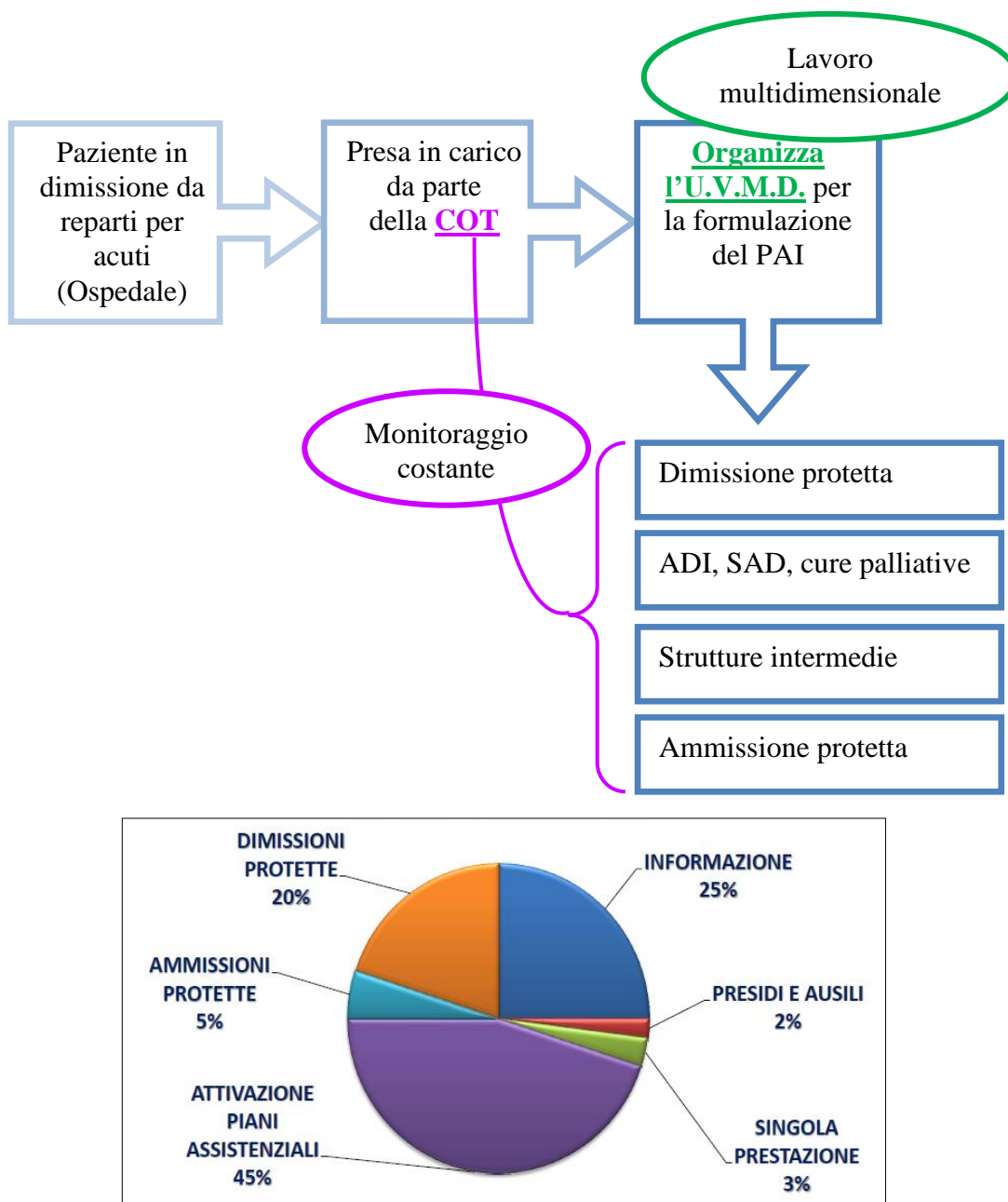


Figura 2. Il fare della COT dell'ULSS n.1 di Belluno

SCOPO FINALE DELLA COT

La Centrale Operativa Territoriale garantisce la continuità assistenziale per gli utenti dell'ULSS n.1 di Belluno per l'innalzamento della qualità e una maggior soddisfazione dei bisogni del paziente; in mancanza di continuità delle cure alla dimissione, gli effetti dell'assistenza erogata nella struttura ospedaliera sono ridotti o annullati, con maggiore propensione per le ri-ospedalizzazioni e un conseguente aumento dei costi sanitari.

PIANIFICAZIONE DIMISSIONE PROTETTA



OPERATORI

NOMINATIVO	FUNZIONE
Sandro De Col	Direttore
Marco Cristofolletti	Dirigente Medico
Luigia Sogne	Coordinatrice Infermieristica

Direzione: Direzione dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale

ORARI DI RICEVIMENTO

- SERVIZIO DISPONIBILE 24 ORE SU 24, 7 GIORNI SU 7 secondo i seguenti orari:

GIORNO	ORARI
DAL LUNEDI' AL VENERDI'	* Dalle 8:00 alle 15:00 due linee telefoniche sempre attive in COT * Dalle 15:00 alle 8:00 del giorno successivo chiamate dirottate alla Centrale del SUEM 118
WEEK-END E FESTIVI	* Deviazione di chiamata alla Centrale del SUEM 118

CONTATTI

L'attivazione della COT può avvenire mediante telefono, fax o tramite e-mail:

- Telefono: 0435 73320 (numero unico di accesso)
- Fax: 0437 516796
- E-mail: cot.distretto@ulss.belluno.it

Le segnalazioni possono essere effettuate da parte dei parenti/familiari, dall'Ospedale, dal Territorio, dalle Strutture Residenziali, dal Medico di Medicina Generale (MMG) o dal Comune.

COME ARRIVARE ALLA STRUTTURA

La COT ha sede ufficiale presso gli Uffici Amministrativi ULSS n.1 all'indirizzo:

- Via Feltre, numero civico 57 - 32100 - Belluno (II° piano)

5. CONCLUSIONI

5.1 Considerazioni finali

Le indagini socio demografica ed epidemiologica condotte sui residenti nell'ULSS n.1 di Belluno rivelano che la popolazione bellunese è sempre più anziana, cosa che richiede un rinnovato bagaglio di conoscenze e di competenze da parte del personale socio-sanitario, il quale si ritrova a dover focalizzare il sapere e l'agire pratico non più su condizioni acute ma su patologie croniche.

I pazienti fragili, ovvero gli anziani, presentano pluripatologie e malattie cronico-degenerative e necessitano di un'assistenza personalizzata e di continuità di cura in più ambiti (Ospedale – Domicilio – Struttura protetta – Altra realtà); la parola chiave è continuità assistenziale: non solo continuità delle cure alla dimissione dalla struttura ospedaliera, per fra si che gli effetti dell'assistenza erogata in Ospedale non siano ridotti o annullati (dimissione protetta), ma anche assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro. Se la continuità assistenziale non viene garantita, si avranno più riospedalizzazioni e un conseguente aumento dei costi in sanità.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è lo strumento che interviene nella integrazione tra l'Ospedale e il Territorio per gli utenti dell'ULSS n.1 di Belluno, e permette la continuità assistenziale, in quanto coordina e monitora le transizioni da un luogo di cura ad un altro o da un livello clinico/assistenziale ad un altro, attuando un percorso di dimissione protetta che vede coinvolti non solo i professionisti ospedalieri, ma anche i servizi territoriali. La COT è quel servizio in grado di stabilire un buon rapporto tra la qualità del piano di cura pensato per la

persona assistita e i costi per realizzarlo, imparando a gestire in maniera ottimale le risorse che l'ambito territoriale mette a disposizione.

La figura professionale che permettere l'evoluzione dalla teoria alla pratica di ciò che si vuole ottenere mediante la realizzazione della Centrale Operativa Territoriale è l'infermiere case manager: il professionista che integra e collabora con gli operatori sanitari e sociali insieme ai familiari per rispondere ai bisogni della persona nei diversi setting assistenziali.

L'uso della guida proposta in questo elaborato sarebbe un valido strumento da utilizzare come routine nella realtà ospedaliera, per migliorare le conoscenze del personale sanitario, medico ed infermieristico, in riferimento alla Centrale Operativa Territoriale nell'ULSS n.1 di Belluno, riportando, in maniera sintetica ma efficace, le informazioni utili per la pratica assistenziale.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- 1) Atto Aziendale ULSS n. 1 Belluno – anno 2014 - Predisposto ai sensi del comma 1-bis dell'art. 3 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.
- 2) Schiavon L. “Progetto Avvio della COT – Azienda ULSS 12 Veneziana”,
Presentazione in Power Point
- 3) Piano Socio Sanitario Regionale - anno 2012/2016 - Legge Regionale n. 23 del 29/06/2012 - Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto n. 53 del 6 luglio 2012 “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016”
- 4) Deliberazione della Giunta Regionale n. 2271 del 10 dicembre 2013 -
Nuove disposizioni in tema di "Organizzazione delle aziende
UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo
atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per
l'organizzazione del Distretto Socio Sanitario. Articolo 3, comma 1 bis e

articolo 7 bis, comma 1 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.e i.. L.R. 29 giugno 2012, n. 23"

- 5) Carta dei Servizi – Unità Operativa “Centrale Operativa Territoriale – COT -” ULSS n. 1 di Belluno – Data di emissione: 18 novembre 2014
- 6) Decreto Ministeriale n. 70 del 02 aprile 2015 - Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera -
- 7) Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 - Data di pubblicazione: 5 agosto 2014, ultimo aggiornamento 8 agosto 2014
- 8) Chiari P. e Santullo A., L'infermiere case manager – dalla teoria alla prassi, 2ª ed., McGraw-Hill, 2010
- 9) Brockapp, J. & Taban, H. (1993). The nurse case manager in acute care settings. *Journal of Nursing Administration*
- 10) Cohen, E. (1996). *Nurse case management in the 21st century*. St.Louis: Mosby- Year Book
- 11) Case Management Society Of America - <http://www.cmsa.org>
- 12) Cohen E.L. e Cesta T.G., *Nursing case management: From concept to evaluation*. St. Louis, Mosby, 1993
- 13) Università degli Studi di Padova – <http://www.unipd.it> – <http://www.unipd.it/linfermiere-case-manager>
- 14) A.I.C.M. Associazione Infermieri Case Manager Italia - <http://www.infermiericasemanager.it>

- 15) Corsi per case manager in Italia: www.unibo.it
www.medicina.unipd.it
www.unifi.it
www.uniroma1.it
www.unimib.it
- 16) Miller, C.A. (2004). Nursing for wellness in older adults: Theory and practice (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- 17) Fryer, G. (2001). Normal changes with aging. In M. L. Mass (Ed.), Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes et interventions. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- 18) Hajjar, E.R., Cafiero A.C., Hanlon, J.T. (2007). Polypharmacy in elderly patients. Philadelphia College of Pharmacy, University of the Sciences in Philadelphia, Philadelphia, Pennsylvania 15213, USA
- 19) Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K. et al (2013). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 381(9867):628
- 20) Adjusted Clinical Groups - <http://acg.regione.veneto.it/>

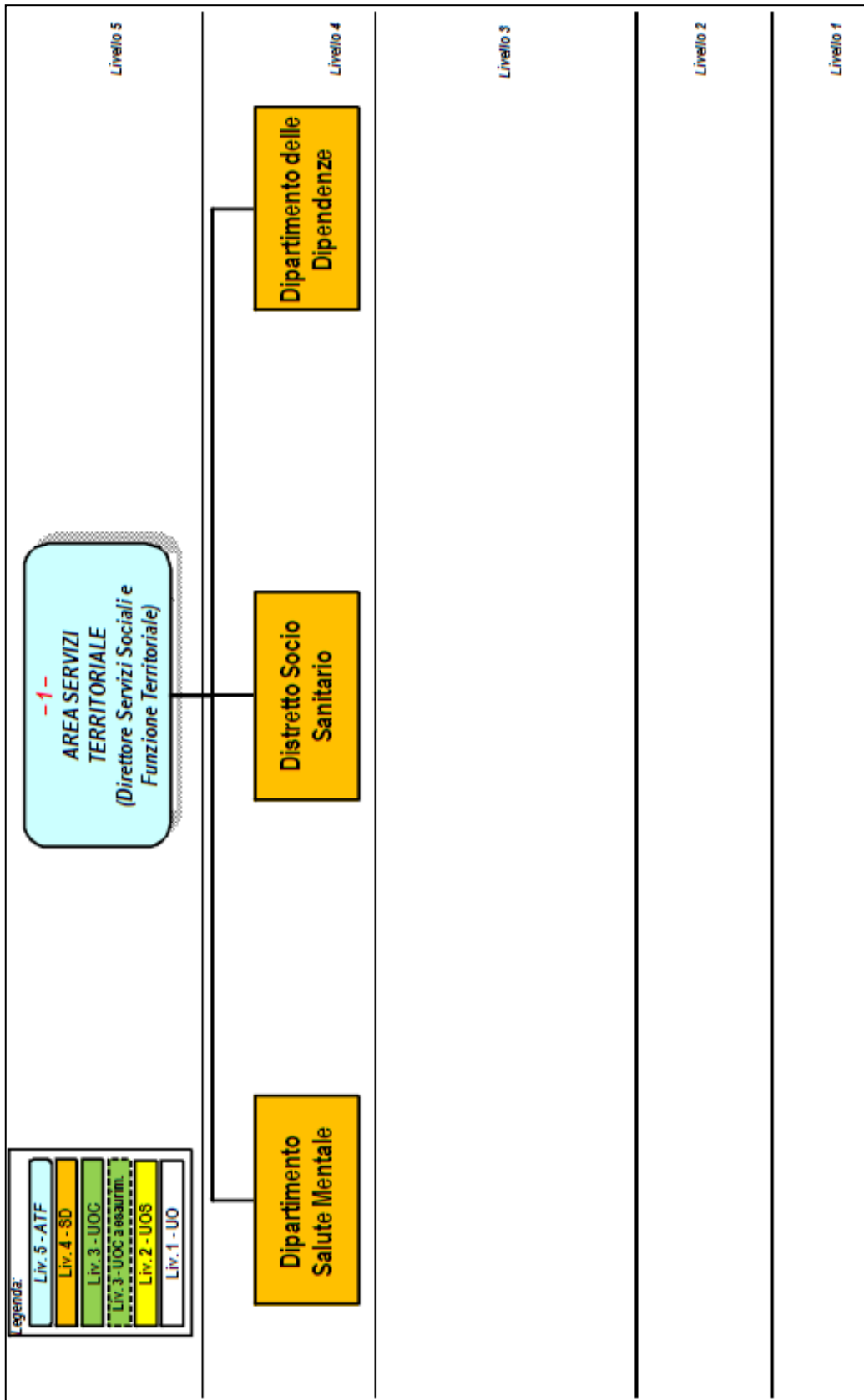
ALLEGATO A

ORGANIGRAMMA U.L.S.S. n.1 - AREA SERVIZI TERRITORIALE

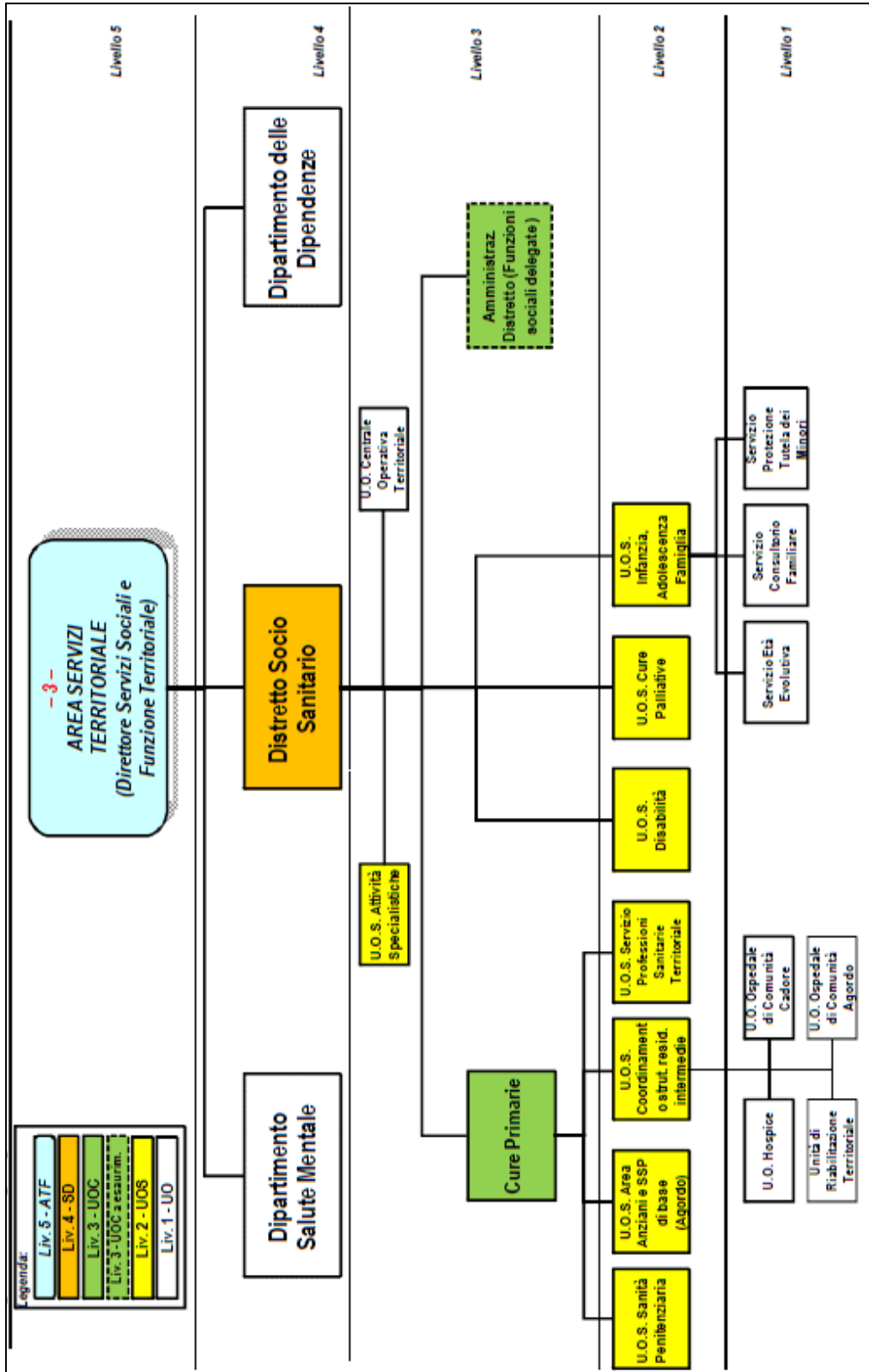
Collocazione grafica della U.O. Centrale Operativa Territoriale

- Tratto dall'Atto Aziendale anno 2014 -

Organigramma U.L.S.S. n.1 – Atto Aziendale anno 2014 – Predisposto ai sensi del comma 1-bis dell'art. 3 del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. -



Organigramma U.L.S.S. n.1 – Atto Aziendale anno 2014 – Predisposto ai sensi del comma 1-bis dell'art. 3 del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. -



ALLEGATO B

TABELLA IV

“Popolazione anno 2013 per comune di residenza e fascia di età”

- Tratto dall’Atto Aziendale anno 2014 –

Comune	fino a 1 anno	da 1 a 14 anni	da 15 a 64 anni	65 anni e oltre	Totale
AGORDO	24	440	2.716	1.020	4.200
ALLEGHE	7	129	772	350	1.258
AURONZO DI CADORE	18	412	2.117	856	3.403
BELLUNO	241	4.170	22.674	9.061	36.146
BORCA DI CADORE	2	87	504	189	782
CALALZO DI CADORE	16	230	1.313	568	2.127
CASTELLAVAZZO	11	181	1.022	384	1.598
CENCENIGHE AGORDINO	7	144	863	345	1.359
CHIES D'ALPAGO	7	159	864	379	1.409
CIBIANA DI CADORE	2	43	227	147	419
COLLE SANTA LUCIA	0	44	257	80	381
COMELICO SUPERIORE	9	269	1.359	634	2.271
CORTINA D'AMPEZZO	40	732	3.581	1.576	5.929
DANTA DI CADORE	2	58	314	120	494
DOMEGGE DI CADORE	14	267	1.562	677	2.520
FALCADE	14	227	1.237	555	2.033
FARRA D'ALPAGO	25	314	1.766	592	2.697
CANALE D'AGORDO	11	120	728	291	1.150
FORNO DI ZOLDO	15	216	1.467	716	2.414
GOSALDO	3	55	404	211	673
LA VALLE AGORDINA	4	129	722	284	1.139
LIMANA	49	657	3.348	1.094	5.148
LIVINALLONGO DEL COL DI LANA	13	173	865	306	1.357
LONGARONE	20	458	2.433	929	3.840
LORENZAGO DI CADORE	5	67	330	149	551
LOZZO DI CADORE	5	168	930	352	1.455
OSPITALE DI CADORE	0	41	185	81	307
PERAROLO DI CADORE	5	51	245	83	384
PIEVE D'ALPAGO	19	211	1.204	462	1.896
PIEVE DI CADORE	24	469	2.415	1.023	3.931
PONTE NELLE ALPI	72	1.081	5.591	1.738	8.482
PUOS D'ALPAGO	15	326	1.656	532	2.529
RIVAMONTE AGORDINO	8	61	404	192	665
ROCCA PIETORE	10	128	829	341	1.308
SAN NICOLO' DI COMELICO	1	41	268	88	398
SAN PIETRO DI CADORE	12	173	1.059	385	1.629
SAN TOMASO AGORDINO	6	60	408	205	679
SANTO STEFANO DI CADORE	17	272	1.732	627	2.648
SAN VITO DI CADORE	14	247	1.187	405	1.853
SAPPADA	10	159	822	331	1.322
SELVA DI CADORE	5	51	334	125	515
SOVERZENE	3	52	251	101	407
TAIBON AGORDINO	15	242	1.150	361	1.768
TAMBRE	8	131	868	383	1.390
VALLADA AGORDINA	4	67	284	147	502
VALLE DI CADORE	13	215	1.270	508	2.006
VIGO DI CADORE	8	167	923	382	1.480
VODO DI CADORE	7	94	565	206	872
VOLTAGO AGORDINO	5	82	541	256	884
ZOLDO ALTO	4	70	593	267	934
ZOPPE' DI CADORE	0	15	143	78	236
TOTALE	849	14.455	79.302	31.172	125.778

ALLEGATO C

LE GRIGLIE

Centrale Operativa Territoriale dell'ULSS n.1 di Belluno

- Ultimo aggiornamento: 20 gennaio 2015 -

JOB DESCRIPTION						
QUALIFICA	POSIZIONE	AZIONE-PRODOTTO	FINALITA'	COMPETENZE	CONOSCENZE (percorsi formativi certificati)	QUALITA'
Infermiere	operatore COT	gestione	gestione	informatiche, sanitarie e relazionali	Laurea 1 livello, corsi aggiornamento sanitari, BLS	Ottime capacità di relazione col pubblico
Assistente sanitaria	operatore COT	gestione	gestione	informatiche, sanitarie e relazionali	Laurea 1 livello, corsi aggiornamento sanitari, BLS	Ottime capacità di relazione col pubblico
Coordinatore		coordinamento	organizzative	informatiche, sanitarie e relazionali, conoscenza lingua inglese	Laurea 2 livello, Master, corsi aggiornamento sanitari, BLS	Ottime capacità di relazione col pubblico, conoscenza lingua inglese, management

PROGETTI ATTIVATI															
titolo del progetto	quando il progetto	bisogno che lo ha generato	obiettivo del progetto	articolo in sottobiettivi	definizione delle operations	figure coinvolte nel processo (relazionate alle operations)	compito della centrale			misura					
							diretta	"affiancamento"	coordinamento	protocolli e procedure PRESENTI e loro utilizzo		protocolli e procedure DA PREDISPORRE e loro utilizzo		indicatori di processo	indicatori di risultato
	01 lug '13 (presenta il disomogeneità)	affinamento della azienda e migliore conoscenza dei processi di presa in carico	1. indirizzare e canalizzare tutte le comunicazioni dei diversi servizi/interventi verso un unico centro di raccolta 2. scheda di dimissione protetta integrata degli elementi marcati 3. definire il setting di informazioni da raccogliere mediante intervista telefonica strutturata ai familiari 3. entro 1 ora inviare il tutto all'operatore competente nel territorio assegnato (compreso MMG) e extra aziendale	1. invio alla COT/1: segnalazione di dimissione protetta dopo aver individuato i bisogni dei px, verificate le condizioni di eleggibilità, 1.b. invio alla COT il modulo di attivazione per i pz a domicilio attraverso fax o e-mail, dopo aver individuato i bisogni dei px, verificare le condizioni di eleggibilità, ottenuto il consenso 1.c. in presenza di bisogno non programmato e non differibile 2.a. verifica se i pz egli in carico alla rete dei servizi territoriali, 2.b. rievoca le nuove problematiche socio assistenziali 3. intervista telefonica strutturata per selezionare il tipo di bisogno 4. apre un fascicolo elettronico per l'assistenza territoriale (cartelli depositati nel server centrale) 5. invia entro 1 ora al servizio di competenza territoriale ed il MMG/PLS (tale informazione è visibile anche in ospedale) 6. il processo rimane tracciato 7. verifica la presa in carico del pz nel sistema Aurora (piano settimanale ADI)	1.1. UC di digamma ospedaliera 1.b. MMG/PLS 1.c. utente/famiglia/caregiver 2. operatore COT 3. operatore COT 4. operatore COT 5. operatore COT	1.a. 1.b. 1.c.			1.a. segnalazione di dimissione protetta 1.b. modulo di attivazione 3. modulo di intervista telefonica strutturata 2.a. verifica se i pz egli in carico alla rete dei servizi territoriali 2.b. rievoca le nuove problematiche 3. intervista telefonica strutturata per selezionare il tipo di bisogno 4. apre un fascicolo elettronico per l'assistenza territoriale (cartelli depositati nel server centrale) 5. invia entro 1 ora al servizio di competenza territoriale ed il MMG/PLS (tale informazione è visibile anche in ospedale) 6. il processo rimane tracciato 7. verifica la presa in carico del pz nel sistema Aurora (piano settimanale ADI)	1.a. segnalazione di dimissione protetta 1.b. modulo di attivazione 3. modulo di intervista telefonica strutturata 2.a. verifica se i pz egli in carico alla rete dei servizi territoriali 2.b. rievoca le nuove problematiche 3. intervista telefonica strutturata per selezionare il tipo di bisogno 4. apre un fascicolo elettronico per l'assistenza territoriale (cartelli depositati nel server centrale) 5. invia entro 1 ora al servizio di competenza territoriale ed il MMG/PLS (tale informazione è visibile anche in ospedale) 6. il processo rimane tracciato 7. verifica la presa in carico del pz nel sistema Aurora (piano settimanale ADI)	indicatori di processo indicatori di risultato				

BISOGNI (anche come necessità organizzativo-procedurali rilevate)

IDENTIFICAZIONE del bisogno/necessità	DECLINAZIONE del bisogno (descrizione del bisogno nei suoi elementi costitutivi)	DECODIFICA degli ELEMENTI COSTITUTIVI DEL BISOGNO (effettuata con criteri dei fünf secondo lo schema cliente-fornitore)	TIPO DI BISOGNO			ATTIVATORE DEL BISOGNO (chi rileva la necessità)		in favore di chi ("cliente")?	TIPO DI RISPOSTA o PRODOTTO	strumenti di valutazione del bisogno	mappature del flusso (chi fa che cosa oggi: AS/IS)	flusso informativo (quali informazioni: AS/IS)	flusso informativo (AS/IS)
			PAZIENTECENTRICO assistenziale	SERVIZIOCENTRICO procedurale (procedure, tabelle, schermi...)	SERVIZIOCENTRICO organizzativo	istituzionale	oggetti esterni						
avere informazioni in regime di ricovero per la comunità assistenziale	1. avere informazioni del ricovero del paziente già in carico territoriale 2. avere informazioni su predictività di presa in carico territoriale 3. "viaggio" informazioni tra ospedale-territorio e viceversa 4. settimi giri di informazioni per le dimissioni protette	1. cliente = territorio; fornitore = ospedale	X	X	X	ospedale	territorio	4. scheda di dimissioni protette	N segnalazioni pervenute n. dimessi	specificare le informazioni rispetto al processo		aregale pr. rinviali anagrafe ex in ADU	

ELENCO DEI SISTEMI INFORMATIVI CUI SI HA ACCESSO E RELATIVE INFORMAZIONI							
NOME SISTEMA INFORMATICO	PROPRIETA' (...)	QUALE INFORMAZIONE PER LA COT	CHI LA GENERA (normalmente a prescindere dalla COT)?	CHI LA RECEPISCE (normalmente a prescindere dalla COT)?	FINALITA' DELL'INFORMAZIONE per la COT	CHE AZIONE GENERA nella COT?	DESTINATARI DELL'AZIONE prodotta dalla COT
Software At@nte,		<p> pianificazione della assistenza, attivazione dimissioni , bisogni assistenziali utenti, servizi attivati, aggiornamento degli accessi ed interventi del MMG/Infermiere/Specialista a domicilio, attività erogate dai servizi sociali comunali</p> <p> dati del paziente anagrafica utenti</p>	<p> Reparto-MMG- Operatore ADI – Familiare- Servizi Sociali</p>	<p> MMG- Operatore ADI- Servizi Sociali</p>	<p> Organizzazione della dimissione protetta, organizzazione dell'attività ADI mail attivazione servizi, n° telefonate da/per tempistica telefonate fascie orarie segnalazioni/presa in carico da parte dei MMG, dei reparti, dei distretti etc.</p>	<p> Attivazione servizi, pianificazione dell'attività, monitoraggio risorse</p>	<p> Ente-Appalzatore, MMG, Servizi Sociali, Cure Palliative</p>
Anagrafe Regionale Software "Aurora"		<p>referti e lettere di dimissione</p> <p>lista dei pazienti assistiti con l'ausilio di elettromedicali (respiratori, Oz terapia, aspiratori...), lista pazienti in ADIMED</p> <p>Gestione della segnalazione dei dati</p>	<p>Medici ospedalieri</p> <p>La generava l'ente gestore dell'assistenza domiciliare</p>	<p>Operatore ADI, Operatore Distretti</p>	<p>Dati Anagrafici</p> <p>informazioni sanitarie</p>	<p>Integrazione dati in suo possesso</p> <p>Integrazione dati in suo possesso</p>	<p>COT</p> <p>COT</p>
Cartella condivisa SUEM				operatori SUEM	informazioni sanitarie	Integrazione dati in suo possesso	SUEM
P.U.A					informazioni generali (sanitarie, logistiche, sociali)	Attivazione del servizio	COT