

# La presa in carico territoriale 116117 e COT

Dott. Vincenzo Gigantelli  
Direttore Sanitario, ASL BR

**18-19-20 SETTEMBRE 2024**  
**BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**



**Il DM 77/2022 approva Il Regolamento** che definisce gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e il sistema di prevenzione salute ambiente e clima e l'identificazione delle strutture ad essa deputate, per dare attuazione a quanto previsto nell'ambito del PNRR (M6C1-1 «Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale)

**Obiettivo:** perseguire i principi di universalità, uguaglianza ed equità su cui si fonda il SSN con un rafforzamento della sua capacità di operare come sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

**Gli elementi cardine** per la realizzazione del nuovo sistema territoriale: sviluppo di strutture di prossimità, potenziamento delle cure domiciliari, l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali (medico, infermiere, assistente sociale, psicologo, farmacista e eventuali altri professionisti), medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni, servizi digitalizzati, valorizzazione della co-progettazione con le persone, valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità.



**monitor**

**iQUADERNI**  
SUPPLEMENTO  
ALLA RIVISTA  
SEMESTRALE  
MONITOR - 2022

**LE CENTRALI  
OPERATIVE**  
STANDARD DI SERVIZIO,  
MODELLI ORGANIZZATIVI,  
TIPOLOGIE DI ATTIVITÀ  
ED ESPERIENZE REGIONALI

**agenas** AGENZIA NAZIONALE PER LE POLITICHE SANITARIE

 **Forum  
Mediterraneo  
in Sanità™ 2024**

**CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE** è 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.

**Standard:**

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

**Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti:**

- Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto.

@ForumRisk     [www.forummediterraneosanita.it](http://www.forummediterraneosanita.it)

**18-19-20 SETTEMBRE 2024**  
**BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**

## Centrale Operativa 116.117

### PANORAMICA ESPERIENZE REGIONALI

Recentemente, con il Decreto Rilancio (D.L. n. 34 art. 1 comma 8 del 19 maggio 2020), al fine di garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, è stato previsto che le Regioni e le Province Autonome provvedano all'attivazione di centrali operative regionali CO NEA 116117, che svolgano le funzioni in accordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.

Allo stato attuale le CO NEA 116117 risultano attive nelle seguenti regioni:

- **Lombardia:** il numero risponde alle chiamate rivolte alla Continuità Assistenziale e, a seconda delle diverse necessità, il medico o l'operatore valutano se è possibile rispondere direttamente o trasferire la richiesta al servizio di riferimento, compreso 118 o 112. Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 20.00 alle ore 8.00, festivi e prefestivi h24.
- **Piemonte:** sono attivate 4 CO NEA 116117. Il numero risponde alle chiamate rivolte alla

Continuità Assistenziale, per informazioni sull'assistenza sanitaria e socio-sanitaria ed altri servizi. Il servizio è attivo h24, 7 giorni a settimana.

- **P.A. di Trento:** il numero risponde alle chiamate rivolte alla Continuità Assistenziale, per informazioni sull'assistenza sanitaria ai villeggianti (Ex Guardia Medica Turistica) e per le prenotazioni dei trasporti sanitari in ambulanza. Il servizio è attivo h24, 7 giorni a settimana.

Nelle seguenti regioni, a cui è stata rilasciata già l'autorizzazione, il NEA 116117 è in fase di sperimentazione:

- **Sardegna:** il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 20.00 alle ore 8.00, festivi prefestivi h24. Sta per terminare la fase di sperimentazione con numero già attivo in alcune aree;
- **Lazio:** a breve terminerà la fase di sperimentazione;
- **Basilicata:** otterrà l'approvazione da parte del Ministero della Salute ad iniziare la sperimentazione entro la fine dell'anno.

Figura 7. Regioni in cui è attivo o in via di sperimentazione il numero NEA 116117



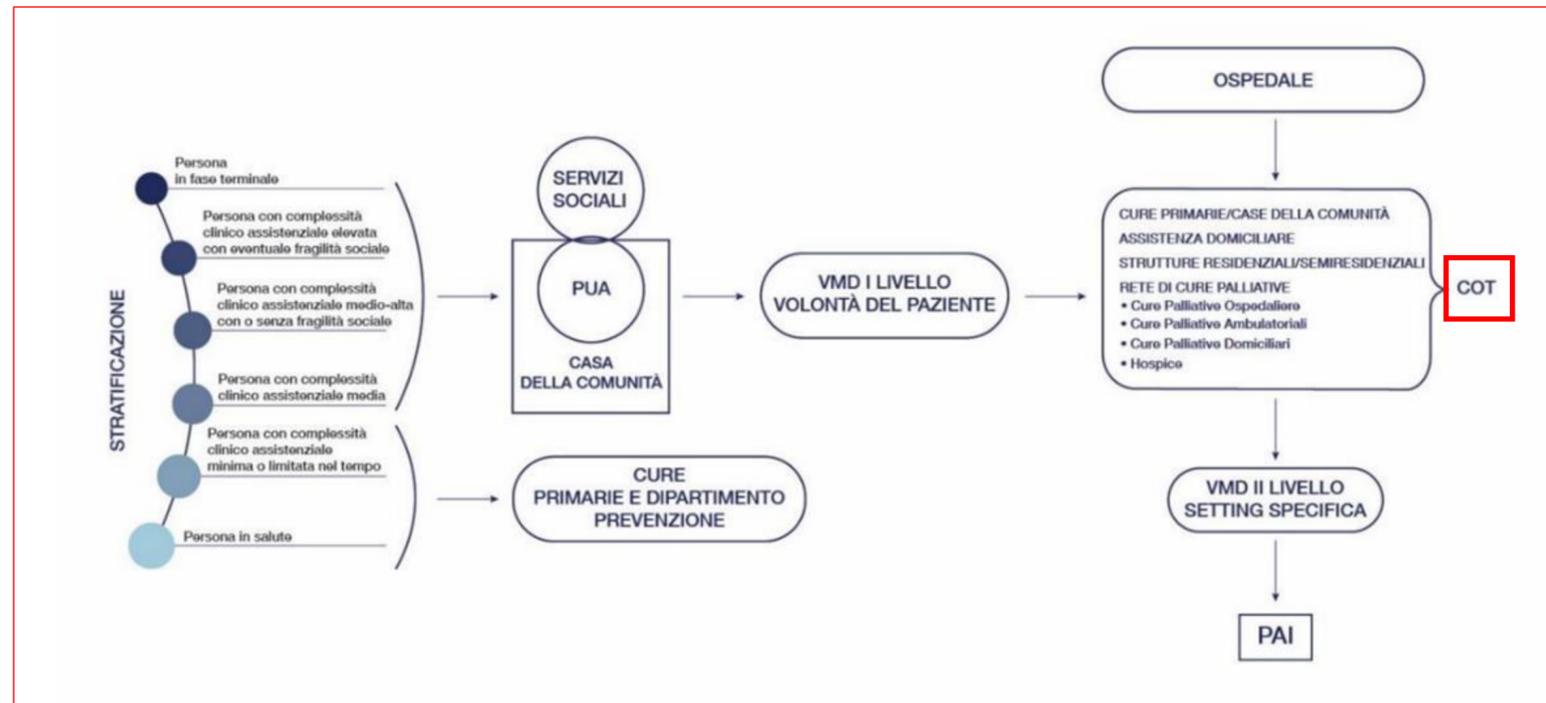
**Forum  
Mediterraneo  
in Sanità™ 2024**

@ForumRisk    

[www.forummediterraneosanita.it](http://www.forummediterraneosanita.it)

**18-19-20 SETTEMBRE 2024**  
**BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**

**Forum  
Mediterraneo  
in Sanità™ 2024**



@ForumRisk [www.forummediterraneosanita.it](http://www.forummediterraneosanita.it)

**18-19-20 SETTEMBRE 2024**  
**BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**

 **Forum  
Mediterraneo  
in Sanità™ 2024**



#### ATTIVITÀ E SERVIZI EROGABILI

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

- **Coordinamento della presa in carico della persona** tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).
- **Coordinamento/ottimizzazione degli interventi** attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.
- **Tracciamento e monitoraggio delle transizioni** da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.
- **Supporto informativo e logistico, ai professionisti** della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.
- **Monitoraggio** dei pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso strumenti di telemedicina, e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.



[www.forummediterraneosanita.it](http://www.forummediterraneosanita.it)

## CRITICITA'

- Ricambio generazionale del personale sanitario: è necessario prevedere in un'ottica futura la puntuale programmazione di ricambio generazionale del personale sanitario, onde voler superare il fenomeno della “gobba pensionistica”
- Percorso formativo dell'IFoC: è necessario sviluppare e implementare programmi di formazione mirati all'acquisizione di competenze specifiche
- Integrazione sociale e sanitaria: l'integrazione sociosanitaria si scontra con alcune criticità, quali, in particolare, la frammentazione dei servizi e la mancanza di una governance unitaria del sistema

## Piano Operativo di attuazione del DM 77/2022

inviato con nota prot. 30208 del 27/3/2024



### PIANO OPERATIVO DI ATTUAZIONE DEL DM 77/2022

#### NELLA ASL BRINDISI

*(ai sensi dell'art.17 del R.R. 19 dicembre 2023, n. 13 avente ad oggetto:*

*"Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022")*

#### Sommario

A) DISTRETTO .....	3
B) CASA DI COMUNITÀ .....	7
C) INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ .....	20
D) UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE .....	22
<b>E) CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE .....</b>	<b>24</b>
F) ASSISTENZA DOMICILIARE .....	27
G) OSPEDALE DI COMUNITÀ .....	31
H) RETE DELLE CURE PALLIATIVE .....	34
I) SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE .....	37
J) PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO .....	40
SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (S.I.S.P.) .....	40
ORGANIZZAZIONE SCREENING ONCOLOGICI ASL BRINDISI .....	42
SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (S.I.A.N.) .....	44
SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (S.P.eS.A.L.) .....	46
SERVIZIO VETERINARIO DI SANITÀ ANIMALE (SIAV A) .....	47
SERVIZIO VETERINARIO IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI (S.I.A.V. B) ..	48
SERVIZIO VETERINARIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE (S.I.A.V. C)	49
U.O.S.D. EPIDEMIOLOGIA .....	50
U.O.S.D. QUALITÀ, COMUNICAZIONE, FORMAZIONE, EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE .....	51
U.O.S.D. SICUREZZA ALIMENTARE E ANTIBIOTICORESISTENZA .....	52
U.O.S.D. MEDICINA LEGALE .....	53
DOTAZIONE DEL PERSONALE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE .....	54
K) SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITÀ .....	58

### 18-19-20 SETTEMBRE 2024

#### BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI



#### B) CASA DI COMUNITÀ

Il DM 77/2022 prevede che, entro il 30 giugno 2026, vengano realizzate, con fondi PNRR, nella ASL Brindisi 9 Case di Comunità (CdC).

Inoltre l'Area Gestione Tecnica ha evidenziato che è prevista la realizzazione, con fondi alternativi (aziendali/regionali) di ulteriori n. 4 Case di Comunità (CdC), secondo un percorso di riorganizzazione e adeguamento delle strutture esistenti per soddisfare i criteri richiesti dal DM 77/2022.

Nella tabella che segue vi è un riepilogo delle CdC previste in relazione alla sede comunale, al Distretto di appartenenza e alla tipologia (Hub o Spoke).

RIEPILOGO CASE DI COMUNITÀ PREVISIONE ASL BRINDISI				
DSS	Città	Sede prevista	Tipologia CdC	FONDI FINANZIAMENTO
1	BRINDISI	Piazza Di Summa c/o ex P.O. Di Summa	HUB	PNRR
	SAN VITO DEI NORMANNI	Viale ONU	SPOKE	PNRR
2	FASANO	Via Nazionale dei Trulli	HUB	REGIONE
	OSTUNI	Contrada Trappeto del Monte	SPOKE	PNRR
	CISTERNINO	Via Regina Margherita	SPOKE	PNRR
3	CEGLIE MESSAPICA	Largo Cappuccini	HUB	REGIONE
	VILLA CASTELLI	Piazza Ostillo	SPOKE	PNRR
	SAN MICHELE SALENTINO	Via Enrico Toti	SPOKE	PNRR
	FRANCAVILLA FONTANA	Ex Fiera dell'Ascensione	SPOKE	PNRR
4	MESAGNE	Via Panareo	HUB	REGIONE
	SAN PANCRAZIO SALENTINO	Via Umbria	SPOKE	PNRR
	TORRE SANTA SUSANNA	Via Oria	SPOKE	PNRR
	SAN PIETRO VERNOTICO	Via Lecce	SPOKE	REGIONE

#### CRONOPROGRAMMA

INTERVENTI STRUTTURALI	DA VALUTARE	set-25	ott-25	nov-25	dic-25	gen-26	feb-26	mar-26	apr-26	mag-26	giu-26
CdC – BRINDISI	DA VALUTARE										
CdC – SAN VITO DEI NORMANNI	giu-26										
CdC – FASANO	DA VALUTARE										
CdC – OSTUNI	giu-26										
CdC – CISTERNINO	giu-26										
CdC – CEGLIE MESSAPICA	DA VALUTARE										
CdC – VILLA CASTELLI	dic-25										
CdC – SAN MICHELE SALENTINO	set-25										
CdC – FRANCAVILLA FONTANA	dic-25										
CdC – MESAGNE	DA VALUTARE										
CdC – SAN PANCRAZIO SALENTINO	giu-26										
CdC – TORRE SANTA SUSANNA	feb-26										
CdC – SAN PIETRO VERNOTICO	DA VALUTARE										

#### C) INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC) è il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica.

L'IFoC introduce un modello assistenziale infermieristico orientato alla famiglia e alla comunità, capace di garantire una risposta tempestiva in collaborazione con tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, ai bisogni della popolazione adulta e pediatrica di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento.

L'assistenza territoriale diventa un luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità/fragilità e della personalizzazione dell'assistenza.

L'IFoC è un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva ed agisce in autonomia professionale nei diversi setting di cura territoriale: domiciliare, ambulatoriale e di comunità ed afferisce al DSS di riferimento.

##### Competenze e formazione:

Le competenze richieste all'IFoC sono di natura clinico assistenziale e di tipo comunicativo-relazionale. Deve possedere capacità di lettura dei dati epidemiologici e del sistema contesto ed associare un elevato grado di conoscenza del sistema della rete dei servizi sanitari e sociali per poter creare connessioni ed attivare azioni ad integrazione orizzontale e verticale tra servizi e professionisti a favore di una risposta sinergica. È previsto attualmente un percorso di formazione accademica (*Master di I° livello o altro percorso idoneo*) in Infermieristica di Famiglia e Comunità, ma in considerazione della necessità di avviare, tempestivamente, la nuova organizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77/2022, si ritiene necessario individuare infermieri per i quali sia possibile valorizzare l'esperienza acquisita, la motivazione e l'interesse all'ambito territoriale dell'assistenza.

Inoltre, sarà necessario avviare iniziative di **formazione aziendale o regionale** che permettano la formazione, in tempi brevi, con modalità blended e formazione sul campo di un numero di Infermieri congruo alle esigenze della nostra ASL.

##### CALCOLO PER LA DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE

Distretti	Popolazione residente al 1° Gennaio 2024	IFoC
DSS 1 - Brindisi	106.236	35,41
DSS 2 - Fasano	82.433	27,47
DSS 3 - Francavilla Fontana	103.932	34,64
DSS 4 - Mesagne	102.376	34,12
<b>TOTALE<sup>1</sup></b>	<b>394.977</b>	<b>132</b>

##### CRONOPROGRAMMA:

Le attività di cui al presente paragrafo necessitano di ulteriori azioni richiedenti i tempi stimati indicati nella tabella che segue.

LINEE DI ATTIVITA'	TERMINI DI REALIZZAZIONE
Bando interno per individuare Infermieri già in possesso di Master in Infermieristica di Famiglia e di Comunità e/o motivate ed interessati all'ambito territoriale dell'assistenza	10/2024
Avvio di corso di Formazione (regionale o aziendale)	12/2024
Avviare l'attività degli IFoC sui DSS aziendali in modo graduale (individuando un DSS pilota) con il reclutamento dei primi 30 Infermieri.	Entro 06/2026

### G) OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'art. 9 del Regolamento regionale 13/2023 descrive il modello organizzativo degli Ospedali di Comunità (OdC), e fissa il relativo standard nella seguente misura: 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Nella ASL Brindisi sono previsti 8 Ospedali di Comunità:

DSS	Comune	SEDE	P. L. ATTIVI	P.L. DA ATTIVARE	P.L. TOTALI
1	BRINDISI	Ex P.O. Di Summa	N.D.	20	20
2	FASANO	Via Nazionale dei Trulli	10	10	20
2	CISTERNINO	Via Magellano	12	8	20
3	CEGLIE MESSAPICA	Largo Cappuccini	12	4	16
4	LATIANO	Istituto Scazzeri	N.D.	20	20
4	SAN PANCRAZIO SALENTINO	Via Umbria	N.D.	20	20
4	MESAGNE	Via Panareo	12	8	20
4	SAN PIETRO VERNOTICO	Via Lecce	N.D.	16	16
TOTALE			46	106	152

### CRONOPROGRAMMA

INTERVENTI STRUTTURALI		set-25	ott-25	nov-25	dic-25	gen-26	feb-26	mar-26	apr-26	mag-26	giu-26
OdC – BRINDISI	DA VALUTARE										
OdC – FASANO	dic-25										
OdC – CISTERNINO	feb-26										
OdC – CEGLIE MESSAPICA	DA VALUTARE										
OdC – MESAGNE	ott-25										
OdC – SAN PIETRO VERNOTICO	mag-25										
OdC – SAN PANCRAZIO SALENTINO	giu-26										
OdC – LATIANO	giu-26										

### E) CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

L'art. 6 del RR 13/2023 descrive il modello organizzativo delle Centrali Operative Territoriali (COT), e fissa il relativo standard nella seguente misura:

- n. 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

#### STATO DELL'ARTE:

Trattandosi di nuova struttura organizzativa, attualmente presso la ASL Brindisi non sono operative le COT, di converso, la programmazione prevista dal DM 77/2022 ha già individuato la realizzazione di 4 COT, una per ciascun distretto:

DSS	Città	Sede
1	BRINDISI	Ex P.O. di Summa
2	FASANO	PTA Via Nazionale dei Trulli
3	FRANCAVILLA FONTANA	Ospedale Vecchio - Piazza Dimitri
4	MESAGNE	PTA Via Labanchi

#### OBIETTIVI

- **TECNOLOGICI E STRUTTURALI:**

Dal punto di vista di natura edile ed impiantistica, gli interventi finanziati nell'ambito del PNRR sono stati già realizzati e **completati al 31 dicembre 2023**.

Le forniture per consentire anche l'attivazione della struttura sono per lo più già state acquisite o sono in corso di acquisizione.

In merito agli apparati di rete, si è in attesa di informazioni specifiche da parte della Regione, interessata per gli approvvigionamenti.

Nella tabella sotto riportata vengono indicate le situazioni significative.

MACROAREA	AREA FUNZIONALE	COT FASANO	COT BRINDISI	COT FRANCAVILLA FONTANA	COT MESAGNE
CENTRALE OPERATIVA	CENTRALE OPERATIVA				
	Centrale operativa con postazioni lavoro	SI	SI	SI	SI
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	AREA SERVIZI GENERALI				
	Servizi di accoglienza per gli utenti e il personale	SI	SI	SI	SI
	AREA SERVIZI LOGISTICI				
	Servizi logistici per il funzionamento dell struttura	SI	SI	SI	SI
	AREA PULIZIA	All'interno dell'immobile	All'interno dell'immobile	All'interno dell'immobile	All'interno dell'immobile
	AREE LOCALI TECNICI				
	CT, centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.	All'interno dell'immobile	All'interno dell'immobile	All'interno dell'immobile	All'interno dell'immobile
DIMENSIONAMENTO PARAMETRICO	SUPERFICIE DI PAVIMENTO INDICATIVA	150	330	155	210
	NUMERO INDICATIVO DI LOCALI OPERATIVI	4	3	3	3

- **FABBISOGNO E RECLUTAMENTO DEL PERSONALE:**

Nel PTFP 2022-2024, attualmente in fase di approvazione regionale sono stati previsti per le COT:

- n° 20 infermieri
- n° 18 assistenti amministrativi

Approvato il piano di fabbisogno si procederà agli ulteriori adempimenti necessari per le assunzioni.

- **MODALITA' ORGANIZZATIVE:**

Redazione di un modello organizzativo che, ponendo al centro del coordinamento della presa in carico la COT, definisca le modalità di raccordo tra i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali:

- Attività territoriali;
- Attività ospedaliere e socio-sanitaria;

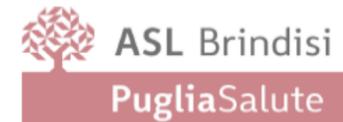
**18-19-20 SETTEMBRE 2024**  
**BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PUGLIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA  
PROVINCIA DI BRINDISI

N. \_\_1199\_\_ del registro delle deliberazioni      N. Prop. 01310-24\_PDL 06/06/2024

Oggetto: Progetto di Salute in Asl Br – attuazione sperimentale delle previsioni di cui al D.M. 77/2022 e del P.N.C. APPROVAZIONE



**PROGETTO DI SALUTE IN ASL BR**  
attuazione sperimentale  
delle previsioni di cui al D.M. 77/2022 e del P.N.C.

@ForumRisk    

[www.forummediterraneosanita.it](http://www.forummediterraneosanita.it)

## LE C.O.T. PREVISTE NELLA ASL BR

Presso la ASL Brindisi, la programmazione prevista dal DM 77/2022 ha individuato la realizzazione di **4 COT**, una per ciascun distretto:

DSS	Città	Sede
1	BRINDISI	Ex P.O. di Summa
2	FASANO	PTA Via Nazionale dei Trulli
3	FRANCAVILLA FONTANA	Ospedale Vecchio - Piazza Dimitri
4	MESAGNE	PTA Via Labanchi

**18-19-20 SETTEMBRE 2024**  
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

**PROGETTO DI SALUTE IN ASL BR:**

attuazione sperimentale delle previsioni di cui al D.M. 77/2022 e del P.N.C.



**Forum Mediterraneo in Sanità™ 2024**

**DURATA PROGETTO:**

- 12 mesi (da luglio 2024 a giugno 2025)

**LUOGO DI SVOLGIMENTO:**

- Sedi Centrali Operative Territoriali Asl BR

**SOGGETTI COINVOLTI:**

- MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale, Medici Specialisti Ambulatoriali dipendenti e convenzionati, altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali, personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

**TIPOLOGIA DI INTERVENTI:**

- Coordinamento della transizione (dimissione) dei pazienti ricoverati in Ospedale verso il trattamento temporaneo o residenziale o domiciliare protetto;
- Coordinamento della presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare protetta e delle eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali;
- Coordinamento della transizione (ammissione/dimissione) dei pazienti tra Ospedale e strutture di ricovero intermedie (Ospedali di Comunità, Hospice) e monitoraggio della presa in carico dei pazienti in assistenza residenziale definitiva o semiresidenziale.

**CRONOPROGRAMMA:**

AZIONI	Giu 2024	Lug 2024	Ago 2024	Set 2024	Ott 2024	Nov 2024	Dic 2024	Gen 2025	Feb 2025	Mar 2025	Apr 2025	Mag 2025	Giu 2025
INTERVENTI STRUTTURALI													
DOTAZIONE TECNOLOGICA													
STESURA DELLE PROCEDURE OPERATIVE AZIENDALI													
DOTAZIONE DEL PERSONALE													
FORMAZIONE DEL PERSONALE													
MONITORAGGIO E VALUTAZIONI													

@ForumRisk    

[www.forummediterraneosanita.it](http://www.forummediterraneosanita.it)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 luglio 2024, n. 940

Recepimento delle "Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità" di Agenas. Attuazione della legge regionale 29 dicembre 2023, n.37, art.49 "Percorsi formativi e progetti pilota su infermiere di famiglia e di comunità".

Arriva l'"infermiere di famiglia" anche in Puglia e per l'attivazione, si parte con la formazione del personale che sarà addetto:

la Giunta ha deciso di dare attuazione alla L.R. n.37/2023, art.49 "Percorsi formativi e progetti pilota su infermiere di famiglia e di comunità" e ha dato mandato agli Ordini delle Professioni Infermieristiche di attivare, in via sperimentale, i percorsi formativi e progetti pilota su infermiere di famiglia o comunità progettati in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali e con il coinvolgimento delle Università pugliesi con riferimento alla attivazione del **Master Universitario di primo livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità**, così come previsto dalle Linee di indirizzo di Agenas.



## POPOLAZIONE TARGET

- Soggetti per i quali viene richiesto intervento in quanto:
  - - in condizioni di autosufficienza/non autosufficienza
  - - in condizioni di fragilità sociale/familiare e/o con bisogni sociosanitari che necessitano di continuità nell'assistenza.
  - - altre condizioni assistenziali /sociali/sanitarie che richiedono uno specifico coordinamento operativo territoriale

**18-19-20 SETTEMBRE 2024**  
**BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**

 **Forum  
Mediterraneo  
in Sanità™ 2024**

## ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

- ✓ La COT è uno strumento a servizio degli operatori socio-sanitari.
- ✓ Essa può essere attivata tramite contatto telefonico, mail dedicata ovvero mediante procedura informatizzata (secondo modello standard regionale).
- ✓ Il personale della COT utilizza **schede di segnalazione / scheda di triage** che permettono di operare una selezione dei bisogni.
- ✓ **Detti strumenti sono concepiti in funzione di:**
  - procedura operativa aziendale di **dimissione protetta**
  - procedura di **passaggio ad altro setting**
  - per esigenze di **segnalazione di specifici bisogni socioassistenziali, sociali e sanitari**.

**L'utilizzo degli strumenti deve essere calibrato per raccogliere informazioni sintetiche da parte di:**

- ✓ unità operative ospedaliere;
- ✓ unità operative distrettuali;
- ✓ medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medici di continuità assistenziale;
- ✓ centrali operative territoriali e/o Servizi continuità cure di altri Distretti;
- ✓ centrali operative territoriali e/o Servizi continuità cure di altre aziende (ASL/AO);
- ✓ strutture di ricovero intermedie e strutture residenziali



@ForumRisk    

[www.forummediterraneosanita.it](http://www.forummediterraneosanita.it)

## STRUMENTI

- La **COT** sarà dotata di **metodologie di valutazione standard**, comuni ai diversi ambiti, riconosciute e validate dai differenti professionisti in termini di affidabilità e appropriatezza.
- In tal senso la **COT** farà uso di **scale e di schede condivise con i principali item - registrabili in via informatica - sotto forma di punteggi o menu obbligati**;
- tanto al **fine di costruire schemi standard di confronto** sia a fini epidemiologici sia per finalità di monitoraggio delle attività e relativi costi sostenuti.



## OPERATIVITÀ

- La COT è attiva di norma 7 giorni su 7, h. 8.00-20.00 con orario variabile in relazione alla quantità di interventi con le caratteristiche di urgenza organizzativa.
- In **fase di avvio** la operatività sarà sui **5/7** gg per massimo **36 ore** settimanali in attesa di implementazione modello organizzativo più ampio.



## PERSONALE

- Nella **fase di avvio** dell'attività **si prevede l'utilizzo delle professionalità assegnate alle PUA Distrettuali, con modalità da verificare con i responsabili.**
- **A regime**, per ogni COT, si prevede il seguente organico tipo:
  - 1 coordinatore infermieristico
  - Personale infermieristico commisurato con il volume di attività (3-5 Infermieri)
  - Personale amministrativo commisurato con il volume di attività (1-2 unità)
  - Assistenti sociali (assegnato al DSS/PUA)



## INDICATORI DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

- Il processo di attività connesso alla implementazione delle COT dovrà prevedere la adozione in specifici indicatori quali ad esempio:
- Indicatori di esito:
  - riduzione della durata di ospedalizzazione (calcolata come media e come n° outliers); riduzione del n° di accessi inappropriati in Pronto Soccorso per popolazione fragile (calcolata come dimissioni da P.S. in pazienti non-autosufficienti - salvo traumi-);
  - ecc.
- Indicatori di processo:
  - n° giorni di attesa tra la segnalazione e l'effettiva presa in carico.
  - ecc.



## CASI D'USO

1. IL RUOLO DELLA COT NELLA **TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO**
2. IL RUOLO DELLA COT NELLA **TRANSIZIONE TERRITORIO – OSPEDALE**
3. IL RUOLO DELLA COT NELLA **TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO**
4. **IL RUOLO DELLA COT NEL COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE AL DOMICILIO – TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO**

DECRETO 29 aprile 2022

- **Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare»,** ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia. (22A03098) ([GU Serie Generale n.120 del 24-05-2022](#))



### 18-19-20 SETTEMBRE 2024

#### BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI



#### CASI D'USO

##### 1. 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 ed interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione.

##### 1ª Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo

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".

Per dette categorie di soggetti, la struttura ospedaliera trasmette una notifica di avvenuto ricovero alla COT (mediante piattaforma digitale e/o a mezzo mail) la quale, a sua volta, verificherà la presenza di altri servizi aperti su quel paziente (es. Centro diurno, pasti a domicilio, ecc.) ed informa del ricovero tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico della persona (es. MMG/PLS, Equipe Cure Domiciliari, servizio sociale comunale, ecc.).

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

In particolare la COT - a titolo esemplificativo e non esaustivo - deve avere a disposizione i seguenti dati:

- o Elenco strutture ospedaliere di riferimento (ASL/PP.OO./AO) regionali/aziendali
- o Elenco strutture ospedaliere (ASL/PP.OO./AO) extraregionali
- o Elenco strutture riabilitative di riferimento (ASL/PP.OO./AO) regionali/aziendali
- o Elenco strutture riabilitative di riferimento (ASL/PP.OO./AO) extraregionali
- o Elenco centri risveglio di riferimento regionali/extraregionali
- o Elenco strutture residenziali/semiresidenziali di riferimento regionali
- o Elenco strutture accreditate aziendali/regionali
- o Elenco strutture intermedie di riferimento regionali
- o Elenco strutture distrettuali (AFT MMG/AFT PLS/PTA/cdc/
- o Elenco contatti operatori distrettuali e territoriali
- o Elenco contatti operatori cure domiciliari
- o Elenco contatti operatori cure palliative
- o Elenco farmacie convenzionate, farmacie territoriali, farmacie ospedaliere, farmacie dei servizi, ecc.

#### Ruoli e Responsabilità

➤ 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".

#### ➤ 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.

**18-19-20 SETTEMBRE 2024**  
**BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**



II<sup>a</sup> 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 ed organizza il momento della dimissione e la transizione verso il nuovo setting territoriale individuato, sulla base delle condizioni del paziente.

*Ruoli e Responsabilità*

- 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.
- La **Struttura Ospedaliera** mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia accompagnando alla dimissione.

**18-19-20 SETTEMBRE 2024**  
**BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**



III Fase - Attuazione della transizione

La COT organizza il momento della dimissione da ospedale al setting territoriale di destinazione attivando ed organizzando i servizi necessari.

*Ruoli e Responsabilità*

➤ 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.

## 18-19-20 SETTEMBRE 2024

### BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI



#### 2. 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<sup>a</sup> 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 (nel presente caso d'uso non sono contemplati casi di emergenza). 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

- 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 predisponde la prescrizione/richiesta; invia alla COT la prescrizione/richiesta.
- La COT: prende in carico la prestazione/richiesta Integra informazioni sul caso

##### II<sup>a</sup> Fase - Identificazione del setting di destinazione e Coordinamento della transizione

La COT, previo raccordo con la Direzione Medica di Presidio, propone al richiedente la struttura ospedaliera più idonea con le relative disponibilità. 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 (trasporto secondario).

##### Attori e Azioni:

- La COT: Prende contatti con le Direzioni Mediche dei presidi Ospedalieri aziendali per verificare la disponibilità; propone al richiedente la struttura disponibile individuata; fissa l'appuntamento, supportando la valutazione e gestione delle priorità di risposta da dare facilità, salvo diverse organizzazioni territoriali, la transizione (es. organizzazione dell'appuntamento e accesso) del paziente dal territorio alla struttura ospedaliera individuata.
- La Struttura/servizio territoriale richiedente: conferma alla COT la proposta di appuntamento; mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia.

##### III<sup>a</sup> 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

- 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.

### 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 presente caso d'uso viene approfondito lo scenario 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, Residenza 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<sup>a</sup> 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, ed 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:

- **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.
- **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.

#### II<sup>a</sup> 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.).

25

#### 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.

#### III<sup>a</sup> 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.

26

[www.forummediterraneosanita.it](http://www.forummediterraneosanita.it)

18-19-20 SETTEMBRE 2024  
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

SCHEDA  
SEGNALAZIONE  
COT

 ASL Brindisi  
PugliaSalute

Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brindisi  
Via Napoli n. 8 - 72100 BRINDISI

Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.)

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

- Sede di  Brindisi (DSS1)  
 Fasano (DSS2)  
 Francavilla (DSS3)  
 Mesagne (DSS4)

DATA SEGNALAZIONE

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NB: in fase dell'attivazione della COT fa fede il Distretto di RESIDENZA dell'assistito ovvero il Distretto dove l'assistito ha il DOMICILIO SANITARIO

DATI ANAGRAFICI

Cognome	Nome	Sesso
Nato/a a	Prov. il	Età
CF		
Residenza	Prov.	Via N°
Domicilio	Prov.	Via N°
Familiare di riferimento (Caregiver)		Tel
Medico di famiglia Dott./ssa		Tel

SETTING ASSISTENZIALE ATTUALE Data presunta di dimissione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<input type="checkbox"/> OSPEDALE/LUNGODEGENZA	P.O. U.O.
<input type="checkbox"/> STRUTTURA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE	Spec.
<input type="checkbox"/> CURE INTERMEDIE: OSPEDALE DI COMUNITA'	Spec.
<input type="checkbox"/> STRUTTURA RIABILITATIVA	Spec.
<input type="checkbox"/> CURE PALLIATIVE E DEL DOLORE: <input type="checkbox"/> A.D.O. <input type="checkbox"/> HOSPICE	Spec.
<input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE	<input type="checkbox"/> A.D.T. <input type="checkbox"/> A.D.P. <input type="checkbox"/> A.D.I.
<input type="checkbox"/> ALTRE STRUTTURE	<input type="checkbox"/> SERD <input type="checkbox"/> CSM <input type="checkbox"/> SPDC

La presente scheda NON sostituisce la compilazione della SVAMA/SVAMDI dove prevista.



[www.forummediterraneosanita.it](http://www.forummediterraneosanita.it)

## 18-19-20 SETTEMBRE 2024

### BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI



ASL Brindisi  
PugliaSalute  
Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brindisi  
Via Napoli n. 8 – 72100 BRINDISI

### 1. SITUAZIONE CLINICA ATTUALE

**A. DIAGNOSI E COMORBILITA'**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B. CONDIZIONI DI INSTABILITA' PRESENTI NEL CORSO DEL RICOVERO**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONDIZIONI STABILIZZATE?  SI  NO  
Se SI stabilizzate dal \_\_\_\_\_

**C. AUTOSUFFICIENZA**  
 Autosufficiente  
 Parzialmente non autosufficiente  
 Totalmente non autosufficiente

Specificare:

- Stato di coscienza: Collaborativo Lucido Disorientato Confuso Stuporoso
- Non autosufficienza in: Igiene pers. Mangiare Vestirsi Toilette Continenza
- Mobilità: Autonoma Con ausilio Con assistenza In carrozzina Allettato

**D. TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO IN ATTO:**

	Fornita prescrizione?	Data presunta rinnovo/sostituzione
• Catetere venoso centrale	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	____/____/____
• Catetere vescicale	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	____/____/____
• Sondino naso gastrico	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	____/____/____
• PEG	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	____/____/____
• Nutrizione enterale	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	____/____/____

ASL Brindisi  
PugliaSalute  
Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brindisi  
Via Napoli n. 8 – 72100 BRINDISI

- Nutrizione parenterale  SI  NO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Colostomia  SI  NO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Urostomia  SI  NO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Ossigenoterapia  SI  NO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Ventilazione meccanica  SI  NO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Tracheostomia  SI  NO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Lesioni da pressione  SI  NO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- VAC Therapy  SI  NO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

**E. AUSILI E PROTESI**

Necessità di ausili/protesi?  SI  NO

Presenti a domicilio?  SI  NO

Tipologia ausili:  Carrozzina  Deambulatore  Letto  
 Materasso  Sollevatore  Ausili per superamento barriere architettoniche

Altro: \_\_\_\_\_

**F. TRATTAMENTO FARMACOLOGICO IN ATTO:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Terapia antalgica?  SI Specificare \_\_\_\_\_  
 NO \_\_\_\_\_

ASL Brindisi  
PugliaSalute  
Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brindisi  
Via Napoli n. 8 – 72100 BRINDISI

### 2. SITUAZIONE SOCIO – ECONOMICA

A. E' PRESENTE UN CAREGIVER?  SI  NO SPEC. \_\_\_\_\_

B. HA UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/CURATORE?  SI  NO SPEC. \_\_\_\_\_

C. NECESSITA' DI SUPPORTO ECONOMICO?  SI  NO

D. PRESENZA DI BARRIERE ARCHITETTONICHE AL DOMICILIO?  SI  NO SPEC. \_\_\_\_\_

### 3. SITUAZIONE PSICOLOGICA/PSICHIATRICA

PAZIENTE SEGUITO DA:  SERD  CSM  SPDC

### 4. RIABILITAZIONE

IL PAZIENTE NECESSITA DI RIABILITAZIONE:  ORTOPEDICA  
 NEUROLOGICA

E STATO REDATTO UN P.R.I.?  SI  NO

**SETTING ASSISTENZIALE PROPOSTO**

<input type="checkbox"/> OSPEDALE/LUNGODEGENZA	P.O. U.O.
<input type="checkbox"/> STRUTTURA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE	Spec.
<input type="checkbox"/> CURE INTERMEDIE: OSPEDALE DI COMUNITA'	Spec.
<input type="checkbox"/> STRUTTURA RIABILITATIVA	Spec.
<input type="checkbox"/> CURE PALLIATIVE E DEL DOLORE: <input type="checkbox"/> A.D.O. <input type="checkbox"/> HOSPICE	Spec.
<input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE	<input type="checkbox"/> A.D.T. <input type="checkbox"/> A.D.P. <input type="checkbox"/> A.D.I.
<input type="checkbox"/> ALTRE STRUTTURE	<input type="checkbox"/> SERD <input type="checkbox"/> CSM <input type="checkbox"/> SPDC

Firma e timbro del Proponente \_\_\_\_\_

**18-19-20 SETTEMBRE 2024**  
**BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**

ASL Brindisi  
 PugliaSalute  
 Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brindisi  
 Via Napoli n. 8 – 72100 BRINDISI

**Forum Mediterraneo in Sanità 2024**

# SCHEDA TRIAGE

## TRIAGE

BRASS INDEX			
Item	Score	Item	Score
<b>ETA' (una opzione)</b>		<b>MODELLO COMPORTAMENTALE (più opzioni)</b>	
<input type="checkbox"/> 55 anni o meno	0	<input type="checkbox"/> Appropriato	0
<input type="checkbox"/> 56-64 anni	1	<input type="checkbox"/> Wandering	1
<input type="checkbox"/> 65-79 anni	2	<input type="checkbox"/> Agitato	1
<input type="checkbox"/> 80 anni o più	3	<input type="checkbox"/> Confuso	1
		<input type="checkbox"/> Altro	1
<b>CONDIZIONI DI VITA E SUPPORTO SOCIALE (una opzione)</b>		<b>MOBILITA' (una opzione)</b>	
<input type="checkbox"/> Vive col coniuge	0	<input type="checkbox"/> Deambula	0
<input type="checkbox"/> Vive con la famiglia	1	<input type="checkbox"/> Deambula con aiuto di ausili	1
<input type="checkbox"/> Vive solo con il sostegno del familiare	2	<input type="checkbox"/> Deambula con assistenza	2
<input type="checkbox"/> Vive solo con il sostegno di amici/conoscenti	3	<input type="checkbox"/> Non deambula	3
<input type="checkbox"/> Vive solo senza alcun sostegno	4		
<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare/residenziale	5		
<b>STATO FUNZIONALE (più opzioni)</b>		<b>DEFICIT SENSORIALI (una opzione)</b>	
<input type="checkbox"/> Autonomo (indipendente ADL e IADL)	0	<input type="checkbox"/> Nessuno	0
<input type="checkbox"/> Dipendente in		<input type="checkbox"/> Deficit visivi o uditivi	1
o Alimentazione/nutrizione	1	<input type="checkbox"/> Deficit visivi e uditivi	2
o Igiene/abbigliamento	1		
o Andare in bagno	1	<b>NUMERO DI RICOVERI PREGRESSI/ ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO (una opzione)</b>	
o Spostamenti/mobilità	1	<input type="checkbox"/> Nessuno negli ultimi 3 mesi	0
o Incontinenza intestinale	1	<input type="checkbox"/> Uno negli ultimi 3 mesi	1
o Incontinenza urinaria	1	<input type="checkbox"/> Due negli ultimi 3 mesi	2
o Preparazione del cibo	1	<input type="checkbox"/> Più di due negli ultimi 3 mesi	3
o Responsabilità nell'uso dei medicinali	1		
o Capacità di gestire il denaro	1	<b>NUMERO PROBLEMI CLINICI ATTIVI (una opzione)</b>	
o Fare acquisti	1	<input type="checkbox"/> Tre problemi clinici	0
o Utilizzo di mezzi di trasporto	1	<input type="checkbox"/> Da tre a cinque problemi clinici	1
		<input type="checkbox"/> Più di cinque problemi clinici	2
<b>STATO COGNITIVO (una opzione)</b>		<b>NUMERO DI FARMACI ASSUNTI (una opzione)</b>	
<input type="checkbox"/> Orientato	0	<input type="checkbox"/> Meno di tre farmaci	0
<input type="checkbox"/> Disorientato in alcune sfere* - qualche volta	1	<input type="checkbox"/> Da tre a cinque farmaci	1
<input type="checkbox"/> Disorientato in alcune sfere* - sempre	2	<input type="checkbox"/> Più di cinque farmaci	2
<input type="checkbox"/> Disorientato in tutte le sfere* - qualche volta	3		
<input type="checkbox"/> Disorientato in alcune sfere* - sempre	4		
<input type="checkbox"/> Comatoso	5		

PUNTEGGIO TOTALE \_\_\_\_\_

### TRIAGE – VALUTAZIONE RISCHIO/PRIORITA'

0-10	RISCHIO BASSO	PRIORITA' DI INTERVENTO BASSA	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.
11-19	RISCHIO MEDIO	PRIORITA' DI INTERVENTO MEDIA	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.
≥ 20	RISCHIO ALTO	PRIORITA' DI INTERVENTO ALTA	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzionali.

@ForumRisk



www.forummediterraneosanita.it



### Triage «Caso pratico»

- *Età: 65-79 anni*
- *Vive con il coniuge*
- *Dipendente in: alimentazione, igiene/abbigliamento, spostamenti/mobilità, incontinenza intestinale, incontinenza urinaria, preparazione del cibo, utilizzo mezzi di trasporto*
- *Stato cognitivo: Orientato*
- *Modello comportamentale: appropriato*
- *Deambula con assistenza*
- *Nessun deficit sensoriale*
- *Un accesso al PS negli ultimi 3 mesi*
- *Da tre a cinque problemi clinici attivi*
- *Da tre a cinque farmaci assunti*

**TRIAGE**

**BRASS INDEX**

Item	Score	Item	Score
<b>ETA' (una opzione)</b>		<b>MODELLO COMPORTAMENTALE (più opzioni)</b>	
<input type="checkbox"/> 55 anni o meno	0	<input checked="" type="checkbox"/> Appropriato	0
<input checked="" type="checkbox"/> 56-64 anni	1	<input type="checkbox"/> Wandering	1
<input checked="" type="checkbox"/> 65-79 anni	2	<input type="checkbox"/> Agitato	1
<input type="checkbox"/> 80 anni o più	3	<input type="checkbox"/> Confuso	1
		<input type="checkbox"/> Altro	1
<b>CONDIZIONI DI VITA E SUPPORTO SOCIALE (una opzione)</b>		<b>MOBILITA' (una opzione)</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Vive col coniuge	0	<input type="checkbox"/> Deambula	0
<input type="checkbox"/> Vive con la famiglia	1	<input type="checkbox"/> Deambula con aiuto di ausili	1
<input type="checkbox"/> Vive solo con il sostegno del familiare	2	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula con assistenza	2
<input type="checkbox"/> Vive solo con il sostegno di amici/conoscenti	3	<input type="checkbox"/> Non deambula	3
<input type="checkbox"/> Vive solo senza alcun sostegno	4		
<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare/residenziale	5	<b>DEFICIT SENSORIALI (una opzione)</b>	
<b>STATO FUNZIONALE (più opzioni)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Nessuno	0
<input checked="" type="checkbox"/> Autonomo (indipendente ADL e IADL)	0	<input type="checkbox"/> Deficit visivi o uditivi	1
<input type="checkbox"/> Dipendente in		<input type="checkbox"/> Deficit visivi e uditivi	2
<input checked="" type="checkbox"/> Alimentazione/nutrizione	1	<b>NUMERO DI RICOVERI PREGRESSI/ ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO (una opzione)</b>	
<input type="checkbox"/> Igiene/abbigliamento	1	<input type="checkbox"/> Nessuno negli ultimi 3 mesi	0
<input type="checkbox"/> Andare in bagno	1	<input checked="" type="checkbox"/> Uno negli ultimi 3 mesi	1
<input type="checkbox"/> Spostamenti/mobilità	1	<input type="checkbox"/> Due negli ultimi 3 mesi	2
<input type="checkbox"/> Incontinenza intestinale	1	<input type="checkbox"/> Più di due negli ultimi 3 mesi	3
<input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria	1	<b>NUMERO PROBLEMI CLINICI ATTIVI (una opzione)</b>	
<input type="checkbox"/> Preparazione del cibo	1	<input type="checkbox"/> Tre problemi clinici	0
<input type="checkbox"/> Responsabilità nell'uso dei medicinali	1	<input checked="" type="checkbox"/> Da tre a cinque problemi clinici	1
<input type="checkbox"/> Capacità di gestire il denaro	1	<input type="checkbox"/> Più di cinque problemi clinici	2
<input type="checkbox"/> Fare acquisti	1	<b>NUMERO DI FARMACI ASSUNTI (una opzione)</b>	
<input type="checkbox"/> Utilizzo di mezzi di trasporto	1	<input checked="" type="checkbox"/> Meno di tre farmaci	0
<b>STATO COGNITIVO (una opzione)</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Da tre a cinque farmaci	1
<input checked="" type="checkbox"/> Orientato	0	<input type="checkbox"/> Più di cinque farmaci	2
<input type="checkbox"/> Disorientato in alcune sfere* - qualche volta	1		
<input type="checkbox"/> Disorientato in alcune sfere* - sempre	2		
<input type="checkbox"/> Disorientato in tutte le sfere* - qualche volta	3		
<input type="checkbox"/> Disorientato in alcune sfere* - sempre	4		
<input type="checkbox"/> Comatoso	5		

Punteggio totale 14

11-19	RISCHIO MEDIO
<b>PRIORITA' DI INTERVENTO MEDIA</b>	
Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione	

## Caso pratico

Scheda di segnalazione:

Setting assistenziale attuale: Degenza in Ospedale

### 1. situazione clinica

diagnosi: evento ischemico cerebrale acuto, totalmente non autosufficiente per igiene pers. – mangiare-vestirsi-toilette-continenza, stato di coscienza collaborativo, mobilità con assistenza, catetere vescicale, ossigenoterapia, necessità di ausili (carrozzina, letto, materasso, ausili di assorbenza monouso), terapia antalgica assente

### 2. Situazione socio - economica:

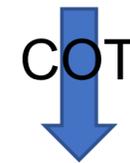
È presente un caregiver (coniuge), non ha al momento necessità di supporto economico e non ci sono barriere architettoniche a domicilio

### 3. Situazione psicologica/psichiatrica: nulla da segnalare

### 4. Riabilitazione: fisiatrica, già redatto il PRI

Setting assistenziale proposto :

A.D.I.



Setting dopo TRIAGE COT:

A.D.I.

1. ATTIVA PUA PER «DOP» DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA
2. CONTATTA MMG/CONTINUITA' ASSISTENZIALE
3. ASSISTENZA PROTESICA/AUSILI/FARMACI
4. PROGRAMMA ACCESSI URGENTI  
es. Infermiere/OSS
5. ecc.....



### **Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]**

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

**[Torna all'inizio](#)**