

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente “Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale”

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dall’Agenzia Regionale Sanitaria, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del Direttore dell’ARS, che contiene il parere favorevole di cui all’articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l’attestazione che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare un onere a carico del bilancio regionale;

VISTO l’articolo 28, primo comma dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell’allegato “Verbale di seduta”.

DELIBERA

1. di approvare le “Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali (COT)” di cui all’Allegato A che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di dare mandato agli Enti del SSR di recepire, con atti propri, quanto disposto nell’Allegato A entro la data del 23 giugno 2024;
3. di dare mandato ai soggetti Titolari del trattamento dati di redigere la valutazione d’impatto ai sensi dell’art. 35 del Regolamento (UE) 2016/679;
4. di dare mandato all’ARS di coordinare le attività inerenti alla privacy tramite un apposito Tavolo regionale dei Data Protection Officer degli Enti del SSR.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Francesco Maria Nocelli

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Francesco Acquaroli

Documento informatico firmato digitalmente



DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- D.G.R. n. 110 del 23/02/2015 “Piano Regionale Socio Sanitario 2012 – 2014 – Istituzione e modalità operative dell’Unità Operativa funzionale Sociale e Sanitaria (U.O.SeS)”;
- D.G.R. n. 111 del 23/02/2015 “Piano Regionale Socio Sanitario 2012 – 2014 – Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell’assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali”;
- Regolamento (UE) 2016/679 del parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2016 Regolamento Europeo sulla protezione dei dati;
- Regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio del 14 dicembre 2020;
- D.G.R. n. 1572 del 14/12/2020 “Piano regionale di assistenza territoriale di cui all’articolo 1, comma 8, del D.L. 34/2020 convertito dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77 – Linee progettuali per attivazione Centrali Operative Regionali – 116117”;
- Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021;
- Decreto legge 06/05/2021, n. 59, coordinato con la legge di conversione 01.07.2021, n. 101 “Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti”;
- Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 15/07/2021 con cui sono state individuate per ciascuno degli investimenti del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) di competenza del Ministero della Salute;
- Decreto legge 31/05/2021, n. 77, coordinato con la legge di conversione 29.07.2021, n. 108 “Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”;
- Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 06/08/2021 “Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l’attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione”;
- Decreto del Ministero della Salute e del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 15/09/2021 di istituzione dell’Unità di Missione per l’attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza a titolarità del Ministero della Salute;
- D.G.R. n.1237 del 18/10/2021 “Linee di indirizzo Regionali per la Dimissione Protetta”;
- Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sullo schema di decreto del Ministro della salute recante la ripartizione programmatica delle risorse alle



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari, sancita in Conferenza Stato Regione nella seduta del 12.1.2022 (Rep. Atti n. 1/CSR del 12/01/2022);

- Decreto del Ministro della Salute del 20/01/2022 recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari;
- D.G.R. n. 114 del 14/02/2022 “Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Definizione del quadro programmatico dei sub-interventi 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona”, 1.2.2 “COT, interconnessione aziendale, device” e 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”. Identificazione dei siti idonei”;
- D.G.R. n. 271 del 14/03/2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione M6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” e C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”: approvazione degli interventi per la realizzazione degli investimenti afferenti la Componente 1 – Investimenti 1.1, 1.2.2, 1.3, e la Componente 2 – Investimento 1.1”;
- 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 Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della Salute che approva lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) e lo schema di Piano operativo. (Rep. Atti n.40/CSR del 30/03/2022);
- Decreto del Dipartimento Salute n. 8 del 8/04/2022 “PNRR Missione 6 Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” (Interventi 1.1., 1.2.2, 1.3) e Componente 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” (Interventi 1.1.1, 1.1.2 e 1.2) - Presa d’atto della nomina dei Responsabili Unici del Procedimento delle schede intervento e nomina del referente regionale;
- Decreto del Segretario Generale n. 39 del 19/04/2022 “PNRR Missione 6 Salute - costituzione cabina di regia e relativi gruppi di lavoro tematici”;
- Decreto del Ministero della Salute 23/05/2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;
- D.G.R. n. 656 del 30/05/2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell'elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale”;
- D.G.R. n. 702 del 6/06/2022 “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 “Salute” – D.M. 29 aprile 2022. Adozione linee guida organizzative contenenti il modello



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare”;
- D.G.R. n. 812 del 27/06/2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 Salute: Recepimento Contratto Istituzione di Sviluppo.”
 - D.G.R. n. 970 del 27/07/2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale”;
 - L.R. 08/08/2022 n. 19, “Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale;
 - D.G.R. n. 1330 del 17/10/2022 “Modifica D.G.R. n. 970 del 27 luglio 2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute -Componenti 1 e 2: Approvazione delega delle attività e ripartizione risorse agli Enti del Sistema Sanitario Regionale”. Sostituzione Allegati n. 2 e n.3
 - D.G.R. n. 559 del 28/04/2023 “Prime indicazioni per l'attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 concernente ‘Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale”;
 - DGR n. 1188 del 08/07/2023 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento Piano Operativo Regionale (POR), approvato con D.G.R. n. 656 del 30/05/2022”
 - Deliberazione n. 57 del 09/08/2023 “Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025. Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani”

Motivazioni

Il ruolo delle Centrali operative territoriali (COT) va inquadrato all'interno del Piano Socio Sanitario (PSSR) 2023–2025 "Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani" di cui alla deliberazione n. 57, approvata dall'Assemblea Legislativa regionale nella seduta del 9 agosto 2023

La DGR n. 559 del 28 aprile 2023 “Prime indicazioni per l'attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 concernente ‘Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale” (pubblicato sul B.U.R. Marche n. 42 del 5 maggio 2023) ha approvato: l'Allegato A – “Prime indicazioni per l'attuazione degli standard previsti dal DM77/2022”; l'Allegato B - “Linee di indirizzo per l'interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali (COT)”.

La summenzionata DGR ha previsto, inoltre, l'emanazione di successivi atti integrativi al fine di definire il modello organizzativo delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza territoriale e al



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

sistema di prevenzione in ambito sanitario, e sociosanitario, comprese le Centrali Operative Territoriali (COT).

In coerenza con la normativa nazionale e regionale, le “Linee di indirizzo per il funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT)” di cui all’Allegato A, implementano l’organizzazione delle COT nella Regione Marche in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022, dalla DGR 559/2023 e dal Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Centrale Operativa Territoriale “La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione alla attivazione” I Quaderni MONITOR – AGENAS – novembre 2022.

Con nota prot. n. 0190053 del 16/2/2023 il Direttore del Dipartimento Salute della Regione, nonché Responsabile Unico della Parte per la Regione Marche, ai sensi dell’articolo 13 del CIS, ha avanzato, all’Unità di Missione del PNRR (UMPNRR), formale istanza di rimodulazione della scadenza target “M6C1-7 Centrali Operative Territoriali pienamente funzionanti”.

In data 05/03/2024 è stato convocato il Nucleo tecnico. L’UMPNRR e con nota n. 1734 del 08/05/2024, recepita al prot. n. 556341 del 9/05/2024, ha trasmesso il verbale dell’istruttoria svolta dal Nucleo Tecnico, da cui si evince il nulla osta alla rimodulazione della scadenza del target al 30/06/2024 che sarà ufficialmente recepita al primo Tavolo Istituzionale disponibile – ex art. 7, comma 2, lettera d) del CIS.

Nel contempo si è reso, comunque, necessario implementare il Sistema Informatico Regionale Territoriale (SIRTE) rispetto alle necessità del nuovo modello organizzativo COT.

Considerando che le COT utilizzano una serie di dati personali, intesi come dati relativi a una persona identificata o identificabile e che i principi di trattamento dei dati devono fare riferimento al GDPR / General Data Protection Regulation (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati), ovvero il Regolamento Europeo 2016/679, ed al D.Lgs. 196/2003 i quali chiariscono come i dati personali debbano essere trattati, incluse le modalità di raccolta, utilizzo, protezione e condivisione, si è reso necessario affrontare anche questa dimensione all’interno delle linee operative.

In ottemperanza a quanto previsto nella summenzionata DGR 559/2023, la presente proposta di deliberazione, compreso l’allegato A, definisce, tra l’altro, che la COT:

- 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 dialoga con la rete dell’emergenza-urgenza;
- monitora e traccia i processi di transizione dei pazienti tra i vari servizi e attiva le risorse formali e informali del territorio di competenza;
- ha la funzione di supportare i processi nella gestione delle persone fragili, indipendentemente dall’età;
- prevede l’accesso da parte dei professionisti della salute, anche attraverso le strutture



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

sanitarie di appartenenza

- non prevede l'accesso e la richiesta diretta di attivazione da parte del cittadino;
- Le COT sono articolate su due livelli:
 - COT DISTRETTUALE (COT-D)
 - COT REGIONALE (COT-R)
- La responsabilità organizzativa è affidata al Direttore di Distretto
- La responsabilità del funzionamento è affidata a un Coordinatore infermieristico

Esito dell'istruttoria

Per tutto quanto sopra esposto si propone alla Giunta l'adozione della presente deliberazione.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento
Claudio Bocchini

Documento informatico firmato digitalmente

PARERE E PROPOSTA DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale.

Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione, in quanto a carico del bilancio dell'Agenzia Regionale Sanitaria.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della legge n. 241/1990 e degli articoli 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della deliberazione di Giunta n. 64/2014.

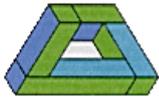
Il direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria
Flavia Carle

Documento informatico firmato digitalmente



ALLEGATI





AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Regione Marche



LINEE DI INDIRIZZO PER IL FUNZIONAMENTO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

Indice

1. PREMESSA	2
2. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)	2
1.1 COT DISTRETTUALE (COT-D).....	3
1.2 COT REGIONALE (COT-R).....	4
3. RESPONSABILITA'	4
4. TEAM MULTIPROFESSIONALE	4
5. FUNZIONI	5
6. IMPLEMENTAZIONE ORGANIZZATIVA	6
6.1 MACROFLUSSO OSPEDALE-TERRITORIO	8
6.2 MACROFLUSSO TERRITORIO-OSPEDALE	9
6.3 MACROFLUSSO TERRITORIO-TERRITORIO	10
7. PROCEDURA ORGANIZZATIVA AZIENDALE	11
8. COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE AL DOMICILIO- TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO	14
9. DIMENSIONE INFORMATICA	14
10. SISTEMA INFORMATIVO A SUPPORTO DELLA COT	15
11. DIMENSIONE GIURIDICO/AMMINISTRATIVA	16
12. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	16

1. PREMESSA

La Giunta regionale con la deliberazione n. 114 del 14/02/2022 ha approvato l'individuazione dei siti idonei in cui attivare le 15 Centrali Operative Territoriali (COT) previste secondo i target regionali del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Con Delibera della Giunta Regionale (DGR) n. 656 del 30/05/2022, modificata con DGR n. 1188 del 08/07/2023, è stato approvato il Piano Operativo Regionale (POR) contenente le linee di investimento del PNRR, tra cui la linea 1.2.2 "Centrali Operative Territoriali".

Il ruolo delle Centrali Operative Territoriali di coordinamento dei vari servizi sanitari e sociosanitari va inquadrato all'interno del Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2023–2025 "Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani" di cui alla deliberazione n. 57, approvata dall'assemblea legislativa regionale nella seduta del 9 agosto 2023, ed è definito dalla DGR 559 del 28 aprile 2023 "Prime indicazioni per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e linee di indirizzo per l'interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali", ai sensi del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77.

Sulla base di quanto riportato nella sopracitata DGR 559/2023 e delle Linee Guida dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), il presente documento definisce le linee organizzative che gli Enti del Servizio Sanitario Regionale sono indirizzate ad adottare per la costituzione della COT, nell'ambito di un modello organizzativo che faciliti le transitional care (ovvero *la "Gamma di servizi integrati finalizzati a promuovere un più rapido recupero della malattia, prevenire ricoveri ospedalieri non necessari, supportare le dimissioni dall'ospedale nei tempi giusti, ottimizzare l'autosufficienza e l'indipendenza nella quotidianità di vita."* definizione adottata dalla British Geriatric Society) in quanto la cura delle interfacce tra un setting e l'altro vengono riconosciute come elemento di qualità nel processo di prevenzione, cura ed assistenza.

2. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

La COT è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali quali attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere, e che dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza (DM 77/2022).

La COT monitora e traccia i processi di transizione delle persone assistite tra i vari servizi

e attiva le risorse formali e informali del territorio.

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

La COT ha la funzione di supportare i processi sopra menzionati nella gestione delle persone fragili, indipendentemente dall'età, quali ad esempio persone con multimorbosità cronica, disabilità di qualunque tipologia, disagio psichico, dipendenze patologiche, necessità di cure palliative, ridotta autosufficienza, a cui si possono aggiungere problematiche sociali e familiari; la COT agisce sia in situazione di Dimissione Protetta da strutture ospedaliere sia in situazione di modifica delle necessità assistenziali territoriali.

Alla COT accedono i professionisti della salute, anche attraverso le strutture sanitarie di appartenenza, che hanno preso in carico e quindi hanno la responsabilità della persona con un bisogno sanitario o socio-sanitario che necessita di un percorso tra i diversi setting assistenziali.

La COT non prevede l'accesso e la richiesta diretta di attivazione da parte del cittadino. La COT ha un bacino di utenza di circa 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale.

Le COT sono articolate su due livelli:

- COT DISTRETTUALE (COT-D)
- COT REGIONALE (COT-R)

2.1 COT DISTRETTUALE (COT-D)

La COT-D è un servizio a valenza distrettuale che garantisce il coordinamento, l'ottimizzazione, la continuità e l'integrazione degli interventi, attraverso l'attivazione di tutte le risorse socio-sanitarie presenti sul territorio al fine di migliorare accessibilità, continuità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La funzione operativa della COT-D è quella di organizzare e coordinare la transizione delle persone residenti nel distretto tra i diversi setting assistenziali e i diversi livelli organizzativi del sistema sanitario, sociosanitario e socioassistenziale, gestendo i movimenti di ingresso e uscita Territorio-Ospedale, Ospedale-Territorio, Territorio-Territorio.

È operativa 6 giorni su 7, h 12 ed è strettamente interconnessa con la COT Regionale.

2.2 COT REGIONALE (COT-R)

La COT-R è una delle COT-D a cui è affidata anche la funzione di garantire la continuità operativa del sistema territoriale delle COT-D.

La COT-R ha valenza regionale e mutua ed integra tutte le funzioni delle COT-D avendo il compito di garantire la continuità operativa dell'intero sistema 7 giorni su 7, come previsto dal DM 77/2022, gestendo i percorsi delle COT-D nelle fasce orarie e nei giorni in cui, queste ultime, non sono operative.

L'operatività della COT-R è h 12, estendibile fino ad h 24 in seguito all'attivazione di specifici protocolli da definire a seconda della necessità.

La COT-R è individuata in una delle 2 COT-D del Distretto Sanitario di Ancona.

3. RESPONSABILITA'

La COT-D e la COT-R fanno capo al Distretto in cui sono collocate.

La responsabilità organizzativa è affidata al Direttore di Distretto.

La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore infermieristico (DM 77/2022).

4. TEAM MULTIPROFESSIONALE

Il personale che rappresenta lo standard minimo di riferimento delle COT, così come previsto dal DM 77/2022, è costituito da:

- 1 coordinatore infermieristico, responsabile del coordinamento delle attività e del coordinamento e gestione del personale;
- 3 infermieri responsabili dell'assistenza transazionale, quindi dell'insieme di azioni concepite per assicurare il coordinamento e la continuità di cura quando le persone vengono trasferite da un setting all'altro o tra livelli di intensità diversi, guidandole verso le modalità assistenziali più efficaci ed appropriate.
- 1 personale di supporto tecnico – amministrativo con funzioni di segreteria.

La composizione e la numerosità del team all'interno delle COT, in coerenza con quanto previsto nella relazione tecnica di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, potrà prevedere l'integrazione di altre figure professionali.

La formazione del personale dedicato è fondamentale per lo sviluppo dell'organizzazione delle COT, in questo senso è già oggetto della programmazione annuale delle 5 AST e dell'INRCA per quanto riguarda le sue funzioni territoriali, una formazione di primo livello regionale che illustra la nuova organizzazione dell'assistenza territoriale.

5. FUNZIONI

La COT-D e la COT-R assolvono al ruolo di raccordo tra i vari servizi/professionisti attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinano la presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting, quale (elenco non esaustivo): ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).
- assicurano il supporto informativo, organizzativo e logistico delle transizioni degli assistiti da un setting di assistenza all'altro, facendosi carico delle necessità espresse dal professionista del setting di provenienza responsabile del caso, contattando e attivando i servizi necessari alla definizione del setting di destinazione;
- coordinano e ottimizzano il flusso di dimissione/ammissione ospedaliera attraverso un raccordo stretto con la funzione ospedaliera di *bed management*;
- prendono in carico la richiesta del professionista del setting assistenziale di provenienza dell'utente e:
 1. collaborano con il richiedente per l'individuazione del percorso e per l'attivazione dei servizi e delle strutture di destinazione;
 2. attivano l'Unità di Valutazione Integrata (UVI o altre unità di valutazione) competente secondo la necessità espressa nella richiesta;
- visualizzano le disponibilità di inserimento in una struttura territoriale, o ospedaliera, oppure la capienza di prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e di riabilitazione domiciliare ed ambulatoriale;
- si coordinano con i professionisti della rete assistenziale quali Medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di Libera Scelta (PLS), Medico o Infermiere dell'Unità

di Continuità Assistenziale (UCA), Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) e altri operatori sanitari, relativamente alle attività e servizi distrettuali (orari, dislocazione, processi);

- tracciano e monitorano le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro, attraverso il cruscotto di gestione informatizzato e l'accesso ai flussi informativi sanitari regionali;
- promuovono e utilizzano strumenti di passaggio delle consegne standardizzati (*handover*);
- sviluppano in maniera strutturata la presa in carico, con approccio proattivo, delle persone con patologie croniche e delle loro famiglie, secondo Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali definiti sulla base di Linee Guida e letteratura scientifica.

Per svolgere tali funzioni la COT-D e la COT-R devono operare in rete con il Punto Unico di Accesso (PUA), il Numero unico Europeo 116117 (NEA 116117), il Numero Unico Emergenze 112 (NUE 112) e devono stabilire modalità formalizzate di comunicazione con i professionisti della salute che operano nelle Case di Comunità (CdC), nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), nell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), nelle Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie Extraospedaliere, nei Centri Diurni, nelle strutture ospedaliere, oltre che con i servizi sociali degli Ambiti Territoriali Sociali dei Comuni.

Il modello di COT assorbe, ove presenti, integrandole e ampliandole, le funzioni e le competenze delle Segreterie Organizzative Distrettuali.

6. IMPLEMENTAZIONE ORGANIZZATIVA

Il nucleo essenziale di lavoro della COT-D e dalla COT-R è basato sulla sequenza:

- Ingressi
- Destinazioni
- Uscite
- Tracciamento dei percorsi.

Questa sequenza va declinata e resa operativa all'interno dell'attività codificando i contenuti essenziali del servizio rispetto a due pertinenze fondamentali:

1. i processi di transizione tra setting assistenziali in relazione ai tre macroflussi principali:

- Ospedale - Territorio: il personale della COT si occupa di facilitare le transizioni degli assistiti dall'ospedale verso i setting assistenziali territoriali più appropriati (Unità Cure Palliative Domiciliari, residenze e semiresidenze assistenziali, cure domiciliari, servizi

territoriali), anche in coerenza con le indicazioni regionali di cui alla DGR 1237/2021.

- Territorio - Ospedale: questa tipologia di transizione è prevista per facilitare l'accesso a prestazioni sanitarie di casi con bisogni sanitari e/o sociali, quali, in via prioritaria ma non esaustiva, persone in situazioni di fragilità, cronicità complessa e non autosufficienza, indipendentemente dall'età.
- Territorio - Territorio: facilita le transizioni da un servizio territoriale ad un altro, rese necessarie dalle mutate esigenze e bisogni dell'assistito rilevate dal responsabile clinico dell'assistito che richiede il cambio di setting assistenziale.

2. le soluzioni attivabili, distinguibili in tre categorie principali:

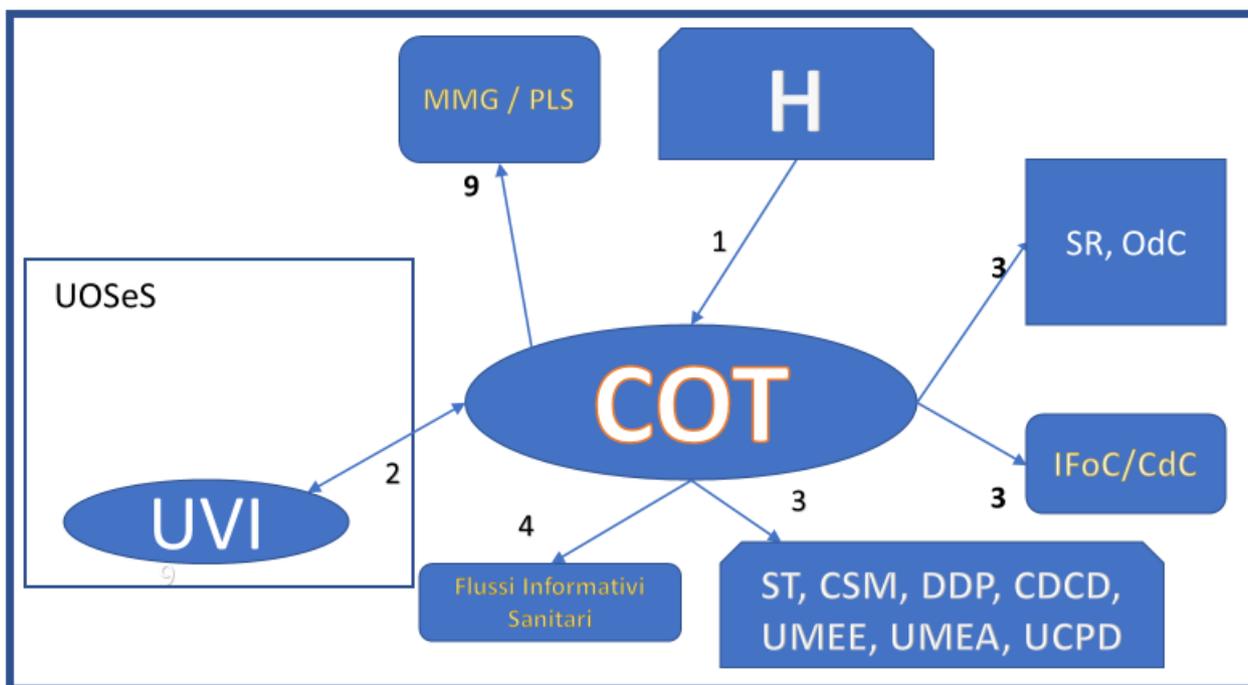
- attivazioni dirette di servizi;
- attivazioni dei nodi di reti specialistiche;
- attivazioni di percorsi socio assistenziali, sociali, sanitari.

Di seguito vengono specificate per ogni macroflusso i percorsi operativi.

Legenda degli acronimi e definizioni utilizzati

112: Numero Unico Emergenza
116117: Numero Unico Europeo per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura
ATS: Ambito Territoriale Sociale
CCT: Centrale Coordinamento Trasporti
CdC: Casa della Comunità
CDCD: Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze
COT: Centrale Operativa Territoriale
CSM: Centro Salute Mentale
DDP: Dipartimento Dipendenze Patologiche
FIS: Flussi Informativi Sanitari
H: Servizi Ospedalieri e Pronto Soccorso (PS)
IFoC: Infermiere di Famiglia o Comunità
MMG: Medico di Medicina Generale
OdC: Ospedale di Comunità
PLS: Pediatra di Libera Scelta
PS: Pronto Soccorso
PUA: Punto Unico di Accesso
SR: Strutture Residenziali e Semiresidenziali
ST: Servizi Territoriali (Assistenza Domiciliare Integrata ADI, Cure Domiciliari CD, altri servizi afferenti al Territorio)
UCPD: Unità Cure Palliative Domiciliari
UMEA: Unità Multidisciplinare Età Adulta
UMEE: Unità Multidisciplinare Età Evolutiva
UVI: Unità di Valutazione Integrata o altre unità di valutazione
UOSEs: Unità Operativa Sociale e Sanitaria, Le sue competenze riguardano il coordinamento di tutti i contenuti dell'area dell'integrazione sociale e sanitaria e la programmazione, l'organizzazione, la gestione delle attività specifiche, secondo quanto previsto dalla DGR 110/2015.
Nell'UOSEs sono collocati il PUA e l'UVI e altre unità di valutazione.

6.1. MACROFLUSSO OSPEDALE TERRITORIO: definizione dei percorsi



1 - **H-COT:** l'Ospedale inoltra alla COT la richiesta di dimissioni protetta;

2 – **COT-UVI:** la COT individua la tipologia del bisogno (semplice = monodimensionale, sanitario o sociale; complesso = multidimensionale, sociosanitario), utilizzando le informazioni disponibili inserite sulla piattaforma dalla struttura inviante. Attiva l'UVI (o le altre unità di valutazione) per la valutazione del bisogno complesso. L'UVI predispose e rende disponibile il Piano Assistenziale Individuale (PAI). Sulla base del PAI, la COT attiva il percorso definito in collaborazione con l'ospedale/PS inviante e i servizi di destinazione;

3 –**COT-UCPD:** la Centrale Operativa Territoriale attiva la UCPD del distretto per la presa in carico del caso sulla base delle informazioni disponibili inserite sulla piattaforma dell'ospedale/PS inviante.

3 – **COT-ST:** la COT attiva il servizio ADI o Cure Domiciliari o CdC o altre strutture territoriali in base a quanto previsto nel PAI (bisogno complesso) o direttamente su richiesta dell'ospedale/PS inviante (bisogno semplice);

3 - **COT-SR:** la COT attiva le strutture residenziali e semiresidenziali regionali, pubblici e convenzionati, in base a quanto previsto nel PAI;

3 – **COT-CSM, DDP:** la COT attiva il Centro Salute Mentale o il Dipartimento Dipendenze Patologiche di residenza dell'assistito per la presa in carico e la valutazione;

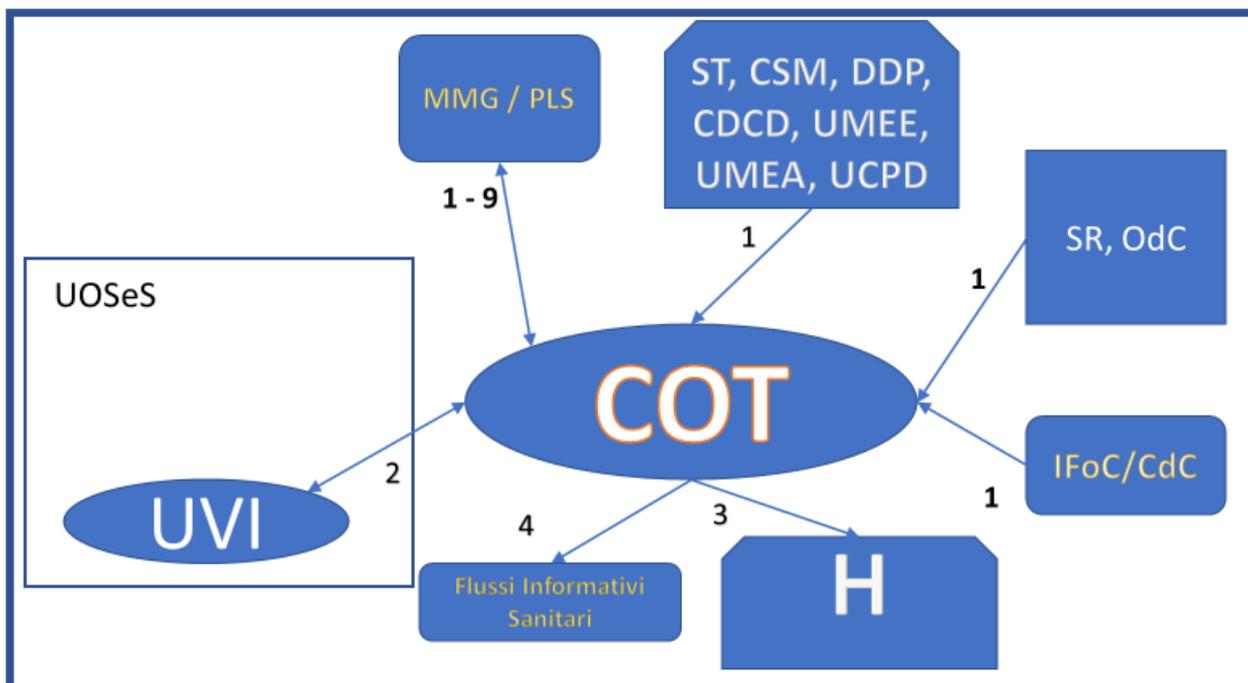
3 - **COT-UMEE, UMEA:** la COT attiva l'UMEE/UMEA competenti per territorio di residenza dell'assistito per la presa in carico e la valutazione del caso;

3 – **COT – CDCD:** la COT attiva il CDCD Distrettuale per la presa in carico e la valutazione

4 – **COT-FIS:** la COT accede ai flussi informativi sanitari, anche attraverso strumenti di interrogazione appositamente predisposti, per acquisire informazioni utili al monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;

9 – **COT-MMG/PLS:** la COT informa il MMG/PLS dell'attivazione e del completamento del percorso di transizione.

6.2. MACROFLUSSO TERRITORIO – OSPEDALE: definizione dei percorsi



1 - **MMG/PLS-COT**: i MMG/PLS attivano la COT inviando la richiesta di ricovero ospedaliero programmabile
 1 – **Servizi-COT**: tutte le strutture e servizi (SR, ST, IFoC, CdC, UCPD distrettuali, DDP, CSM, UMEE, UMEA, CDCD) attivano la COT, preferibilmente attraverso il MMG/PLS che ha in carico il paziente, inviando la richiesta di ricovero ospedaliero programmabile.

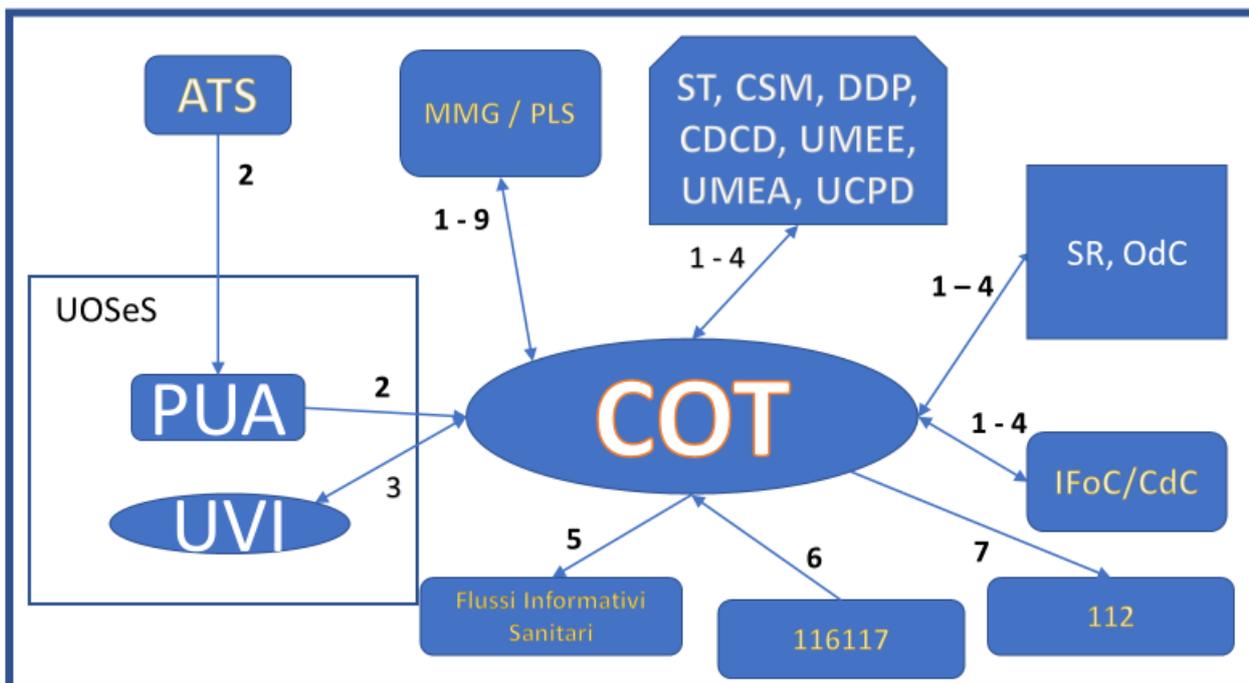
2 – **COT-UVI** la COT individua la tipologia del bisogno (semplice = monodimensionale, sanitario o sociale; complesso = multidimensionale, sociosanitario), utilizzando le informazioni disponibili inserite sulla piattaforma dalla struttura inviante. Attiva l'UVI (o le altre unità di valutazione) per la verifica del Piano Assistenziale Individuale (PAI) reso disponibile dalla struttura inviante o, in assenza del PAI, per valutazione del bisogno complesso. L'UVI verifica il PAI presente sulla piattaforma o predisponde e rende disponibile il PAI. Sulla base del PAI, la COT attiva il percorso definito in collaborazione con il MMG/PLS/struttura/servizio inviante e i servizi di destinazione;

3 - **COT-H**: la COT individua la struttura ospedaliera appropriata sulla base delle informazioni inserite sulla piattaforma dal MMG/PLS/struttura/servizio inviante e del PAI; inoltra all'ospedale la richiesta di ricovero;

4– **COT-FIS**: La COT accede ai flussi informativi sanitari, anche attraverso strumenti di interrogazione appositamente predisposti, per acquisire informazioni utili al monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;

9 - **COT-MMG/PLS**: la COT informa il MMG/PLS dell'attivazione e del completamento del percorso di transizione.

6.3. MACROFLUSSO TERRITORIO – TERRITORIO: definizione dei percorsi



1- **MMG/PLS-COT**: i MMG/PLS attivano la COT inviando la richiesta di transizione da un setting territoriale ad un altro setting territoriale

1 – **Servizi-COT**: tutte le strutture e servizi (SR, ST, IFoC, CdC, UCPD distrettuali, DDP, CSM, UMEE, UMEA, CDCD) attivano la COT, preferibilmente attraverso il MMG/PLS che ha in carico la persona assistita, inviando la richiesta di transizione da un setting territoriale ad un altro setting territoriale.

2 – **ATS-PUA-COT**: ATS invia al PUA la richiesta di attivazione della COT quando rileva un bisogno sanitario o socio-sanitario. Il PUA attiva la COT, che grazie alla sua struttura e dotazione informatica, assolve, per i bisogni sanitari e socio sanitari, le funzioni di back office del PUA, secondo quanto previsto dalla DGR 111/2015 (*raccolta di informazioni sul caso e prima funzione valutativa per la distinzione tra bisogni semplici e complessi; raccolta e trattamento dei dati acquisiti registrata su una modulistica unitaria apposita e archiviata al fine di centralizzare nella sede la determinazione delle prestazioni eseguite ed il numero di utenti assistiti; apertura di un fascicolo informatizzato con strumenti specifici unitari; attivazione dell'UVI per i bisogni complessi*)

3 – **COT-UVI** la COT individua la tipologia del bisogno (semplice = monodimensionale, sanitario o sociale; complesso = multidimensionale, sociosanitario), utilizzando le informazioni disponibili inserite sulla piattaforma dalla struttura inviante. Attiva l'UVI (o le altre unità di valutazione) per la verifica del Piano Assistenziale Individuale (PAI) reso disponibile dalla struttura inviante o, in assenza del PAI, per valutazione del bisogno complesso. L'UVI verifica il PAI presente sulla piattaforma o predispone e rende disponibile il PAI. Sulla base del PAI, la COT attiva il percorso definito in collaborazione con il MMG/PLS/struttura/servizio inviante e i servizi di destinazione;

4 – **COT-Servizi**: La COT, sulla base delle informazioni disponibili inserite sulla piattaforma dalla struttura inviante e sulla base del PAI attiva il percorso definito in collaborazione con i MMG/PLS/struttura/servizio

inviati e i servizi di destinazione;

5 – **COT-FIS** La COT accede ai flussi informativi sanitari, anche attraverso strumenti di interrogazione appositamente predisposti, per acquisire informazioni utili al monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;

6 – **116117-COT** la COT può essere attivata dal Numero Unico di Accesso alle Cure non Urgenti;

7 – **COT-112** la COT attiva il Numero Unico di Emergenza nel caso in cui rilevi nella richiesta di attivazione ricevuta una situazione di emergenza sanitaria

9 - **COT-MMG/PLS** la COT informa il MMG/PLS dell'attivazione e del completamento del percorso di transizione

7. PROCEDURA ORGANIZZATIVA AZIENDALE

La seguente tabella riporta per ogni setting assistenziale e per la COT le azioni specifiche che costituiscono il modello organizzativo aziendale con cui la COT:

- assicura la continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria;
- coordina la presa in carico della persona tra i servizi ed i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- coordina/ottimizza gli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.

ST EE QM UP EO NR ZA AL E	INVIANTE: MMG/PLS, H, ATS - PUA, ST, DDP, CSM, UMEE, UMEA, UCPD, IFoC/CdC, CDCD, SR, OdC,	COT:	UVI, ALTRE UNITÀ DI VALUTAZIONE:	DESTINATARIO: MMG/PLS, H, ST, DDP, CSM, UMEE, UMEA, UCPD, IFoC/CdC, CDCD, SR, OdC,
1	individua un bisogno di natura clinico-assistenziale che prevede una nuova/ulteriore presa in carico sanitaria o una dimissione protetta			
2	il MMG/PLS o il medico che ha in carico l'assistito o il PUA notifica la richiesta alla COT utilizzando le modalità previste dal cruscotto di gestione fornendo tutte le informazioni richieste			

3	informa il soggetto/ caregiver della avvenuta richiesta	prende in carico la richiesta e assicura la continuità, accessibilità ed integrazione del percorso assistenziale		
4		integra le informazioni e mette in contatto tutti i professionisti/servizi coinvolti		
5		definisce la tipologia del bisogno semplice o complesso		
6		identifica il setting assistenziale per il bisogno semplice; per il bisogno complesso attiva l'UVI ed altre unità di valutazione per la conseguente definizione del PAI		
7			visualizza la documentazione disponibile sulla piattaforma, esegue la valutazione e redige il PAI rendendolo disponibile alla COT	
8		effettua un'analisi sul territorio per verificare la disponibilità dei servizi o strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato e identifica la struttura/servizio di destinazione		
9		coordina/ottimizza gli interventi attivando soggetti e risorse della rete assistenziale		
10		se non è disponibile una soluzione immediata, predispone apposite liste di attesa anche		

		concordate con le strutture interessate		
11				conferma la disponibilità alla presa in carico e pianifica la transizione/integrazione, unitamente alla COT
12		informa tutti gli attori del sistema e coordina la presa in carico della persona tra i servizi ed i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali		
13	conferma alla COT la possibilità di invio della persona assistita e comunica al soggetto/caregiver tempi e modalità della transizione			
14		attiva la Centrale Coordinamento Trasporti e condivide e verifica tempi e modalità di invio con il medico/struttura inviante		
15		registra le informazioni relative al trasferimento e lo monitora		
16		attiva gli attori per la corretta presa in carico dell'assistito		
17				prende in carico il soggetto (o integra la presa in carico con soggetto inviante) e mantiene il contatto con il soggetto e la sua famiglia
18		monitora lo stato della transizione e della presa in carico, verificando la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati		

19		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 e ne garantisce l'adeguato aggiornamento		

8. COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE AL DOMICILIO - TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO

Le funzioni specifiche della COT-D e della COT-R riguardanti la telemedicina saranno definite e garantite attraverso specifiche linee di indirizzo regionali e protocolli operativi predisposti anche sulla base dell'organizzazione locale.

9. DIMENSIONE INFORMATICA

Il sistema informatico è unificato, favorendo economie di scala, in tutta la regione per quanto concerne la interfaccia utente e la logica applicativa, mentre la gestione e l'archiviazione delle informazioni avviene a livello aziendale.

Per svolgere le sue funzioni basilari la COT accede ad un patrimonio informativo pertinente e non eccedente rispetto alle finalità attribuite alla stessa dalla norma:

- Accesso al Sistema Informativo Regionale per il Territorio (SIRTE)
- Accesso ai dati di ricovero ospedaliero relativamente agli assistiti in carico al sistema territoriale, al fine di tracciare gli eventi di: accettazione, dimissione e trasferimento;
- Accesso ai posti, tramite SIRTE, delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- Accesso ai Flussi informativi sanitari, anche attraverso strumenti di interrogazione appositamente predisposti, per acquisire informazioni utili al monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- Accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico se in possesso del consenso del cittadino alla consultazione dell'FSE che può essere rilasciato on-line, oppure recandosi presso una struttura pubblica del Servizio Sanitario Regionale, oppure presso il proprio Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (per i minori).

10. SISTEMA INFORMATIVO A SUPPORTO DELLA COT

Le COT attive sul territorio regionale utilizzeranno una piattaforma tecnologica dedicata comune e integrata con i principali applicativi di gestione aziendale con possibilità di consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e del decreto del Ministero della Salute del 7 settembre 2023 - Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0.

La piattaforma, sviluppata per la gestione della transitional care, supporta le principali funzioni della COT, ovvero gestire e monitorare le transizioni di setting assistenziale, ricevere e inviare notifiche relative a richieste di transizione, verificare servizi attivi per il soggetto specifico, recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico-assistenziali e su prestazioni richieste, gestire la programmazione delle transizioni.

La piattaforma prevede la mappatura, aggiornata in tempo reale, di tutti i percorsi attivi per singolo assistito, inoltre gestirà alcune informazioni quali la tipologia e classificazione delle strutture, la disponibilità di risorse e posti letto, le modalità di erogazione delle prestazioni e i riferimenti dei servizi sanitari attivabili.

Il sistema offre la possibilità di accedere ai dati presa in carico che forniscono informazioni sui servizi sanitari attivi per gli assistiti che necessitano di transizione tra diversi setting assistenziali, con informazioni anagrafiche, contatti della persona assistita e informazioni sintetiche sullo stato del soggetto all'interno del setting assistenziale corrente.

Il cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni di setting assistenziale è uno strumento che fornisce un riepilogo degli eventi, delle attività e degli alert per tutti gli assistiti in carico alla COT.

In questo modo è possibile tenere traccia di ciò che è stato fatto, di tutti gli eventi che sono accaduti e delle criticità che sono state gestite o sono da gestire.

Il cruscotto fornisce report su indicatori di monitoraggio e valutazione delle attività che potranno essere successivamente implementati.

Nella prima fase di attivazione delle COT, sarà prevista l'evoluzione dell'attuale piattaforma tecnologica SIRTE e l'implementazione di nuove funzionalità che renderanno maggiormente fluido ed efficiente il percorso di presa in carico quali: la suddivisione dei bisogni propedeutica alla scelta del setting, monitoraggio dell'inserimento in struttura e dei posti letto, ottimizzazione delle modalità di pianificazione.

Attraverso un apposito cruscotto saranno monitorati indicatori chiave di processo, indicatori chiave di gestione delle transizioni, incoerenze nei dati inseriti, statistiche sulla

gestione delle transizioni in relazione alle patologie della persona e statistiche di utilizzo dell'applicativo.

Inoltre, il sistema informatico prevede l'introduzione di una componente di multicanalità, permettendo agli operatori anche di comunicare tramite chat, sms, e-mail.

Come sopraindicato la soluzione dovrà integrarsi con i principali sistemi informativi delle Aziende del SSR, con particolare riferimento ai sistemi informativi ospedalieri che, al fine di consentire il monitoraggio delle transazioni, dovranno comunicare alla stessa i principali eventi di cura quali accettazione e dimissione in reparto, accesso e dimissione dal pronto soccorso. Inoltre dovrà essere garantita la gestione digitalizzata del processo di dimissione protetta verso le cure domiciliari integrate e verso le strutture residenziali.

La soluzione è progettata e sviluppata in modo da garantire la scalabilità del sistema nel suo complesso, per future estensioni ed espansioni e rispetta un disegno architettonico in ottica privacy by design e by default.

Il Sistema Informatico è installato su infrastruttura regionale e sarà oggetto di migrazione al Polo Strategico Nazionale.

11. DIMENSIONE GIURIDICO/AMMINISTRATIVA

Le COT utilizzano una serie di dati personali, intesi come dati relativi a una persona identificata o identificabile. Ciò vale anche per i dati pseudonimizzati, nella misura in cui è possibile ricondurli alla persona attraverso algoritmi di reversibilità. In questo contesto, i principi di trattamento dei dati devono fare riferimento al GDPR / General Data Protection Regulation (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati), ovvero il Regolamento Europeo 2016/679, ed al D.Lgs. 196/2003 i quali chiariscono come i dati personali debbano essere trattati, incluse le modalità di raccolta, utilizzo, protezione e condivisione.

12. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le COT coordinano, tracciano e monitorano le prese in carico e le transizioni fra luoghi di cura.

Tali attività comportano la necessità di accedere a informazioni sanitarie che, in alcuni casi, afferiscono a Titolari diversi.

In virtù della descrizione delle COT riportate nei paragrafi precedenti si ritiene, pertanto, che le stesse potrebbero trovarsi a trattare:

- a. dati personali afferenti ad assistiti interessati da una transizione assistenziale (dati anagrafici, dati relativi alla salute);

b. dati personali afferenti ad operatori che prestano attività presso la COT oppure operanti presso le strutture di partenza e destinazione della transizione assistenziale e svolgenti un ruolo nello specifico processo di transizione (dati anagrafici, dati relativi alla salute);

c. dati afferenti ai caregiver impegnati nel supporto ad altro soggetto (dati anagrafici).
Le finalità per le quali la COT tratta i dati personali sopra indicati sono sostanzialmente volte al 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.

I soggetti a cui i dati potranno essere comunicati dalla COT sono sostanzialmente i medesimi dai quali la COT stessa potrebbe riceverli: Ospedali, servizi territoriali, MMG/PLS, Enti Locali.

In considerazione del fatto che la transizione tra un setting e l'altro è da considerarsi come logica prosecuzione del percorso di cura di un interessato, il quale prosegue afferendo a diversi servizi/strutture nel corso del tempo, il trattamento dei dati "comuni" e "particolari" strettamente necessari, viene effettuato dai titolari del trattamento ai sensi dell'art. 9, par. 2, lettera h) e par 3 del GDPR 2016/679, relativo al trattamento di dati necessario, tra l'altro, per finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale, ovvero gestione, monitoraggio e valutazione dei sistemi e servizi sanitari e sociali, effettuato da o sotto la responsabilità di un professionista soggetto al segreto professionale o da altra persona anch'essa soggetta all'obbligo di segretezza.

I titolari del trattamento provvedono a garantire, anche congiuntamente, il rispetto del GDPR con particolare riferimento ai principi applicabili al trattamento dei dati personali di cui all'art. 5 del citato GDPR e alle misure tecniche e organizzative di cui all'art. 32 GDPR segnatamente a garanzia di un adeguato livello di sicurezza nella comunicazione dei dati condivisi/trasmessi per le finalità correlate alla operatività della COT.