

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 18 novembre 2024, n. 1532

Approvazione del documento “Linee di indirizzo sul funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) in Puglia” e recepimento delle «Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, sub investimento 1.2.2 - Centrali Operative territoriali”», Ministero della Salute, versione 1 del 26/1/2024.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l’Atto di Alta Organizzazione “M.A.I.A. 2.0”;
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Strategie e Governo dell’offerta, Servizio Strategie e Governo dell’assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, concernente l’argomento in oggetto e la conseguente proposta dell’Assessore alla Sanità, Benessere animale, Sport per tutti;

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell’attestazione della regolarità amministrativa dell’attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell’art. 6, c. 8 delle Linee guida sul “Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia”, adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all’unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

DELIBERA

1. di approvare le “Linee di indirizzo sul funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) in Puglia”, di cui all’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di recepire le «Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali», emanate dal Ministero della Salute, versione 1 del 26/1/2024, di cui all’Allegato «Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali», parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. di notificare il presente provvedimento a cura della Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta” alla Sezione “Risorse strumentali e tecnologiche”, al Direttore Generale dell’A.Re.S.S., ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale;
4. di trasmettere il presente provvedimento a cura della Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta” ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF) e ad Agenas;
5. di pubblicare il presente provvedimento e i relativi allegati sul BURP in versione integrale.

Il Segretario Generale della Giunta

ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Approvazione delle “Linee di indirizzo sul funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) in Puglia” e recepimento delle “Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali, Ministero della Salute, versione 1 del 26/1/2024.

Visti:

- la Legge n. 241/1990 recante “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all’art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l’esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- la Legge Regionale 28 dicembre 1994, n. 36 “Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- la Legge Regionale 3 agosto 2006, n. 25 “Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale”;
- la legge n. 190/2012 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- l’Intesa adottata il 18 dicembre 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il “Patto per la salute per gli anni 2019-2021” (Rep. Atti n. 209/CSR);
- il Piano nazionale di ripresa e resilienza(PNRR), approvato con decisione del Consiglio dell’Unione europea il 13 luglio 2021, in particolare la Missione 6 Salute, Componente 1: “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1466 del 15 settembre 2021 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”;
- la deliberazione di Giunta regionale n.134 del 15/02/2022 ad oggetto: “Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell’art.1 decreto-legge

19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6;

- il decreto del Ministero della Salute del 29 aprile 2022, con il quale sono state approvate le Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 688 del 11/05/2022 recante “ Approvazione Rete Assistenza Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 Gennaio 2022 e della deliberazione di Giunta Regionale n. 134 del 15/02/2022”;
- il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle finanze, n. 77 del 23 maggio 2022 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22.06.2022), “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- la deliberazione di Giunta regionale n.763 del 26/05/2022 ad oggetto: “DGR 688/2022. PNRR Missione 6 “Salute”. Sottoscrizione del Contratto Interistituzionale di Sviluppo. Autorizzazione”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1868 del 14/12/2022 di approvazione dello schema di Regolamento relativo alla definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022;
- il decreto 23 dicembre 2022 “Riparto delle risorse per il potenziamento dell’assistenza territoriale”;
- la deliberazione di Giunta regionale del 03/07/2023 n. 938 del Registro delle deliberazioni recante D.G.R. n. 302/2022 “Valutazione di impatto di genere. Sistema di gestione e di monitoraggio”. Revisione degli allegati;
- la deliberazione di Giunta regionale n.1729 del 30/11/2023 recante: “Adozione Regolamento regionale avente ad oggetto: “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022. Approvazione relazione tecnica di analisi del contesto. Recepimento dell’Accordo Stato Regioni (Rep. Atti n.221/CSR del 24/11/2016)”;
- il Regolamento regionale 21/12/2023 n. 13, recante: “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”;
- la Legge Regionale n. 37 del 29/12/2023 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2024 e bilancio pluriennale 2024-2026 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2024)”;
- la Legge Regionale n. 38 del 29/12/2023 recante “Bilancio di previsione della Regione Puglia per l’esercizio finanziario 2024 e pluriennale 2024-2026”;

- la deliberazione di Giunta regionale n.18 del 22/01/2024, "Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2024 e Pluriennale 2024-2026. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118. Documento Tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione";
- le «Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti", sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali» emanate dal Ministero della Salute, versione 1 del 26/01/2024;
- il decreto del Presidente della Giunta n.473 del 26/10/2024 ad oggetto: "Assegnazione delle deleghe in materia di Sanità, Benessere animale, Sport per tutti.

Atteso che:

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (di seguito PNRR), approvato con decisione del Consiglio dell'Unione europea il 13 luglio 2021, in particolare la Missione 6 Salute, Componente 1: "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" prevede investimenti e riforme finalizzati a rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario, garantire equità di accesso alle cure, migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, promuovere la ricerca e l'innovazione e lo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale sanitario.

In particolare, il subinvestimento: M6C1 1.2.2 – Centrali operative territoriali (di seguito COT) prevede la realizzazione delle COT, ossia strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La Regione, con la deliberazione di Giunta regionale n.134 del 15/02/2022, ha adottato il "Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell'art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6".

In attuazione di quanto previsto dalla citata deliberazione di Giunta regionale n.134/2022 e in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 6 Componenti 1 e 2, con la deliberazione di Giunta regionale n. 688 del 11/05/2022 la Regione ha approvato la Rete dell'Assistenza Territoriale comprensiva di tutta l'offerta sanitaria da implementare sull'intero territorio regionale.

Con la deliberazione di Giunta regionale n.763 del 26/05/2022 ad oggetto: "DGR 688/2022. PNRR Missione 6 "Salute". Sottoscrizione del Contratto Interistituzionale di Sviluppo. Autorizzazione", è stato approvato lo schema del Contratto Interistituzionale di Sviluppo (CIS) per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti ed è stato autorizzato il Presidente della Regione Puglia alla relativa sottoscrizione, unitamente al Piano Operativo Regionale.

I citati provvedimenti prevedono la realizzazione sul territorio regionale di n.40 COT.

Il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, n. 77 del 23 maggio 2022 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22.06.2022), "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", prevede un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza territoriale, uniforme a livello nazionale, definendone gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico

Con riferimento alle COT, il DM 77/2022 (di seguito DM 77), al punto 8, prevede che le Regioni istituiscano Centrali Operative Territoriali (COT), quali modelli organizzativi che svolgono 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.

La Regione, in attuazione del DM 77, con deliberazione di Giunta n. 1729 del 30/11/2023 ha adottato il Regolamento regionale n.13/2023 recante "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022", quale primo atto di programmazione dell'assistenza territoriale della Puglia derivante da quanto previsto dal DM 77/2022, anche in coerenza con gli obiettivi del PNRR.

L'art. 6 del Regolamento regionale n.13/2023 disciplina la Centrale Operativa Territoriale sulla base di quanto previsto dal DM 77 e dal documento ad oggetto: "La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione - Metaprogetto funzionale" predisposto da Agenas.

Sempre l'art. 6, comma 12, del citato Regolamento regionale prevede: "*Con provvedimento di Giunta regionale è definito il modello organizzativo e di funzionamento delle COT di ciascuna ASL*".

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), nell'ambito del monitoraggio sulla attuazione del DM 77, con nota prot. n. 2024/0010554 del 18/09/2024, ha evidenziato la necessità di emanare le linee di indirizzo regionali sul funzionamento delle COT.

Il Ministero della Salute ha emanato le «Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti", sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali», versione 1 del 26/1/2024, le quali identificano il set documentale richiesto per comprovare il raggiungimento del target europeo M6C1-7 relativo all'entrata in funzione delle COT.

Si ritiene, pertanto, necessario con il presente provvedimento provvedere all'approvazione delle "Linee di indirizzo sul funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) in Puglia", di cui all'allegato A) che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che ha la finalità di proporre un modello organizzativo omogeneo per le COT. Il documento tiene conto delle indicazioni previste dal DM77.

Sempre al fine di uniformare l'organizzazione delle COT nelle Aziende Sanitarie Locali, si ritiene necessario, altresì, recepire le «Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti", sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali», emanate dal Ministero della Salute, versione 1 del 26/1/2024, di cui all'allegato «Linee Guida per comprovare il raggiungimento del

target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali”», che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Il presente provvedimento costituisce un atto di organizzazione e funzionamento delle COT e, pertanto, non comporta implicazioni economiche e finanziarie.

Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all’Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., e ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Esiti Valutazione di impatto di genere:

L’impatto di genere stimato è neutro.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, al fine di procedere all’ approvazione delle “Linee di indirizzo sul funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) in Puglia” di cui all’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, e al recepimento delle «Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali» emanate dal Ministero della Salute, versione 1 del 26/1/2024, di cui all’allegato «Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali”», che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ai sensi dell’art. 4, lett. d) della L.R. 7/1997 si propone alla Giunta regionale:

1. di approvare le “Linee di indirizzo sul funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) in Puglia”, di cui all’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di recepire le «Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali», emanate dal Ministero della Salute, versione 1 del 26/1/2024, di cui all’Allegato «Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali», parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. di notificare il presente provvedimento a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" alla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche", al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale;
4. di trasmettere il presente provvedimento a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF) e ad Agenas;
5. di pubblicare il presente provvedimento e i relativi allegati sul BURP in versione integrale.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

LA RESPONSABILE E.Q. "Programmazione Attività Sanitaria – Integrazione Ospedale Territorio":


Isabella CAVALLO  Isabella Cavallo
29.10.2024 10:52:23
GMT+02:00

LA DIRIGENTE di Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale

Umano SSR":


Antonella CAROLI  Antonella Caroli
29.10.2024
14:40:08
GMT+01:00

IL DIRIGENTE di Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta":

Mauro NICASTRO  Mauro Nicastro
29.10.2024
17:05:54
GMT+02:00

Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di deliberazione di Giunta regionale.

IL DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

Vito MONTANARO  Vito Montanaro
30.10.2024
16:53:49
GMT+02:00

L'Assessore alla Sanità, Benessere animale, Sport per tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Raffaele PIEMONTESE

 Raffaele
Piemontese
14.11.2024
19:36:13
GMT+02:00



Codice cifra SGO/DEL/2024/00103

ALLEGATO A

Linee di indirizzo sul funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) in Puglia

Elenco degli acronimi

Acronimo	Definizione
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CDC	Case della Comunità
CIS	Contratto Interistituzionale di Sviluppo
COT	Centrale Operativa Territoriale
DGR	Deliberazione di Giunta regionale
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
IFOC	Infermiere di Famiglia o Comunità
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MCA	Medico di Continuità Assistenziale
MMG	Medico di Medicina Generale
NEA	Numero Europeo Armonizzato
ODC	Ospedale di Comunità
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PIC	Percorsi Integrati di Cronicità
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PS	Pronto Soccorso
PUA	Punto Unico di Accesso
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UCP	Unità di Cure Palliative
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale

1. Obiettivi

Questo documento ha la finalità di proporre un modello organizzativo omogeneo per le Centrali Operative Territoriali (di seguito COT) in corso di attivazione sul territorio regionale. Il documento tiene conto delle indicazioni previste dal Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n.77 (di seguito DM77).

2. Contenuti normativi

La Regione Puglia ha da tempo preso in considerazione modelli organizzativi che facilitino le *transitional care* in quanto la cura delle interfacce tra un setting e l'altro vengono riconosciute come elemento di qualità nel processo di prevenzione, cura e assistenza.

2.1. DL 19 maggio 2020 n.34 coordinato con legge conversione del 17 luglio 2020

Il primo riferimento alle Centrali Operative Territoriali è presente nel DL 34/2020 che all'art. 1, comma 8 prevede: *“Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, le regioni e le province autonome provvedono all'attivazione di centrali operative regionali, che svolgano le funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina”*.

2.2. DM77/2022

Il DM 77/2022 ha ripreso il tema della centrale operativa regionale mediante la previsione della “Centrale Operativa Territoriale (COT)”.

Nell'Allegato 1 punto 8) del decreto la COT viene definita *“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”*. Il decreto definisce, altresì, gli standard nel modo seguente:

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

Sempre al punto 8) dell'Allegato 1 del decreto è previsto: *“L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.*

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 assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;*
- *raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.*

Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: MMG, PLS, e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

La COT è un servizio a valenza distrettuale.

La dotazione di personale infermieristico per ogni COT dovrebbe essere di 3-5 infermieri per un Distretto standard di 100.000 abitanti. La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore aziendale infermieristico."

2.3. Deliberazioni di Giunta regionale n. 134 del 15/02/2022 e 688 del 11/05/2022 e deliberazione di Giunta regionale n.763 del 26/05/2022

La Regione, con la deliberazione di Giunta regionale n.134 del 15/02/2022, ha adottato il "Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell'art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6".

In attuazione di quanto previsto dalla citata deliberazione di Giunta regionale n.134/2022 e in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 6 Componenti 1 e 2, con la deliberazione di Giunta regionale n. 688 del 11/05/2022 la Regione ha approvato la Rete dell'Assistenza Territoriale comprensiva di tutta l'offerta sanitaria da implementare sull'intero territorio regionale.

Con la deliberazione di Giunta regionale n.763 del 26/05/2022 ad oggetto: "DGR 688/2022. PNRR Missione 6 "Salute". Sottoscrizione del Contratto Interistituzionale di Sviluppo. Autorizzazione", è stato approvato lo schema del Contratto Interistituzionale di Sviluppo (CIS) per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti ed è stato autorizzato il Presidente della Regione Puglia alla relativa sottoscrizione, unitamente al Piano Operativo Regionale.

I citati provvedimenti prevedono la realizzazione di 40 COT elencate nella seguente tabella:

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT) finanziate con fondi PNRR	
AZIENDA SANITARIA LOCALE	Comune
	BITONTO
	GRUMO APPULA
	SANTERAMO IN COLLE
	CASAMASSIMA
	MODUGNO
	BARI
	RUVO DI PUGLIA
	MONOPOLI
	VALENZANO
	RUTIGLIANO
	GIOVINAZZO
ASL BARI	NOCI
	ANDRIA
	MINERVINO MURGE
	BARLETTA
	TRANI
ASL BARLETTA ANDRIA TRANI	MARGHERITA DI SAVOIA
	FASANO
	MESAGNE
	BRINDISI
ASL BRINDISI	FRANCAVILLA FONTANA
	MANFREDONIA
	FOGGIA
	SAN SEVERO
	CERIGNOLA
	LUCERA
ASL FOGGIA	TROIA
	GALATINA
	GAGLIANO DEL CAPO
	CAMPI SALENTINA
	NARDÒ
	LECCE
	MAGLIE
ASL LECCE	CASARANO
	GINOSA
	TARANTO
	GROTTAGLIE
	MASSAFRA
	MARTINA FRANCA
ASL TARANTO	MANDURIA

Con la deliberazione di Giunta regionale n.1389 del 03/10/2024 ad oggetto: "Approvazione del target del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per l'attivazione di 40 Centrali Operative Territoriali (COT) in

attuazione della Missione 6 Salute. Presa d'atto determinazione Direttore del Dipartimento Promozione della Salute" si è preso atto della determinazione del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale circa l'attivazione di n.40 COT nelle n.6 province pugliesi ed è stato attestato il conseguimento del Target PNRR M6C1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti".

2.4. Regolamento regionale n.13/2023

La Regione Puglia, con la deliberazione di Giunta regionale n.1729 del 30/11/2023 recante: "Adozione Regolamento regionale avente ad oggetto: "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022. Approvazione relazione tecnica di analisi del contesto. Recepimento dell'Accordo Stato Regioni (Rep. Atti n.221/CSR del 24/11/2016)", ha adottato il Regolamento regionale 21/12/2023 n. 13, recante: "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022", il primo atto di programmazione dell'assistenza territoriale regionale, derivante da quanto previsto dal DM77/2022, anche in coerenza con gli obiettivi del PNRR.

L'art. 6 del citato Regolamento regionale disciplina la Centrale Operative Territoriale (COT) e prevede:

"1. La Centrale Operative Territoriale (COT) svolge funzioni di coordinamento sia della presa in carico della persona anche nell'ambito dei programmi di prevenzione e promozione della salute, che diventa integrata e coordinata, sia del raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi percorsi e nei diversi setting assistenziali: attività di prevenzione, attività di assistenza territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e, altresì, dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

2. L'obiettivo della COT è assicurare continuità, accessibilità e integrazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute, dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. La COT assolve al proprio ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

a) coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra programmi, percorsi e setting diversi: programmi di prevenzione, presa in carico in PDTA, ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);

b) coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;

c) tracciamento e monitoraggio delle transizioni tra diversi luoghi o livelli clinico assistenziali;

d) supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;

e) raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno;

f) consultazione e registrazione dei dati attraverso i sistemi informativi facenti parte dell'ecosistema di sanità digitale nazionale e di quello regionale.

3. *Tutti gli attori servizio sanitario regionale, personale della prevenzione distrettuale territoriale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, In particolare: MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, medici e professionisti sanitari dei dipartimenti territoriali, medici e professionisti sanitari addetti ai servizi di prevenzione e promozione della salute, medici e professionisti sanitari presenti nelle CdC, nei servizi aziendali e in quelli distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.*

4. *La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche e informatiche quali, ad esempio, piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.*

5. *Il servizio che offre è operativo 24/7 ed è composto da 8 figure professionali che operano valutando le situazioni a livello multidimensionale e integrando le competenze di figure diverse tra loro. La composizione e la numerosità del team all'interno della COT deve tener conto delle funzioni previste e del bacino di utenza.*

6. *Lo standard professionale da prevedere in una COT per un Distretto standard di circa 100.000 abitanti comprende:*

- 1 Responsabile/Coordinatore Infermieristico;
- 3-5 Infermieri/Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFoC);
- 1-2 Unità di Personale di Supporto (sanitario e/o amministrativo).

7. *In aggiunta a queste figure, è possibile integrare professionalità come Infermiere case manager, medico, assistente sanitario, assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione.*

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

- a) *medici di medicina generale (MMG),*
- b) *pediatri di libera scelta (PLS),*
- c) *medici di continuità assistenziale,*
- d) *medici specialisti ambulatoriali interni,*
- e) *professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali,*
- f) *professionisti sanitari presenti nei servizi distrettuali,*
- g) *personale delle strutture di ricovero intermedie,*
- h) *personale delle strutture di ricovero residenziali e semiresidenziali,*
- i) *personale operante nei servizi sociali.*

9. *Gli operatori della COT utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.*

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

11. *Con riferimento al modello organizzativo della COT si rinvia all'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente Regolamento.*

12. *Con provvedimento di Giunta regionale è definito il modello organizzativo e di funzionamento delle COT di ciascuna ASL."*

L'allegato B) del Regolamento disciplina il modello organizzativo della COT.

3. Organizzazione

3.1. Attività gestite

Secondo il DM 77 la COT svolge una funzione di supporto in *back office* al coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

Più specificamente, la COT nella fase iniziale e fino alla messa a sistema di tutti gli applicativi finanziati dal PNRR (completamento previsto nel 2026) svolge tre funzioni principali:

- gestisce le segnalazioni che arrivano dai diversi servizi/professionisti (dimissioni ospedaliere, strutture intermedie, strutture residenziali, riabilitazione, MMG, rete emergenza urgenza, 116117) sui pazienti che necessitano supporto nella transizione tra i vari livelli e setting assistenziali, attivando le funzioni deputate all'erogazione dei servizi (sia nel flusso step-down dall'ospedale verso le strutture territoriali o il domicilio, sia nel flusso step-up dal territorio verso le strutture intermedie o l'ospedale di comunità);
- favorisce il rispetto dei tempi massimi di permanenza nei setting di cura, agevolando i processi di transizione dei pazienti verso altri servizi (es. cure domiciliari, cure intermedie, riabilitazione e RSA) facilitando agli erogatori la dimissione per tempo, grazie alla transizione programmata verso altri servizi (es. Cure Domiciliari o RSA);
- supporta nell'identificazione del setting più adatto per ciascun caso, attiva il percorso di transizione e monitora l'offerta disponibile (ricovero, cure intermedie, cure domiciliari e cure palliative domiciliari) prenotando o attivando direttamente il servizio.

La COT ha essenzialmente un ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro. Per svolgere questa funzione non si rapporta mai direttamente con il cittadino né con il suo caregiver, ma funge da raccordo tra i professionisti che con esso si relazionano per le fasi erogative del suo percorso di cura e assistenza. I canali riservati all'accesso da parte del cittadino e del suo caregiver sono i Punti Unici di Accesso (PUA) e il Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117, che potranno poi convogliare la richiesta verso il percorso di presa in carico più idoneo.

Per svolgere tale funzione la COT dovrà operare in rete con gli altri servizi territoriali, tra cui anche il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA) e il Punto Unico di Accesso (PUA) in modo

tale da consentire la presa in carico globale dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali delle persone con cronicità complesse e/o fragili insistenti sul territorio di afferenza del distretto della COT.

La COT assolve al ruolo di raccordo tra i vari servizi/professionisti attraverso le funzioni richiamate ai precedenti punti 2.2. e 2.3. attraverso una équipe dedicata di professionisti che, con il supporto di infrastrutture tecnologiche e informatiche, coordina e ottimizza gli interventi attivando soggetti e risorse della rete assistenziale, nonché garantendo il tracciamento delle attività mediante la puntuale documentazione degli interventi effettuati e il relativo monitoraggio per tutto il percorso di presa in carico. In particolare, la COT deve rappresentare lo snodo organizzativo di riferimento al quale tutti i professionisti possono rivolgersi quando:

- il percorso di cura del paziente è nelle fasi conclusive ed è necessario attivare una transizione verso un diverso setting assistenziale più appropriato per i bisogni e le esigenze della persona stessa;
- i bisogni del paziente richiedono l'integrazione di ulteriori servizi sanitari e/o sociali all'interno del setting assistenziale individuate;
- si rende necessario il supporto informativo e logistico riguardo le attività e i servizi territoriali.

In tutti questi casi, il professionista si rivolge alla COT proponendo il setting assistenziale più appropriato e/o l'attivazione di ulteriori servizi; la COT effettua una valutazione della appropriatezza della richiesta, anche alla luce di:

- criteri di accesso ai servizi in uso presso le singole Aziende Sanitarie Locali;
- eventuale confronto con gli operatori coinvolti nel percorso di presa in carico;
- eventuale attivazione dei professionisti delle unità di valutazione multidimensionale presenti in Azienda.

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

Al termine del percorso la COT conferma la proposta o ridefinisce l'offerta assistenziale più adeguata ai bisogni rilevati.

In particolare, la COT deve garantire le seguenti attività:

1. **Transizione Ospedale-Territorio:** il personale della COT deve occuparsi di facilitare le transizioni dei pazienti dall'ospedale verso i setting assistenziali territoriali più appropriati, in particolare deve essere assicurata la transizione dall'ospedale alle cure domiciliari in coerenza con le indicazioni regionali anche al fine di rispettare gli obiettivi di programmazione nazionale e regionale.
2. **Transizione Territorio-Ospedale:** questa tipologia di transizione è prevista per facilitare l'accesso a prestazioni sanitarie di casi con bisogni sanitari e/o sociali, quali pazienti in situazioni di fragilità, cronicità complessa e non autosufficienza, indipendentemente dall'età.
3. **Transizione Territorio-Territorio:** facilita le transizioni che avvengono da un servizio territoriale a un altro come, ad esempio, dalle Cure domiciliari all'Ospedale di Comunità e viceversa, dal

domicilio della persona all'Hospice e viceversa, passaggio da un distretto a un altro per trasferimento domicilio della persona assistita dai servizi territoriali.

4. **Attivazione di ulteriori servizi assistenziali:** la COT facilita i processi qualora il professionista che ha in carico il paziente ritenga necessaria l'attivazione di ulteriori servizi ad esempio: PDTA, telemedicina, fisioterapia, fornitura di ausili protesici, presidi per l'incontinenza, ossigenoterapia.
5. **Supporto informativo e logistico:** la COT garantisce, ai professionisti, un servizio informativo anche a supporto della pianificazione del percorso assistenziale
6. **Raccolta e gestione dati:** attraverso l'applicativo identificato per l'accesso e la gestione delle diverse transizioni.

La COT garantisce il coordinamento e l'ottimizzazione degli interventi, attraverso l'attivazione di tutte le risorse sociosanitarie presenti sul territorio di riferimento, anche mediante l'utilizzo dei sistemi di Telemedicina. Nello specifico, la COT funzionerà da facilitatore per il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, favorendo la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino. Nel supportare i processi, provvede a tracciarli, verificando al contempo la corretta e completa alimentazione dei flussi informativi necessari.

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

La COT, inoltre, svolge la funzione di raccordare le informazioni tra i professionisti che operano nei diversi servizi, supportandoli nell'averle a disposizione e mettere a sistema tutte le informazioni utili a soddisfare lo specifico bisogno.

Infine, la COT, avendo un ruolo attivo nell'alimentazione e nell'utilizzo del patrimonio informativo aziendale/regionale, contribuisce a far emergere i bisogni sociosanitari latenti nella popolazione di riferimento, rappresentando un utile strumento a supporto della programmazione.

3.2. *Soggetti che possono attivare la COT*

La COT eroga le funzioni descritte in modalità *back office*: è sempre attivata da tutti i professionisti sanitari e sociali che si trovano nei diversi nodi della rete, che a loro volta fungono da terminale con l'utente.

I professionisti che, a titolo esemplificativo e non esaustivo, possono attivare la COT sono:

- gli operatori dei Punti Unici di Accesso (PUA) e i professionisti sanitari presenti nei servizi distrettuali, che possono attivare la COT a seguito di valutazioni effettuate in UVM o in altri contesti il cui esito attesti la presenza di un bisogno complesso o la necessità di riconduzione di diversi interventi già attivi ad un percorso organico;
- Medici di Assistenza Primaria nell'espletamento di attività su base fiduciaria (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), che possono contattare la COT per necessità legate alla continuità del percorso dei loro pazienti (ad es. valutazione congiunta con l'IFoC, attivazione UVM, attivazione di cure domiciliari, attivazione di ricovero, presso l'OdC o presso altre strutture della rete territoriale), per chiedere l'organizzazione di consulto/teleconsulto con lo specialista presente nella CdC finalizzato alla stabilizzazione del paziente oppure per altre necessità legate alla continuità dei percorsi;
- Medici di Assistenza Primaria nell'espletamento dell'attività su base oraria (Continuità Assistenziale), che possono segnalare alla COT, anche attraverso il supporto tecnico della centrale NEA

116117, eventuali pazienti visitati in ambulatorio o al domicilio e che richiedano una presa in carico di un bisogno che non si esaurisce con la prestazione offerta dal Medico di assistenza primaria;

- le strutture di ricovero e ambulatoriali anche di Erogatori Privati Accreditati, che mediante le funzioni aziendali preposte (es. bed manager, direzione medica, équipe dimissioni protette) o i professionisti (es. medici specialisti che prestano servizio negli ambulatori ospedalieri o nelle Case di Comunità, medici di pronto soccorso) possono contattare la COT per:

- i. segnalare pazienti transitati dai loro servizi che necessitino di una presa in carico del bisogno non solo clinica;
 - ii. segnalare utenti con accessi frequenti al PS o comunque riconducibili a carenze di *compliance* al percorso clinico e terapeutico oppure a problematiche sociali/socio- assistenziali;
 - iii. definire e organizzare l'eventuale percorso post-dimissione;
- personale degli enti gestori di cure domiciliari, delle strutture di cure intermedie e riabilitative, residenziali e semiresidenziali, che si interfacciano con la COT per condividere informazioni utili al proseguimento del percorso del paziente presso o verso il domicilio;
- personale operante nei servizi sociali di ambito per segnalare casi che richiedano una presa in carico anche sanitaria/sociosanitaria e non solo sociale;
- operatori della rete dell'emergenza-urgenza per segnalare pazienti da inserire in percorsi di cura e assistenza territoriali;
- le COT di altre Aziende Sanitarie Locali o di altri distretti della stessa ASL per il raccordo in caso di transizione dell'utente tra diversi territori.

Tutti i professionisti dovranno interfacciarsi con la COT tramite applicativo dedicato ed eventualmente tramite contatto telefonico e/o posta elettronica.

3.3. Assetto organizzativo

L'Allegato 2 al DM 77 identifica per la COT alcuni standard aventi valore prescrittivo (organizzativi, di personale, tecnologici e strutturali).

Lo standard organizzativo prevede che la COT svolga le funzioni descritte nei paragrafi precedenti, che sia attivata una COT "ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale" e che le funzioni siano garantite 7 giorni su 7.

Di norma le COT distrettuali devono garantire una disponibilità di 7 giorni su 7 per 24 ore, ferma restando la possibilità di garantire una disponibilità per 12 ore diurne da assicurare anche tramite modelli di interconnessione tra COT presenti nel proprio territorio.

Per garantire le funzioni assegnate dalla norma è opportuno che ogni ASL garantistica l'attività di almeno 1 COT a livello aziendale il sabato e la domenica e nei giorni festivi, 8:00-20:00, anche eventualmente ricorrendo ad una turnistica tra le COT aziendali.

La COT che rimane attiva nel fine settimana o nei giorni festivi riceve tutte le segnalazioni del territorio di competenza della ASL e, oltre a garantire risposta agli interlocutori che dovessero richiedere il suo intervento registrando adeguatamente le richieste ricevute e le attività svolte in modo tale che le COT di competenza territoriale dell'assistito ne siano al corrente quando tornano in servizio, deve garantire l'avvio del percorso di dimissione protetta, quando richiesto dai reparti di dimissione della propria ASL

o altre strutture di ricovero o di avvio delle pratiche per l'ammissione in struttura (compreso l'Ospedale di Comunità).

3.4. Lo standard di personale

Lo standard di personale prevede che la COT si doti di: almeno tre infermieri, una unità di personale di supporto e un coordinatore aziendale infermieristico di riferimento, anche a valenza trasversale, che avrà la responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale.

A garanzia dell'integrazione socio-sanitaria, resta inteso che la figura dell'assistente sociale, del servizio sanitario regionale e/o degli enti locali, deve essere garantita in presenza o mediante stretto collegamento funzionale.

Ferma restando la dotazione di personale prevista dal DM77, le Aziende Sanitarie Locali, compatibilmente con l'assetto organizzativo aziendale, la complessità assistenziale del paziente e il progetto di cura, possono prevedere la presenza o il collegamento funzionale (anche mediante strumenti digitali) con altre figure professionali quali, ad esempio:

- medico del Dipartimento Cure Primarie (ad esempio, medico di comunità e di cure primarie, geriatra);
- IFoC;
- Fisioterapisti;
- case/care manager;
- specialisti e team multiprofessionali;
- personale di area tecnico amministrativa.

3.5. Gli standard tecnologici e strutturali

Gli standard tecnologici e strutturali prevedono che le COT dispongano di:

- sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina;
- infrastrutture tecnologiche e informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale;
- software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate;
- sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Dal punto di vista informatico, le COT saranno supportate dalla apposita piattaforma regionale. In attesa del pieno sviluppo, i requisiti tecnologici possono essere assicurati con le soluzioni informatiche aziendali di cui le Aziende già dispongono.

Il sistema informativo a supporto delle attività delle COT dovrà essere in grado di sostenerne le caratteristiche essenziali:

- essere un modello organizzativo di *back office* che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali;

- attuare la *transitional care* agevolando la connessione dei nodi della rete delle cure abilitando e facilitando le connessioni tra professionisti e il percorso dei pazienti tra luoghi di cura differenti.

Il sistema informativo presidierà tre funzioni principali:

- avere visione immediata del volume e tipologia delle transizioni in corso e della loro gestione tramite l'interazione con i diversi professionisti coinvolti;
- garantire ai professionisti informazioni aggiornate relativamente alle offerte di servizi disponibili;
- supportare la presa in carico dei pazienti con l'utilizzo di strumenti utili all'inquadramento e alla scelta del setting di destinazione.

Il sistema informativo deve garantire la piena interoperabilità tra le COT delle singole Aziende e, auspicabilmente, tra le COT di Aziende diverse oltre che alimentare il sistema di monitoraggio utile alla valutazione dell'esito dei processi di transizione, anche al fine di adottare gli opportuni correttivi al modello organizzativo.

Rispetto agli standard tecnologici e strutturali si rimanda agli atti della competente Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie.

3.6. Modalità di attivazione

L'attivazione dei servizi della COT avviene utilizzando l'applicativo specifico che sarà progressivamente implementato. Nelle more, i professionisti e i servizi potranno contattare la COT con modalità che garantiscano la sicurezza della gestione dei dati sensibili. Le Aziende Sanitarie Locali devono provvedere a integrare l'applicativo COT alle piattaforme gestionali in uso.

3.7. Formazione

La formazione, rivolta a tutto il personale che lavora nelle centrali, deve prevedere:

- moduli interdisciplinari con gli operatori delle altre principali interfacce;
- livelli di approfondimento differenziati a seconda del ruolo;
- esperienze di formazione sul campo.

In particolare, devono essere approfondite le seguenti tematiche:

- modello organizzativo dei servizi sanitari, sociosanitari, sociali e del terzo settore;
- contesto territoriale di competenza;
- digitalizzazione e utilizzo dei sistemi informatici;
- competenze relazionali e di lavoro in équipe;
- Transitional Care Model, Population Health Management;
- procedure specifiche per la gestione delle transizioni e loro monitoraggio.

4. Modalità attuative

Entro 60 giorni dalla approvazione del presente provvedimento le Aziende Sanitarie Locali devono adottare con atto formale, da trasmettere al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, il modello aziendale di organizzazione e funzionamento delle COT insistenti sul territorio di competenza.

A cadenza semestrale il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale effettua un monitoraggio sul corretto funzionamento delle COT.



**Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR
M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, sub-
investimento 1.2.2 – Centrali Operative Territoriali**

Versione 01 del 26/1/2024



INDICE

Premessa	3
1. Informazioni relative all'investimento e al target	4
2. Documentazione comprovante l'effettivo raggiungimento del target	4
3. Ulteriore documentazione rendicontativa ReGIS	9
4. Riepilogo set documentale richiesto per comprovare il raggiungimento del target	11
ALLEGATO 1	13
1. Il target EU – M6C1-7 negli accordi con la Commissione Europea	15
2. Requisiti e standard operativi delle COT	16
2.1 Requisiti e standard qualitativi, strutturali, tecnologici e organizzativi delle Centrali Operative Territoriali definiti nel DM 77/2022	16
2.2 Ulteriori requisiti e elementi descrittivi delle COT	19
Note bibliografiche	21
ALLEGATO 2 - Dichiarazione entrata in funzione COT	23



Premessa

L'erogazione dei fondi nell'ambito del Recovery and Resilience facility (RRF) è subordinata al conseguimento soddisfacente, da parte degli Stati membri, delle **milestone e dei target stabiliti nelle Decisioni di esecuzione del Consiglio** che approvano i piani nazionali per la ripresa e la resilienza. La valutazione a tal fine è effettuata in conformità dell'articolo 24, paragrafo 3, del [regolamento \(UE\) 2021/241](#) che istituisce il RRF.

Ulteriori indicazioni sul metodo di valutazione di milestone e target dei piani sono state inoltre rese disponibili nell'Allegato 1 alla Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio "[Recovery and Resilience Facility: Two years on. A unique instrument at the heart of the EU's green and digital transformation](#)" - COM (2023) 99 final, Brussels 21 February.

Come previsto dalla Circolare RGS dell'11 agosto 2022, n. 30 "[Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori](#)" - Vers. 1.0 (agosto 2022), le Amministrazioni centrali titolari di misure PNRR devono svolgere il **controllo al 100% dello stato di avanzamento e dell'effettivo conseguimento di milestone e target**.

Tali verifiche sono finalizzate ad accertare il pieno e corretto avanzamento di target e milestone attraverso **l'esame di tutta la documentazione comprovante e funzionale all'effettivo raggiungimento dei valori dichiarati**, nonché la loro riferibilità, congruità e coerenza rispetto ai cronoprogrammi attuativi degli interventi, in linea con quanto stabilito nell'**Allegato alla Decisione di Esecuzione del Consiglio 10160/21 del 7 luglio 2021** e negli **Accordi Operativi (Operational Arrangements)** concordati con la Commissione europea.

Tale prescrizione è confermata nell'ambito del [Sistema di Gestione e Controllo \(Si.Ge.Co.\) PNRR Ministero della Salute](#) dove si codifica la procedura per la verifica degli indicatori del PNRR (milestone e target), al fine di accertare, tra l'altro, la **presenza di un'idonea documentazione a supporto dei valori realizzati nel sistema ReGiS**.

La presente linea guida, destinata ai soggetti attuatori e ai soggetti attuatori delegati, è finalizzata ad identificare, alla luce dei riferimenti richiamati, il **set documentale richiesto per comprovare il raggiungimento del target europeo M6C1-7** relativo all'entrata in funzione delle **Centrali operative territoriali** previsto nell'ambito del sub-investimento M6C1I1.2.2, 1.2.2.1 COT.



1. Informazioni relative all'investimento e al target

Missione: Missione 6 Salute

Componente: C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Investimento: M6C1I1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina

Sub-investimento: M6C1I1.2.2 - Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT) -

1.2.2.1 COT

Nr. Seq. M&T	ITA/ UE	Codice Indicatore	Descrizione Indicatore
M6C1-7	UE	T0106	Nr. di Centrali Operative pienamente funzionanti

Le COT, secondo quanto descritto nell'Allegato alla Council Implementing Decision (CID) e negli Operational Arrangements e in coerenza con la normativa vigente, devono svolgere le seguenti funzionalità:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale riguardo le attività e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona.

2. Documentazione comprovante l'effettivo raggiungimento del target



Il meccanismo di verifica del target europeo **M6C1-7** relativo all'entrata in funzione delle **Centrali operative territoriali** prevede la definizione da parte dell'Amministrazione titolare (Ministero della Salute) di un **documento esplicativo** che giustifichi adeguatamente come l'obiettivo sia stato raggiunto in modo soddisfacente.

A tale documento esplicativo il Ministero della Salute dovrà **allegare due ulteriori tipologie di documenti** per comprovare l'effettivo raggiungimento del target:

- a) **Certificato di completamento e di entrata in funzione rilasciato in conformità alla legislazione nazionale.**
- b) **Relazione di un ingegnere indipendente approvata dalla Regione o Provincia Autonoma responsabile dell'attuazione, che includa la giustificazione che le specifiche tecniche del progetto (o dei progetti) siano in linea con la descrizione dell'investimento e del target presente nelle Council Implementing Decision (CID).**

Considerata la governance dell'investimento in questione, così come definita nella normativa relativa al PNRR e nel CIS, il Ministero della Salute quale Amministrazione Titolare dell'Investimento rendiconta il target a livello nazionale, mentre Regioni e Province Autonome quali soggetti attuatori devono a loro volta contribuire alla rendicontazione del target inviando al Ministero della Salute la documentazione relativa a ciascuna COT, anche attraverso il coinvolgimento dei soggetti attuatori delegati (Aziende Sanitarie).

Si chiarisce che **i documenti di cui ai punti a) e b)** dovranno essere prodotti dai soggetti attuatori e dai soggetti attuatori delegati per ciascuna COT tenendo conto delle indicazioni di seguito elencate.

Con riferimento alla certificazione di cui al punto a), ai sensi della normativa vigente d.lgs 50/2016 e d.lgs 36/2023 e ai fini della rendicontazione del target in oggetto, essa consta di due tipologie di documenti che insieme attestano il completamento e l'entrata in funzione di un'opera; tali documenti sono:

1. Il requisito del completamento dell'intervento:

Il Direttore dei Lavori (DL) ovvero il Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC), esperite le procedure istruttorie preliminari previste dalla normativa vigente, emette il certificato di ultimazione lavori (ovvero di conformità delle prestazioni).



2. Il requisito dell'entrata in funzione:

L'entrata in funzione prevede la disponibilità giuridica e materiale dell'Opera/Oggetto dell'intervento in capo alla Stazione Appaltante; questo ordinariamente avviene a valle del collaudo (o verifica di conformità) in quanto, sino a tale momento, l'Esecutore ha l'obbligo di custodia e manutenzione dell'Opera/Oggetto dell'intervento che viene consegnata/riconsegnata alla Stazione Appaltante a valle del collaudo medesimo.

Quindi il Verbale/Certificato di Collaudo (ovvero il certificato di conformità per le prestazioni di servizi) e la successiva acquisizione della disponibilità dell'Opera possono convenzionalmente essere ritenuti quali documenti probanti attestanti il momento dell'entrata in funzione.

Alla documentazione di cui sopra dovrà inoltre essere allegata anche la relativa **presa d'atto aziendale di completamento dell'intervento e di entrata in funzione dell'opera secondo le previsioni DM77/2022 e il format allegato (Allegato 2) con la quale viene attestata la piena operatività della Centrale Operativa Territoriale (delibera/determina del Soggetto attuatore delegato).**

A tal proposito, è opportuno chiarire che il **requisito dell'indipendenza** dell'ingegnere che elabora la relazione fa riferimento alla garanzia di autonomia tecnica e professionale della citata figura e di conseguenza, all'assenza di ogni forma di vincolo gerarchico, funzionale e finanziario con gli Enti Attuatori della misura in oggetto. Ne discende pertanto che, al fine di soddisfare il requisito dell'indipendenza, **l'ingegnere di cui trattasi non dovrebbe avere alcun tipo di vincolo né con i Soggetti Attuatori Delegati (ai sensi dell'articolo 5.2 del CIS), i quali sono diretti responsabili dell'esecuzione del sub-investimento in oggetto, né con i Soggetti Attuatori, i quali sono tenuti ad avallare la relazione redatta dal suddetto ingegnere e dai quali dipendono i Soggetti Attuatori Delegati** (cfr nota dell'Unità di Missione PNRR del Ministero della Salute prot. n. 616369904 del 27/10/2023).

Tuttavia, qualora Regioni e Province autonome valutassero positivamente la possibilità che l'incarico di stilare la relazione sia conferito ad un ingegnere già presente nella pianta organica di un altro Soggetto attuatore delegato, in ogni caso diverso dal soggetto delegato all'attuazione dello specifico intervento oggetto di verifica e validazione, si ricorda che dovrà essere comunque garantito il rispetto dei limiti e delle condizioni previsti dalla Circolare MEF-RGS n. 4 del 18/01/2022 in tema di



rendicontazione delle spese sostenute dalle Amministrazioni titolari degli interventi per il reclutamento delle risorse umane necessarie all'attuazione dei singoli progetti. Giova inoltre segnalare che una tale scelta potrebbe comportare un maggiore onere amministrativo in sede di verifica e controllo da parte degli Organismi comunitari circa la dimostrazione del requisito di indipendenza e quindi rappresentare elementi di rischio in sede di valutazione dell'effettivo rispetto delle condizioni previste dal succitato meccanismo di verifica.

Pertanto, alla luce di quanto sopra esposto, questa Unità di Missione, sentito il Ministero dell'economia e delle finanze, conviene di indirizzare i soggetti attuatori alla selezione di una figura professionale tecnica e autonoma, che sia dunque esterna ai Soggetti a vario titolo coinvolti nell'attuazione dei progetti e che sia reclutato solo ed esclusivamente con l'obiettivo di redigere la relazione di cui alla succitata lettera b) del meccanismo di verifica.

Per attestare il requisito dell'indipendenza dell'ingegnere che elabora la relazione dovrà essere prodotta e caricata in ReGiS una apposita dichiarazione in forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi di quanto disposto ex art. 47 D.P.R. 445/2000.

Sembra opportuno sottolineare che il requisito dell'indipendenza, richiesto affinché il professionista garantisca la propria terzietà rispetto alla realizzazione della specifica COT di cui valuta il pieno funzionamento, sia già di per se presupposto sufficiente ad assicurare l'impossibilità oggettiva da parte del Soggetto Attuatore e/o del Soggetto Attuatore Delegato di utilizzare le risorse umane disponibili al proprio interno (di cui all'art. 7, comma 6, punto b) legge 165/2001), in conformità a quanto prescritto dalla citata Circolare MEF-RGS del 18/1/2022 n. 4.

Giova precisare che, l'attività in oggetto risulta assimilabile a quella del collaudo tecnico-amministrativo e, di conseguenza, può essere inclusa come parte del costo dell'investimento PNRR poiché essenziale alla realizzazione dello stesso.

Alla luce delle caratteristiche dei sub-investimenti riconducibili al target M6C1-7, fatta salva diversa previsione nei rispettivi quadri economici, il costo per l'attività espletata dall'ingegnere indipendente dovrebbe essere inserito nella voce "Servizi Tecnici" dei Quadri economici "Lavori" riconducibile al sub-investimento M6C1I1.2.2.1 "di cui COT".

L'ingegnere indipendente nell'elaborazione della relazione dovrà tener conto di quanto descritto nell'Allegato alla Council Implementing Decision (CID) e negli Operational Arrangements e di



quanto previsto dagli ulteriori riferimenti di carattere normativo/amministrativo utili alla verifica delle caratteristiche e degli standard delle COT:

- [Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”](#) (GU Serie Generale n.144 del 22 giugno 2022). L’art. 1 del DM 77/2022 precisa che *“Il modello per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli **standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi** delle strutture dedicate all’assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati, rispettivamente, negli [Allegati 1](#), avente **valore descrittivo**, e [2](#) avente **valore prescrittivo**, che costituiscono parte integrante del presente decreto”*.
- [Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997](#) “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.
- Eventuali **normative regionali/provinciali attuative del DM 77/2022 e/o contenenti requisiti di autorizzazione e accreditamento** per le COT.
- Il **Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)** per l’esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia finanziati nell’ambito del PNRR Missione 6 – Componente 1 e 2 sottoscritto nella Regione/PPAA di riferimento e i relativi Allegati al CIS (documenti tecnici vincolanti per i soggetti attuatori), ovvero il **Piano Operativo Regionale** e gli **Action plan**.

Si segnalano inoltre, quali **riferimenti non prescrittivi** per le attività di rendicontazione di cui alla presente Linea **Guida**:

- la **scheda “Investment 1.2.2: The implementation of a new organizational model: Territorial Coordination Centres”** presente nell’[Allegato al PNRR](#) trasmesso dal Governo italiano alla Commissione europea;
- i **quaderni dell’Agenas** che forniscono orientamenti e indicazioni utili per supportare le direzioni strategiche, gli uffici tecnici e i progettisti nella programmazione e progettazione delle nuove Centrali Operative Territoriali:



- [Le Centrali Operative. Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali](#) - Quaderni di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor;
- [La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione](#) - Quaderni di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor.

Ulteriori indicazioni operative per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente sono fornite nell'**Allegato 1** al presente documento (**“Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente, di cui al meccanismo di verifica CE per il target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionati”, riferibile al sub-investimento 1.2.2 – Centrali Operative Territoriali”**).

Infine, tutta la documentazione relativa al target, così come descritta sopra, dovrà essere oggetto di uno atto emanato dalla Regione o P.A. che attesti il raggiungimento del target anche attraverso la presa d'atto della documentazione prodotta dal soggetto attuatore delegato nonché dall'esperto indipendente.

3. Ulteriore documentazione rendicontativa ReGiS

Tutte le attività e relativi atti di rendicontazione devono essere prodotti e trasmessi , come previsto dalla normativa, su ReGiS, pertanto si chiede di verificare il corretto caricamento su tale piattaforma, all'esito delle attività nelle specifiche sezioni, di tutta la **documentazione relativa ad atti/procedure propedeutici al soddisfacente raggiungimento del target oggetto di rendicontazione**, con particolare riferimento alla documentazione relativa all'iter progettuale, quale (ove pertinente e a titolo esemplificativo):

- Delibera di approvazione del Documento di indirizzo alla progettazione (DIP);
- Delibera/atto di approvazione del progetto;
- Delibera rilascio dei pareri permessi e/o documentazione relativa alla chiusura della Conferenza di Servizi (CdS) ove previsto come occorrente;
- Atti di Gara;
- Atto di aggiudicazione;



- Contratto stipulato;
- Verbale di consegna dell'avvio dei lavori e verbale di fine lavori;
- Atti di collaudo per regolare esecuzione delle opere edili ed impiantistiche;
- Verifiche di conformità relative alle componenti software;
- Atti di collaudo Beni e Servizi;
- Relazione dell'ingegnere indipendente.

A completamento del set informativo previsto dal meccanismo di verifica del target M6C1-7 dovrà essere prodotta una **dichiarazione, a firma del Direttore dell'Azienda sanitaria** in qualità di **soggetto attuatore esterno/delegato**, che attesti l'**entrata in funzione dell'opera e dei servizi correlati**, come da format di cui all'**Allegato 2**.

Dovrà infine essere allegato sulla piattaforma ReGiS l'**atto di approvazione, inteso come presa d'atto (delibera/determina del Soggetto attuatore – Regione/Provincia Autonoma)** relativo alla documentazione precedentemente illustrata (Certificato di ultimazione lavori ovvero di conformità delle prestazioni, Relazione di un ingegnere indipendente, Dichiarazione entrata in funzione COT), attestante il conseguimento del target.

Facendo seguito alla nota dell'Unità di Missione PNRR del Ministero della Salute prot. n. 616369904 del 27/10/2023, i Soggetti attuatori dovranno altresì allegare gli atti di liquidazione dell'ingegnere indipendente a seconda delle seguenti fattispecie in cui ci si ritrovi:

- a) Relazione espletata da ingegnere dipendenti di Ente terzo rispetto al Soggetto attuatore delegato.

In tale fattispecie, ribadendo l'ammissibilità della spesa per la remunerazione della prestazione espletata dall'ingegnere "*indipendente*", il Soggetto attuatore delegato ha la necessità di sottoscrivere una specifica intesa con l'amministrazione di provenienza dell'ingegnere selezionato per espletare l'attività all'interno dell'orario di lavoro.

Il Soggetto attuatore delegato dovrà quindi rimborsare all'amministrazione di provenienza la quota di "*incentivo*" (l'attività dell'ingegnere indipendente è assimilata a quella del collaudo tecnico-amministrativo espletata da collaudatori interni e pertanto rientra nell'ambito degli incentivi di cui all'art. 113 del D. Lgs. 50/2016) dovuta per la prestazione



ricevuta, andando ad alimentare il fondo di amministrazione per il finanziamento del trattamento economico accessorio.

b) Relazione espletata da ingegnere indipendente che agisce in qualità di libero professionista.

In tale fattispecie, ribadendo l'ammissibilità della spesa a valere sui fondi PNRR, l'ingegnere indipendente svolge l'attività in qualità di libero professionista.

Ai fini rendicontativi la documentazione contabile necessaria, è quella atta a comprovare la spesa effettivamente sostenuta per la prestazione ricevuta, ossia l'evidenza del pagamento a favore del professionista a fronte della specifica fattura presentata. Si precisa che nel caso in cui il professionista sia dipendente di altra amministrazione pubblica dovrà essere acquisita e caricata su ReGiS anche l'apposita autorizzazione dall'amministrazione di provenienza.

4. Riepilogo set documentale richiesto per comprovare il raggiungimento del target

Si riporta, nella tabella seguente, l'elenco del set documentale richiesto per comprovare il raggiungimento del target europeo M6C1-7:

FASE	DOCUMENTI RENDICONTATIVI	RESPONSABILITÀ
1	Documentazione relativa ad atti/procedure propedeutici al soddisfacente raggiungimento del target oggetto di rendicontazione (documentazione procedurale relativa all'iter progettuale)	RUP - Soggetto attuatore delegato
2	Certificato di ultimazione lavori (ovvero delle prestazioni) e di entrata in funzione rilasciato in conformità alla legislazione nazionale	Direttore dei lavori / della fornitura - Soggetto attuatore delegato
3	Atto aziendale (es. delibera direttore generale) che definisca la piena operatività della COT (Allegato 2)	Direttore Generale dell'Azienda sanitaria - Soggetto attuatore delegato



FASE	DOCUMENTI RENDICONTATIVI	RESPONSABILITÀ
4	Relazione di un ingegnere indipendente approvata dalla Regione o Provincia Autonoma responsabile dell'attuazione, che includa la giustificazione che le specifiche tecniche del progetto (o dei progetti) siano in linea con la descrizione dell'investimento e del target presente nelle Council Implementing Decision (CID).	Ingegnere indipendente Soggetto attuatore (Regione/PA)
5	Delibera/determina di presa d'atto del Soggetto attuatore relativo alla documentazione attestante il conseguimento del target regionale/provinciale a cui viene allegata tutta la documentazione prodotta dai soggetti attuatori delegati per ciascuna COT come descritto sopra.	Soggetto attuatore (Regione/PA)



ALLEGATO 1

Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente, di cui al meccanismo di verifica CE per il target PNRR M6C1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti", riferibile al sub-investimento 1.2.2 – *Centrali Operative Territoriali*



INDICE

Premessa	155
1. Il target EU – M6C1-7 negli accordi con la Commissione Europea	15
2. Requisiti e standard operativi delle COT	16
2.1 Requisiti e standard qualitativi, strutturali, tecnologici e organizzativi delle Centrali Operative Territoriali definiti nel DM 77/2022	166
2.2 Ulteriori requisiti e elementi descrittivi delle COT	189
Note bibliografiche	221



Premessa

Ai fini del suo raggiungimento, il meccanismo di verifica del Target UE M6C1-7 relativo all'entrata in funzione delle Centrali operative territoriali di cui all'Allegato I agli Operational Arrangements, con scadenza anticipata a livello regionale al T1 2024 in linea con quanto previsto dagli impegni assunti attraverso la sottoscrizione del CIS, prevede la redazione di un documento esplicativo che giustifichi adeguatamente come l'obiettivo sia stato raggiunto. in modo soddisfacente.,

Tale documento, a cura del Ministero della Salute, deve includere in allegato le seguenti prove documentali, comprovanti l'effettivo raggiungimento del target:

- a) certificato di completamento e di entrata in funzione rilasciato in conformità alla legislazione nazionale;
- b) relazione di un ingegnere indipendente approvata dalla Regione o Provincia Autonoma responsabile dell'attuazione, che includa la giustificazione che le specifiche tecniche del progetto (o dei progetti) siano in linea con la descrizione dell'investimento e del target presente nelle Council Implementing Decision (CID).

Chiarite, con nota dell'Unità di Missione PNRR del Ministero della Salute prot. n. 616369904 del 27/10/2023, quali siano le modalità di reclutamento da parte di Regioni e Province Autonome di una figura professionale tecnica e autonoma (di seguito anche "valutatore indipendente"), di cui al punto sub **b)**, **il presente documento rappresenta una guida operativa per la verifica dei requisiti funzionali delle COT propedeutica alla certificazione del raggiungimento del target.**

1. Il target EU – M6C1-7 negli accordi con la Commissione Europea

Si riportano nel presente paragrafo i riferimenti specifici al target EU M6C1-7, come definiti nell'Allegato alla Council Implementing Decision (CID) e negli Operational Arrangements.

Descrizione delle riforme e degli investimenti di cui all'Allegato alla CID
L'investimento previsto riguarda l'attivazione delle Centrali operative territoriali con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza.
Ci si aspetta che le Centrali operative territoriali assicurino il monitoraggio da remoto dei dispositivi forniti ai pazienti, supportino lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari e costituiscano un punto di riferimento per i prestatori di assistenza e le esigenze dei pazienti.



Descrizione del singolo Target in esame di cui all'Allegato alla CID

Il punto cruciale di questo intervento è l'**entrata in funzione delle Centrali operative territoriali** con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di **garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure.**

Meccanismo di Verifica definito negli Operational arrangements tra la Commissione europea e l'Italia

Explanatory document duly justifying how the target was satisfactorily fulfilled.

This document shall include as an **annex** the following documentary evidence:

- a) **certificate of completion and entry into operation** issued in accordance with the national legislation;
- b) **report by an independent engineer endorsed by the implementing Region or Autonomous Province, including justification that the technical specifications of the project(s) are aligned with the CID's description of the investment and target.**

2. Requisiti e standard operativi delle COT

2.1 Requisiti e standard qualitativi, strutturali, tecnologici e organizzativi delle Centrali Operative Territoriali definiti nel DM 77/2022

Ai fini della verifica delle caratteristiche e dei requisiti delle COT (necessaria per l'elaborazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente), il principale riferimento normativo è costituito dal **Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"** (GU Serie Generale n.144 del 22 giugno 2022) che definisce, nell'ambito del modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale, "*gli **standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico***".

L'**Allegato 1** al DM 77/2022, identifica per la Centrale Operativa Territoriale (COT) i seguenti **standard aventi valore esclusivamente descrittivo.**

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



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 assistenziale (Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, Medici specialisti IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), dei pazienti in assistenza domiciliare 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.

Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: Medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, medici specialisti ambulatoriali, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali, nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.

Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di



un sistema informativo condiviso e interconnesso con tutte le strutture e i servizi aziendali nonché con la Centrale Operativa 116117.

La COT è un servizio a valenza distrettuale. La dotazione di personale infermieristico minimo per ogni COT dovrebbe essere di 3-5 infermieri per un distretto standard di 100.000 abitanti.

La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore infermieristico.

L' **Allegato 2** al DM 77/2022 identifica per la COT i seguenti **standard aventi valore prescrittivo**:

Standard organizzativi:

- La Centrale Operativa Territoriale (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 [*Verifica collegamento/predisposizione del collegamento: Aziende Ospedaliere / Presidi Ospedalieri; Case della comunità afferenti al distretto e servizi ivi inclusi; Ospedale di comunità afferente al distretto; Unità di continuità assistenziale; Centrale operativa Regionale; Piattaforme Aziendali/Regionali/Nazionali*].
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- Operativa 7 giorni su 7.

Standard di personale:

- 1 Coordinatore Infermieristico;
- 3-5 Infermieri [*minimo 3 infermieri per garantire la piena operatività della COT*];
- 1-2 unità di Personale di supporto [*minimo 1 unità di personale di supporto per garantire la piena operatività della COT*].

Standard tecnologici e strutturali:

- Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- Sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina [*Verifica presenza e adeguatezza di sistemi hardware e software di raccolta,*



gestione e monitoraggio dei dati di salute di dati acquisiti anche attraverso predisposizioni a infrastrutture operanti in telemedicina (medical device, tablet o altri PDI di supporto alle attività di Telemedicina), rispetto alla operatività ordinaria presunta];

- Infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale;
- Software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate [*Verifica presenza e adeguatezza di Hardware in grado di garantire la piena fruibilità di piattaforme di accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali/Regionali/Nazionali*];
- Sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117 [*Verifica previsione di sistema informativo condiviso e interconnesso con futura Centrale Operativa Regionale 116117*].

Per quanto non direttamente esplicitato nel DM 77/2022, l'Allegato 2 rinvia ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante Piano Nazionale della Cronicità.

2.2 Ulteriori requisiti e elementi descrittivi delle COT

Sulla base degli indirizzi tecnici sviluppati da Agenas¹, sono riportati di seguito ulteriori requisiti e elementi descrittivi delle COT utili ai fini dell'elaborazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente.

Si precisa che tali riferimenti e indirizzi tecnico-operativi **non hanno valore prescrittivo**.

¹ AGENAS - Le Centrali Operative. Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali - Quaderni di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor;
AGENAS - La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione - Quaderni di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor.



A) Requisiti urbanistici-impiantistici (Verifica locali)

- *macro-area Centrale operativa*
- *macro-area Servizi generali e logistici*

<i>Area funzionale</i>	<i>Stanza</i>	<i>n.stanze</i>
Area operativa	Sala operativa	1
	Archivio	1
	Studio / Ufficio	2
	Sala riunioni	1
Servizi di supporto	Servizi igienici (M/F/div.abili)	3
	Tisaneria/cucinetta/relax personale	1
Locali tecnici	Locale elettrico	1
	Locale dati	1
Totale, lordo COT		150mq

- Valutazione complessiva della:
 - illuminazione naturale e artificiale
 - areazione naturale e forzata
- Valutazione complessiva della prestazione energetica
- Verifica del corretto funzionamento degli impianti termici, elettrici e di interconnessione

B) Ulteriori requisiti tecnologici e strutturali

- Verifica corretto funzionamento connessione rete internet E / U a fibra ottica
- Verifica corretto funzionamento linea telefonica in E/U

Resta inteso che le valutazioni da parte dell'ingegnere indipendente devono essere effettuate a supporto delle attività di controllo, monitoraggio e rendicontazione PNRR e del SIGECO finalizzate ad accertare la presenza e conformità di tutta la documentazione probatoria archiviata nel sistema informatico attestante l'effettivo avanzamento/conseguimento dei valori dichiarati - ed in considerazione dei principi generali applicabili agli interventi finanziati dal PNRR, come da istruzioni tecniche.



Note bibliografiche

1. Consiglio dei Ministri, Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), 2021.
https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf
2. European Commission – Italy (2021), RRP Operational Arrangements
<https://www.italiadomani.gov.it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/operational-arrangements-tra-la-commissione-europea-e-l-italia.html>
3. European Commission – Italy (2021), Allegato alla “Decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia”
https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CONSIL:ST_10160_2021_ADD_1_REV_2
4. Decreto Legge 19 Maggio 2020, n. 34. “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”.
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/19/20G00052/sg>

AGENAS - Le Centrali Operative. Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali - Quaderni di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor;
https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/18_centrali_operative_web.pdf
5. Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
6. Legge 30/12/2021, n. 234: “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”.
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/12/31/21G00256/sg>
7. Ministero dell’Economia e delle Finanze, Relazione tecnica al “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”
<https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01319189.pdf>
8. Legge 11 Marzo 1988, n. 67. “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (legge finanziaria 1988), art. 20.
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1988/03/14/088G0117/sg>



9. AGENAS - La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione - Quaderni di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor.1-66.
https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/COT/Per_stamp_a_Quaderno_COT.pdf
10. Ministero dell'economia e delle Finanze (2022), Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori.
<https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/CIRCOLARI/2022/30/Linee-Guida-controllo-e-rendicontazione-PNRR.pdf>
11. Ministero della Salute, Sistema di Gestione e Controllo del Ministero della Salute.
https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3301_allegato.pdf
12. Ministero dell'economia e delle Finanze (2021), Istruzioni tecniche per la selezione dei progetti PNRR.
<https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/CIRCOLARI/2021/21/Allegato-ISTRUZIONI-TECNICHE-AvvisI-2.pdf>



LOGO SOGGETTO
ATTUATORE O
BENEFICIARIO

ALLEGATO 2 - Dichiarazione entrata in funzione COT

(a firma del soggetto attuatore esterno/delegato)

Informazioni Progetto

MISSIONE: Missione 6 Salute

COMPONENTE: C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

INVESTIMENTO: M6C1I1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina

SUB-INVESTIMENTO: M6C1I1.2.2 - Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)

TARGET: M6C1-7

CUP:

CODICE MISURA:

CODICE PRATT:

TITOLO PROGETTO:

CODICE CONVENZIONE:

CODICE SOGGETTO ATTUATORE:

Il/la sottoscritto/a, NOME _____ COGNOME _____, nato a _____, il _____, C.F. _____, in qualità di _____ del(Ente/Ufficio/Struttura/...) _____, in relazione al Progetto identificato in premessa, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e quindi consapevole delle responsabilità di ordine amministrativo, civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci, ex art. 76 del DPR medesimo,

DICHIARA CHE

- L'opera/fornitura [xxxx] è stata completata in conformità alle previsioni del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 – Componente 1 sottoscritto tra Ministero della Salute e [Regione/PA] e dei relativi allegati al CIS (Piano Operativo Regionale e Action plan).
- L'opera/ fornitura è conforme ai requisiti previsti per il sub-investimento M6C1 I1.2.2 Centrali operative territoriali e per il conseguimento del Target europeo M6C1-7 descritti nell'Allegato



alla Decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia (Council Implementing Decision - CID) e negli Operational arrangement tra la Commissione europea e l'Italia, ovvero:

L'investimento previsto riguarda l'attivazione delle Centrali operative territoriali con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza.

Ci si aspetta che le Centrali operative territoriali assicurino il monitoraggio da remoto dei dispositivi forniti ai pazienti, supportino lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari e costituiscano un punto di riferimento per i prestatori di assistenza e le esigenze dei pazienti.

Il punto cruciale di questo intervento è l'entrata in funzione delle Centrali operative territoriali con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure.

Il meccanismo di verifica definito negli Operational arrangements prevede che siano prodotte le seguenti evidenze documentali:

- a) Certificato di completamento e di entrata in funzione rilasciato in conformità alla legislazione nazionale.*
- b) Relazione di un ingegnere indipendente approvata dalla Regione o Provincia Autonoma responsabile dell'attuazione, che includa la giustificazione che le specifiche tecniche del progetto (o dei progetti) siano in linea con la descrizione dell'investimento e del target presente nelle Council Implementing Decision (CID).*

— L'opera/ fornitura è conforme agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dal Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” e dalle altre normative nazionali e regionali di riferimento, tenuto conto anche degli orientamenti Agenas (“Le Centrali Operative Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali” - *Quaderno di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor*; “La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione” - *Quaderno di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor*).

— È stato assicurato, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) n. 241/2021, il perseguimento del principio di “non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali”



(“Do No Significant Harm” - DNSH) di cui all’articolo 17 del Regolamento (UE) n. 852/2020, così come chiarito dalla circolare n. 33 del 13 ottobre 2022 della Ragioneria Generale dello Stato, che ha aggiornato la “Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all’ambiente” di cui alla Circolare n. 32 del 30 dicembre 2021.

- Per la realizzazione dell’intervento sono stati rispettati tutti i principi trasversali previsti dal PNRR, quali, tra gli altri, il principio di parità di genere e l’obbligo di protezione e valorizzazione dei giovani.
- È stato assicurato il rispetto di tutte le disposizioni previste dalla normativa europea e nazionale, con particolare riferimento a quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 241/2021 e dal decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, come modificato dalla legge 29 luglio 2021, n. 108.
- È stato garantito il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall’art. 34 del Regolamento (UE) n. 241/2021.
- La documentazione comprovante il soddisfacente conseguimento di tutte le Milestone e di tutti i Target (nazionali ed europei) relativi al sub-investimento M6C1 I1.2.2 Centrali operative territoriali, e in particolare in relazione al Target europeo M6C1-7, è stata correttamente caricata nel sistema informativo ReGiS nella sezione relativa agli indicatori target.
- La documentazione inserita nel sistema informativo ReGiS è coerente rispetto al valore realizzato dichiarato del target ed è idonea a confermare il soddisfacente conseguimento del milestone/target, ivi inclusi i sub criteri indicati nella descrizione della misura e nella descrizione della milestone o del target in coerenza con l’Annex CID e con gli Operational Arrangements.
- Sono stati correttamente eseguiti, e superati con esito positivo, i controlli necessari ad assicurare la correttezza, affidabilità e completezza degli atti/procedure propedeutici al soddisfacente raggiungimento di milestone/target oggetto di rendicontazione (es. sulle procedure di selezione e/o di gara/affidamento).
- Tutti i collaudi e le verifiche richiesti sono stati eseguiti con esito positivo, conformemente alle normative vigenti.
- Le attrezzature e le strutture necessarie al funzionamento del servizio sono state installate e sono operative.
- Le eventuali procedure e autorizzazioni richieste da enti esterni per l’avvio del servizio sono state regolarmente ottenute.



— La Centrale Operativa Territoriale [xxxx] e i servizi connessi, sono ufficialmente entrati in funzione a partire dal [Data di Inizio Funzionamento].

Luogo e data

Nominativo e Firma digitale
