

FRANCO PESARESI

LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

[Come saranno]

Network Non Autosufficienza (NNA)

07/07/2022

Articolo pubblicato su *I luoghi della cura online* n. 3/2022

www.luoghicura.it

	pagina
1. Il percorso normativo delle centrali operative territoriali (COT)	3
2. Le caratteristiche della Centrale operativa territoriale (COT)	4
2.1. I rapporti con gli altri servizi	7
3. I requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici delle centrali operative	9
3.1. I requisiti minimi strutturali di tutte le centrali	9
3.2. Specifiche minime strutturali per centrali operative territoriali (COT)	11
3.3. I requisiti minimi impiantistici di tutte le centrali	11
3.4. Specifiche minime tecnologiche per centrali operative territoriali	12
3.5. Requisiti minimi organizzativi	12
4. La definizione di indicatori di riferimento per il sistema di monitoraggio	13
5. IL PNRR e le COT	13
6. Costi e finanziamento	15
7. Qualche valutazione	17
Bibliografia	18

1. IL PERCORSO NORMATIVO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Le Centrali operative territoriali si sono sviluppate da quasi dieci anni¹ in alcune regioni italiane (Veneto, Toscana, Lazio, Sicilia, Lombardia, Umbria, ecc.) in assenza di un quadro normativo nazionale e quindi con caratteristiche, diffusione e funzioni molto diverse. Attualmente l'attivazione di modelli organizzativi riconducibili a quello delle Centrali Operative Territoriali risulta pertanto frammentata e incompleta su tutto il territorio nazionale e anche all'interno delle stesse regioni, in cui le Aziende hanno proceduto con modalità e tempi diversi (Cfr. Tab.1).

Le primissime centrali operative sono nate una decina di anni fa circa nelle regioni Toscana e Veneto a cui sono poi seguite centrali operative nelle regioni Basilicata, Piemonte e Umbria dopo il 2017. Queste Centrali operative hanno l'obiettivo di gestire la continuità assistenziale dei pazienti che passano dall'ospedale ad altri setting territoriali, spesso con specifico riferimento alle dimissioni protette.

Tab. 1 – Le esperienze regionali relative alle centrali operative territoriali

REGIONE	Denominazione	Collocazione	Funzioni
Basilicata	Centrale operativa per le dimissioni protette. 2017	AOR San Carlo di Potenza e Azienda sanitaria Potenza	Gestire tramite un cruscotto preliminarmente istituito e condiviso le dimissioni protette
Calabria	Centrale operativa territoriale	Aziende sanitarie provinciali	Assistenza ai casi Covid-19 raccordando i vari soggetti.
Lazio	Centrale operativa aziendale Centrale di continuità ospedale-territorio	ASL Roma 1 ASL Latina	Gestisce il flusso dei pazienti covid-19 (ASL Roma 1) Favorisce il coordinamento tra il setting ospedaliero e il territorio
Piemonte	Centrale operativa di continuità assistenziale	ASL Alessandria	coordina la presa in carico dei pazienti da un setting ospedaliero a quello territoriale
Puglia	Centrale operativa regionale per la telemedicina delle cronicità e delle reti cliniche. DGR 1088/2020	Asl Foggia e ASL Bari	Sorveglianza dei pazienti Covid-19 domiciliati
Sardegna	Centrale operativa regionale sanitaria	Regionale	Coordinamento attività sanitarie e sociosanitarie legate al Covid-19
Sicilia	Centrale teleCovid-19	regionale	Supporto alla presa in carico dei pazienti Covid-19 domiciliati
Toscana	Agenzia di continuità ospedale territorio (ACOT). DGR 1010/2008 e DGR 679/2016	ASL	Strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio
Trento P.A.	Centrale territoriale	Provincia Trento	Gestione pazienti Covid-19
Umbria	Centrale operativa territoriale. 2017	USL Umbria 1	Gestione transizione utenti da un luogo di cura all'altro.
Veneto	Centrale operativa territoriale. (Piano socio sanitario 2012-2016)	In ogni ULSS	Integrazione ospedale-territorio. Coordinamento della transizione dei pazienti dall'ospedale agli altri setting territoriali.

Fonte: ns. elaborazione dati tratti da Enrichens, 2022, Ferrara et al., 2021.

¹ Anche se le primissime esperienze sono di quindici anni fa.

Ad introdurre formalmente le centrali operative territoriali (COT) nell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale è stato l'art. 1 comma 8 del D.L. 19/05/2020, n. 34² che testualmente recita: “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”. All'epoca si era nella fase più intensa della pandemia da Covid-19 e le Centrali operative, finanziate dallo stesso art. 1, dovevano servire a rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del COVID-19 con l'obiettivo di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione del COVID-19, oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario.

In seguito all'approvazione del D.L. 34/2020, alcune regioni (Calabria, Lazio, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento), durante l'emergenza epidemiologica, hanno attivato un modello organizzativo di COT per lo più dedicato alla gestione dell'assistenza dei casi Covid 19 (Enrichens, 2022) che comunque si è diffuso solo in alcune aziende sanitarie.

Successivamente, nel 2021, il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nell'ambito degli investimenti previsti per il potenziamento delle cure domiciliare prevede l'attivazione di 600 Centrali COT, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. Per la creazione delle COT viene prevista una spesa di 280 milioni di euro soprattutto per l'interconnessione tecnologica. Le Centrali Operative Territoriali (COT) saranno dotate dei mezzi tecnologici per garantire il controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, sosterrà lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituirà un punto di riferimento per i caregiver, sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione, e fungerà da punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali del paziente.

Il vero punto di riferimento però è costituito dal recente Decreto Ministero Salute n. 77/2022 relativo ai “Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” che definisce il nuovo servizio e ne stabilisce i requisiti.

Il quadro normativo si esaurisce in questi riferimenti anche se può risultare utile segnalare la pubblicazione di un Quaderno (supplemento della rivista “Monitor”) dell'Agenas (2022) dedicato a tutte le Centrali Operative che fornisce utili elementi di contesto ed una serie di indicazioni utili per la creazione e il funzionamento di tutte le diverse Centrali operative sanitarie, comprese le Centrali operative territoriali (COT).

2. LE CARATTERISTICHE DELLA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

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.

Il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 fornisce una serie di indicazioni strutturali, tecnologiche ed organizzative sulle COT alcune delle quali hanno valore descrittivo

² Recante “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”.

mentre altre hanno valore prescrittivo. Le indicazioni di tipo prescrittivo (contenute nell'allegato 2 del Decreto) costituiscono dei requisiti minimi obbligatori per il funzionamento delle COT e sono evidenziate (con una apposita dicitura fra parentesi) nel presente testo.

Standard:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore (standard prescrittivo);

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, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio, 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 Case della Comunità (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 (standard prescrittivo) 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.

Il personale delle COT

Lo Standard di personale di una COT per 100.000 abitanti: 1 coordinatore infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (standard prescrittivo).

La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore aziendale infermieristico (Decreto M.S. 77/2022) di cui alla L. n.

251/2000, adeguatamente formato e preferibilmente che abbia conseguito la laurea magistrale (Martini L, 2022).

Per svolgere le attività sopra citate, ivi incluse quella di integrazione ospedale-territorio che necessitano di una valutazione multidimensionale, le COT prevedono **l'interazione di figure professionali diverse**: Infermiere case manager, Medico, Assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione, così come di personale amministrativo.

La composizione e la numerosità del team all'interno delle COT dovrebbe tener conto delle funzioni previste e del bacino di utenza.

Come previsto dal "Decreto rilancio" convertito con la Legge n. 77/20, sono gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC) le figure basilari per potenziare le cure domiciliari e per continuare a fare fronte all'emergenza pandemia. Tale figura fortemente orientata alla gestione proattiva della salute, in prospettiva opererà rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. L'intervento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si esprime al livello comunitario, oltreché individuale e familiare, attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato. L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto a coloro che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità. L'IFeC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute, così si spiega la sua presenza all'interno delle COT. Per cui il personale infermieristico che presta la propria opera all'interno delle COT è costituito da IFeC (Enrichens, 2022).

La Formazione degli operatori di una Centrale Operativa

Le indicazioni dell'Agenas sulla formazione degli operatori delle COT sono di tipo generale e valide per tutte le diverse tipologie di Centrali operative (118, CO NEA 116117, COT) per cui i contenuti specifici dovranno essere stabiliti e calati nelle singole realtà organizzative.

I programmi di formazione degli operatori per le diverse Centrali Operative sono definiti in base a specifiche variabili che dipendono dal modello organizzativo, dalle attività previste e in modo particolare dal fatto che si tratti di operatori laici o professionisti sanitari.

Tali programmi dovranno essere riferiti, in particolare, alle seguenti aree di conoscenze e competenze:

- organizzazione socio-sanitaria;
- gestione di protocolli decisionali elaborati dalla Centrale Operativa per la gestione delle chiamate;
- coordinamento con gli altri servizi pubblici (es. 118, Distretti, Casa della Comunità);
- gestione degli strumenti informatici, di fonìa, applicativi ed orografici;
- tecniche di comunicazione efficace con l'utenza.

Inoltre, particolare rilevanza assumerà la formazione legata agli aspetti del time management, alla gestione dei team e dei flussi comunicativi.

La gestione degli aspetti comunicativi-relazionali assume infatti giocoforza un ruolo fondamentale, in quanto il servizio offerto dalle centrali è per sua natura legato alla ricezione di una serie di informazioni veicolate da diversi mezzi, provenienti da diverse fonti e destinate a diversi target, che devono essere correttamente acquisite, catalogate, interpretate, rielaborate, reindirizzate e spesso restituite in termini di comunicazione esterna.

L'organizzazione di percorsi formativi dovrà altresì prevedere momenti interdisciplinari, in particolare tra operatori della CO NEA 116117, delle COT, MMG, PLS, medici della CA e dei distretti, 118 oltre che con il sistema del NUE 112.

Si può pertanto ipotizzare di pianificare una formazione con carattere modulare e scalabile trasversale di base comune a tutti i profili e tipologie di centrali, che preveda poi moduli aggiuntivi legati sia alle singole professionalità sia alle specificità dei modelli organizzativi che, in una logica di life long learning, potrà essere mantenuta periodicamente mediante edizioni di refresh di quanto acquisito nel corso delle precedenti edizioni (Martini L., 2022).

2.1. I rapporti con gli altri servizi

Le COT per l'esercizio delle loro funzioni hanno la necessità di rapportarsi con una moltitudine di soggetti e servizi che vanno dall'ospedale ai servizi territoriali. In questo paragrafo si approfondiscono le relazioni della COT con alcuni di questi servizi.

I rapporti della COT con la Centrale Operativa NEA 116117

Le Centrali operative territoriali si rapportano con la Centrale Operativa NEA 116117.

Il numero 116117 (NEA), unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti (per esempio continuità assistenziale) e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le **Centrali Operative Territoriali** e con altri servizi previsti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma.

La Centrale Operativa NEA 116117 (CO 116117) offre un servizio diretto, per un bacino di utenza non inferiore a 1-2 milioni di abitanti, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi accordi di prossimità e la istituzione di centrali interregionali. Il servizio è aperto, gratuito e attivo h24 7/7 giorni, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria (Decreto M.S. 77/2022).

Il rapporto della COT con la CdC

La Casa della Comunità (CdC), proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva dei MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
- Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la **Centrale Operativa Territoriale (COT)** che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti (Decreto M.S. 77/2022).

I rapporti con il servizio dell'ADI

Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la **Centrale Operativa Territoriale** si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

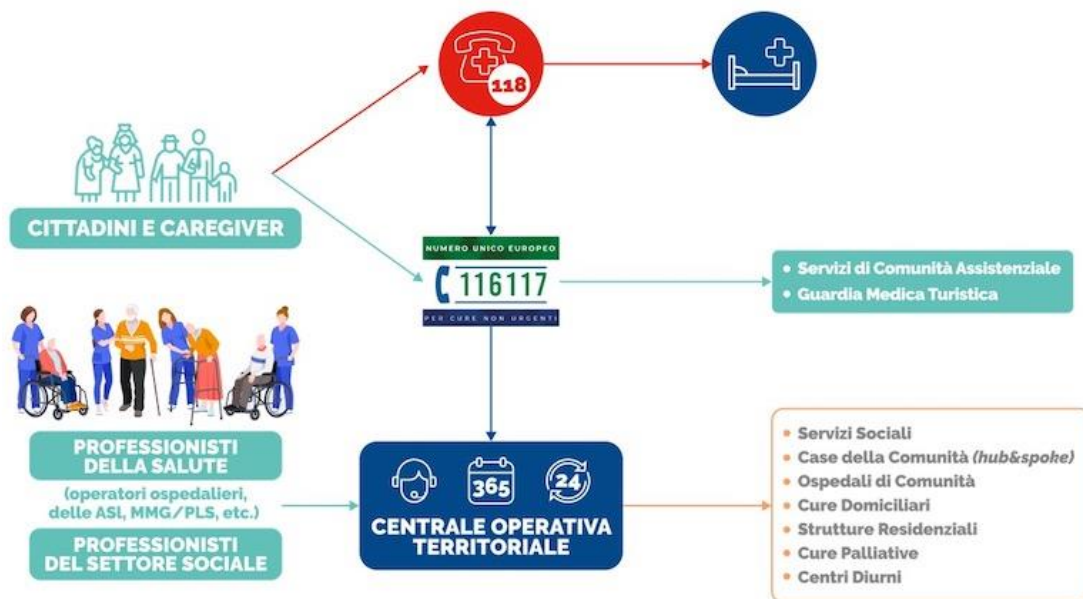
L'integrazione tra professionisti e servizi assicura la necessaria continuità dell'assistenza e deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali (Decreto M.S. 77/2022).

I rapporti della COT con le cure palliative

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di cure palliative (CP) che coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la **Centrale Operativa Territoriale**, i Punti Unici di Accesso, l'ADI e l'Assistenza Primaria. (Decreto M.S. 77/2022).

Fig. 1 – Le relazioni funzionali delle Centrali operative territoriali

1.2.2



Fonte: Agenas

3. REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI DELLE CENTRALI OPERATIVE

Il Decreto Ministro Salute n. 77/2022 fornisce indicazioni sui requisiti minimi prescrittivi (obbligatorie) per le COT solamente per i requisiti tecnologici ed organizzativi.

E' stata poi l'Agenas, attraverso la sua rivista "Monitor", a fornire una serie di ulteriori indicazioni che ovviamente non hanno carattere normativo ma che possono costituire un utile punto di riferimento per le regioni che dovranno poi regolare la materia con propria normativa sui requisiti e l'organizzazione delle COT.

3.1. REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DI UNA CENTRALE OPERATIVA (118, CO NEA 116117, COT)

Una Centrale Operativa deve rispettare i requisiti di adeguamento al corpus normativo in materia di igiene, sicurezza sismica, prevenzione incendi, sicurezza elettrica, contenimento energetico e abbattimento delle barriere architettoniche.

Deve essere ubicata in un'area a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, esterna alle zone/raggi di sicurezza derivanti dai Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante (rif. Direttiva Seveso III).

La viabilità deve essere di facile accesso e deve essere prevista un'area di parcheggio riservata al personale operante in centrale sia in condizioni ordinarie sia di emergenza, con la possibilità di accesso riservato in caso di condivisione della sede con altre aziende sanitarie/enti.

Le Centrali Operative devono prevedere aree di supporto quali:

- la Sala Operativa, area nella quale sono ubicate le postazioni di lavoro;
- uffici direzionali, di segreteria, di amministrazione, di archivio e di deposito dotati di arredi e attrezzature idonei allo svolgimento dell'attività e le cui dimensioni devono essere definiti in funzione dei volumi di attività;
- locali di ristoro e relax del personale, le cui dimensioni dovranno essere correlate alla numerosità del personale;
- locali spogliatoio per il personale, servizi igienici suddivisi per sesso in numero proporzionale al personale che vi afferra. Tali servizi devono ricomprendere anche quelli per portatori di disabilità, come da normativa vigente;
- locali tecnici per le installazioni telefoniche, radio e informatiche;
- locale di supporto/stoccaggio per i servizi di manutenzione e pulizie;
- locali riunioni, aree da destinare alla formazione/addestramento del personale idonee anche alla formazione a distanza;
- aree di parcheggio commisurate al personale operante nella Centrale Operativa (Santurri M., 2022).

3.1.1. *Esemplificazione degli standard minimi strutturali di una sala operativa tipo e delle relative postazioni di lavoro*

La Sala Operativa è l'area che accoglie le postazioni di lavoro, che devono essere pari almeno al numero massimo di operatori presenti per turno. È necessario prevedere delle postazioni di ridondanza pari indicativamente al 30% di quelle ordinarie, per consentire di fronteggiare eventuali necessità temporanee d'incremento di attività o comunque per garantire le normali funzioni lavorative in caso di manutenzioni e adeguamenti.

Le postazioni devono essere preferibilmente collocate secondo uno schema ad "isola singola" o "isola multipla", ossia ubicate singolarmente o in gruppo, mantenendo una distanza l'una dall'altra sufficiente ad impedire che vi possa essere vicendevole interferenza durante l'operatività. Per ogni operatore si considera una superficie non inferiore a 7 mq. Tale valore rispetta quanto prescritto dal punto 1.2 dell'allegato IV al D.lgs. 81/08 in termini di limite minimo di superficie da garantire a ogni

lavoratore. Il valore proposto è stato ottenuto tenendo anche conto dell'attuale emergenza pandemica, è necessario definire un'area di sicurezza intorno ad ogni individuo, identificabile in un cerchio di 115 cm di raggio, per garantire un distanziamento fisico accettabile tra due o più postazioni ai fini della prevenzione da contagio. Tale area è composta da un cerchio interno di raggio 15 cm, che indica la testa e i suoi possibili movimenti, ed una corona circolare esterna, di raggio pari a 100 cm aggiuntivi rispetto al cerchio interno, che rappresenta l'area di distanziamento minima. Nel caso di posizione seduta, il centro del cerchio viene fatto coincidere con l'intersezione tra bordo anteriore della scrivania/tavolo ed il piano mediano della sedia. L'area di distanziamento di un individuo è sovrapponibile con quella di un individuo vicino, purché non si sovrappongano i cerchi interni (raggio 115 cm). In questo modo la distanza interpersonale minima di 1 metro viene assicurata. Dato che, per consentire i movimenti, alle spalle della scrivania bisogna avere uno spazio non inferiore a 70 cm, il raggio della circonferenza in questione deve essere maggiorato di 35 cm per un totale di 150 cm.

Per ogni operatore si è, quindi, calcolato una superficie minima della postazione di lavoro di 7 mq (area cerchio: $1,50m \times 1,50m \times 3,14(\pi)$) da intendersi al netto dei passaggi laterali di comunicazione per potersi spostare ed evacuare la sala. Il piano di lavoro di ogni postazione deve presentare dimensioni sufficienti per permettere una disposizione flessibile e funzionale alle diverse attrezzature. Una corretta postura sul lavoro da video terminalista prevede che le braccia possano appoggiare comodamente sul piano di lavoro in modo che tra braccio e avambraccio si formi un angolo di almeno 90° , lo stesso per la coscia e la parte inferiore della gamba. Per consentire quindi agli operatori di diversa corporatura di mantenere una postura corretta, sono consigliati arredi ergonomici come tavoli regolabili in altezza e sedie con schienali reclinabili.

L'illuminazione generale e specifica deve garantire un illuminamento sufficiente e un contrasto appropriato tra lo schermo e l'ambiente circostante. Bisogna evitare i riflessi sullo schermo ed eccessivi contrasti di luminanza e abbagliamenti all'operatore, disponendo la postazione di lavoro in funzione dell'ubicazione delle fonti di luce naturale e artificiale (in particolare le postazioni dovrebbero essere posizionate in modo da avere la luce naturale di fianco e utilizzare lampade a griglia antiriflesso o almeno schermate). Occorre tenere conto della posizione di finestre, pareti trasparenti o traslucide, pareti e attrezzature di colore chiaro che possono determinare fenomeni di abbagliamento diretto e/o indiretto e/o riflessi sullo schermo. Le superfici dei locali (soprattutto pareti e pavimento) dovranno presentare una limitata capacità riflettente ed essere di colore tenue ed opaco. La direzione principale dello sguardo dell'operatore deve essere parallela rispetto alle finestre, che devono essere munite di dispositivi di oscuramento regolabile (per es. veneziane o tende di tessuto pesante). L'illuminamento sul piano di lavoro (monitor o tavolo) per la Sala Operativa e gli uffici può essere regolabile e, comunque, fissato tra 300 e 500 lux. Per la lettura delle informazioni direttamente dal monitor sono necessari 300 lux; se invece occorre leggere un documento sono necessari 500 lux (Santurri M., 2022)

Nel paragrafo che segue si riportano i requisiti strutturali minimi specifici previsti per la COT, alternativi o ad integrazione di quelli appena richiamati.

3.2. SPECIFICHE MINIME STRUTTURALI PER CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

Trattandosi di servizi distrettuali, le postazioni per gli operatori delle COT potrebbero anche non essere allocate in ambienti open space ma in stanze adibite a ufficio.

Essendo, inoltre, le postazioni in numero ridotto (per ogni COT, indicativamente, n. 4 postazioni di lavoro e n. 1 ufficio per il coordinatore) rispetto a quelle previste per le altre centrali operative ed

essendo molto ridotto il flusso di telefonate, perché a servizio di bacini di utenza più piccoli, non si pone il problema di dover necessariamente insonorizzare gli ambienti (Santurri m., 2022).

3.3. REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI DI UNA CENTRALE OPERATIVA (118, CO NEA 116117, COT)

Le strutture che ospitano Centrali Operative, la cui ubicazione non presenta vincoli territoriali, devono rispettare i seguenti requisiti minimi impiantistici:

- impianto antincendio rispondente alla normativa vigente in materia; in particolare tutti i sistemi di spegnimento automatico (ad esempio in locali quali CED e magazzini) devono essere realizzati con sistemi sicuri per i lavoratori (aerosol o similari) senza sottrazione di ossigeno;
- impianto elettrico dimensionato secondo le necessità di assorbimento in grado di poter sostenere la contemporaneità di più alimentazioni, con presenza di gruppi di continuità e di gruppo elettrogeno, che assicurino il corretto funzionamento della centrale in ogni sua parte essenziale (sistema informatico, sistema di comunicazione e di sicurezza, apparecchiature e strumentazione, ecc.) sia l'illuminazione d'emergenza e di sicurezza. Per la sicurezza elettrica dell'impianto si rimanda alla norma CEI 64-8 per la sicurezza degli impianti elettrici civili. L'impianto dovrà prevedere tre sezioni:
 - utenze normali:
Cucina, prese di servizio, condizionatori dei locali non essenziali, ascensori. Tali utenze potranno essere alimentate dalla normale rete elettrica fornita dal gestore locale, senza l'utilizzo di sistemi di soccorso.
 - utenze privilegiate:
Luci. Per tali utenze si potrà tollerare una breve interruzione (10 – 15 s) e si dovrà prevedere l'alimentazione mediante un gruppo di soccorso in grado di intervenire in breve tempo.
 - utenze in continuità:
PdL, luci di emergenza, apparati centrali di rete, possibilmente PC di ufficio. In questi casi l'alimentazione non dovrà mai mancare e sarà indispensabile un gruppo di continuità (UPS) che veda a monte la presenza di un gruppo elettrogeno, che intervenga comunque ad assicurare la permanenza dell'alimentazione oltre l'autonomia dell'UPS.
- impianto idrotermosanitario, nonché impianto di condizionamento e climatizzazione tale da garantire le condizioni di comfort termo-igrometrico richiamato nel d.lgs.81/08 e descritto nella UNI EN ISO 7730:2006 da prevedere con particolare riguardo nella sala operativa e negli ambienti che presentano particolari esigenze di climatizzazione;
- impianto di illuminazione regolabile dedicato all'utilizzo dei videoterminali secondo la normativa UNI EN 12464-1;
- Impianto di telefonia fissa;
- Rete dati;
- Impianto TV;
- Impianto di prevenzione incendi e annessi dispositivi antincendio;
- Sistema di controllo degli accessi sia all'edificio che alla sala operativa;
- Sistema di video sorveglianza spazi esterni all'edificio.

3.4. SPECIFICHE MINIME TECNOLOGICHE PER CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

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;
- 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;
- Sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

I citati standard minimi hanno valore prescrittivo (Decreto M.S. 77/2022).

Per quanto non esplicitato nel presente paragrafo si rimanda a i 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. TM
- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante “Piano Nazionale della Cronicità” (Decreto M.S. 77/2022).

Inoltre, si riportano di seguito le specifiche tecnologiche minime caratterizzanti le Centrali Operative Territoriali, fornite da Agenas:

- una piattaforma comune integrata principalmente con gli applicativi di gestione dell'ADI e cure palliative domiciliari, Guardia Medica, Psichiatria/DSM ed in generale con i software del Territorio;
- un software con accesso, visualizzazione e alimentazione nel Fascicolo Sociosanitario Elettronico degli interventi effettuati;
- un sistema che permetta di visualizzare in tempo reale la disponibilità dei posti letto in strutture di ricovero intermedie e residenziali, nonché l'anagrafica dei pazienti in assistenza domiciliare protetta.

Le postazioni di lavoro saranno costituite da una workstation dotata di:

- computer con tastiera, mouse;
- n. 1 monitor (22” /24”);
- n. 1 telefono digitale (a più linee);
- cuffie con microfono per garantire l'operatività a mani libere (Santurri, 2022).

3.5. REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DELLE COT

Lo Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 coordinatore infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (standard prescrittivo) (Decreto M.S. 77/2022).

4. LA DEFINIZIONE DI INDICATORI DI RIFERIMENTO PER IL SISTEMA DI MONITORAGGIO

A titolo esemplificativo e non esaustivo si elencano alcuni dei dati, a diversi livelli, che potrebbero essere identificati come base di un flusso di monitoraggio clinico, telemedicina dedicato nella COT (Tabella 2), forniti da Agenas.

Tabella 2. Indicatori di riferimento per il sistema di monitoraggio delle COT

ORGANIZZATIVO	struttura	Postazioni di telemedicina previste
	performance	Postazioni di telemedicina attive
	struttura	Ore di attività di telemedicina previste
	performance	Ore di attività di telemedicina effettive
OPERATIVO	Processo	Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio telemedicina totali per ASL, per distretto
		Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio telemedicina per ora
		Numero di chiamate uscenti in telemonitoraggio telemedicina per 100.000 abitanti
		Numero di chiamate uscenti con risposta
	Performance	Numero di chiamate uscenti senza risposta
		Numero di chiamate uscenti gestite dalla COT con esito “collegamento con struttura specialistica di riferimento”
	processo	Numero di pazienti assegnati per ASL, per distretto e per codice di gravità
		Numero medio giornaliero di pazienti monitorati totale, per ASL, per distretto
		Attinenza ai periodi di monitoraggio
		Numero di chiamate di monitoraggio con esito “attivazione del Servizio Emergenza Territoriale 118” * 100.000
		Numero di chiamate di monitoraggio con esito “attivazione di altro servizio ASL” * 100.000
		Numero di chiamate di monitoraggio con esito “attivazione di servizi sociali” * 100.000

Fonte: Enrichens, 2022.

5. IL PNRR e le COT

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) prevede nella “Missione sanità”, all’interno del progetto relativo al potenziamento delle cure domiciliari, l’attivazione di 600 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l’interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. Il PNRR destina 280 milioni di euro all’attivazione delle COT (Cfr. Tab. 3).

Tab. 3 - Le Centrali operative territoriali previste dal PNRR

Regioni	n. COT previste
Piemonte	43
Valle d’Aosta	1
Lombardia	101
PA Bolzano	5
PA Trento	5

Veneto	49
Friuli Venezia Giulia	12
Liguria	15
Emilia Romagna	45
Toscana	37
Umbria	9
Marche	15
Lazio	59
Abruzzo	13
Molise	3
Campania	58
Puglia	40
Basilicata	6
Calabria	19
Sicilia	49
Sardegna	16
Italia	600

Fonte: D. M. Salute del 20/1/2022.

Secondo il PNRR, le Centrali Operative Territoriali (COT) saranno dotate dei mezzi tecnologici per garantire il controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, sosterrà lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituirà un punto di riferimento per i caregiver, sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione, e fungerà da punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali del paziente.

Al fine di eseguire la loro missione informativa ed educativa per operatori sanitari, pazienti e caregiver, le Centrali Operative Territoriali (COT) saranno supportate dalla versione avanzata del “Portale della Trasparenza”, piattaforma informativa sviluppata da Agenas dopo le fasi di consolidamento e valutazione. Gli obiettivi principali di questa piattaforma sono quelle di consentire ai cittadini un facile accesso ai servizi sociali e sanitari, fornendo informazioni aggiornate su cure e strutture sanitarie, e di conseguenza guidarle ad una consapevole scelta sui trattamenti sanitari e sui servizi. Inoltre verrà predisposto un sistema di intelligence sanitaria, anche con l'utilizzo di intelligenza artificiale, in grado di fornire indicazioni al personale sanitario e ai cittadini, compreso il management delle emergenze mediche.

Nelle Centrali Operative Territoriali, sempre secondo il PNRR, l'ausilio dell'intelligenza artificiale e degli strumenti di *machine learning* e il loro collegamento con la piattaforma che supporterà l'implementazione della telemedicina e del teleconsulto diminuirà il numero di accessi di assistenza domiciliare degli operatori sanitari necessari per paziente senza ridurre la qualità di cura.

E' previsto che le COT siano pienamente operative e distribuite in tutto il territorio entro il secondo trimestre del 2024.

6. COSTI E FINANZIAMENTO

Nel complesso, il PNRR stima una spesa complessiva di 280.000.000 € per le strutture e le apparecchiature tecnologiche e di interconnessione delle 600 Centrali operative territoriali, il cui dettaglio è indicato nella Tab. 4.

Tab. 4 – I costi dei realizzazione delle Centrali operative territoriali previste dal PNRR

Voci di spesa	Costi (€)
Ristrutturazione degli edifici esistenti	90.300.000
Realizzazione strumento di interconnessione nelle ASL. <ul style="list-style-type: none"> • Di cui Costo unitario di sviluppo software per 125 ASL (257.238,5 € x 125): 31.897.574 • Di cui Costo unitario di installazione e varo per 125 ASL (19.400 € x 125 ASL): 2.405.600 • Di cui Costo unitario migrazione dati per 125 ASL: (25.705 € x 125): 3.187.420 • Di cui costo unitario della formazione: (38.800 € per 125 ASL): 4.811.200. È stato stimato un costo di 341.143 euro per ciascuna delle 125 ASL per l'acquisto di software, hardware, migrazione e interconnessione dati, nonché per la formazione del personale.	42.642.875
Costo Tecnologia	13.545.000
Introdurre l'intelligenza artificiale e gli strumenti di apprendimento automatico nel contesto delle cure primarie tra un campione di cittadini nazionali (1 milione di cittadini italiani) (10.000.000 € per anno).	50.000.000
Consolidamento ed evoluzione del "Portale della Trasparenza", la piattaforma informativa sviluppata da Agenas.	25.482.412
Acquisto dispositivi per telemonitoraggio dei pazienti domiciliari al costo medio di 2.215 € ognuno (44 per ogni centro).	58.029.713
TOTALE	280.000.000

Fonte: nostra elaborazione della documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR.

In realtà, il Decreto del Ministro della Salute 20/1/2022 di riparto dei fondi della missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede il riparto per le COT di soli 204.517.588 euro e non 280 milioni come previsto nel PNRR. Non è ancora noto se le risorse mancanti saranno assegnate successivamente o, come più probabile, se saranno assegnate ad altro investimento.

Il PNRR provvede ai costi per gli investimenti ma non ai costi relativi al personale. Il personale delle COT sarà invece a carico del bilancio statale. Per il funzionamento delle 600 Centrali operative territoriali è previsto un costo annuo del personale infermieristico di 150.000.000 euro che saranno finanziati dalle risorse previste con il D.L. 34/2020 art. 1 c.5 (Cfr. Tab. 5) a decorrere dal secondo semestre del 2024 (PNRR).

Tab. 5 – Costi del personale delle centrali operative territoriali (COT)

Descrizione personale	Unità di personale per COT	Incremento costi unitari	Totale unità di personale	Costi aggiuntivi (€)	Fonte del finanziamento (€)
Infermieri di famiglia	5	40.000	3.000	120.000.000	D.L. 34/2020 art. 1 c.5
Coordinatore	1	50.000	600	30.000.000	
Totale				150.000.000	

Fonte: documenti del Governo italiano inviati all'UE a corredo del PNRR.

Per la verità, il D.l. 34/2020 ha dunque previsto la copertura del costo degli infermieri ma non del personale di supporto che viene previsto in 1-2 unità per ogni COT.

Consapevole di questo, il governo è intervenuto di nuovo con l'art. 1 comma 274 della Legge di Bilancio 2022 prevedendo un finanziamento ulteriore al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la **spesa di personale dipendente** che non sono state coperte dal D.L. 34/2020.

La citata norma prevede una spesa massima ulteriore di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, di 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, di 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, di 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione di spesa decorre dalla data di entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale³, e dunque dal mese di giugno 2022.

Queste risorse aggiuntive sono destinate a finanziare il personale delle Case di Comunità, degli ospedali di comunità, delle unità di continuità assistenziale ma anche delle Centrali operative territoriali.

Per le COT sono stanziati 23.460.000 per ognuno degli anni che vanno dal 2022 al 2026, come si legge nella relazione tecnica allegata al Bilancio 2022.

Queste risorse servono per finanziare una unità di personale di supporto previsto come appartenente al ruolo tecnico il cui costo annuo viene stimato dalla relazione tecnica allegata al Bilancio 2022 in 39.100 euro annui (MEF, 2022).

Non viene finanziata l'altra unità del personale di supporto nel caso che le Centrali operative territoriali – come previsto dal D.M.S. 77/2022 – decidano di assumerne due.

7. QUALCHE VALUTAZIONE

L'innovazione delle COT introdotta anni fa da alcune regioni ha portato il Governo ad introdurle in tutto il territorio nazionale per affrontare uno degli aspetti più critici dei percorsi assistenziali che è costituito dalla gestione efficace delle transizioni dei pazienti dall'ospedale agli altri setting territoriali o comunque tra un setting assistenziale e l'altro. Diversamente dalle variegate esperienze regionali che si sono finora realizzate, in questo caso il modello organizzativo che si propone è unico

³ L'art. 1 comma 274 della L. 30/12/2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" ha testualmente previsto:

"274. Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione decorre dalla data di entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro il 30 aprile 2022. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in base ai criteri definiti con il medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR".

per dare al territorio nazionale una medesima organizzazione distribuita in modo omogeneo in tutte le regioni.

Per contenere le tendenze “creative” delle regioni ci sarà però bisogno di fornire costante manutenzione nazionale al modello organizzativo per adeguarlo alle evidenze che emergeranno man mano che il modello organizzativo si diffonderà e verrà adeguatamente sperimentato in tutto il territorio nazionale.

C'è uno straordinario bisogno di integrazione tra setting diversi e la COT può dare una risposta positiva a questo bisogno e alla necessità di garantire la continuità assistenziale ai pazienti, soprattutto in un quadro come questo che si va arricchendo di nuovi setting (Case della Comunità, forte potenziamento degli ospedali di comunità e delle cure domiciliari e della telemedicina). L'utilizzo delle COT dovrà essere il nodo strategico che permetterà di passare da un approccio prestazionale ad una logica di presa in carico del paziente da parte del Servizio sanitario.

E' presumibile e forse anche opportuno che le COT intervengano nell'accompagnamento dei pazienti tra un setting e l'altro quando il “transito” non possa essere gestito attraverso soluzioni standardizzate. Le esperienze regionali già avviate evidenziano le soluzioni personalizzate nella gestione dei singoli casi sia quando il paziente è cronico sia quando esso è complesso. L'eterogeneità dei fabbisogni, le diverse condizioni di accesso alle strutture di offerta sono solo alcuni esempi di variabilità della domanda che può essere gestita solo con soluzioni ad alta personalizzazione (Ferrara et al., 2021).

Uno degli elementi più critici è dato dai tempi che il PNRR si è autoimposto per il completamento delle 600 COT che è previsto entro giugno 2024. Si tratta di tempi molto ristretti se teniamo conto che non si tratta solo di acquisire le necessarie tecnologie ma in moltissimi casi si tratta di adeguare degli immobili pubblici. Servono progetti esecutivi, gare d'appalto, realizzazione dei lavori e acquisizione delle attrezzature tecniche ed il rischio è che se non si considerino queste attività estremamente prioritarie si possa arrivare oltre i tempi previsti.

Rispetto ad altre previsioni del PNRR, in questo caso, il finanziamento per il personale viene deliberato anche se ci sono alcune sbavature. Siccome l'apertura delle COT è prevista per il secondo semestre 2024, giustamente, il costo del personale infermieristico viene previsto a decorrere da quella data mentre una figura tecnica (presumibilmente per la gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la telemedicina ed altre tecnologie digitali) viene finanziata sin dal 2022. Purtroppo viene finanziata una sola figura tecnica mentre il Decreto Ministero Salute n. 77/2022 prevede la possibilità di assumerne anche due per ogni centrale operativa. Non ci sono risorse per il personale amministrativo che in genere è comunque indispensabile al funzionamento dei servizi.

Si rileva infine uno scostamento fra le previsioni contenute nel PNRR e quanto poi effettivamente previsto nel Decreto Ministro Salute n.77/2022. Nel PNRR si dà grande rilievo al collegamento delle COT con il “Portale della Trasparenza”, piattaforma informativa sviluppata da Agenas, e all'utilizzo dell'intelligenza artificiale e degli strumenti di *machine learning* nella telemedicina che invece il Decreto 77/2022 non citano neanche. Si tratta di progetti le cui situazioni ed applicazioni sono probabilmente ancora in divenire e che pertanto potranno essere riallineate ai servizi più avanti nel tempo.

Bibliografia

- 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.quotidianosanita.it/allegati/allegato1655970392.pdf>
- Consiglio dei Ministri, Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), 2021. https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf
- Consiglio dei ministri: documentazione del Governo inviata all’UE a corredo del PNRR.
- Decreto Ministro Salute 20/1/2022: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5807_0_file.pdf
- Enrichens F., Borghini A., Martini L., Furfaro S., Paris A., Mariotti F., Mileti L., La Centrale Operativa Territoriale (COT), I Quaderni supplemento alla rivista semestrale 2022, “Le centrali operative”, 2022: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/18_centrali_operative_web.pdf
- Ferrara L., Tozzi V.D., Zazzera A., il management della transizione: COT e non solo COT, S cura di Cergas Bocconi, Rapporto OASI 2021, Egea editore, Milano, 2021: : <https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capitolo%2012%20Rapporto%20OASI%202021.pdf?cbPKXEx4iDww5yMw5VGwvexEx3f2Y4Jd=>
- L. 30/12/2021, n. 234: “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”.
- Martini L., Sciamanna A., La Formazione degli operatori di una Centrale Operativa, I Quaderni supplemento alla rivista semestrale 2022, “Le centrali operative”, 2022: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/18_centrali_operative_web.pdf
- 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>
- Santurri M., Riano F., Petrigli C., Requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici di Centrali Operative, I Quaderni supplemento alla rivista semestrale 2022, “Le centrali operative”, 2022:
https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/18_centrali_operative_web.pdf