

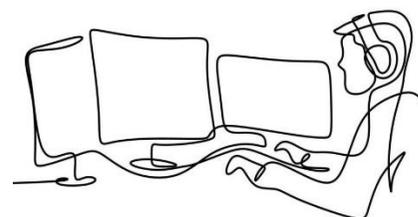


dica32

Art. 32 (Costituzione) - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività ...

n. 14
settembre
2024

Brevi note informative per far valere il proprio diritto alla salute e alla cura



Il modello di funzionamento della COT (Centrale Operativa Territoriale)

Con la DGR 2588, del 21.06.24, Regione Lombardia completa la definizione del suo modello di funzionamento delle Centrali Operative Territoriali, quale supporto in back office al coordinamento della presa in carico di persone fragili e con patologia cronica.

Alla COT è affidato il ruolo di:

- **gestore delle segnalazioni su casi complessi** che necessitano di supporto nella transizione tra livelli e setting assistenziali diversi;
- **supporto nell'identificazione del setting più adatto** per ciascun caso, monitorando l'offerta disponibile, prenotando o attivando direttamente il servizio, in una logica di prossimità al domicilio del paziente;
- **garante del rispetto dei tempi massimi di permanenza nei setting** con durata definita (es.: Cure intermedie, Ospedali di Comunità) tramite una transizione programmata verso altri servizi (es.: Cure Domiciliari o RSA).

Funzionamento della COT

La COT svolge le sue funzioni senza mai doversi rapportare direttamente con il paziente né con il suo caregiver, ma solo con i professionisti coinvolti nel percorso di cura e assistenza della persona.

I canali riservati all'accesso da parte del cittadino e/o del suo caregiver sono, oltre al suo medico curante, i **Punti Unici di Accesso (PUA)** e il **Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117**, che provvederanno a indirizzare la richiesta verso il percorso di presa in carico più idoneo tramite la Centrale Operativa Territoriale.

- 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 oppure del pronto intervento sociale per segnalare casi che richiedano una presa in carico anche sanitaria/socio-sanitaria e non solo sociale;
- operatori della rete dell'emergenza urgenza pre-ospedaliera (Centrale Medica Integrata di AREU, Centrale di Continuità dell'Assistenza UNICA, 116117), per segnalare pazienti da inserire in percorsi di cura e assistenza territoriali;
- le COT di altre ASST o di altri Distretti della stessa ASST per il raccordo in caso di transizione dell'utente tra diversi territori.

Standard della COT (organizzativi, di personale, tecnologici e strutturali)

Gli standard organizzativi, di personale, tecnologici e strutturali stabiliti dal DM 77/22 (All. 2) per le COT hanno **valore prescrittivo per gli ordinamenti regionali**.

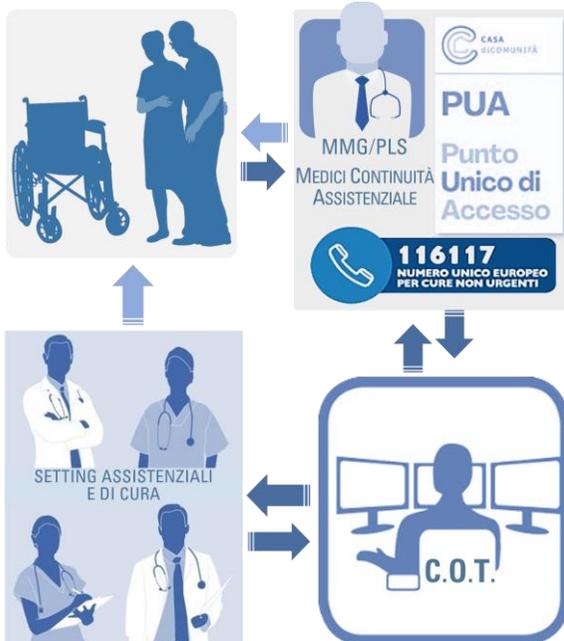
	organizzativi	personale
ASST	○ 1 COT/100.000 abitanti o comunque 1 COT ogni Distretto	○ 1 coordinamento infermieristico;
	○ almeno 1 COT in ambito aziendale (con turnazione)	○ attiva 7 giorni su 7
	○ attiva sabato, domenica e festivi dalle 8:00 alle 20:00	○ minimo 3 infermieri e 1 unità di personale di supporto.
	tecnologici e strutturali	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni nei setting assistenziali e di cura; ○ sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche con strumenti di telemedicina; ○ infrastrutture tecnologiche e informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale; ○ software con accesso al FSE e principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate; ○ sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale operativa regionale 116115. 	

Nella fase iniziale di implementazione gli Enti possono assicurare i requisiti tecnologici con gli applicativi aziendali di cui già dispongono. A regime, la piattaforma regionale dovrà consentire alle COT di:

- avere la disponibilità di posti letto attivabili presso le strutture delle cure intermedie, sociosanitarie e di riabilitazione aggiornata quotidianamente;
- avere il quadro aggiornato del budget Cure Domiciliari (C-Dom) e Cure Palliative Domiciliari (CP-Dom) disponibile nei diversi territori;
- disporre di slot ambulatoriali riservati ai cronici per le prenotazioni previste dai PAI, gestendo il contatto con il paziente/caregiver attraverso le funzioni aziendali dedicate (es. CUP, PUA, centro servizi, ...).

Nella fase iniziale di implementazione del modello si prevede che la COT possa gestire il percorso di:

- **dimissione protetta**, organizzando il passaggio del paziente dall'ospedale per acuti verso strutture riabilitative, delle cure intermedie o socio-sanitarie, oppure attivando le Cure Domiciliari, anche mediante l'infermiere di famiglia (IFeC) della Casa di Comunità di riferimento e in raccordo con il MMG. Fino alla completa attuazione della rete delle COT questo passaggio può essere gestito tramite l'attivazione della COT della ASST dimettente, che si fa carico della trasmissione alla COT di residenza del paziente dei dati relativi alla transizione del paziente stesso verso il suo domicilio o in strutture riabilitative/cure intermedie;



- **attivazione di interventi in favore di pazienti al proprio domicilio** previsti dai Progetti Individuali o dai Piani Assistenziali personalizzati definiti a seguito della valutazione dell'équipe di valutazione multidimensionale (UVM) per i pazienti con bisogni complessi o dal MMG.

Nel modello a tendere, la COT dovrà gestire:

- **la transizione del paziente fragile da e verso tutti i setting assistenziali e di cura**, per garantire l'incontro tra la domanda di assistenza e l'offerta di servizi (al domicilio o in struttura) presenti nel territorio.

In mancanza del servizio più idoneo nel territorio di competenza, a causa di una distribuzione geograficamente disomogenea dell'offerta, la COT dovrà:

- **offrire al paziente soluzioni adeguate al bisogno di cura indipendentemente dal territorio di residenza** attraverso il collegamento in rete delle COT, in modo da facilitare, all'occorrenza, la transizione del paziente anche in unità di offerta situate fuori dal territorio di competenza;
- **visionare le richieste di transizione tra setting di cura o di attivazione di servizi** definendo, in caso di domanda crescente, le priorità di accesso in relazione ai bisogni e alle condizioni cliniche, assistenziali e sociali del paziente;

- **monitorare i percorsi di assistenza e cura ed attuare azioni correttive** in caso di attivazione mancata, tardiva o inefficace.

La COT dovrebbe divenire il canale preferenziale per l'accesso ad alcune tipologie di unità di offerta o di ricovero. In successivi provvedimenti verranno adottate indicazioni in tal senso, **a partire dalle unità di offerta residenziali sociosanitarie, per regolare le modalità di accettazione dei pazienti.**

Resta nell'autonomia delle direzioni aziendali territoriali adottare modelli organizzativi e gestionali che centralizzino alcune funzioni trasversali in una sola delle COT nell'ASST, pur mantenendo la possibilità per tutte le COT nel perimetro aziendale di attivare tali funzioni in favore dei cittadini residenti nei singoli Distretti di competenza.

I soggetti che possono attivare la COT

I professionisti che di norma possono attivare la COT sono:

- **gli operatori dei Punti Unici di Accesso (PUA) e i professionisti sanitari presenti nei servizi distrettuali**, in base alla valutazione della Unità di Valutazione Multidimensionale il cui esito attesti la presenza di un bisogno complesso o la necessità di ricondurre i diversi interventi già attivi ad un percorso di assistenza coordinato (o integrato);
- **i 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 dei percorsi di assistenza e cura dei loro pazienti, per chiedere l'organizzazione di consulto/teleconsulto con lo specialista presente nella Casa di Comunità finalizzato alla stabilizzazione del paziente oppure per altre necessità legate alla continuità dei percorsi;
- **i 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 la 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 (bed manager, direzione medica, équipe di dimissioni protette) **o i professionisti** (medici specialisti che prestano servizio negli ambulatori ospedalieri o nelle Case di Comunità, medici di Pronto Soccorso) possono contattare la COT per:
 - segnalare pazienti transitati dai loro servizi che necessitino di una presa in carico del bisogno non solo clinica;
 - segnalare utenti con accessi frequenti al PS riconducibili a scarsa aderenza al percorso clinico oppure a problematiche sociali/socioassistenziali;
 - definire e organizzare l'eventuale percorso post-dimissione;