Le Centrali Operative Territoriali nella Città di Torino: un modello innovativo per le aree metropolitane

L'articolo approfondisce il ruolo operativo delle Centrali Operative Territoriali (COT), previste dalla Missione 6 "Salute" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. In particolare, viene analizzato il modello organizzativo con cui le COT sono state introdotte in Piemonte, con un focus sulla città metropolitana di Torino.

Di Franco Cirio *(Responsabile infermieristico dell'ASL Città di Torino e Docente a contratto presso l'Università degli Studi di Torino)*, Fabiano Zanchi *(Dirigente delle Professioni Sanitarie dell'ASL Città di Torino e Docente a contratto all'Università degli Studi di Torino)*

All'interno del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dell'Italia**, approvato dal Consiglio dell'Economia e delle Finanze dell'Unione Europea in data 13 luglio 2021, si indicano alcune misure di riorganizzazione dei Servizi territoriali. In particolare, nella **Missione 6 "Salute"**, che si occupa di "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", si programma l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali (COT) a livello nazionale, una in ogni Distretto sanitario, 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. Le COT, secondo quanto indicato dal DM 77 del 23/05/2022, insieme alle Case e agli Ospedali di comunità, l'Infermiere di Famiglia e di Comunità e le Unità di continuità assistenziale, costituiscono nei Distretti l'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio.

Nello specifico **le COT assolvono al 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** (ad esempio, Medici di Medicina Generale-MMG, Pediatri di Libera Scelta-PLS, Medici di continuità assistenziale, Infermieri di Famiglia e Comunità-IFeC, 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) e dei pazienti in assistenza domiciliare. Inoltre, si prevede la gestione delle piattaforme tecnologiche di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, teleassistenza e altri strumenti di *e-health*), utilizzata operativamente dalle Case della Salute/Case di comunità e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno[1].

Le COT rappresentano un servizio a valenza distrettuale, operativo 7 giorni su 7, il quale deve essere dotato di infrastrutture

tecnologiche ed informatiche che garantiscano l'accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio. Le COT devono altresì essere in grado di affrontare situazioni complesse o di emergenza e collaborare in interconnessione con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Il modello di COT nella Regione Piemonte

Nella Regione Piemonte, la Direzione Sanità e Welfare dell'Assessorato, tramite un gruppo di coordinamento del Progetto regionale, di cui gli autori del presente articolo facevano parte, ha elaborato un **modello di sviluppo delle COT nelle ASL piemontesi** e i relativi obiettivi. Tale modello prevede una COT ogni 100.000 abitanti o comunque una per Distretto, con **il compito di raccogliere i problemi/bisogni espressi dai nodi della rete territoriale ed effettuare le prime azioni valutative per la distinzione tra bisogni semplici** – che richiedono una risposta assistenziale immediata – e complessi – che richiedono interventi sociosanitari di tipo multiprofessionale. Successivamente, vengono attivate le risorse più appropriate per garantire percorsi sanitari e sociosanitari coordinati tra professionisti e servizi ospedalieri, distrettuali e sociali, assicurando il monitoraggio degli interventi (figura 1). Non è previsto un accesso da parte dei cittadini alla COT se non mediato dalla Centrale Operativa 116117 o dai Punti Unici di Accesso (PUA) attivi nella Città.

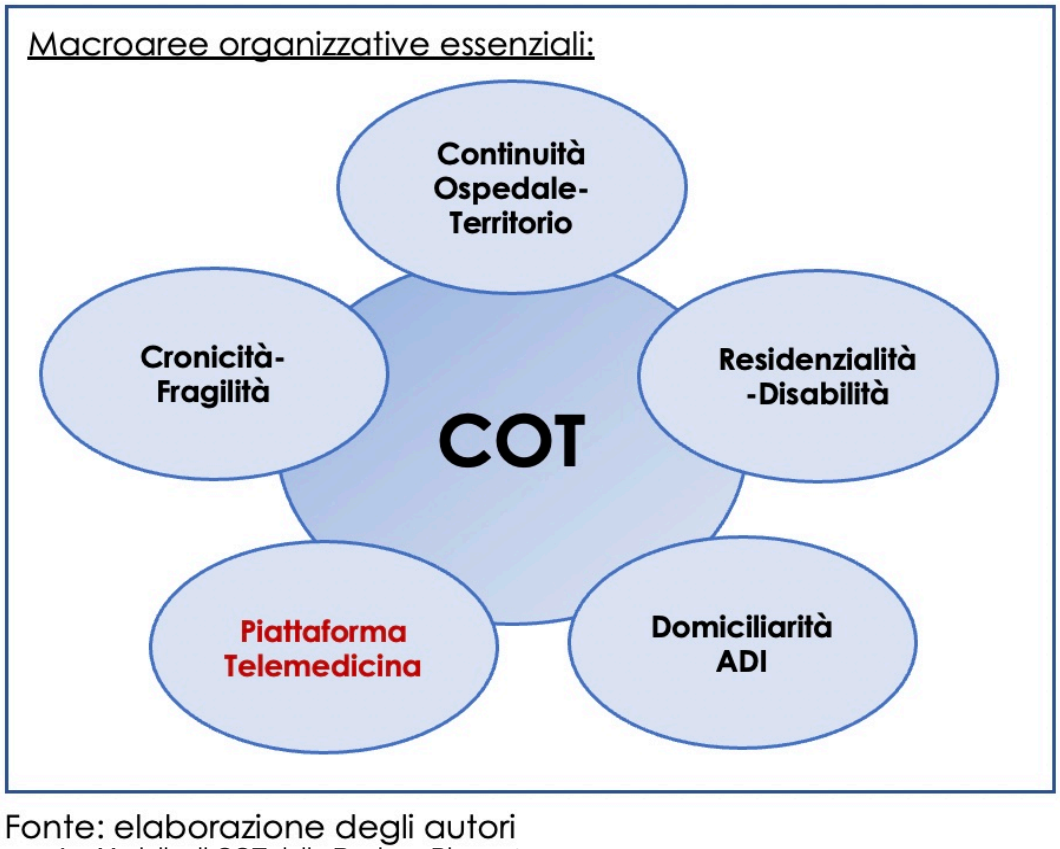


Figura 1 – Modello di COT della Regione Piemonte

Da quello che si evince dalle disposizioni normative nazionali e regionali, **la COT ha il fine di uniformare modelli organizzativi di coordinamento**, a livello distrettuale delle Aziende Sanitarie, delle prese in carico da parte dei Servizi che gestiscono alcuni dei principali percorsi assistenziali. L'emergenza pandemica da SARS-CoV-2 ha ulteriormente evidenziato come l'autonomia organizzativa in ambito sanitario delle Regioni e delle Aziende Sanitarie, ha portato a sviluppare un'eterogeneità di modelli organizzativi, non sempre funzionali ad una gestione coordinata delle emergenze (infettive, da

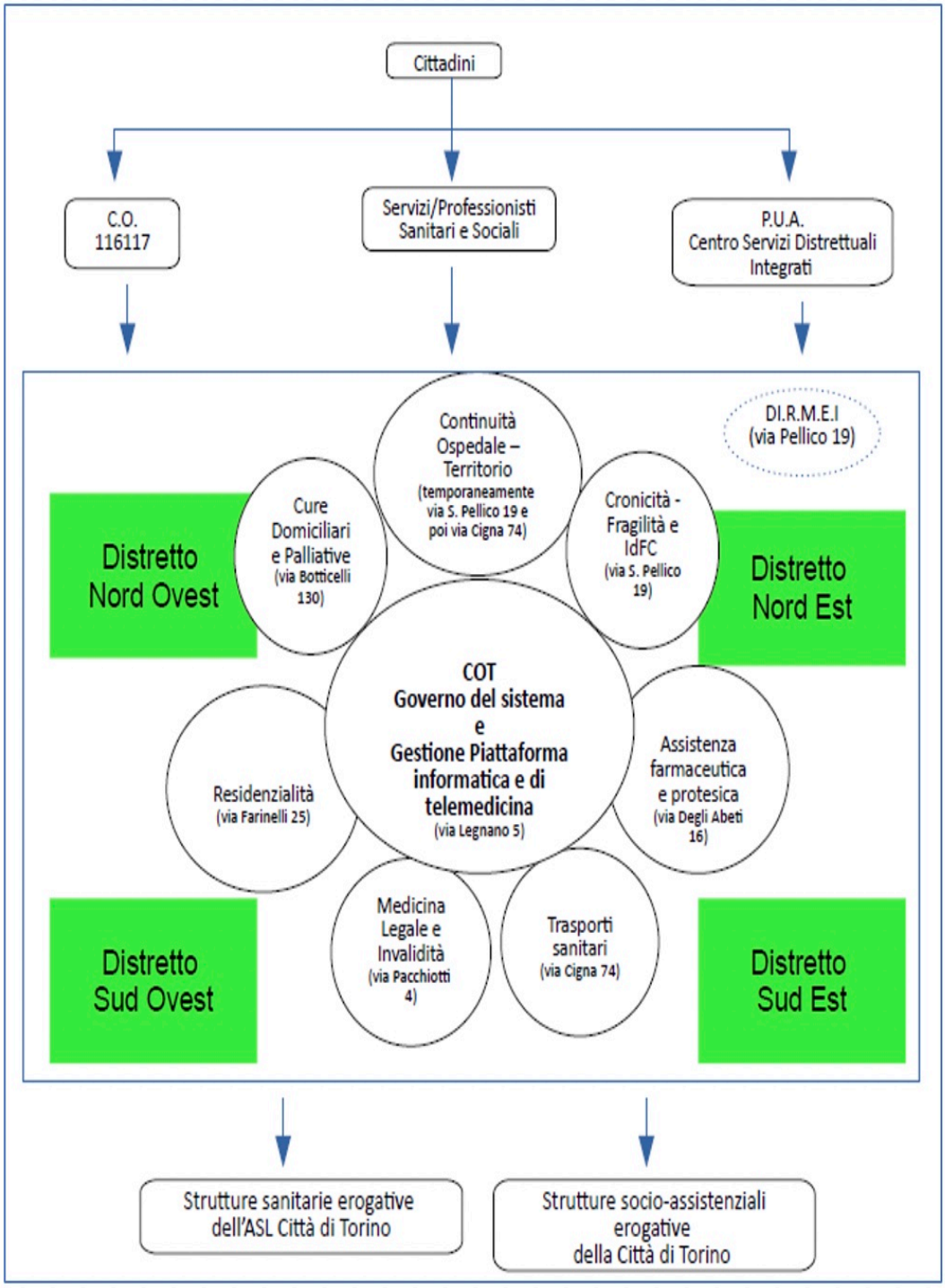
patologie croniche, sovraffollamenti di pronto soccorsi e posti letto ospedalieri, ecc.) a cui far fronte. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale oggetto del DM 77/2022, cerca di unificare l'articolazione delle ASL e dei loro Distretti, responsabilizzandone l'azione di governo dei processi assistenziali di presa in carico dei bisogni della popolazione.

Il modello metropolitano delle COT

Considerando nello specifico la **Città di Torino**, e la necessità di fornire risposte sociali e sanitarie omogenee ai bisogni della popolazione e d'integrare percorsi di cura e assistenziali differenziati, l'ASL Città di Torino, ha articolato le proprie COT secondo il seguente modello organizzativo che adatta il modello regionale alle caratteristiche metropolitane della città (figura 2). Si consideri che Torino si distingue per una considerevole popolazione pari a 886.837 abitanti (31/12/2022) e una elevata concentrazione di abitanti paria 6.812/kmq, su una superficie territoriale relativamente contenuta di 130 kmq.

Il modello adottato prevede la presenza di **otto COT**, di cui una di governo complessivo del sistema e sette COT funzionali nei seguenti ambiti:

- continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera;
- cure domiciliari e cure palliative;
- cronicità/fragilità attraverso anche il contributo assistenziale dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (n. 290 IFeC previsti dal DM77/2022);
- residenzialità per anziani non autosufficienti, disabili, ecc.;
- assistenza farmaceutica e fornitura protesica/integrativa;
- medicina legale/invalidità;
- trasporti sanitari.



Fonte: elaborazione degli autori

Figura 2 – Modello metropolitano delle COT

Le COT non costituiscono un servizio erogativo dell'assistenza, ma uno strumento di raccolta delle richieste da parte dei Servizi sanitari segnalanti e di attivazione dei percorsi di cura più appropriati in risposta ai bisogni emersi. A titolo esemplificativo, se la COT Cure domiciliari e palliative è unica, le équipe erogative cittadine sono quattro per le cure domiciliari (una per Distretto), due per le cure palliative (una pubblica e una privata accreditata) e due per le cure domiciliari riabilitative (una dell'ASL e una di ente privato).

La prima COT attivata nella Città di Torino il 4 ottobre 2022, prima nella Regione Piemonte, **è stata quella dedicata alla raccolta delle richieste di continuità delle cure e attivazione dei relativi percorsi assistenziali** in strutture di lungodegenze, strutture riabilitative, posti letto di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS), inserimenti temporanei in RSA, ecc. Tale Centrale Operativa ha gestito nei primi tre mesi di attività 2.385 casi, con una previsione di attività annua di circa 9.000 casi. In seconda battuta, il 30 gennaio 2023 si è avviata la COT dedicata ai percorsi di assistenza domiciliare, che nell'anno 2022 si è rivolta a 8.197 assistiti con cure domiciliari, 1.115 con cure palliative e 3.916 con progetti di lungassistenza domiciliare per anziani non autosufficienti e disabili.

Ad oggi, **si sta predisponendo l'attivazione di altre due COT**: la COT di gestione delle richieste protesiche e integrative[2] e la COT dedicata al monitoraggio dei pazienti fragili affetti da patologie croniche. Quest'ultima ha la funzione di gestire il monitoraggio telefonico periodico inerente alla sintomatologia per i cittadini non digitalizzati, attraverso l'invio di un questionario auto compilato su *web app* dall'assistito o dal caregiver, o con una visita domiciliare da parte delle équipe d'Infermiere di Famiglia e di Comunità operanti nelle 8 circoscrizioni cittadine. Il decorso della sintomatologia rilevata viene quindi condivisa con il medico di medicina generale e gli eventuali altri medici che hanno in carico l'assistito. Inoltre, se le condizioni di salute lo richiedono la COT programma tempestivamente l'intervento del medico attraverso una richiesta o anticipo di visite già programmate o come intervento in urgenza, ecc). Nel corso dell'anno è previsto l'avvio di tutte le altre COT.

Con l'apertura delle prime tre/quattro COT si prevede l'attivazione della COT di governo del sistema, che ha l'obiettivo di monitorare complessivamente l'attività svolta da ciascuna COT funzionale e la loro integrazione, a garanzia della completezza dei percorsi clinico-assistenziali degli assistiti. Per tutte le COT è stato programmato un servizio attivo sette giorni su sette dalle ore 8:00 alle ore 17:00, estendibile se necessario fino alle 20:00, in pronta disponibilità o in presenza attiva.

Le risorse professionali coinvolte e il ruolo richiesto

Per ciascuna COT sono previste specifiche professionalità, il cui numero è variabile considerando le attribuzioni funzionali di ciascuna Centrale. Per la **COT di Governo del sistema** si prevede la presenza di un **dirigente**, un **coordinatore infermieristico** e tre **infermieri**. Al dirigente, designato dalla Direzione sanitaria dell'ASL è attribuito il governo operativo delle COT, in diretta integrazione con le Strutture Sanitarie (distrettuali, territoriali ed ospedaliere) e gli enti gestori servizi socio-assistenziali. Al coordinatore infermieristico, designato dalla Direzione Professioni Sanitarie (DiPSa), viene affidata la gestione e il coordinamento del personale, nonché la funzione di supervisore dell'attività e delle procedure adottate. L'Infermiere accoglie la domanda strutturata (scheda di segnalazione) dai MMG-PLS, dalla Centrale 116117, dai reparti ospedalieri e dai pronto soccorsi, dagli ambulatori specialistici, dai servizi sociali territoriali, dai segnalatori civici (amministratori, farmacisti, insegnanti, ect), dai Servizi per le Dipendenze (SerD) e dai Centri di Salute Mentale (CSM). Inoltre, attiva una prima istruttoria di approfondimento per l'identificazione corretta del bisogno, degli interventi sanitari e sociali di cui già usufruisce la persona segnalata e la sua rete sociale. Terminata l'istruttoria l'infermiere in accorso con il coordinatore infermieristico, invia la segnalazione alla COT funzionale competente per bisogno.

Per quanto riguarda le **COT funzionali**, esse sono composte da: un **referente organizzativo**, **infermieri** (in media da tre a cinque a seconda della funzione della COT), un **assistente sociale**, **amministrativi** (anch'essi in numero variabile a seconda della funzione a maggiore o minore valenza amministrativa della COT: ad esempio per la COT Protesica ne sono previsti almeno venti, mentre per la COT Cure domiciliari sono programmate tre amministrative). Il referente organizzativo è un : Coordinatore Infermieristico con incarico di funzione organizzativa afferente al DiPSa, responsabile del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale, della supervisione dell'attività e le procedure adottate. L'infermiere invece, attiva, attraverso un colloquio con la persona segnalata o la sua rete, una istruttoria più approfondita per l'identificazione corretta del bisogno, e individua i Servizi sanitari dell'ASL e socio-assistenziali della Città di Torino

competenti nel rispondere ai bisogni rilevati. Inoltre, effettua il monitoraggio dei casi complessi, valutandone l'evoluzione clinico-assistenziale e la necessità di coinvolgimento di ulteriori servizi e attivazione di altri percorsi di cura (esempio: il trasferimento in Strutture di Lungodegenza per persone operate chirurgicamente per fratture di femore e impossibilitate al carico dell'arto per trenta giorni e poi successivo inserimento in Strutture riabilitative per il recupero funzionale dopo autorizzazione al carico dell'arto).

All'interno delle COT funzionali vi è poi un assistente sociale, a cui non viene richiesta necessariamente una presenza continua, che ha il compito di effettuare una valutazione e presa in carico delle fragilità sociali e l'attivazione dei percorsi di supporto sociale.Anche al medico (non è richiesta una presenza continua, ma la disponibilità di una disponibilità quotidiana) per la valutazione e gestione degli aspetti clinici del paziente e il monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi. La risorsa amministrativa ha il ruolo di gestire i flussi informativi in entrata (mappatura disponibilità), dare supporto documentale e amministrativo, realizzare la reportistica interna ed esterna.

La tracciabilità dei flussi, la rendicontazione dell'attività e i debiti informativi

La COT è dotata di un sistema informatico che prende in carico l'utente e traccia il percorso di cura, dal quale si rileva un flusso per il monitoraggio delle attività. Il personale delle COT accede anche agli applicativi informatici regionali e aziendali che registrano i flussi di specifici percorsi assistenziali: **l'applicativo FARSIAD-RP** che registra le domande e gli esiti delle valutazioni UVG, gli inserimenti in RSA e l'attivazione dell'ADI; **il Software SAO-LA** che documenta i progetti assistenzialidi lungassistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti; **Continuità cure NOCC-NDCC** che gestisce le richieste di dimissioni ospedaliere protette e i percorsi di cura e assistenza attivati alla dimissione; **l'applicativo GALILEO** che gestisce le cartelle cliniche e assistenziali dei ricoverati negli Ospedali afferenti all'ASL Città di Torino, ecc.

Il sistema informatico deve garantire l'interfacciabilità con quelli dei singoli nodi della rete di offerta per garantire una vera e propria gestione del percorso del paziente nelle fasi di transizione tra i diversi *setting* e integrare le informazioni presenti nei diversi *database*. Deve inoltre essere facilmente consultabile al fine di estrarre i dati necessari per una valutazione sulle condizioni cliniche, sociali e assistenziali per costruire il percorso di cura più appropriato. Al momento è in fase di sviluppo l'impiego di "cruscotti informatici" per il monitoraggio dei percorsi di cura attivati, alimentato dal sistema informativo, che deve garantire estrazione, elaborazione, analisi e valutazione dei dati.

Le politiche e le strategie di programmazione e il controllo del raggiungimento obiettivi

La funzione di programmazione è attribuita alla Direzione sanitaria dell'azienda e della Direzione delle Professioni Sanitarie (DiPSa) che si avvale della Direzione e Coordinamento della COT di governo. L'input può pervenire dalle singole COT, ma anche dalle Direzioni Distrettuali e delle Strutture socio-sanitare erogatrici delle cure e dell'assistenza. Inoltre, sono stati definiti degli indicatori di processo e di risultato, generali e specifici per ogni macroarea assistenziale, che vengono monitorati al fine di valutare la qualità dell'assistenza erogata, l'efficacia dei percorsi e il gradimento dell'utenza esterna e interna.

Indicatori fase valutativa	Standard
N° valutazioni effettuate/n° richieste pervenute n° percorsi monitorati/n° percorsi attivati	>90% >80%
Tempi di presa in carico per ogni setting assistenziale	Specifici per setting
Audit dell'equipe	Inizialmente settimanale e poi mensile
Aggiornamento mappatura dei nodi della rete di offerta sanitaria	Settimanale
Indicatori esito	**Standard**
Qualità percepita dai Servizi segnalanti	N° di segnalazioni di non conformità/N° di richieste pervenute
Tempi di reazione della COT per la rimodulazione tempestiva dei setting assistenziali	Entro 2 giorni lavorativi
Alcuni indicatori specifici per macroarea	**Standard**
Riduzione scompensi patologie croniche	< 30%
Riduzione reingressi in Ospedale	< 20% dell'anno precedente
Riduzione accessi in DEA/PS	< 30%

Fonte: Delibera dell'ASL Città di Torino di recepimento Regolamento COT

Figura 3 – Indicatori di processo e risultato delle COT

Il monitoraggio periodico degli indicatori e delle eventuali criticità riscontrate è affidato al Coordinatore della COT, mentre i team delle singole COT effettuano un monitoraggio dei risultati e degli obbiettivi definiti dal progetto di cura, eventualmente modificando il progetto se necessario. Il coordinatore della COT di governo supervisiona ulteriormente gli indicatori di efficacia ed efficienza delle singole COT e le necessità d'integrazione tra percorsi diversi.

Una prima valutazione delle COT

Il recente avvio di due delle otto COT programmate rende prematura una valutazione esaustiva del progetto. Tuttavia, da quanto rilevato in ambito di continuità delle cure alla dimissione ospedaliera e nella gestione dell'assistenza domiciliare, **avere una centrale unica cittadina**, **costituisce un chiaro e univoco riferimento per i Servizi sanitari e socio-assistenziali segnalanti i casi da prendere in carico**. Inoltre, si rende più efficiente il monitoraggio dei percorsi assistenziali attivati e forniti dai diversi servizi erogatori di prossimità.

In conclusione, sembra confermarsi la validità delle COT come riferimento cittadino unico per i Servizi sanitari che devono inviare richieste di attivazione dei percorsi assistenziali territoriali. Esse **si rivelano uno strumento a garanzia dell'appropriatezza dei percorsi di cura e assistenza attivati e sede di raccolta e analisi dei dati necessari alla Direzione aziendale, ma anche ai Distretti e ai Dipartimenti sanitari, per la propria funzione di programmazione.** Se in Aziende sanitarie molto vaste territorialmente le COT allocate nei Distretti rispondono al bisogno di articolazione in prossimità al luogo di vita della popolazione da servire, in grandi aree urbane e metropolitane, il modello adottato nell'ASL Città di Torino sembra rispondere meglio alle necessità di attivazione e governo omogeneo dei percorsi di cura e assistenza.

BIBLIOGRAFIA

Piano nazionale di ripresa e resilienza approvato dal Consiglio dell'economia e delle finanze dell'Unione Europea in data 13 luglio 2021 – Missione 6 "Salute".

Decreto 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

DGR 22 febbraio 2022, n. 199 della Regione Piemonte, Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità intermedia delle Aziende Sanitarie Locali: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali.