



Deliberazione n. 900	Seduta del 22 SET, 2022
L.R. 14 dicembre 2021, n.22: Determinazioni inerenti e conseguenti all'attuazione dell'art.36, comma 3 relativo alla realizzazione delle Centrali Operative Territoriali (COT)	

Il Direttore Generale
Silvano Casazza

Richiamate le deliberazioni:

- n. 1 del 08.9.2021 con cui questa ASST ha preso atto della D.G.R. n. XI/5197, in virtù della quale è stato nominato il Direttore Generale della Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Monza nella persona del dott. Silvano Casazza;
- n. 37 del 17.01.2022 con cui il Direttore Generale ha avocato a sé le funzioni di Direttore Socio Sanitario;

Premesso che:

- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021, Missione M6C1 "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*" ha previsto, tra l'altro, l'attivazione di "*602 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*";
- la L.R. 14 dicembre 2021, n.22 "*Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della l.r. 30 dicembre 2009, n.33 – Testi unico delle leggi regionali in materia di sanità*", con la quale è stata attuata la riforma-ter del servizio socio sanitario regionale, che, in coerenza con gli obiettivi del PNRR, ha modificato l'art.7 della L.R. 33/2009 "*Aziende socio sanitarie e aziende ospedaliere*", assegnando al Polo territoriale, secondo l'articolazione distrettuale, le Centrali Operative Territoriali definite come "*Punti di accesso territoriali, fisici e digitali, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete di offerta socio sanitaria all'interno del distretto con funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socio assistenziali*";
- l'art. 36 "*Disposizioni finali e transitorie*", ai commi 1 e 3 della l.r. 22/2021 stabilisce che il potenziamento della rete territoriale deve essere realizzato e portato a compimento entro tre anni dalla data in vigore della legge e che le Centrali Operative Territoriali devono essere "*realizzate*" non oltre sei mesi dall'istituzione dei Distretti di riferimento;



- con il Decreto Ministero Salute del 23 maggio 2022, n. 77 sono stati approvati i “*Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*” relativi anche alle Case di Comunità e alle Centrali Operative Territoriali;

Dato atto, in particolare, che il DM 77/2022:

- attribuisce alla **COT la funzione di vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti in cui la Casa di Comunità deve sviluppare la sua azione e cioè:**
 1. **Rete intra-CdC:** costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività, anche nelle forme associative, che hanno la sede fisica all’interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
 2. **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;
 3. **Rete territoriale:** la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera, ospedali di comunità, RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attività rivolte ai minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;
 4. **Rete territoriale integrata:** la CdC è in rete con l’attività ospedaliera;
- definisce la Centrale Operativa Territoriale (COT) come “*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*”;
- pone la COT a supporto di “*Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero,*” che possono richiedere il suo intervento, 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*”;
- individua un modello standard che prevede, n.1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;

Vista la DGR n.XI /6760 del 25 luglio 2022 avente ad oggetto “*Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l’applicazione del decreto 23 maggio 2022, n.77*”, la quale, nel ribadire che la COT rappresenta l’aspetto più innovativo del processo di revisione della sanità e del welfare territoriale, individua:

1. una prima fase di avvio in cui la struttura è chiamata a gestire:
 - il percorso di dimissione dei pazienti che non sono nelle condizioni di rientrare direttamente al domicilio;
 - il percorso di attivazione degli interventi previsti alla dimissione stesi dall’équipe di VMD (Valutazione multidimensionale) per i pazienti con bisogno complesso;



- la prenotazione delle prestazioni dell'attività specialistica ambulatoriale;
 - il monitoraggio dei pazienti affetti da patologia cronica, secondo il modello che sarà definito con successivo provvedimento;
 - il monitoraggio dei pazienti con bisogni di cure palliative in fase precoce.
2. una seconda fase "a regime", nella quale, sulla base di successivi atti di indirizzo della D.G. Welfare, finalizzati a declinare lo sviluppo dell'attività, la COT dovrà, in particolare:
- gestire la transizione da e verso tutti i setting assistenziali e di cura, comprese le cure intermedie, la riabilitazione, le cure palliative, l'assistenza sociosanitaria, per garantire l'incontro tra la domanda di assistenza espressa dai cittadini attraverso i nodi della rete che la intercettano (reparto di dimissione, PUA della CdC, MMG, ecc.) e l'offerta di servizi;
 - supportare la valutazione delle richieste di transizione tra setting di cura provenienti dai nodi della rete al fine di definire delle priorità di accesso in caso di domanda in eccesso;
 - monitorare i percorsi attivati ed implementare azioni correttive in caso di attivazione mancata, tardiva o inefficace;
 - assumere la gestione totale dei pazienti affetti da patologia cronica.

Verificato che:

- con Deliberazione n. 281 del 24 marzo 2022 è stato istituito, in attuazione della L.R. 22/2021 il Distretto della ASST di Monza, con decorrenza 30.03.2022;
- con Deliberazione n. 570 del 07/06/2022, in applicazione delle linee guida emanate da Regione Lombardia con D.G.R. n. XI /6026 del 01/03/2022, è stata adottata la proposta di modifica al POAS, approvato definitivamente con DGR n.XI/6802 del 2 agosto 2022, nel quale viene confermata la struttura distrettuale, così come configurata nella deliberazione citata al punto precedente, e viene prevista la Centrale Operativa Territoriale quale struttura dipendente funzionalmente e gerarchicamente dal Direttore del Distretto;

Considerato che, nelle more della realizzazione della sede della Centrale Operativa Territoriale, nell'ambito delle iniziative da realizzarsi con i fondi del PNRR, secondo gli standard strutturali ed organizzativi, definiti dallo Stato e dalla Regione Lombardia nei provvedimenti sopra richiamati, occorre avviare l'attività della struttura, al fine di dare una risposta ai bisogni dei cittadini del Distretto di Monza, e dando attuazione a quanto previsto dalla richiamata L.R. 21/22(art 36) sulla base delle risorse attualmente disponibili;

Dato atto che:

- a tal fine è stato predisposto un primo Modello Organizzativo, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;
- detto Modello sarà soggetto ad una revisione e implementazione periodica, nel rispetto della programmazione e delle indicazioni regionali e aziendali, su iniziativa e proposta



del Direttore di Distretto, previamente condivisa con il Direttore Socio-Sanitario, sino ad arrivare a regime alla piena adesione al modello di cui al DM 77/22.

Dato atto che l'attivazione delle funzioni di cui all'allegato Modello Organizzativo non comporta costi aggiuntivi a carico del bilancio aziendale;

Preso atto dell'attestazione del Responsabile del Procedimento dott.ssa Silvia Angela Crippa Direttore f.f. del Distretto di Monza, circa la correttezza formale e sostanziale del presente provvedimento e del Direttore degli Affari Generali e Legali circa la regolarità amministrativa;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario espressi ai sensi e per gli effetti degli artt. 3 e 3 bis del D.Lgs 502/92 e ss.mm.ii. ed art. 13 della L.R. 33/2009 e s.m.i.;

DELIBERA

per le motivazioni citate in premessa e che qui si intendono integralmente trascritte e riportate:

1. di istituire la Centrale Operativa Territoriale del Distretto di Monza;
2. di approvare il Modello Organizzativo, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale, dando atto dell'avvio delle attività stabilite;
3. di dare atto che tale Modello sarà soggetto a revisione e implementazione periodica, nel rispetto della programmazione e delle indicazioni regionali, su proposta del Direttore del Distretto di concerto con il Direttore Socio-Sanitario aziendale;
4. di dare, altresì, atto che dal presente provvedimento non vengono originati costi aggiuntivi a carico del bilancio aziendale;
5. di dare mandato al Responsabile del Procedimento per gli ulteriori relativi e conseguenti adempimenti riguardanti il presente provvedimento;
6. di dare infine atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo e sarà pubblicato all'Albo dell'A.S.S.T. di Monza ai sensi dell'art. 17, della Legge Regionale n. 33/2009 e s.m.i.

IL DIRETTORE GENERALE

(Silvano Casazza)

Esprimono parere favorevole:

Direttore Amministrativo: Antonietta Ferrigno

Direttore Sanitario: Laura Radice

Direttore Sociosanitario: 



Allegato alla deliberazione del Direttore Generale n. 900 del 22 SET. 2022

Oggetto: L.R. 14 dicembre 2021, n.22. Determinazioni inerenti e conseguenti all'attuazione dell'art.36, comma 3 relativo alla realizzazione delle Centrali Operative Territoriali (COT)

Il Responsabile del Procedimento

Il Direttore f.f. Distretto di Monza
(dott.ssa Silvia Angela Crippa)

Silvia Angela Crippa

Parere in ordine alla regolarità contabile

Il Direttore S.C. Bilancio Programmazione finanziaria e contabilità
(dott. Toni Genco)

Toni Genco

Copia non utilizzabile per finalità

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

ASST Monza

1. ASPETTI GENERALI

Definizione

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 socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza.

Standard organizzativi

La normativa prevede una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

Gli standard di personale sono così determinati: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di Personale di supporto.

Standard tecnologici e strutturali

A livello tecnologico e strutturale la COT deve essere dotata 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 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).

Riferimenti normativi

- DM n.77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

- DGR 6760/2022 "Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale".

Copia non utilizzabile per fini legali

2. LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI ASST MONZA

Sede

La prima COT di ASST Monza sarà attivata all'interno del compendio immobiliare del cosiddetto "Ospedale Vecchio", situato in via Solferino n.16 a Monza; alla COT sarà riservato uno spazio presso il Padiglione Brigatti, dove troveranno collocazione 4 / 5 postazioni, ciascuna dotata di PC e telefono.

Risorse umane

Nella fase iniziale di attivazione della COT, si prevede l'impiego, isorisorse, di :

- n. 2 Figure Infermieristiche,
- n. 1 Coordinatore
- n. 1 Figura Amministrativa

Orario di attività

L'orario di apertura della COT sarà inizialmente su 6 giorni settimanali:

- dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria dalle ore 8,30 alle ore 17
- il sabato dalle ore 9 alle ore 12,30

L'apertura del servizio sarà progressivamente implementata sino all'orario standard dalle ore 8 alle ore 20.

Modalità di attivazione

La COT sarà attivata attraverso riferimenti telefonici e mail specifici.

3. LE FUNZIONI DELLA COT

La Centrale Operativa Territoriale trova collocazione nel Distretto di Monza dell'ASST di Monza; le sue funzioni sono a valenza distrettuale e sono finalizzate a garantire un raccordo ed una continuità all'interno dei percorsi clinico-assistenziali dei cittadini che accedono al Sistema Socio Sanitario Regionale.

La COT gestisce i flussi informativi inerenti a tali percorsi tramite l'utilizzo di specifiche piattaforme informatiche a tal riguardo, si precisa che è in fase di attivazione la piattaforma regionale unitaria SGDT (Sistema di Gestione Digitale del Territorio). L'utilizzo di SGDT consentirà a tutti i professionisti coinvolti nei percorsi di cura di inserire e consultare le informazioni riguardanti l'assistito.

Le principali funzioni della COT sono le seguenti:

- *transitional care* dei pazienti dell'area della fragilità e dei pazienti non autosufficienti, all'interno della rete, i cui nodi sono costituiti dall'ADI, dalle Cure Intermedie, dalle Strutture Sociosanitarie ed Ospedaliere;
- reclutamento attivo e gestione dei pazienti affetti da patologie croniche;
- organizzazione, governo e messa a disposizione delle centrali di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio).

Le funzioni della COT sono, pertanto, strumento efficace per:

- avere una visione complessiva del bisogno socio-sanitario dell'assistito: dalla prevenzione, alla diagnosi, alla cura-riabilitazione, alla verifica e monitoraggio dei risultati;
- affrontare la cronicità;
- governare la domanda di salute;
- ottimizzare l'uso delle risorse.

La COT costituisce quindi un tassello-chiave del *network* territoriale, un canale attraverso il quale i professionisti sanitari e sociali possono lavorare sinergicamente per assicurare la continuità del percorso di cura del cittadino assistito.

Secondo il DM 77/2022, la Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di supporto in *back office* e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali attraverso:

- la gestione delle segnalazioni che arrivano dai diversi Servizi / Professionisti (Ospedale, Strutture Intermedie / Residenziali / Riabilitative, MMG ecc.) riguardanti casi complessi, che necessitano di supporto nella transizione tra i vari livelli e *setting* assistenziali (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);
- il supporto nell'identificazione del *setting* più adatto per ciascun caso, il monitoraggio dell'offerta disponibile, l'attivazione del percorso di transizione;

- la garanzia del rispetto dei tempi massimi di permanenza nei *setting* a tempo definito (es. Cure Intermedie e Riabilitazione), facilitando agli erogatori la dimissione in tempi adeguati, grazie alla transizione programmata verso altri Servizi (es. ADI o RSA).

4. Le principali connessioni e interazioni della COT

La COT si interfaccia prioritariamente con i seguenti “attori” della rete:

- a) le Strutture Dimettenti
- b) il Servizio Valutazione Multidimensionale e ADI di ASST Monza
- c) la Rete Locale di Cure Palliative
- d) il MMG/PLS
- e) i Servizi Sociali Comunali
- f) le Case della Comunità
- g) i servizi sociosanitari della rete territoriale

a) Le connessioni con le Strutture Dimettenti

Le Strutture Dimettenti Ospedaliere applicheranno la Procedura definita dalla propria Azienda per le Dimissioni Protette, qualora il bisogno dell’assistito richieda dopo la dimissione il ricovero in una Struttura (Riabilitativa/ Cure Intermedie / Hospice/ RSA), o l’attivazione dell’ ADI, della Rete Locale di Cure Palliative, dell’IFeC della Casa della Comunità di riferimento, o l’invio al MMG/PLS. Tutti questi casi verranno segnalati dalle Strutture Dimettenti alla COT del territorio di residenza dell’assistito per l’avvio del percorso di presa in carico e/o per il tracciamento del percorso protetto, tramite l’utilizzo della Piattaforma di servizio unitario di Regione Lombardia (Sistema di Gestione Digitale del Territorio - SGDT).

b) Le connessioni con il Servizio Valutazione Multidimensionale e ADI di ASST Monza

In caso di **dimissione al domicilio**, il Reparto Dimettente, o la funzione demandata a tale processo, attiva la COT del territorio di residenza dell’assistito, che a sua volta darà l’avvio agli interventi necessari, in una logica di prossimità al domicilio.

Più precisamente:

- nel caso di richiesta di **attivazione dell’ADI**, la COT si interfaccia con il Servizio di Valutazione Multidimensionale per dare avvio all’assistenza; l’attivazione dell’ADI prevede una valutazione

domiciliare da parte dell'operatore dell'UO VMD. Successivamente, il Servizio VMD trasmette i dati relativi alla presa in carico tramite l'utilizzo della Piattaforma SGDT.

- la COT può, altresì, fare richiesta di **Valutazione Multidimensionale**, quando alla condizione di fragilità della persona si associano molteplici bisogni, anche di diversa natura, che richiedano più interventi articolati e personalizzati. Nella fase valutativa, gli operatori acquisiscono tutte le informazioni necessarie per una corretta gestione del caso, tramite la raccolta della documentazione e la conoscenza diretta del soggetto interessato e della sua famiglia, attraverso gli strumenti del colloquio, della visita domiciliare e della somministrazione di scale di valutazione adeguate al caso (Triage, Home Care ecc.). Successivamente viene elaborato, in condivisione con la persona e con la famiglia, il Progetto Individuale, nel quale sono declinati gli obiettivi di cura, gli indicatori che misurino il raggiungimento di tali obiettivi, le risorse da attivare (pubbliche, private e familiari), il relativo budget di progetto e la tempistica di attuazione. Nel Progetto viene, inoltre, individuato un operatore di riferimento (*case manager*) e sono definiti i tempi di monitoraggio e di rivalutazione del Progetto. Per alcune aree/attività si farà riferimento a procedure/istruzioni operative già standardizzate e definite a livello di Regione / ATS (es. attivazione ADI, valutazione Misure Regionali ecc.).

c) Le connessioni con la Rete Locale delle Cure palliative

La COT garantisce il raccordo con la Rete Locale delle Cure Palliative, attraverso l'attivazione dei vari *setting* che afferiscono a questa Rete (Cure palliative domiciliari, Hospice, Ambulatori - ospedalieri e territoriali, di struttura pubblica o accreditata) in base alle procedure in essere già validate.

d) Le connessioni con il MMG/PLS

La COT diventerà progressivamente per il MMG il principale interlocutore per l'attivazione per i propri assistiti dei *setting* di cura più idonei.

In particolare, la COT - su segnalazione del MMG - agevolerà l'ammissione del paziente dal domicilio verso le Strutture intermedie / riabilitative / residenziali e garantirà il monitoraggio del percorso di cura, anche al fine di accompagnare un'eventuale successivo rientro dell'assistito presso il domicilio.

e) Le connessioni con i Servizi Sociali Comunali

Nel caso in cui alla COT pervenga la segnalazione per un paziente che presenta un bisogno di tipo esclusivamente sociale (es. attivazione SAD, consegna pasti al domicilio, servizio badanti ,eventuali contributi economici ecc.) la stessa prenderà contatto con i Servizi Sociali Comunali di riferimento. Qualora invece, fossero i Servizi Sociali Comunali ad intercettare nei propri assistiti dei bisogni di natura sanitaria o sociosanitaria, gli operatori attiveranno la COT nel caso in cui non fossero già in essere dei percorsi di presa in carico integrata già validati (es. richiesta per Misure Regionali).

f) Le connessioni con la Casa della Comunità

Le Case delle Comunità (CdC) sono strutture polivalenti che garantiscono funzioni d'assistenza primaria e attività di prevenzione. Ogni CdC dispone di un proprio Punto Unico Accesso (PUA), deputato a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, ed a ridurre o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere per la fruizione dei servizi erogati a livello territoriali. A valle della definizione degli interventi necessari, può essere attivata la COT, che ha il compito di interfacciarsi con i Servizi e/o strutture necessari per la presa in carico dell'assistito, sulla base della disponibilità di offerta.

La COT può inoltre richiedere l'attivazione del Servizio IFeC, presente nella CdC, per l'inserimento del paziente in percorsi intra CdC, quali:

- Inserimento dell'assistito in un percorso di presa in carico domiciliare da parte dell'IFeC e del MMG, con eventuale telemonitoraggio medico specialistico;
- inserimento in un percorso ambulatoriale di presa in carico da parte dell'IFeC per il monitoraggio e la gestione di patologie croniche, in condivisione con il MMG per la definizione di percorsi clinico assistenziali integrati;
- interventi infermieristici prestazionali presso l'ambulatorio infermieristico generalista della CdC.

g) Le connessioni con altri servizi sociosanitari della rete territoriale

A completamento dei servizi già descritti la COT si relazionerà e attiverà una serie di altri servizi che vanno a completare la rete dei servizi territoriali:

- Sert, Noa
- CPS
- NPI
- Consultori
- RSA, RSD, CSS e altre strutture intermedie
- Ospedale di Comunità
- Medicina specialistica ambulatoriale
- Centrale operativa NEA (116117)
- Terzo settore, associazioni di volontariato

Tali servizi si interfaceranno con la COT per segnalare eventuali bisogni, che non siano già codificati in percorsi di presa in carico integrati.

L'obiettivo è sempre quello di coordinamento e integrazione nella gestione dei malati cronici, instabili soggetti a frequenti ricoveri.

5. Conclusioni

Il presente modello organizzativo sarà soggetto a revisione ed eventuale rimodulazioni periodiche su indicazione del Direttore di Distretto, condivisa con il Direttore Socio Sanitario, nel rispetto delle disposizioni Regionali.