



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XII / 2588

Seduta del 21/06/2024

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali **MARCO ALPARONE** *Vicepresidente*
ALESSANDRO BEDUSCHI
GUIDO BERTOLASO
FRANCESCA CARUSO
GIANLUCA COMAZZI
ALESSANDRO FERMI
PAOLO FRANCO
GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA
ELENA LUCCHINI
FRANCO LUCENTE
GIORGIO MAIONE
BARBARA MAZZALI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI
SIMONA TIRONI

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini

Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE AL MODELLO DI FUNZIONAMENTO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Marco Cozzoli

I Dirigenti Alberto Ambrosio Giuliana Sabatino



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTI:

- il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 2 aprile 2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- il Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito, con modificazioni, dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77;
- il Regolamento (UE) n. 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza, con l'obiettivo specifico di fornire agli Stati membri il sostegno finanziario al fine di conseguire le tappe intermedie e gli obiettivi delle riforme e degli investimenti stabiliti nei loro piani di ripresa e resilienza;
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021 e, in particolare, la Missione 6 "Salute", che si articola in:
 - Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" – Investimento 1.1: "Case della Comunità e presa in carico della persona"; Investimento 1.2: "Casa come primo luogo di cura e Telemedicina"; Investimento 1.2.2 Centrali Operative Territoriali; Investimento 1.3: "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture – Ospedali di Comunità";
 - Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" – Investimento 1.1: "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero"; Investimento 1.2 "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile"; Investimento 1.3 "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione"; Investimento 2.2 "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario";



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTA altresì:

- la normativa di riordino del Servizio Sanitario Nazionale di cui al D.lgs. 30.12.1992, n. 502, con particolare riferimento agli articoli 3 e 3 bis;
- la l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e successive modifiche;

RICHIAMATI:

- il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 23 novembre 2021 recante *assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione*;
- il Decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute "Ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari" con il quale, tra l'altro sono stati definiti gli specifici "Target regionale obiettivo" inteso quale target minimo del PNRR, fra cui: Mission 6 Component 1, n. 101 Centrali Operative Territoriali;
- il Decreto 1° aprile 2022 del Ministero della Salute "Ripartizione degli interventi e sub-interventi di investimento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) a titolarità del Ministero della salute";
- il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" che definisce un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR;

RICHIAMATE altresì:

- la DGR n. XI/6027 del 1° marzo 2022 "Programma regionale straordinario investimenti in Sanità – Ulteriori determinazioni conseguenti alle Deliberazioni di Giunta Regionale n. XI/5161/2021 e n. XI/5941/2022 – Investimenti in strutture territoriali";
- la DGR n. XI/6080 del 7 marzo 2022 recante "Modifica delle tabelle di



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- cui all'allegato alla DGR n. XI/5723 del 15.12.2021 "Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali" prevedendo la realizzazione di 216 Case di Comunità, 71 Ospedali di Comunità e 104 Centrali Operative Territoriali;
- la DGR n. X/6426 del 23/05/2022 "PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA PNRR - MISSIONE 6 COMPONENTE 1 E COMPONENTE 2 E PNC – Approvazione del Piano Operativo Regionale (POR) e contestuale individuazione degli interventi, con ripartizione delle corrispondenti quote di finanziamento PNRR/PNC - Individuazione dei Soggetti Attuatori Esterni" che, tra l'altro, approva il Piano Operativo Regionale (POR) che definisce puntualmente tutte le linee di investimento della Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) integrato dal Fondo Nazionale Complementare;
 - la DGR n. XI/6607 del 30/06/2022 recante "*Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6C1 – Soggetti Attuatori esterni: riassegnazione di alcuni interventi su edifici ubicati nel comune di Milano*";
 - la DGR n. XI/6760 del 25/07/2022 "*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"*";
 - le DGR n. XII/62 del 27/03/2023 "*PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA PNRR - MISSIONE 6 COMPONENTE 1 E COMPONENTE 2 E PNC- Presa d'atto delle proposte di rimodulazione del Piano Operativo Regionale (POR) approvato con DGR n. XI 6426/2022 e contestuale individuazione degli interventi, con ripartizione delle corrispondenti quote di finanziamento PNRR/PNC e fondi regionali – individuazione dei soggetti attuatori esterni*";
 - DGR n. XII/1515 del 31/12/2023 "*PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA PNRR - MISSIONE 6 COMPONENTE 1 E COMPONENTE 2 E PNC - Presa d'atto degli esiti del tavolo istituzionale del contratto istituzionale di sviluppo sulle rimodulazioni al Piano Operativo Regionale – I rimodulazione*";
 - DGR XII/1514 del 13 dicembre 2023 "*Approvazione delle linee guida per il superamento delle esternalizzazioni dei servizi sanitari core e per la*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- migliore gestione del personale” e la successiva ordinanza del Tribunale Amministrativo Regionale Milano, sezione V, n. 238, pubblicata in data 8 marzo 2024, con la quale è stata accolta in parte qua l’istanza cautelare proposta nel ricorso RG n. 294/2024, avverso la citata deliberazione;*
- *DGR XII/715 del 24/07/2023 “Determinazioni in ordine all’attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante “PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 - investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare - relativamente all’incremento del numero di prese in carico in cure domiciliari di persone over 65 anni secondo i target definiti dal dm 23 gennaio 2023 (g.u. 55 del 6 marzo 2023) attraverso la stipula di contratti di scopo a valere sulle risorse di PNRR ripartite dal medesimo decreto nel quadro della cornice regolatoria del dm 77/2022 – codice cup di progetto E89G21000020006”;*
 - *DGR XII/717 del 24/07/2023 “Determinazioni in ordine alla regolamentazione delle azioni definite a livello regionale per il concorso all’attuazione dell’obiettivo di investimento previsto dal PNRR alla missione 6 componente 1 - sub-investimento m6c1 1.2.1: "casa come primo luogo di cura (adi)" attraverso l'erogazione diretta di cure domiciliari nell’ambito delle CDC delle ASST e attraverso il progetto di sorveglianza domiciliare attivato nell’ambito del modello organizzativo individuato in allineamento al dm 77 e fondato sul raccordo tra CDC, attraverso IFEC e UCA e gli ambulatori dei MMG operanti, anche attraverso il proprio personale di studio”;*
 - *DGR XII/2089 del 25/03/2024 “Approvazione delle linee di indirizzo per i piani di sviluppo del polo territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell’art. 7 c. 17 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 “testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, così come modificata dalla legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22, in attuazione della DGR XII/1827/2024 - (di concerto con l’Assessore Lucchini)”;*

DATO ATTO che in data 31/05/2022 è stato sottoscritto dal Presidente della Regione Lombardia e dal Ministro della Salute il CIS – Contratto Istituzionale di Sviluppo che ha allegato, quale parte integrante, il succitato Piano Operativo Regionale (POR), nel quale viene individuato quale Responsabile Unico del Contratto (RUC) il responsabile dell’Unità di Missione del Ministero della Salute e successivamente sono stati adottati gli atti di delega dal Soggetto Attuatore (Regione) e dai Soggetti Attuatori Esterni (ASST/IRCCS) per le attività relative all’attuazione degli interventi finanziati con fondi PNRR, PNC e con altre fonti di finanziamento, con i quali sono state compiutamente declinate le specifiche



Regione Lombardia

LA GIUNTA

attività delegate e le relative corresponsabilità;

RICHIAMATE le linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub redatte da un Gruppo di lavoro istituito e coordinato dall'Agenda Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali che individuano la Centrale Operativa Territoriale (COT) come punto di coordinamento e raccordo per l'integrazione delle funzioni dei servizi di assistenza domiciliare con gli altri servizi assistenziali distrettuali che rispondono ai bisogni della persona assistita a domicilio fungendo da vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti della rete;

CONSIDERATO che il quadro normativo vigente delinea il ruolo della Centrale Operativa Territoriale (COT) quale supporto in back office al coordinamento della presa in carico di assistiti fragili e cronici e raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali tramite, in particolare, le funzioni di:

- gestore delle segnalazioni su casi complessi che necessitano di supporto nella transizione tra i vari livelli e setting assistenziali, attivando le funzioni deputate all'erogazione dei servizi;
- supporto nell'identificazione del setting più adatto per ciascun caso, attivazione del percorso di transizione e monitoraggio dell'offerta disponibile prenotando o attivando direttamente il servizio;
- garante del rispetto dei tempi massimi di permanenza nei setting a tempo definito facilitando agli erogatori la dimissione per tempo;

CONSIDERATO altresì che la Centrale Operativa Territoriale (COT) è uno dei punti nevralgici del processo di potenziamento della rete territoriale e come tale sarà implementato nel tempo anche in relazione al reclutamento del personale e all'evoluzione dei sistemi informativi;

RAVVISATA la necessità:

- di adottare delle indicazioni affinché in tutto il territorio lombardo ci sia un'organizzazione omogenea della Centrale Operativa Territoriale (COT) secondo quanto previsto nel documento *"Ulteriori determinazioni in merito alle Centrali Operative Territoriali e in merito alla garanzia di assistenza medica H24 nelle Case di Comunità in raccordo con il sistema"*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

della *Continuità Assistenziale*" allegato 1 parte integrante del presente documento, fermo restando l'autonomia aziendale nell'applicazione del presente documento in relazione alla peculiarità territoriale;

- di poter attivare, previa autorizzazione della Direzione Generale Welfare, per il trimestre luglio 2024 – settembre 2024 tutti i canali normativamente previsti per il reclutamento del personale in considerazione della necessità di avere a disposizione del sistema sanitario il maggior numero di risorse possibili anche per l'avvio e la successiva implementazione della rete territoriale;

VISTO il Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile della XII Legislatura, approvato con D.C.R. XII/42 del 20 giugno 2023, e la declinazione dello stesso nel Pilastro 2 "Lombardia al servizio dei cittadini", Obiettivo Strategico 2.3.1 Sviluppare l'offerta di infrastrutture e servizi della sanità territoriale;

VISTO l'art. 17 della l.r. del 7 luglio 2008 n. 20 "Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale", nonché i provvedimenti organizzativi della XII Legislatura;

Ad unanimità di voti, espressi nelle forme di legge per le ragioni indicate in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

DELIBERA

1. di approvare il documento "*Ulteriori determinazioni in merito alle Centrali Operative Territoriali e in merito alla garanzia di assistenza medica H24 nelle Case di Comunità in raccordo con il sistema della Continuità Assistenziale*" allegato 1 parte integrante del presente documento, fermo restando l'autonomia aziendale nell'applicazione del presente documento in relazione alla peculiarità territoriale;
2. di stabilire che le strutture sanitarie pubbliche possano attivare, previa autorizzazione della Direzione Generale Welfare, per il trimestre luglio 2024 – settembre 2024 tutti i canali normativamente previsti per il reclutamento del personale in considerazione della necessità di avere a disposizione del sistema sanitario il maggior numero di risorse possibili anche per l'avvio e la successiva implementazione della rete territoriale;
3. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione



Regione Lombardia
LA GIUNTA

Lombardia (BURL) e sul portale istituzionale di Regione Lombardia
www.regione.lombardia.it.

IL SEGRETARIO
RICCARDO PERINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Ulteriori determinazioni in merito alle Centrali Operative Territoriali e in merito alla garanzia di assistenza medica H24 nelle Case di Comunità in raccordo con il sistema della Continuità Assistenziale

Indice

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN MERITO ALLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI.....	2
I soggetti che possono attivare la COT ed interfacciarsi con essa	4
Standard organizzativi, di personale, tecnologici e strutturali	6
Riferimenti normativi	7
PRESENZA MEDICA H24 IN CASA DI COMUNITA' IN RACCORDO CON IL SISTEMA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	8
1. Riorganizzazione e potenziamento della Continuità Assistenziale	8
2.Sperimentazioni di attivazione diurna delle centrali UNICA.....	11
3.Potenziamento delle capacità di risposta del NEA 116117	11
Riferimenti normativi	12

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN MERITO ALLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Secondo il Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77 recante le indicazioni in merito a modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN¹ (di seguito DM 77) e le successive determinazioni nazionali e regionali (e.g. DGR XI/6760 e DGR 7592/2022), la Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di supporto in *back office* al coordinamento della presa in carico di assistiti fragili e cronici e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Più specificamente, la COT nella fase iniziale e fino alla messa a sistema di tutti gli applicativi finanziati dal PNRR (completamento previsto nel 2026) svolge 3 funzioni principali:

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

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

¹ Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della Salute, prot. 0000210-23/02/2022-UMPNRR-MDS-A Allegato Utente 2

Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117, che potranno poi convogliare la richiesta verso il percorso di presa in carico più idoneo.

Trattandosi di una delle funzioni più innovative del processo di potenziamento della rete territoriale, come già previsto nella DGR XII/6760, si invita ad adottare un approccio graduale nello sviluppo organizzativo delle COT.

Nella fase iniziale di implementazione si prevede che la COT sia in grado di gestire:

- **il percorso di dimissione protetta o presidiata dei pazienti fragili**, gestendo il passaggio del paziente dall'ospedale per acuti verso strutture riabilitative, delle cure intermedie o socio-sanitarie, oppure l'attivazione di Cure Domiciliari, anche mediante l'attivazione dell'IfeC della CdC di riferimento, creando sempre un raccordo con il MMG. In caso di dimissione, il reparto dimettente o la funzione ospedaliera demandata a tale processo attiva la COT del territorio di residenza dell'assistito, che a sua volta attiverà gli interventi necessari in una logica di prossimità al domicilio. In fase transitoria e fino alla definizione completa della rete delle COT questo passaggio può avvenire attraverso 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 verso il domicilio o verso strutture riabilitative/cure intermedie.
- **il percorso di attivazione di interventi in favore di pazienti al domicilio e previsti dai Progetti Individuali o dai Piani Assistenziali Individuali** (PAI della presa in carico dei cronici ex. DGR X/6164 e ss.mm.ii.) elaborati a seguito di valutazioni dell'équipe di Valutazione Multi Dimensionale per i pazienti con bisogno complesso o dal MMG. In questi casi la COT ha il compito di interfacciarsi con i servizi e le funzioni necessarie, di prenotare le prestazioni previste nel piano attraverso le funzioni aziendali dedicate al contatto con il paziente/caregiver in caso di disdette/modifiche degli appuntamenti, di facilitare la relazione tra MMG e Medico Specialista laddove necessario, e di monitorare l'effettivo attuarsi del percorso.

Nel modello a tendere, adeguatamente supportata da strumenti informatici e informativi, la COT dovrà:

- Gestire la transizione da e verso tutti i setting assistenziali e di cura (modalità *step up* dal domicilio e *step down* dalla struttura di ricovero), comprese le cure intermedie, la riabilitazione, 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.

- In presenza di distribuzione geograficamente disomogenea dell'offerta, offrire ai pazienti soluzioni adeguate al bisogno di cura indipendentemente dal territorio di residenza attraverso un collegamento in rete delle COT in modo da facilitare la transizione del paziente anche al di fuori del territorio di residenza.
- Visionare le richieste di transizione tra setting di cura o di attivazione di servizi dell'ambito della fragilità provenienti dai nodi della rete, definendo, in caso di domanda crescente le priorità di accesso ai servizi in relazione ai bisogni e alle condizioni cliniche, assistenziali e sociali del paziente.
- Monitorare i percorsi attivati ed implementare azioni correttive in caso di attivazione mancata, tardiva o inefficace.

Per potersi configurare come descritto, la COT dovrà disporre di adeguate leve di *governance*, che garantiscano che gli attori della rete lavorino in filiera; tra queste, la COT dovrebbe divenire il canale preferenziale per l'accesso ad alcune tipologie di unità di offerta o di ricovero. Con successivi provvedimenti verranno adottate indicazioni in tal senso, a partire dalle unità di offerta residenziali sociosanitarie, per regolare le modalità di accettazione dei pazienti.

Per facilitare lo sviluppo delle competenze necessarie ad assolvere le funzioni descritte e lo sviluppo di protocolli e di modalità di lavoro condivise, si auspica vengano adottati modelli organizzativi che centralizzino alcune funzioni trasversali in una sola delle COT di ASST, pur mantenendo la possibilità per tutte le COT di attivare tali funzioni in favore dei cittadini residenti nei singoli distretti di competenza.

[I soggetti che possono attivare la COT ed interfacciarsi con essa](#)

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

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, che possono attivare la COT a seguito di valutazioni effettuate in UVM o in altri contesti il cui esito attesti la presenza di un bisogno complesso o la necessità di riconduzione di diversi interventi già attivi ad un percorso organico;

- Medici di Assistenza Primaria nell'espletamento di attività su base fiduciaria (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), che possono contattare la COT per necessità legate alla continuità del percorso dei loro pazienti (ad es. valutazione congiunta con l'IfeC, attivazione UVM, attivazione di cure domiciliari, attivazione di ricovero, presso l'OdC o presso altre strutture della rete territoriale), per chiedere l'organizzazione di consulto/teleconsulto con lo specialista presente nella CdC finalizzato alla stabilizzazione del paziente oppure per altre necessità legate alla continuità dei percorsi;
- Medici di Assistenza Primaria nell'espletamento dell'attività su base oraria (Continuità Assistenziale), che possono segnalare alla COT, anche attraverso il supporto tecnico della centrale NEA 116117, eventuali pazienti visitati in ambulatorio o al domicilio e che richiedano una presa in carico di un bisogno che non si esaurisce con la prestazione offerta dal Medico di assistenza primaria;
- le strutture di ricovero e ambulatoriali anche di Erogatori Privati Accreditati, che mediante le funzioni aziendali preposte (es. bed manager, direzione medica, équipe dimissioni protette ...) o i professionisti (es. medici specialisti che prestano servizio negli ambulatori ospedalieri o nelle Case di Comunità, medici di pronto soccorso, ...) possono contattare la COT per:
 - o segnalare pazienti transitati dai loro servizi che necessitino di una presa in carico del bisogno non solo clinica;
 - o segnalare utenti con accessi frequenti al PS o comunque riconducibili a carenze di *compliance* al percorso clinico e terapeutico oppure a problematiche sociali/socio-assistenziali;
 - o definire e organizzare l'eventuale percorso post-dimissione
- personale degli enti gestori di cure domiciliari, delle strutture di cure intermedie e riabilitative, residenziali e semiresidenziali, che si interfacciano con la COT per condividere informazioni utili al proseguimento del percorso del paziente presso o verso il domicilio;
- personale operante nei servizi sociali di ambito oppure del pronto intervento sociale per segnalare casi che richiedano una presa in carico anche sanitaria/sociosanitaria e non solo sociale;
- operatori della rete dell'emergenza-urgenza pre-ospedaliera (Centrale Medica Integrata di AREU, Centrale 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 organizzativi, di personale, tecnologici e strutturali

L'Allegato 2 al DM 77/2022 identifica per la COT alcuni standard aventi valore prescrittivo (organizzativi, di personale, tecnologici e strutturali).

Lo **standard organizzativo**² prevede che la COT svolga le funzioni descritte nel paragrafo precedente, che sia attivata una COT "ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale" e che le funzioni siano garantite 7 giorni su 7. Per garantire le funzioni assegnate dalla norma è opportuno **che ogni ASST garantistica l'attività di almeno 1 COT** a livello aziendale il sabato e la domenica e nei giorni festivi, 8:00-20:00, anche eventualmente ricorrendo ad una turnistica tra le COT aziendali.

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

Lo **standard di personale**² prevede che la COT si doti di:

- Un coordinamento infermieristico
- minimo 3 Infermieri
- minimo 1 unità di Personale di supporto

Gli **standard tecnologici e strutturali**² prevedono che le COT dispongano di:

- Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- Sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina;
- Infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale;

² Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti", sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali, Ministero della Salute, versione 1 del 26/1/2024

- Software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate;
- Sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Dal punto di vista informatico, le COT saranno supportate dalla piattaforma di gestione digitale del territorio (si rimanda alla DGR XI/5872/2022 “Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio”). In attesa del pieno sviluppo, gli Enti possono assicurare i requisiti tecnologici con le soluzioni informatiche aziendali di cui già dispongono. Nelle fasi successive, la piattaforma regionale dovrà consentire alle COT di:

- avere accesso alla disponibilità di posti letto attivabili presso le strutture delle cure intermedie, sociosanitarie e di riabilitazione aggiornata quotidianamente, mediante l’utilizzo di strumenti informativi già in uso nonché di una loro evoluzione (es. Priamo, CSM, ecc...);
- avere un quadro aggiornato del budget C-DOM e CP-DOM disponibile nei diversi territori;
- disporre di slot ambulatoriali per i cronici per le prenotazioni previste dai PAI, gestendo il contatto con il paziente/caregiver attraverso le funzioni aziendali dedicate (es. CUP, PUA, centro servizi, ...).

Riferimenti normativi

- La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all’attivazione, I Quaderni – supplemento alla rivista semestrale Monitor 2022 – Agenas
- Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della Salute, prot. 0000210-23/02/2022-UMPNRR-MDS-A Allegato Utente 2
- DGR n. XII/6760 del 25/07/2022 “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”
- Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali, Ministero della Salute, versione 1 del 26/1/2024

PRESENZA MEDICA H24 IN CASA DI COMUNITA' IN RACCORDO CON IL SISTEMA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Al fine di garantire il requisito di presenza medica h24 nelle Case di Comunità HUB, Regione Lombardia intende strutturare un modello di risposta coerente con le recenti norme in materia di cure primarie e con la necessità di offrire adeguata risposta alla domanda di cura urgente dei cittadini, che spesso viene inappropriatamente convogliata verso i servizi di emergenza (chiamata al 112/118 o autopresentazione in pronto soccorso). Tale modello poggia su un'ampia letteratura internazionale ed è già stato oggetto di parziale sperimentazione nel corso del 2023 in territori connotati da assetti demografici differenti (area montana ed area metropolitana) con esiti positivi in termini di appropriatezza del percorso clinico/sanitario.

Il modello, pensato per garantire una risposta assistenziale h 24 7/7, sarà oggetto di successivi provvedimenti, ma si ritiene utile delinearne alcuni tratti salienti, così che sia possibile implementare sin da ora attività propedeutiche al suo sviluppo compiuto.

Il modello prevede tre linee di sviluppo principali:

1. [Reingegnerizzazione e potenziamento della Continuità Assistenziale](#), che prevede l'attivazione di:

a) Centrali di Continuità dell'Assistenza (centrale UNICA), dimensionate in funzione al numero di residenti e comunque **non più di una per ogni ATS**. Queste centrali sostituiscono, potenziandola, l'attività di consulto telefonico che oggi i medici effettuano nelle diverse sedi di Continuità Assistenziale. Presso la centrale UNICA, secondo modalità organizzative già sperimentate in ATS Montagna e ATS Milano Città Metropolitana, il personale sanitario risponde alle chiamate assegnate dal 116117 per competenza territoriale e, utilizzando la piattaforma informatica dedicata, effettua consulto telefonico ed eventualmente una videochiamata con possibilità di:

- emettere prescrizione dematerializzata di terapia e accertamenti;
- inviare referto al cittadino e al rispettivo MMG;
- inviare il cittadino in pronto soccorso con accesso autonomo o con ambulanza attivando la SOREU di competenza qualora riscontrasse un bisogno di cure in emergenza;

- se reputa necessario un approfondimento in presenza, affidare il paziente al Medico della sede di Continuità Assistenziale di competenza territoriale o per visita ambulatoriale o per l'accesso al domicilio;
- Se necessario, per favorire il trattamento e il monitoraggio al domicilio dei pazienti fragili, UNICA può attivare il Team di Risposta Rapida Domiciliare (TRRD) costituito da medici e personale delle professioni sanitarie opportunamente formati. Si valuterà inoltre che tutte le UCA di Regione Lombardia siano TRRD e che all'espletamento delle attività nel TRRD possano concorrere i Medici di Assistenza Primaria del ruolo unico nello svolgimento dell'attività su base oraria, secondo modalità che saranno ulteriormente dettagliate in documenti successivi. Per tutti i medici che operano nel TRRD è prevista una valutazione delle competenze e conoscenze da parte di AREU con conseguente certificazione di idoneità alla specifica funzione. L'attività del TRRD nell'ambito di UNICA è funzionalmente dipendente da AREU.

In fase iniziale le centrali UNICA saranno attive dalle 20 alle 8 dei giorni feriali e h24 nei giorni prefestivi e festivi. Con questi orari di servizio la Centrale UNICA consente di garantire la funzione di presenza medica per la continuità assistenziale su tutto il territorio servito in orario serale e notturno 7 giorni su 7 e h24 nei giorni festivi e prefestivi. Saranno previste sperimentazioni di attivazione di UNICA anche in orario diurno come di seguito descritto.

Segue in tabella una possibile rappresentazione dell'articolazione oraria UNICA/ambulatori di Continuità Assistenziale/TRRD

FASCIA ORARIA	Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato - Domenica - Prefestivi - Superfestivi	
	CA	UNICA	CA	UNICA	CA	UNICA	CA	UNICA	CA	UNICA	CA	UNICA
08:00-20:00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI	SI
08:00-20:00	UCA		UCA		UCA		UCA		UCA		UCA	
20:00-24:00	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
24:00-08:00	-	SI	-	SI	-	SI	-	SI	-	SI	-	SI

La gestione delle risorse umane e la definizione delle modalità di lavoro nelle centrali UNICA è affidata alla Struttura Cure Primarie di DG Welfare, mediante la collaborazione dei dip. Cure Primarie delle ASST che garantiranno la disponibilità dei medici di CA, in stretto coordinamento con AREU per i territori competenti. Questa modalità di gestione delle risorse umane consentirà al Sistema delle Cure Primarie di sviluppare competenze e modalità operative rinnovate, mettendo a frutto le competenze di AREU nella gestione efficace di centrali operative, oltre a garantire un raccordo con il personale delle altre centrali che necessariamente saranno integrate a questa.

b) Uno o più ambulatori di Continuità Assistenziale che saranno collocati all'interno di ogni Casa di Comunità HUB, attivi dalle 20 alle 24 dei giorni feriali e dalle 8-24 nei giorni prefestivi e festivi. In questi spazi i medici di Continuità Assistenziale svolgono attività di visita ambulatoriale, quando necessario supportata da diagnostica POCT, ed emettono le eventuali prescrizioni necessarie per l'avvio della terapia in modalità dematerializzata. L'orario di apertura degli ambulatori potrà avere ulteriori estensioni e l'accesso progressivamente avverrà solo se mediato dalla Centrale UNICA: non sarà più possibile per il cittadino auto presentarsi senza avere prima contattato l'116117. La disponibilità di adeguati spazi e di medici per i turni sono garantiti dai Direttori di Distretto in raccordo con il Dip. Cure Primarie territorialmente competente. Il processo di trasferimento degli ambulatori di CA nelle CdC deve avvenire quanto prima, tenendo comunque conto dei lavori di ristrutturazione in essere. Per tutti gli ambulatori di Continuità Assistenziale/UNICA (sedi di lavoro) è necessario garantire:

- Personale di portierato/guardie giurate per la sicurezza delle sedi (anche a tutela dell'utenza)
- Trasporto con accompagnatore per l'attività al domicilio
- Pulizia e sanificazione
- Smaltimento rifiuti ordinari e speciali
- Lavaggio indumenti di lavoro

c. L'attività domiciliare di continuità assistenziale è garantita dai Medici di Assistenza Primaria che svolgono attività su base oraria dalle 20 alle 08 7/7 e anche dalle 08 alle 20 nei festivi e prefestivi. Tale attività deve essere garantita secondo le declinazioni territoriali in armonia con il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale.

2.Sperimentazioni di attivazione diurna delle centrali UNICA.

In funzione degli esiti della riorganizzazione descritta, saranno attivate alcune sperimentazioni che prevedono l'attivazione della centrale UNICA anche in orario diurno, strutturando una rete di servizi a valle preferibilmente presso le Case di Comunità che consentano, eventualmente anche mediante l'interlocazione di UNICA con le COT, di trovare risposta ad urgenza sociosanitaria (es. attivazione di prestazioni a domicilio, attivazione servizi sociali) e ad urgenze di bassa complessità.

3.Potenziamento delle capacità di risposta del NEA 116117.

Oggi il numero è attivo 24/7, in orario diurno fornisce informazioni o segnalazioni correlate ai servizi territoriali, mentre dalle ore 20 alle 8 dei giorni feriali e h 24 nei giorni prefestivi e festivi mette in comunicazione il cittadino con il servizio di Continuità Assistenziale. Il potenziamento prevede che, in armonia con la strutturazione dei servizi territoriali previsti dal DM77, il NEA faciliti l'orientamento del cittadino verso i punti di erogazione dei servizi territoriali. Perché questo sia possibile, il NEA deve poter raccogliere informazioni in modo organico e disporre di una mappatura dei servizi territoriali quanto più possibile completa ed uniforme sul territorio regionale e deve poter inviare le segnalazioni agli interlocutori corretti che possono poi contattare l'utente per il prosieguo del percorso.

Per l'implementazione del modello descritto, AREU garantirà, in collaborazione con le ASST, la formazione al personale sanitario coinvolto, mirata alla condivisione del processo e all'utilizzo dell'applicativo di UNICA, che sarà lo stesso utilizzato negli ambulatori di Continuità Assistenziale, al contenuto clinico e corretto utilizzo delle Clinical Decision Pathways presenti nell'applicativo, all'utilizzo ed alle potenzialità diagnostiche della videovisita, all'utilizzo ed interpretazione della diagnostica POCT (ecografia clinica POCUS, emogasanalisi e test di laboratorio, elettrocardiogramma) che potrà supportare i medici che effettuano attività ambulatoriale e domiciliare nella diagnosi e trattamento dei pazienti.

Riferimenti normativi

- DGR n. XII/279 “PROGETTO SPERIMENTALE CENTRALE UNIC.A. DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E TELEMEDICINA E TEAM DI RISPOSTA RAPIDA DOMICILIARE” del 15/5/2023
- DGR n. XII/1827 “DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2024” del 31/01/2024
- DGR N. XII/2089 APPROVAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER I PIANI DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE DELLE ASST (PPT) AI SENSI DELL'ART. 7 C. 17 DELLA LEGGE REGIONALE 30 DICEMBRE 2009, N. 33 “TESTO UNICO DELLE LEGGI REGIONALI IN MATERIA DI SANITÀ”, COSÌ COME MODIFICATA DALLA LEGGE REGIONALE DI RIFORMA DEL 14 DICEMBRE 2021, N. 22, IN ATTUAZIONE DELLA DGR XII/1827/2024
- ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI – TRIENNIO 2019-2021