



Addendum
Il modello operativo delle Centrali Operative Territoriali
Regione Campania

Sommario

Premessa.....	3
1. Integrazione tra COT e la rete dell'emergenza - urgenza	4
2. Caso d'uso: Rinuncia da parte dell'assistito	5
3. Caso d'uso: Rifiuto da parte della struttura destinataria	6
4. Ulteriori chiarimenti	7

Premessa

Le indicazioni del presente documento integrano le linee guida per la definizione del Modello Operativo delle Centrali Operative Territoriali (COT) della Regione Campania, definite nel Decreto Dirigenziale n. 428 del 08 maggio 2024, in conformità alle disposizioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022. Il presente documento fa seguito alla nota *UMPNNRR/UFF2/GA/VV/UFF3/AA* del 16 dicembre 2024 avente ad oggetto “Funzionamento delle Centrali Operative territoriali correlato alla rendicontazione del target di rilevanza comunitaria M6C1 – 7_Richieste di dettaglio” e dalla nota *UMPNNRR/UFF2/GA* del 23 dicembre 2024 avente ad oggetto “Funzionamento delle Centrali Operative territoriali correlato alla rendicontazione del target di rilevanza comunitaria M6C1 – 7_Ulteriori richieste di dettaglio dalla CE”.

L'obiettivo del documento è approfondire il modello operativo delle COT rispetto a tre specifiche tematiche:

1. Integrazione tra COT e la rete dell'emergenza - urgenza.
2. Rinuncia da parte del paziente della struttura individuata dalla COT;
3. Rifiuto da parte della struttura di prendere in carico il paziente;

Inoltre, sono stati riportati alcuni chiarimenti emersi dalla messa in esercizio delle COT ad integrazione di alcuni dettagli relativi al modello COT già deliberato.

Di seguito è illustrato sinteticamente il processo di **dimissione protetta** (*transizione Ospedale – Territorio*), con focus sulla presa in carico del paziente da parte della struttura ricevente considerando le re-iterazioni del processo.

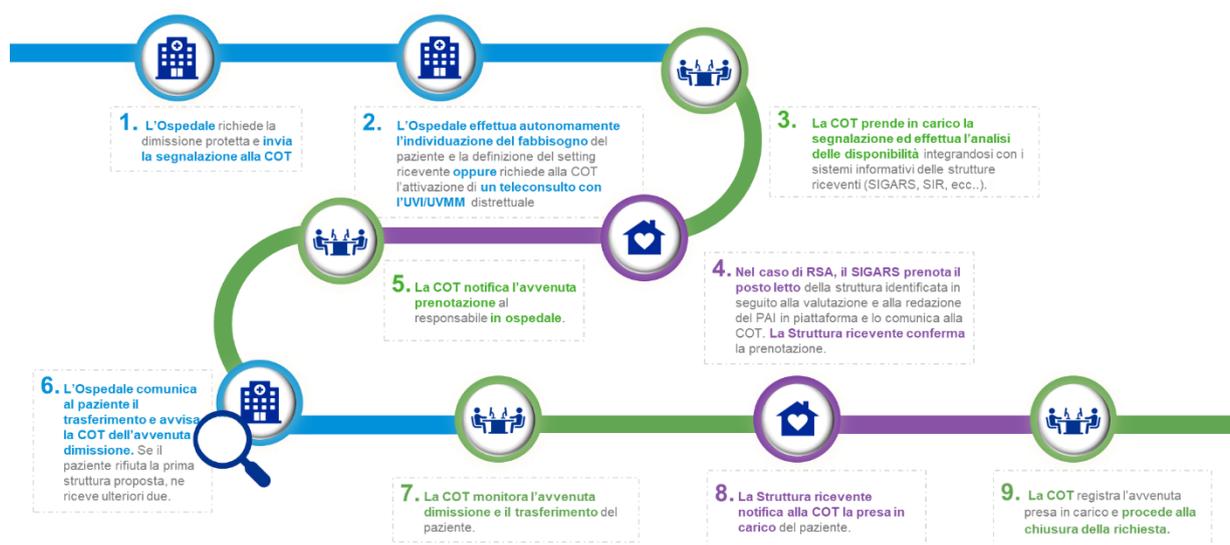


Figura 1. Transizione Ospedale - Territorio (dimissione protetta)

1. Integrazione tra COT e la rete dell'emergenza - urgenza

Le COT sono strutture fondamentali per il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie sul territorio, anche interagendo con le Centrali Operative 118, i Pronto Soccorso e il NEA (numero unico Nazionale ed Europeo) responsabili della gestione delle emergenze e urgenze. La filiera di riferimento della COT è integrata in un ecosistema di servizi sanitari ospedalieri e territoriali con cui la COT si interfaccia, come il NEA 116117 che ha una funzione di "ponte" tra la COT e Centrale Operativa 118.

Una comunicazione efficace tra queste strutture è essenziale per garantire una risposta sanitaria completa e tempestiva, assicurando che i pazienti ricevano l'assistenza più appropriata in base alle loro necessità. Le COT e gli attori della rete dell'emergenza - urgenza operano in sinergia per assicurare un sistema sanitario integrato, in cui le emergenze sono gestite prontamente e la continuità delle cure è garantita attraverso un coordinamento efficiente tra i vari servizi sanitari e sociosanitari.

Le Centrali Operative Territoriali (COT) dialogano con i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA), registrando tutte le fasi del trasferimento dell'assistito preso in carico per monitorarne il percorso di cura. La trasmissione delle informazioni deve avvenire in modalità continuativa e secondo protocolli definiti, con particolare attenzione ai casi di peggioramento clinico che richiedano l'attivazione del Servizio di Emergenza Territoriale (Centrali Operative 118). Il flusso di informazioni deve essere garantito per assicurare una gestione adeguata e coordinata del paziente in tutte le fasi del percorso assistenziale, evitando ritardi e facilitando un intervento rapido ed efficace.

Si riportano di seguito due *cas*i esemplificativi del coordinamento tra Centrale Operativa Territoriale e la rete dell'emergenza – urgenza.

CASO 1: Aggravamento del paziente in un istituto di ricovero con intervento del 118



Figura 2. Aggravamento del paziente in istituto di ricovero (RSA) con intervento del 118

La COT registra tutti i passaggi del paziente da un setting all'altro (ad esempio, da RSA a ospedale), monitorando l'intero processo di transizione per assicurare la continuità e l'efficacia dell'assistenza.

CASO 2: Coinvolgimento della Centrale Operativa NEA 116117 e successiva attivazione del 118



Figura 3. Coinvolgimento della Centrale Operativa NEA 116117 e successiva attivazione del 118

La COT svolge un ruolo cruciale di raccordo tra i servizi sanitari, intervenendo anche durante le transizioni gestite dalla Centrale Operativa NEA 116117. In particolare, nell'ambito delle transizioni gestite dalle COT, nel caso in cui venga contattata la Centrale Operativa NEA 116117, per un bisogno assistenziale apparentemente non urgente ma successivamente emerga la necessità di un intervento urgente, la CO NEA 116117 attiva prontamente la Centrale Operativa 118, assicurando una risposta tempestiva e un coordinamento efficace tra i diversi livelli di assistenziali. La COT verrà quindi informata di tutti i passaggi del paziente da un *setting* all'altro, monitorando l'intero processo di transizione per assicurare la continuità di assistenza.

2. Caso d'uso: Rinuncia da parte dell'assistito

Nell'ambito della transizione Ospedale - Territorio, nella fase di comunicazione da parte dell'ospedale all'assistito della struttura identificata per il proseguimento delle cure ed il suo pronto trasferimento, potrebbero sopraggiungere due scenari:

- 1) Il paziente accetta la struttura identificata dalla COT;
- 2) Il paziente rinuncia di ricevere le cure nella struttura proposta.

Per il proseguo del flusso, la COT procederà in tal senso:

Nel primo caso, la COT esegue le sue funzioni percorrendo il flusso in maniera ordinaria, procedendo, dunque, alla prenotazione del posto letto nella struttura accettata dal paziente e al successivo monitoraggio del trasferimento. Il tutto dovrà completarsi auspicabilmente in 72 ore.

Nel secondo caso, la COT procede alla ricerca di una nuova struttura da proporre all'assistito. Qualora il paziente rinunci anche a questa ulteriore struttura individuata, la COT propone un'ultima struttura. Pertanto, il paziente ha la possibilità di scegliere tra le strutture proposte fino ad un massimo di tre volte, inclusa la prima proposta. Se il paziente rifiuta tutte le strutture proposte, la transizione verrà chiusa, poiché il trasferimento a un diverso setting non potrà essere ritenuto concluso con successo. La motivazione sarà *"rifiuto delle strutture proposte da parte dell'assistito"*. Inoltre, in caso di mancata risposta da parte del paziente la COT effettua la chiusura forzata della transizione.



Figura 4. Caso d'uso: Rinuncia da parte dell'assistito

3. Caso d'uso: Rifiuto da parte della struttura destinataria

Nell'ambito della transizione Ospedale – Territorio, durante la fase di selezione della struttura di destinazione da parte della COT, sulla base dei servizi erogati esposti da ognuna sulla piattaforma verticale di riferimento (ad es. le RSA sul SIGARS), la struttura individuata deve confermare la propria disponibilità ad accogliere l'assistito prima che lo stesso e/o il suo caregiver possano accettare o meno il trasferimento.

La struttura può rifiutare la presa in carico del paziente ma deve fornire una motivazione oggettiva di tale rifiuto. Tale motivazione deve essere documentata e comunicata alla COT.

Nel caso in cui la struttura ricevente rifiuti di prendere in carico il paziente, la COT procede con l'individuazione di un'altra struttura disponibile.

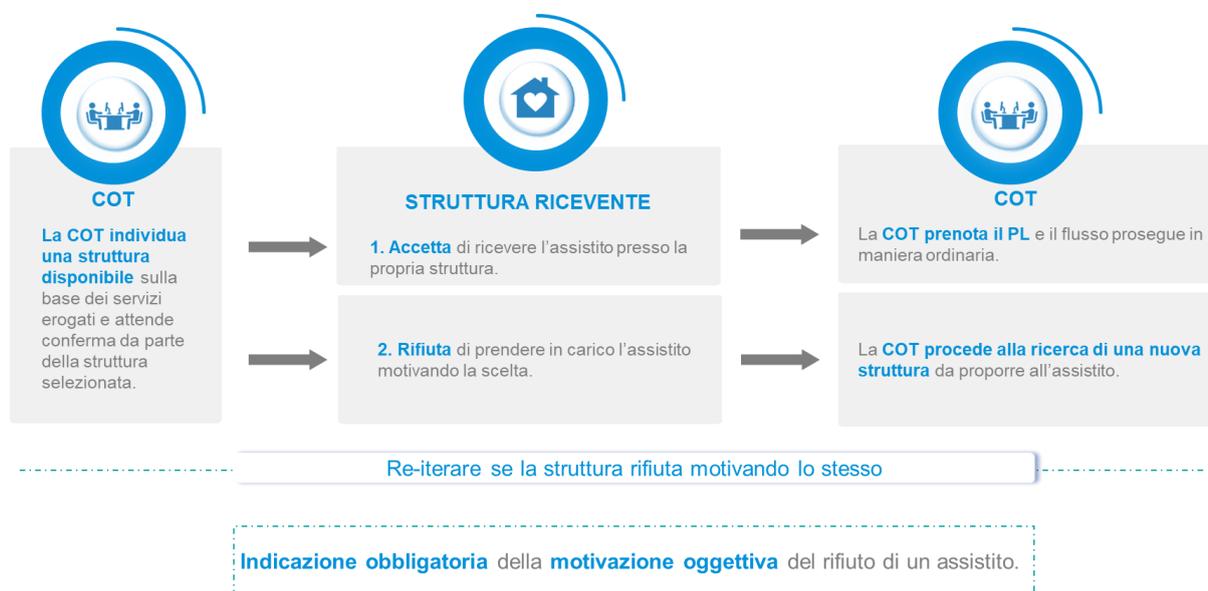


Figura 5. Caso d'uso: Rifiuto da parte della struttura destinataria

4. Ulteriori chiarimenti

Di seguito sono illustrati ulteriori chiarimenti legati al processo di implementazione e utilizzo della COT.

- 1. Strumenti di individuazione del bisogno clinico-assistenziale:** i responsabili dell'UDO dovranno usare, per la rilevazione del bisogno clinico-assistenziale al fine di identificare il *setting* più appropriato, uno o più modelli di tipo ospedaliero, adattabili anche per l'uso futuro nei distretti. I responsabili dell'UDO utilizzano il Modulo *Inserimento Richieste del sistema COT* per rilevare il bisogno clinico-assistenziale, allo scopo di identificare il *setting* più appropriato. Nel sistema COT è implementata la sezione *Modulo Inserimento Richiesta*, basata sul set minimo di dati comunicati dai sistemi a valle (SIGARS e ADI) e indicati come necessari per la redazione del successivo PAI. Tale modulistica verrà aggiornata in dettaglio sulla base degli ulteriori modelli di riferimento.
- 2. Driver per la selezione della struttura ricevente:** il criterio utilizzato dalla COT nella scelta della struttura ricevente sarà la disponibilità di posti letto. Verrà data la possibilità al paziente di indicare un indirizzo di residenza.
- 3. Gestione della mobilità attiva (pazienti fuori regione):** in caso di pazienti che richiedono assistenza e che provengono da una Regione diversa dalla Campania, il Direttore Generale della ASL di origine contatterà la COT-A della ASL limitrofa. Questa, sulla base delle disponibilità, delegherà ad una COT-D il compito di occuparsi del caso. Tale transizione allo stato attuale non è stata ancora attivata. Ulteriori dettagli operativi verranno forniti successivamente.
- 4. Assenza di strutture disponibili nel distretto della COT-D:** qualora non vi siano posti letto disponibili tra i *setting* assistenziali indicati nel territorio di afferenza della COT A, è previsto un processo di *escalation* tramite cui la COT A inoltrerà la richiesta a un'altra COT A, la quale indicherà la nuova COT D di propria afferenza responsabile del caso. Tale configurazione potrebbe essere soggetta a variazioni a discrezione dell'Azienda a causa dalle particolari caratteristiche del contesto locale.
- 5. Orari di apertura:** Le COT saranno aperte 7 giorni su 7 per 12 ore.
- 6. Gestione Teleconsulto:** Per le transizioni Ospedale-Territorio, il sistema COT permette ai Medici UDO (medici dimettenti) di richiedere un consulto multidisciplinare nel caso in cui non sia determinato il *setting* di destinazione appropriato per il paziente ospedalizzato, attivando una richiesta di teleconsulto. Questa richiesta coinvolgerà i professionisti dei gruppi multidisciplinari dei singoli distretti di afferenza delle COT. La richiesta di teleconsulto è da evadere entro 24 ore (72 ore comprensive anche delle attività del teleconsulto).