Le Centrali Operative Territoriali: rischio di sovrastrutture vuote

L'esperienza positiva dell'ASL Città di Torino

A cura di Franco Cirio, Sara Razzetti, Marcella Rivolta, Fabiano Zanchi, | 23 ottobre 2025

Report

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale, prevista dal DM 77 del 2022, prevede una nuova articolazione di servizi di prossimità al luogo di vita dei cittadini con Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali (COT), potenziamento delle Cure domiciliari e dell'Infermiere di Famiglia o Comunità[note]Si ringraziano i Coordinatori delle singole COT dell'ASL Città di Torino per aver messo a disposizione i dati con i quali è stato elaborato il presente articolo: Massimo Bonfanti (COT Protesica), Federica Di Paolantonio (COT Cure domiciliari e palliative), Silvana Mossio (COT Continuità cure ospedale-territorio), Tiziana Polizzi (COT Cronicità).[/note].

Le Centrali Operative Territoriali, secondo il DM 77/2022, svolgono "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 dialogano con la rete dell'emergenza-urgenza". Non costituiscono un'interfaccia diretta con il cittadino, ma rappresentano un punto di riferimento per i Servizi/Professionisti sanitari e sociali che richiedono l'attivazione di percorsi di cura.

Su Quotidiano Sanità, il 24 gennaio 2025, un articolo del GIMBE evidenziava la preoccupazione che "Sebbene sia stato raggiunto il target europeo di almeno 480 COT pienamente funzionanti, ... ad oggi non è disponibile pubblicamente la relativa distribuzione regionale..., indispensabile per monitorare l'equità territoriale. In un momento storico caratterizzato da una grave carenza di infermieri nel SSN, l'effettiva operatività delle COT rischia di essere compromessa".

Nella stessa giornata, il Ministero della Salute, con un comunicato stampa, ribadiva che le COT "...non saranno scatole vuote", "...confermando la programmazione prevista di oltre 600 Centrali Operative Territoriali...".

Nell'ASL Città di Torino sono state attivate tutte e 9 le COT previste, considerando la popolazione della città che al 31 dicembre 2024 era di 862.999 abitanti, di cui 447.199 femmine e 415.800 maschi. Ciascuna COT, come descritto nell'articolo apparso sulla rivista online "I luoghi della cura", segue specifici percorsi di cura e assistenza per tutta la popolazione cittadina, indipendentemente dal Distretto sanitario di residenza.

La seguente analisi si concentrerà su alcuni percorsi che vedono coinvolte quattro delle nove COT: le dimissioni ospedaliere protette con proseguo dell'assistenza in strutture di post-acuzie (COT Continuità cure), l'avvio di percorsi di cura e assistenza domiciliare (COT Cure domiciliari), fornitura di ausili e altro materiale protesico (COT Protesica) e percorsi di monitoraggio di patologie croniche (COT Cronicità).

COT Continuità delle cure ospedale-territorio

Come già descritto nell'articolo pubblicato su Welforum.it il 6 giugno 2023, questa COT costituisce il riferimento per gli ospedali dell'area metropolitana torinese per avviare percorsi di dimissione protetta e inserimento dei ricoverati residenti o domiciliati nella Città di Torino, in strutture di post-acuzia per il proseguo dell'assistenza.

Nell'anno 2024 ha gestito l'inserimento di 1.855 assistiti in posti letto di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) per 30-60 giorni e l'inserimento temporaneo (tempo massimo di 30 giorni) di 1.950 assistiti in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Nel primo semestre 2025 analoga attività ha già coinvolto 959 assistiti inseriti in CAVS e 1.163 in RSA.

Con la prossima apertura a inizio 2026 degli Ospedali di Comunità questa COT si occuperà anche della gestione delle richieste di ricovero in tali strutture che perverranno dagli ospedali, a supporto dell'assistenza erogata dai medici di medicina generale (medici di famiglia).

COT Cure domiciliari

I percorsi di cura e assistenza domiciliare, comprensivi delle cure palliative domiciliari, sono stati gestiti dalla COT Cure domiciliari che nel 2024 ha interessato 15.200 assistiti, per i quali sono state attivate 1.216 cure domiciliari multiprofessionali mediche e infermieristiche, 1.159 cure palliative, 1.723 cure riabilitative e 11.102 assistenze infermieristiche. Per 873 casi la presa in carico è stata attivata alla dimissione ospedaliera per il proseguo cure a domicilio, ma nella maggioranza dei casi è stata richiesta dai Medici di Medicina Generale per assistiti già a domicilio.

Nel primo semestre 2025 le prese in carico complessive sono state 8.536 (15% in più rispetto all'anno precedente) con un incremento del 30% delle prese in carico direttamente alla dimissione ospedaliera. Inoltre la COT ha pianificato e monitorato nel 2024 1.162 sostegni domiciliari sociosanitari per anziani non autosufficienti, attivati congiuntamente con i Servizi Sociali del Comune di Torino[note]Cirio F., Adducci G., A cosa serve la lungassistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti?, welforum.it, 13/09/2021.[/note]. Tale attività è proseguita nel 2025.

Nel periodo estivo, sia nel 2024 che nel 2025, la COT ha anche stratificato la popolazione anziana di Torino per gradi di rischio di malesseri da ondate prolungate di calore attraverso l'analisi di parametri clinici e sociali forniti dai sistemi epidemiologici regionali e dai MMG. Successivamente i soggetti maggiormente a rischio sono stati contattati da infermieri per ulteriori approfondimenti dei casi e per attivare aiuti domiciliari.

COT Protesica

La COT Protesica accoglie tutte le prescrizioni di ausili (esempio: letti articolati, carrozzine, stampelle e altri ausili per la deambulazione), materiale protesico e integrativo che devono essere autorizzate dall'ASL per essere fornite gratuitamente ai cittadini che ne hanno diritto secondo la normativa vigente. Per ciascuna richiesta, che perviene attraverso una piattaforma digitalizzata messa a disposizione dei cittadini (56.000 assistiti nel 2024 e 26.500 nel 1° semestre 2025), la COT verifica la presenza di una corretta documentazione giustificativa della fornitura e la sussistenza delle condizioni di autorizzazione da parte dei medici preposti, quindi provvede alla consegna da parte dei fornitori.

Ogni difformità viene segnalata al richiedente, al prescrittore o al fornitore affinché possano adottare i necessari correttivi.

COT Cronicità

La COT Cronicità è deputata a seguire i percorsi di cura relativi a patologie croniche. Dal mese di aprile 2024 ha coordinato i follow-up domiciliari periodici per il monitoraggio delle condizioni dei malati di scompenso cardiaco e di quelli in ossigenoterapia domiciliare. L'attività della COT è condotta in raccordo con i medici specialisti della Cardiologia e della Pneumologia aziendale.

La procedura operativa prevede che le segnalazioni degli assistiti da monitorare pervengano alla COT Cronicità da parte dei Servizi di Cardiologia e Pneumologia, specificando il grado di complessità clinica di ciascun malato. In relazione alla complessità, l'assistito viene inserito dalla COT in differenti percorsi di monitoraggio delle sue condizioni da attuare con periodicità e modalità differenziate. Tali percorsi prevedono follow-up condotti telefonicamente, con visita domiciliare, con rilevazione di segni e sintomi o con esecuzione di esami: elettrocardiogramma, emogasanalisi, ecc.

Pazienti in Scompenso Cardiaco

Dal 1° aprile 2024, data di avvio della COT Cronicità, al 30/06/2025 sono stati segnalati dalla Cardiologia 489 assistiti. L'obiettivo del monitoraggio era la verifica dell'aderenza terapeutica della terapia cardiologica prescritta e l'intercettazione precoce di eventuali segni e sintomi di scompenso. Il monitoraggio si è svolto prevalentemente con chiamata telefonica e compilazione di un questionario (251 casi, pari al 51%) o visita domiciliare (238 casi).

Indipendentemente dalla modalità di follow-up, le valutazioni si sono ripetute con una periodicità che teneva conto dell'indice di complessità clinica dello scompenso, delle problematiche emerse durante la prima rilevazione e della necessità di verifiche sull'efficacia degli interventi.

Pazienti in Ossigenoterapia domiciliare

Parallelamente al monitoraggio cardiologico, la COT ha condotto anche quello pneumologico su 1.359 assistiti con età tra 25 e

100 anni. Due terzi di essi hanno tra i 67 e i 91 anni (età media 79 anni; DS±12). L'obiettivo era verificare l'aderenza terapeutica all'ossigenoterapia domiciliare e ai farmaci pneumologici prescritti. I dati raccolti facilitano il rinnovo annuale del piano terapeutico. Il monitoraggio si è svolto per 1.021 casi (75%) con chiamate telefoniche e compilazione di una check-list di domande o per 338 casi con visita domiciliare. Le valutazioni si sono ripetute con periodicità basata sulle problematiche emerse e sulla necessità di verifica degli interventi.

I risultati delle valutazioni effettuate dagli infermieri (saturazione dell'ossigeno, frequenza respiratoria, sintomi riferiti) sono stati registrati su una piattaforma digitale condivisa in tempo reale con i pneumologi, che hanno potuto così rinnovare o modificare i piani terapeutici in diversi casi senza necessità di visita ambulatoriale.

Il modello sperimentato con la COT Cronicità potrà essere esteso nel 2026 ad altre patologie croniche come diabete e demenza.

Conclusioni

L'esperienza condotta nell'ASL Città di Torino dimostra, secondo gli autori di questo articolo, che le COT possono costituire un reale coordinamento della presa in carico degli assistiti da parte dei diversi setting assistenziali coinvolti.

In particolare:

- la COT Continuità cure, ha concorso a ridurre i tempi di ricovero ospedaliero a quanto necessario per la gestione della condizione di acuzia o di riacutizzazione o di scompenso di patologie croniche, evitando di prolungarli per criticità sociali (es.: assenza di caregiver, abitazione non idonea al rientro al domicilio);
- la COT Cure domiciliari e palliative, ha ora una visione complessiva delle prese in carico domiciliari attivate sia dall'ASL (es.: ADI), sia dal Comune di Torino competente per gli interventi socio-assistenziali e ne facilita l'integrazione;
- la COT Protesica, ha ottimizzato le procedure e di ridurre i tempi di rilascio delle autorizzazioni e della fornitura dei diversi presidi;
- la COT Cronicità, ha individuato i casi di ridotta aderenza terapeutica e intervenuta tempestivamente con prestazioni educative rivolte agli assistiti e ai caregiver. Ha inoltre fornito aggiornamenti ai medici specialisti sul mantenimento o meno del compenso della malattia cronica, riducendo le visite specialistiche, mantenendo o anticipando solo quelle rivolte a casi con problematiche evidenziate.

Si segnala infine che il monitoraggio delle COT ha anche determinato una significativa riduzione della spesa. Ad esempio attraverso la riduzione delle degenze medie ospedaliere con trasferimento dell'assistito in altri setting di cura più appropriati e l'utilizzo di concentratori di ossigeno[note]Concentratore di ossigeno: Dispositivo che permette di estrarre l'ossigeno dall'aria circostante, separando l'azoto con appositi filtri[/note] al posto dell'Ossigeno liquido per un 11,5% di assistiti monitorati.

Allegati

Analisi della frequenza di sintomi rilevati nei monitoraggi di assistiti affetti da Scompenso cardiaco correlati alla loro grado di salute percepita e a ricoveri per problemi cardiaci successivi alla presa in carico da parte della COT.

Tabella 1 – Frequenza sintomi correlati alla salute percepita in pazienti con scompenso cardiaco

Età media di 72 anni (range 29-98). Due terzi di loro si colloca in un range di età tra 61 e 83 anni (DS±11).

	Popolazione che dichiara un peggioramento della salute cardiaca **(totale pazienti: 63)**	**Popolazione che dichiara una stabilità clinica** **(totale pazienti: 426)**
Sintomi monitorati	**N° pazienti con presenza sintomi**	**N° pazienti con presenza sintomi**
Dolore a riposo	8 (12.7%) – pvalue < 0.001	31 (7.3%) – pvalue < 0.001
Palpitazioni	23 (36.5%) – pvalue < 0.001	81 (19.0% – pvalue < 0.001
Vertigini	25 (39.7%) – pvalue < 0.001	113 (26.5%) – pvalue < 0.001
Svenimenti	4 (6.3%) – pvalue < 0.001	7 (1.6%) – pvalue < 0.001
Confusione mentale	21 (33.3%) – pvalue < 0.001	81 (19.1%) – pvalue < 0.001
Aderenza terapeutica	**Dichiarato dall'assistito un peggioramento della salute**	**Dichiarato dall'assistito una stabilità clinica**

	cardiaca (totale pazienti: 63)	**(totale pazienti: 426)**
Assunzione non regolare della terapia	1 (1.6%)	17 (4.0%)

IC 95%

Tabella 2 – Frequenza sintomi in pazienti che hanno avuto un ricovero per problemi cardiaci

	Popolazione che dichiara un ricovero per problemi cardiaci	**Popolazione che non ha avuto ricoveri per problemi cardiaci**
	(totale pazienti: 56)	**(totale pazienti: 433)**
Sintomi monitorati	**N° pazienti con presenza sintomi**	**N° pazienti con presenza sintomi**
Dolore a riposo	2 (3.6%) – pvalue < 0.001	27 (6.2%) – pvalue < 0.001
Palpitazioni	11 (19.6%) – pvalue 0.004	38 (8.8%) – pvalue < 0.001
Vertigini	17 (30.4%) – pvalue 0.211	32 (7.4%) – pvalue < 0.001
Svenimenti	0 (0.0%)	7 (1.6%) – pvalue < 0.001
Confusione mentale	12 (21.4%) – pvalue 0.006	31 (7.2%) – pvalue < 0.001
Aderenza terapeutica	**Dichiarato dall’assistito un peggioramento della salute cardiaca (totale pazienti: 56)**	**Dichiarato dall’assistito una stabilità clinica (totale pazienti: 433)**
Assunzione non regolare della terapia	1 (1.8%)	35 (8.1%)

IC 95%