



ORGANIZZAZIONE DELLE ASL IN PIEMONTE

LA C.O.T

Monica Perino
Inf. N.O.C.C. A.S.ORDINE
MAURIZIANO

Il primo step è il "DM 71" del 22/04/2022 "Nuovo Modello di Assistenza Territoriale"

*Il secondo step è il PNRR che per la sanità prevede l'attivazione delle
Centrali Operative Territoriali*

LA C.O.T

Obiettivo:

assicurare continuità, accessibilità e integrazione della cura e dell'assistenza.

SUPPORTA → percorsi di dimissione dei pazienti nei diversi Setting assistenziali territoriali

(domicilio, RA, RSA, Cure Intermedie, Hospice)

→ Setting di cura appropriato alle esigenze/bisogni di salute della persona.

MONITORA → garantisce la tracciabilità e la trasparenza dei percorsi, facilita la comunicazione tra i vari Setting, attivando i percorsi appropriati e coinvolgendo i professionisti

ATTUA → i percorsi di telemonitoraggio e teleassistenza agevola i percorsi di prevenzione ed educazione sanitaria, coinvolgendo

dipartimento di prevenzione e le associazioni di

volontariato

ORGANIZZAZIONE DELLA COT

CENTRALE ZERO



Il modello proposto

è quello sperimentale dell'ASL Città di Torino
Tiene conto delle diverse caratteristiche del territorio:

- area metropolitana
- alta densità di popolazione
- elevata percentuale di anziani
- organizzazioni presenti
- RSA

Sono in programma 91 Case di Comunità e 29 Ospedali di C

Il 4/10/2022

nasce la COT della Continuità Assistenziale Ospedale-Territori
prima COT dell'ASL Città di Torino e del Piemonte.

D.G.R. n° 27-3628 del 28/03/2012

Teritoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territorio
Si introduce il concetto di "Continuità delle Cure" ospedale-territorio

Sul territorio viene istituito l'NDCC → NUCLEO DISTRETTUALE CONTINUITA' DELLE CURE, **oggi C.O.T**

A livello ospedaliero nasce il NOCC "NUCLEO OSPEDALIERO CONTINUITA' DELLE CURE",
A livello ospedaliero nasce il NOCC "NUCLEO OSPEDALIERO CONTINUITA' DELLE CURE",
il cui obiettivo è garantire al degente un percorso un percorso di dimissione protetta, che risponda alle sue
necessità di salute, assistenziali e sociali, condiviso con il paziente, la famiglia e l'equipe sanitaria-sociale.
È un servizio trasversale dell'ospedale, i cui operatori sono infermieri e assistenti sociali.

**Il NOCC attiva tramite
la COT**

- Servizio di cure domiciliari (ADI, ADI UOCP, ADR, SID, SOD)
 - Provvede all'invio delle richieste di ausili propedeutici al rientro al domicilio del paziente
 - Lungo Degenze
 - RSA secondo la D.G.R. 10
 - CAVS
 - Strutture riabilitative
 - Hospice
- Si interfaccia con i servizi sanitari territoriali e ospedalieri di altre ASL piemontesi o di altre regioni

- Degente
- Famiglia
- Curante ospedaliero
- Equipe sanitaria (fisioterapisti, logopedisti, dietisti e specialisti vari)
- Assistenti sociali
- Servizi territoriali sanitari/sociali
- MMG

**L'infermiere del NOCC è un
facilitatore**



- Identifica i bisogni di salute e assistenziali dell'utente
- Valute le risorse che il paziente che ha a disposizione
- Valute le risorse intrinseche alla famiglia
- Pianifica e facilita il percorso di dimissione

**L'infermiere è il
registra del
NOCC
si
interfaccia
con:**

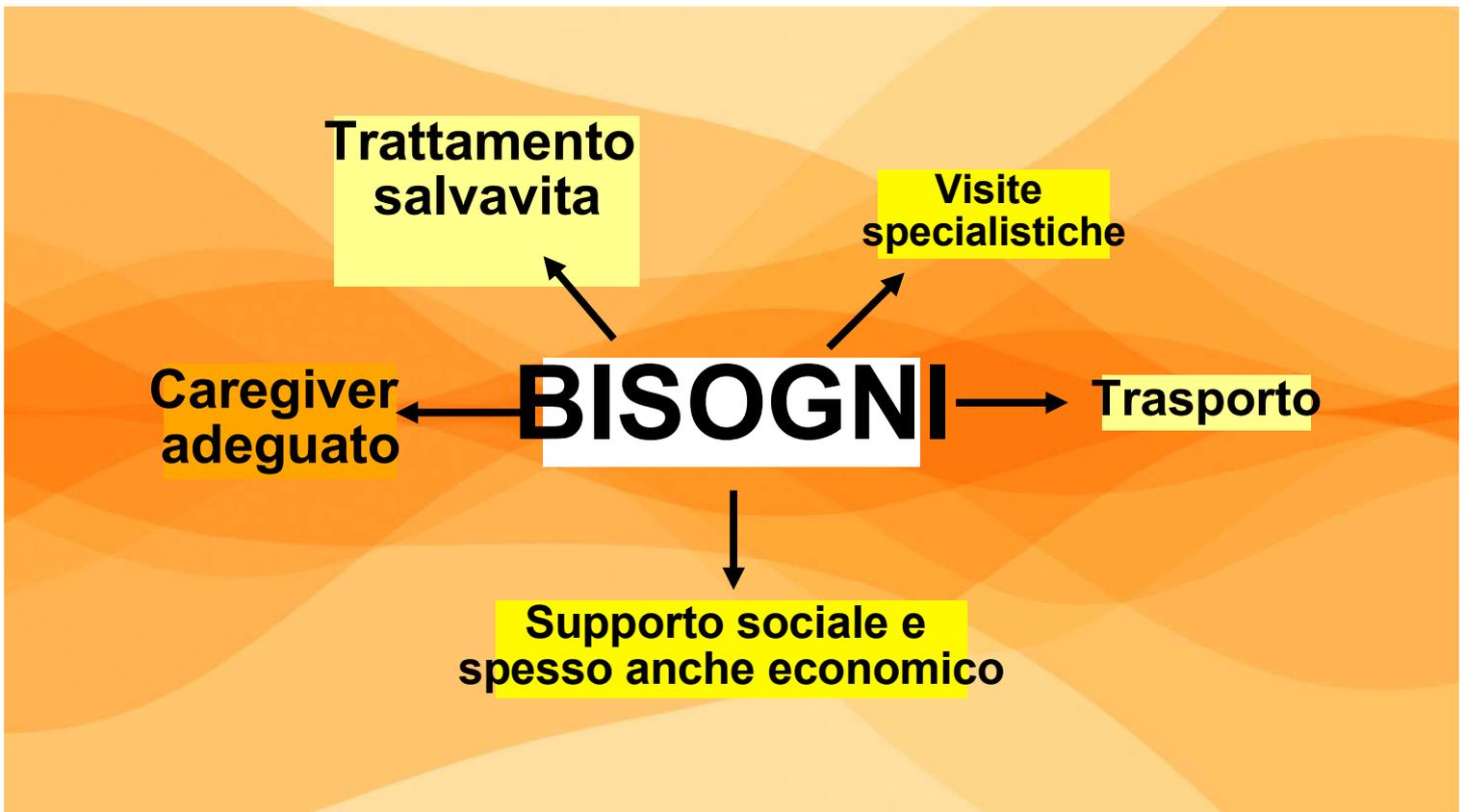
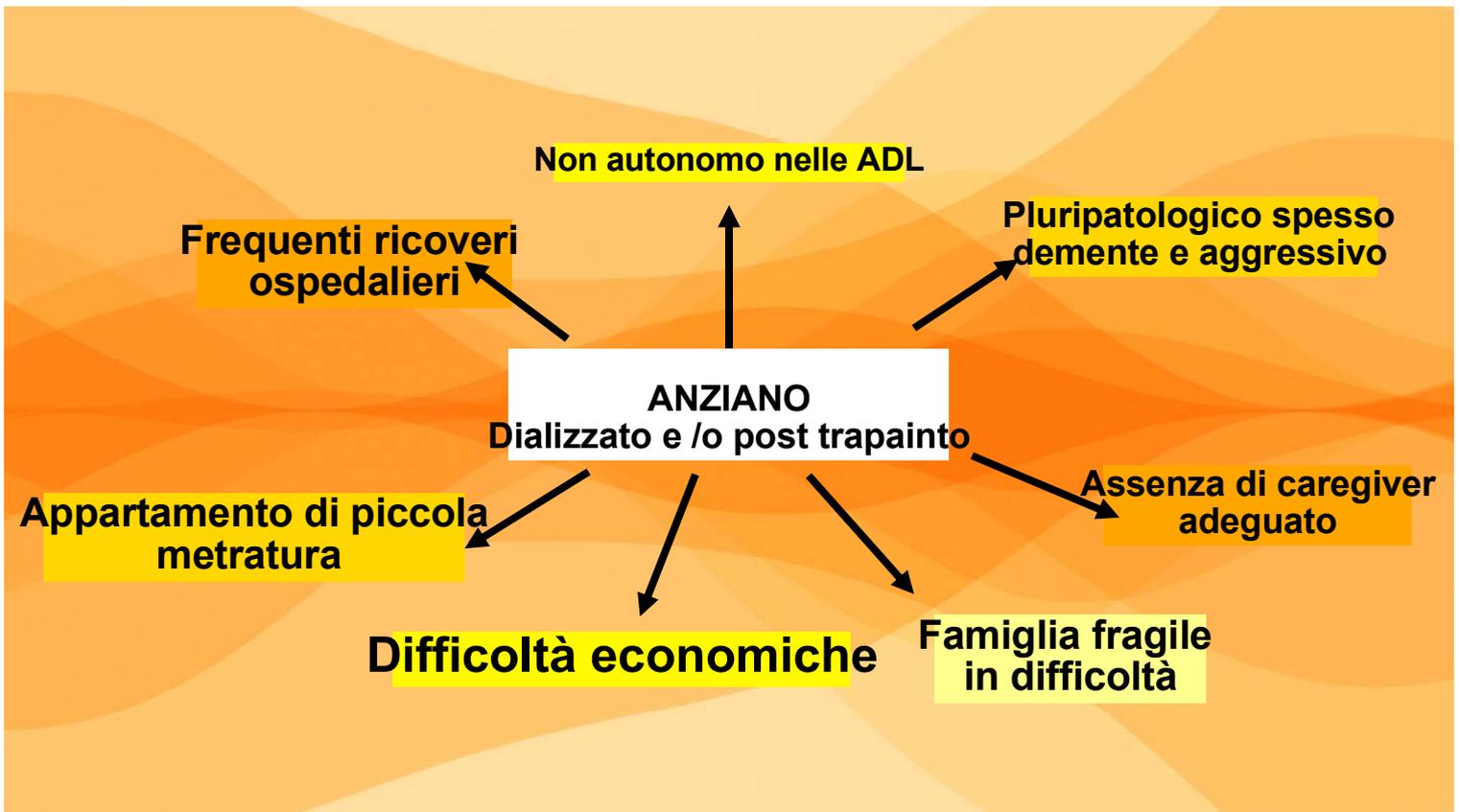
CHI SONO I MALATI CRONICI A TORINO?

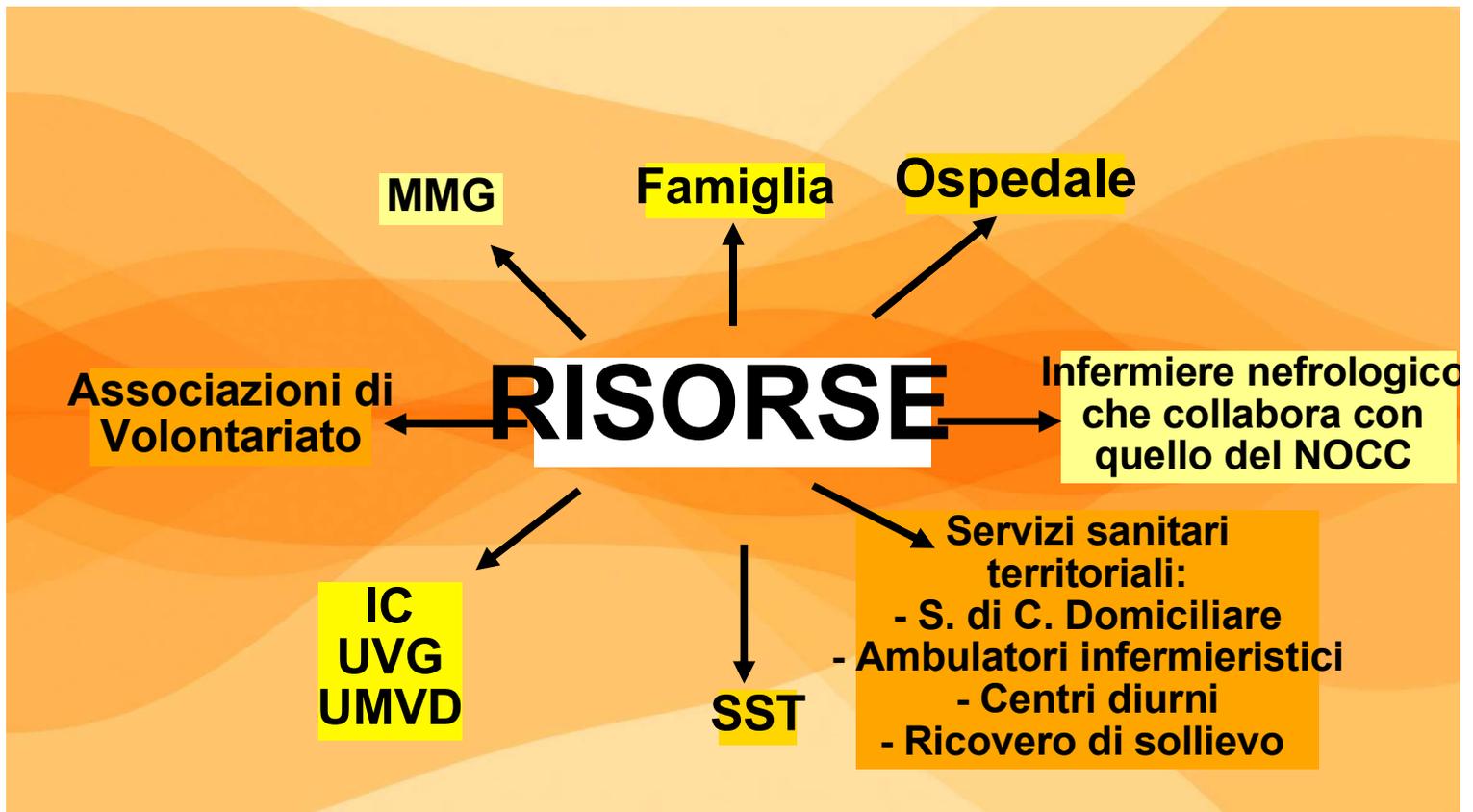
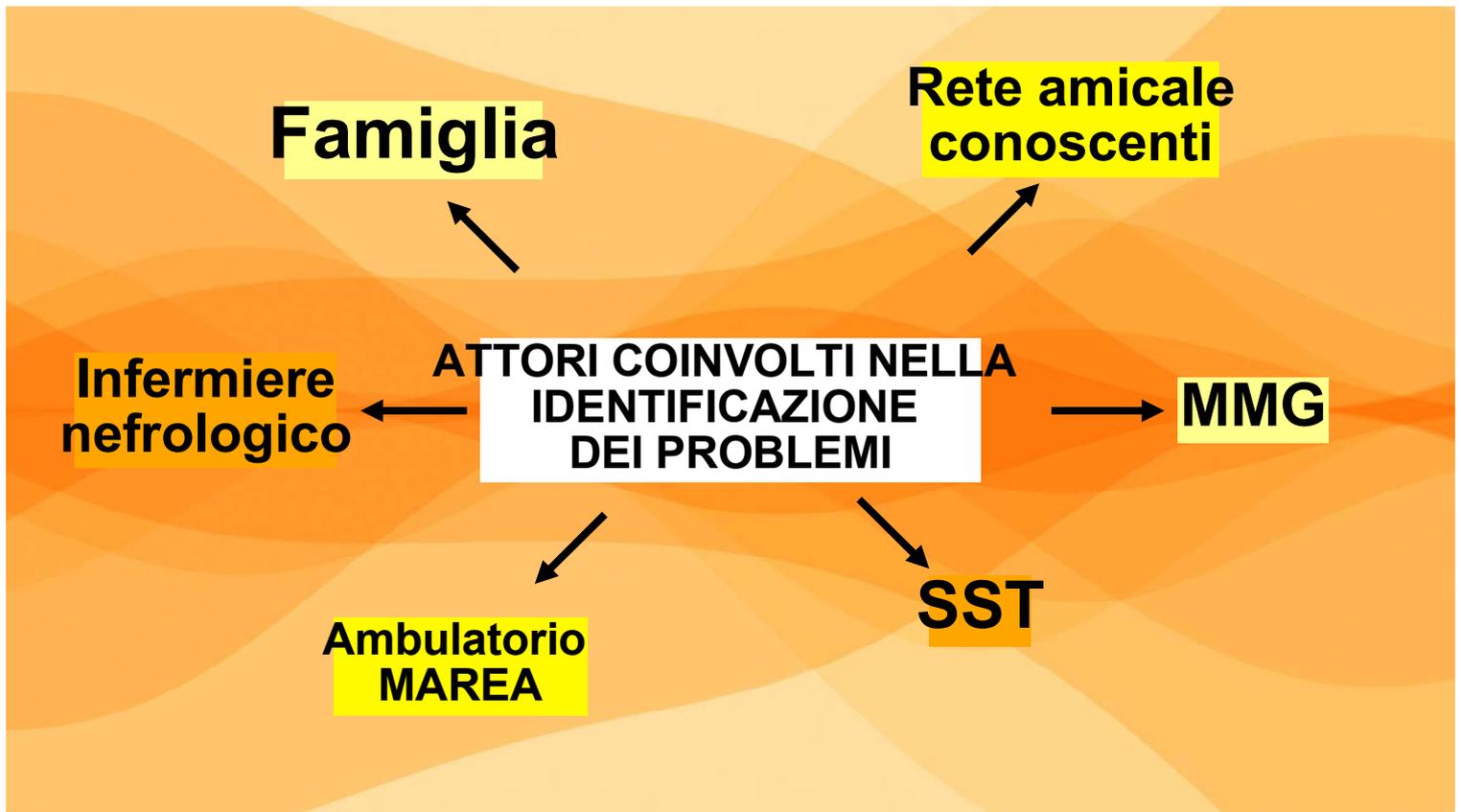
Sono prevalentemente,
anziani (80-100 anni),
Pluripatologici con gravi disabilità,
spesso soli o con famiglie fragili

Adulti "giovani" (50-70 anni)
pluripatologici inabili al lavoro,
con problemi economici,
soli o con famiglie disgregate

Il paziente nefropatico può far parte di entrambe le categorie







OSPEDALE

RIFERIMENTO PER L'EMODIALIZZATO

Punti di forza

- Percorsi agevolati di diagnosi e cura
- Il nefrologo è il punto di riferimento clinico (si sostituisce al MMG)
- L'infermiere di dialisi è il riferimento per i bisogni assistenziali

Punti di debolezza

- Non utilizzo dei servizi sanitari territoriali
- Scarso coinvolgimento del MMG
- Scarso coinvolgimento del servizio del S
- Scarso coinvolgimento del S. Di C. Domi
- Sovraccarico gestionale dell'equipe' nefro

MATERNAGE

Il paziente nefropatico, in particolare l'anziano dializzato e/o in post trapianto rappresenta un problema sia sanitario sia sociale.

Scaturisce quindi la necessità di una presa in carico sia sociale sia infermieristica precoce, già dall'ambulatorio *MAREA*,

per evitare che l'utente diventi, in un prossimo futuro, un "caso sociale" e nei ripetuti ricoveri ospedalieri, una "dimissione difficile".

È PURA UTOPIA?

SPERIAMO DI NO!

GRAZIE !