

# Linee di indirizzo per l'attuazione delle Centrali Operative Territoriali in Emilia-Romagna

## 1. PREMESSA

### 1.1. Stato dell'arte

In Emilia-Romagna esistono attualmente esperienze a vari stadi di sviluppo che hanno cercato negli anni di affrontare e risolvere il problema della corretta ed efficiente gestione della transizione del paziente tra setting assistenziali diversi. Per esempio, la dimissione del paziente da un ricovero in acuzie verso una struttura di post-acuzie per la fase riabilitativa, oppure il trasferimento da strutture post-acuzie verso il domicilio con eventuale attivazione di interventi domiciliari.

Tutte queste esperienze prevedono snodi organizzativi che, con modalità telematiche (per esempio, telefono o schede informatizzate), gestiscono le segnalazioni, provenienti dai diversi nodi della rete assistenziale (per esempio, ospedale, struttura residenziale, medico di ruolo unico di assistenza primaria), di presa in carico di pazienti su setting diversi.

Per esempio, presso l'Azienda USL di Bologna è attiva da molti anni la CeMPA – Centrale Metropolitana Post Acuzie che promuove trasferimenti dagli Ospedali (setting di ricovero per acuti) ai setting di post acuzie (lungodegenza, Riabilitazione Estensiva, Riabilitazione Intensiva). La CeMPA si integra con il PCAP (Punto di Coordinamento dell'Assistenza Primaria) che promuove la presa in carico del cittadino nell'ambito dei servizi presenti nel territorio di residenza e rappresenta lo snodo organizzativo multiprofessionale preposto alla presa in carico del cittadino nella rete dei servizi territoriali. Per i bisogni fisioterapici il PCAP si relaziona con il Punto di Valutazione Fisioterapico (PVF) per la definizione del percorso di risposta e della priorità dello stesso.

L'AUSL della Romagna ha individuato nel NuCOT (Nucleo Operativo per la Continuità Ospedale – Territorio) il modello organizzativo adeguato ad assolvere la continuità ospedale territorio. I principi del suo funzionamento sono la centralità della processazione della domanda di dimissione protetta, la valutazione multidimensionale, e l'uso di un sistema informatico e di monitoraggio unici. Per ciascun paziente candidabile, il Medico e il Case Manager di Unità Operativa formulano, considerando i criteri codificati di accesso all'assistenza domiciliare o alle "strutture di cerniera" (SC), una proposta di setting al NuCOT. Quest'ultimo fornirà risposta previa l'integrazione delle informazioni sanitarie e sociali, l'attivazione delle competenze dell'équipe specialistica, ed eventuale valutazione al letto del paziente. In caso di dimissione protetta (DP) a domicilio il NuCOT, pianifica l'intervento con il Medico di Medicina Generale (MMG) e i servizi territoriali e i professionisti necessari, monitorando il percorso fino alla presa in carico territoriale. In caso di DP in SC esso pianifica l'intervento con i Bed Manager, e garantisce il monitoraggio del percorso nei diversi setting di cura tramite briefing periodici.

A Modena, il PUASS (Punto unico di accesso socio-sanitario) ha l'obiettivo di assicurare la continuità assistenziale al paziente ed alla sua famiglia nel passaggio dalla fase clinica acuta o sub-acuta alla fase cronica (domicilio, rete dei servizi sociosanitari), favorendo e garantendo, laddove possibile, il rientro al domicilio; dare risposta ai mutati bisogni complessi dei pazienti che vengono dimessi dall'ospedale (o che si trovano al domicilio) e necessitano di nuove cure e/o supporto di tipo socio/sanitario.

Il DM77/2022 con l'introduzione della Centrale Operativa Territoriale (COT) ed il relativo finanziamento derivante dai fondi PNRR ha reso necessario, da un lato, la attivazione delle COT in tutti i territori aziendali e, dall'altro, la definizione condivisa di procedure operative e di modelli organizzativi.

### 1.2. Obiettivi

Questo documento ha la finalità di proporre, anche alla luce del confronto avviato con tutte le Aziende USL della Regione e delle esperienze maturate negli anni, un modello organizzativo omogeneo per le COT in corso di attivazione sul territorio regionale. Il documento tiene conto sia delle indicazioni previste dal DM77 che di quanto, in questi anni, le Aziende hanno già messo a punto nelle diverse esperienze di gestione centralizzata delle transizioni tra setting assistenziali diversi.

## 2. CONTENUTI NORMATIVI

La regione Emilia- Romagna ha da tempo preso in considerazione modelli organizzativi che facilitino le *transitional care* in quanto la cura delle interfacce tra un setting e l'altro vengono riconosciute come elemento di qualità nel processo di prevenzione, cura ed assistenza.

L.R. n. 5/94 che già prevedeva lo sviluppo di una rete centrata su interventi domiciliari o comunque a sostegno della domiciliarità (ADI, Assegno di cura e Centri diurni) ed interventi residenziali (Case Protette e RSA) avvalendosi di un servizio unico per il coordinamento e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie a favore delle persone anziane così come la DGR 124/1999 - CRITERI PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI che prevede come obiettivo principale la riorganizzazione su base distrettuale dell'assistenza domiciliare integrata e il superamento delle diverse modalità di assistenza presenti sul territorio realizzando con un modello unico di assistenza domiciliare integrata (Punto unico di accesso delle cure domiciliari sanitarie), basato su livelli di intensità delle cure erogate in relazione ai bisogni assistenziali espressi dal singolo paziente.

Inoltre, con la DGR 427 del 2009 viene considerato prioritario lo sviluppo delle cure primarie, che rappresentano la risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, secondo il modello di integrazione tra i diversi professionisti sanitari del territorio ed assumendo una connotazione anche di natura preventiva e riabilitativa.

Nel 2023 la DGR 2161 "Linee guida per la progettazione e l'implementazione dei Punti unici di accesso (PUA) e la definizione degli Accordi di programma in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità", ha la finalità di accompagnare ed agevolare gli ambiti distrettuali/ATS nella definizione dei contenuti dell'Accordo di programma previsto dal Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, che definisce le modalità di collaborazione istituzionale, organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità, e focalizza e mette a valore il ruolo centrale dei Punti unici di accesso (PUA).

### 2.1. DL 19 maggio 2020 n.34 coordinato con legge conversione del 17 luglio 2020

Il primo riferimento alle Centrali Operative Territoriali è presente nel DL 34/2020 che sancisce che, per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, le regioni e le province autonome provvedono all'attivazione di centrali operative regionali, che svolgano le funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina (Articolo 1, comma 8).

### 2.2. DM77/2022

Il DM77/2022 ha ripreso il tema della centrale operativa regionale, definendola Centrale Operativa Territoriale (COT) e specificando che si tratta di 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 e definisce nel documento "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN" allegato 1 al DM, gli standard prescritti al punto 8 "Centrale Operativa Territoriale" che si cita di seguito:

- "1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- *coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);*
- *coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;*
- *tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;*
- *supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;*
- *raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.*

*Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, 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.*

### 2.3.DGR 2221/2022

La Regione Emilia-Romagna con DGR 2221 del 12 dicembre 2022 ha adottato il primo atto di programmazione dell'assistenza territoriale regionale, derivante da quanto previsto dal DM77/2022, anche in coerenza con gli obiettivi del PNRR.

In particolare, la DGR ha specificato che 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 sociosanitarie, ospedaliere) e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio, una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali. È fondamentale che le COT, a livello regionale, usufruiscano di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Anche in questo caso esistono a livello regionale esperienze aziendali riconducibili, seppur con funzioni diverse, a quanto previsto per le COT. In particolare, sono state attivate centrali post acuzie oppure punti di coordinamento di assistenza primaria con la finalità di favorire l'integrazione e la transizione fra i setting assistenziali.

La programmazione prevista dal DM77/2022 individua per la Regione la realizzazione di 45 COT (Allegato 1).

## 3. ORGANIZZAZIONE

### 3.1. Attività gestite

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria attraverso il coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari e sociali coinvolti nei diversi setting assistenziali.

L'attività viene svolta per mezzo di una équipe dedicata di professionisti (cfr. Sezione 3.4) che, con il supporto di infrastrutture tecnologiche ed informatiche (cfr. Sezioni 3.5 e 3.7), coordina e ottimizza gli interventi

attivando soggetti e risorse della rete assistenziale, nonché garantendo il tracciamento delle attività mediante la puntuale documentazione degli interventi effettuati ed il relativo monitoraggio per tutto il percorso di presa in carico. In particolare, la COT deve rappresentare lo snodo organizzativo di riferimento al quale tutti i professionisti possono rivolgersi quando:

- il percorso di cura del paziente è nelle fasi conclusive ed è necessario attivare una transizione verso un diverso setting assistenziale più appropriato per i bisogni e le esigenze della persona stessa
- i bisogni del paziente richiedono l'integrazione di ulteriori servizi sanitari e/o sociali all'interno del setting assistenziale individuato
- si rende necessario il supporto informativo e logistico riguardo le attività ed i servizi territoriali.

In tutti questi casi, il professionista si rivolge alla COT proponendo il setting assistenziale più appropriato e/o l'attivazione di ulteriori servizi; la COT effettua una valutazione della appropriatezza della richiesta, anche alla luce di:

- criteri di accesso ai servizi in uso presso le singole Aziende USL
- eventuale confronto con gli operatori coinvolti nel percorso di presa in carico
- eventuale attivazione dei professionisti delle unità di valutazione multidimensionale presenti in Azienda

Al termine del percorso, la COT conferma la proposta o ridefinisce l'offerta assistenziale più adeguata ai bisogni rilevati.

In particolare, la COT deve garantire le seguenti attività:

- 1. Transizione ospedale-territorio:** il personale della COT deve occuparsi di facilitare le transizioni dei pazienti dall'ospedale verso i setting assistenziali territoriali più appropriati, in particolare deve essere assicurata la transizione dall'ospedale alle cure domiciliari in coerenza con le indicazioni regionali anche al fine di rispettare gli obiettivi di programmazione nazionale e regionale.
- 2. Transizione territorio-ospedale:** questa tipologia di transizione è prevista per facilitare l'accesso a prestazioni sanitarie di casi con bisogni sanitari e/o sociali, quali pazienti in situazioni di fragilità, cronicità complessa e non autosufficienza, indipendentemente dall'età (es. progetto DAMA, impianto/sostituzione device non erogabili al domicilio).
- 3. Transizione Territorio-Territorio:** facilita le transizioni che avvengono da un servizio territoriale ad un altro come, ad esempio, dalle Cure domiciliari all'Ospedale di Comunità e viceversa, dal domicilio della persona all'Hospice e viceversa, passaggio da un distretto ad un altro per trasferimento domicilio della persona assistita dai servizi territoriali.
- 4. Attivazione di ulteriori servizi assistenziali:** la COT facilita i processi qualora il professionista che ha in carico il paziente ritenga necessaria l'attivazione di ulteriori servizi ad esempio: PDTA, telemedicina, fisioterapia, fornitura di ausili protesici, presidi per l'incontinenza, ossigenoterapia.
- 5. Supporto informativo e logistico:** la COT garantisce, ai professionisti, un servizio informativo anche a supporto della pianificazione del percorso assistenziale
- 6. Raccolta e gestione dati:** attraverso l'applicativo identificato per l'accesso e la gestione delle diverse transizioni.

### 3.2. Attivatori

Possono rivolgersi alle COT tutti i professionisti sanitari e sociali con un ruolo di riferimento nel percorso assistenziale e di cura della persona.

A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si identificano i seguenti professionisti e servizi:

- Medici del ruolo unico di assistenza primaria
- Pediatri di libera scelta
- Specialisti territoriali ambulatoriali
- Centri Assistenza Urgenza (CAU)
- Unità Continuità Assistenziale (UCA)

- Servizi ospedalieri (per esempio, Pronto Soccorso, UO di degenza, specialisti ambulatoriali ospedalieri)
- Servizi territoriali (per esempio, cure domiciliari, cure palliative, ospedali di comunità, servizi socio-sanitari, salute mentale)
- Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC)
- Assistenti Sociali Territoriali
- Punto Unico Accesso (PUA)
- NEA 116117

Tutti i professionisti dovranno interfacciarsi con la COT tramite applicativo dedicato ed eventualmente tramite contatto telefonico e/o posta elettronica.

### 3.3. Assetto organizzativo

Il modello organizzativo prevede la presenza di almeno una COT per ogni Distretto, ferma restando la possibilità di strutturare COT con funzioni sovra-distrettuali quali, per esempio, coordinamento, attivazione di servizi trasversali, equità dell'accesso, monitoraggio dei dati di salute, decodifica e classificazione del bisogno.

Di norma le COT distrettuali devono garantire una disponibilità di 7 giorni su 7 per 12 ore diurne da assicurare anche tramite modelli di interconnessione tra COT presenti nel proprio territorio.

L'afferenza organizzativa è in capo alle strutture territoriali (ad esempio Dipartimento Cure Primarie, Distretto, Direzione Assistenziale) che sono di riferimento per i processi di transizione gestiti dalle COT su tutto il territorio aziendale.

Le Aziende trasferiscono progressivamente nell'ambito di competenza delle COT l'attivazione di servizi assistenziali che fanno riferimento alle funzioni della COT e che precedentemente erano erogati in altri e diversi contesti aziendali.

### 3.4. Dotazione di personale

A ciascuna COT devono essere assegnati almeno tre infermieri, una unità di personale di supporto e deve essere identificato un coordinatore aziendale infermieristico di riferimento, anche a valenza trasversale, che avrà la responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale.

A garanzia dell'integrazione socio-sanitaria, resta inteso che la figura dell'assistente sociale, del servizio sanitario regionale e/o degli enti locali, deve essere garantita in presenza o mediante stretto collegamento funzionale.

Ferma restando la dotazione di personale prevista dal DM77, le Aziende USL, compatibilmente con l'assetto organizzativo aziendale, la complessità assistenziale del paziente ed il progetto di cura, possono prevedere la presenza o il collegamento funzionale (anche mediante strumenti digitali) con altre figure professionali quali, ad esempio:

- medico del Dipartimento Cure Primarie (ad esempio, medico di comunità e di cure primarie, geriatra)
- IFeC
- fisioterapisti
- case/care manager
- specialisti e team multiprofessionali
- personale di area tecnico amministrativa

### 3.5. Telemedicina

L'attivazione di alcuni servizi di telemedicina (ad esempio telemonitoraggio di primo livello, teleriabilitazione) potrà avvenire da parte della COT su richiesta dei servizi aziendali e distrettuali che hanno in carico la persona. Il personale delle COT potrà accedere alla Piattaforma Regionale di Telemedicina tramite integrazione dei sistemi informativi.

### 3.6. Interfacce

La COT ha la possibilità di connettere ed attivare molteplici servizi territoriali ed ospedalieri (cd "interfacce").

Le principali interfacce identificate per la COT sono costituite da:

- servizi che hanno contatto diretto con gli utenti, ad esempio, la rete dei PUA e gli sportelli sociali dei Comuni
- setting di presa in carico, ad esempio, unità operative di degenza, cure domiciliari, ambulatori, strutture residenziali e semi-residenziali, strutture intermedie
- altri professionisti, ad esempio, medici del ruolo unico di assistenza primaria, PLS, IFeC, Bed manager, fisioterapisti territoriali e altri professionisti sanitari e sociali rispetto ai quali vanno definiti processi di valutazione e priorità.

### 3.7. Sistema informativo

Il sistema informativo a supporto delle attività delle COT dovrà essere in grado di sostenerne le caratteristiche essenziali:

- essere un modello organizzativo di back office che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali
- attuare la transitional care agevolando la connessione dei nodi della rete delle cure abilitando e facilitando le connessioni tra professionisti e il percorso dei pazienti tra luoghi di cura differenti.

In Regione Emilia-Romagna la COT si inserisce in un contesto tecnologico già caratterizzato dalla presenza sia di sistemi aziendali di gestione delle diverse tipologie di prestazione e di servizio sanitario, sociosanitario e sociale, sia di consolidate reti regionali per la condivisione delle informazioni a beneficio della continuità di cura sul territorio (Fascicolo Sanitario Elettronico, infrastruttura SOLE, rete dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta).

In questo contesto, il Sistema Informativo COT non replicherà, né sostituirà, le funzionalità già esistenti nei sistemi aziendali coinvolti: scopo della soluzione è raccogliere, gestire e monitorare i dati di salute già prodotti dalle strutture, servizi e professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali, dando supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale, attraverso un sistema centrale di coordinamento e ottimizzazione degli interventi.

Il sistema informativo presidierà tre funzioni principali:

- avere visione immediata del volume e tipologia delle transizioni in corso e della loro gestione tramite l'interazione con i diversi professionisti coinvolti
- garantire ai professionisti informazioni aggiornate relativamente alle offerte di servizi disponibili
- supportare la presa in carico dei pazienti, con l'utilizzo di strumenti utili all'inquadramento e alla scelta del setting di destinazione

Il sistema informativo deve garantire la piena interoperabilità tra le COT delle singole Aziende e, auspicabilmente, tra le COT di aziende diverse oltre che alimentare il sistema di monitoraggio utile alla valutazione dell'esito dei processi di transizione, anche al fine di adottare gli opportuni correttivi al modello organizzativo.

### 3.8. Modalità di attivazione

L'attivazione dei servizi della COT avviene utilizzando l'applicativo specifico che sarà progressivamente implementato (vedi paragrafo 3.7). Nelle more i professionisti ed i servizi (vedi paragrafo 3.2) potranno contattare la COT con modalità che garantiscano la sicurezza della gestione dei dati sensibili. Le Aziende USL devono provvedere ad integrare l'applicativo COT, di cui sopra, alle piattaforme gestionali in uso.

### 3.9. Formazione

La formazione, rivolta a tutto il personale che lavora nelle centrali, deve prevedere:

- moduli interdisciplinari con gli operatori delle altre principali interfacce
- livelli di approfondimento differenziati a seconda del ruolo
- esperienze di formazione sul campo.

In particolare, devono essere approfondite le seguenti tematiche:

- Modello organizzativo dei servizi sanitari, sociosanitari, sociali e del Terzo settore
- Contesto territoriale di competenza
- Digitalizzazione ed utilizzo dei sistemi informatici
- Competenze relazionali e di lavoro in équipe
- Transitional Care Model, Population Health Management.
- Procedure specifiche per la gestione delle transizioni e loro monitoraggio

#### 4. ALLEGATI

AUSL PC	Centrale Operativa Territoriale Piacenza
	Centrale Operativa Territoriale Borgonovo Val Tidone
	Centrale Operativa Territoriale Cortemaggiore
AUSL PR	Centrale Operativa Territoriale Parma
	Centrale Operativa Territoriale Parma Pablo
	Centrale Operativa Territoriale Sala Baganza
	Centrale Operativa Territoriale Fidenza loc. Vaio
AUSL RE	Centrale Operativa Territoriale Borgo Val di Taro
	Centrale Operativa Territoriale Reggio Emilia
	Centrale Operativa Territoriale Correggio
	Centrale Operativa Territoriale Guastalla
AUSL MO	Centrale Operativa Territoriale San Polo D'Enza
	Centrale Operativa Territoriale Castelnovo ne' Monti
	Centrale Operativa Territoriale Finale Emilia
	Centrale Operativa Territoriale Carpi
	Centrale Operativa Territoriale Modena
	Centrale Operativa Territoriale Castelfranco Emilia
AUSL BO	Centrale Operativa Territoriale Vignola
	Centrale Operativa Territoriale Pavullo nel Frignano
	Centrale Operativa Territoriale Sassuolo
	Centrale Operativa Territoriale Unica Metropolitana - Ospedale Maggiore di Bologna -
	Centrale Operativa Territoriale Quartiere Porto Saragozza
	Centrale Operativa Territoriale Quartiere Navile
	Centrale Operativa Territoriale Quartieri San Donato-San Vitale
	Centrale Operativa Territoriale San Lazzaro di Savena
	Centrale Operativa Territoriale San Giovanni in Persiceto
Centrale Operativa Territoriale San Pietro in Casale	
AUSL IMOLA	Centrale Operativa Territoriale Casalecchio di Reno
	Centrale Operativa Territoriale Porretta Terme
AUSL FERRARA	Centrale Operativa Territoriale Imola
	Centrale Operativa Territoriale Ferrara
	Centrale Operativa Territoriale Bondeno
	Centrale Operativa Territoriale Argenta
AUSL ROMAGNA	Centrale Operativa Territoriale Comacchio
	Centrale Operativa Territoriale Ravenna
	Centrale Operativa Territoriale Forlì
	Centrale Operativa Territoriale Santa Sofia (FC)
	Centrale Operativa Territoriale Cesenatico (FC)
	Centrale Operativa Territoriale Savignano (FC)
	Centrale Operativa Territoriale Cesena (FC)
	Centrale Operativa Territoriale Rimini (RN)
	Centrale Operativa Territoriale Novafeltria (RN)
	Centrale Operativa Territoriale Lugo (RA)
	Centrale Operativa Territoriale Faenza (RA)
	Centrale Operativa Territoriale Riccione (RN)