

REGIONE DEL VENETO

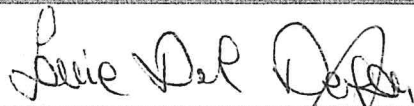




**ULSS8**  
BERICA

**AULSS 8 BERICA**

**DIREZIONE SERVIZI SOCIALI**  
**Centrale Operativa Territoriale (COT)**

**MANUALE OPERATIVO**

|                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| <b>Preparazione</b> | <b>Coordinatore GdL</b><br>Dott.ssa Sonia Dal Degan   |  |
| <b>Verifica</b>     | <b>Referente Qualità</b><br>Dott. Marcello Mezzasalma |  |
| <b>Approvazione</b> | <b>Direttore</b><br>Dott. Achille Di Falco            |  |
| <b>Rev.</b>         | <b>Data</b>   |  |
| <b>Riconferma</b>   | <b>Data 31/12/2022</b>                                |  |

**INDICE**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>DESCRIZIONE DELLA COT</b>                    | <b>3</b>  |
| <b>MISSION</b>                                  | <b>4</b>  |
| <b>ELENCO DELLE FUNZIONI/PROCESSI DELLA COT</b> | <b>4</b>  |
| <b>I PROCESSI: CASI D'USO</b>                   | <b>4</b>  |
| <b>ORGANIGRAMMA e FUNZIONIGRAMMA</b>            | <b>16</b> |
| <b>RISORSE UMANE DI UNA COT</b>                 | <b>16</b> |
| <b>ALLEGATI</b>                                 | <b>17</b> |
| <b>ACRONIMI</b>                                 | <b>17</b> |
| <b>TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE</b>               | <b>17</b> |

## DESCRIZIONE DELLA COT

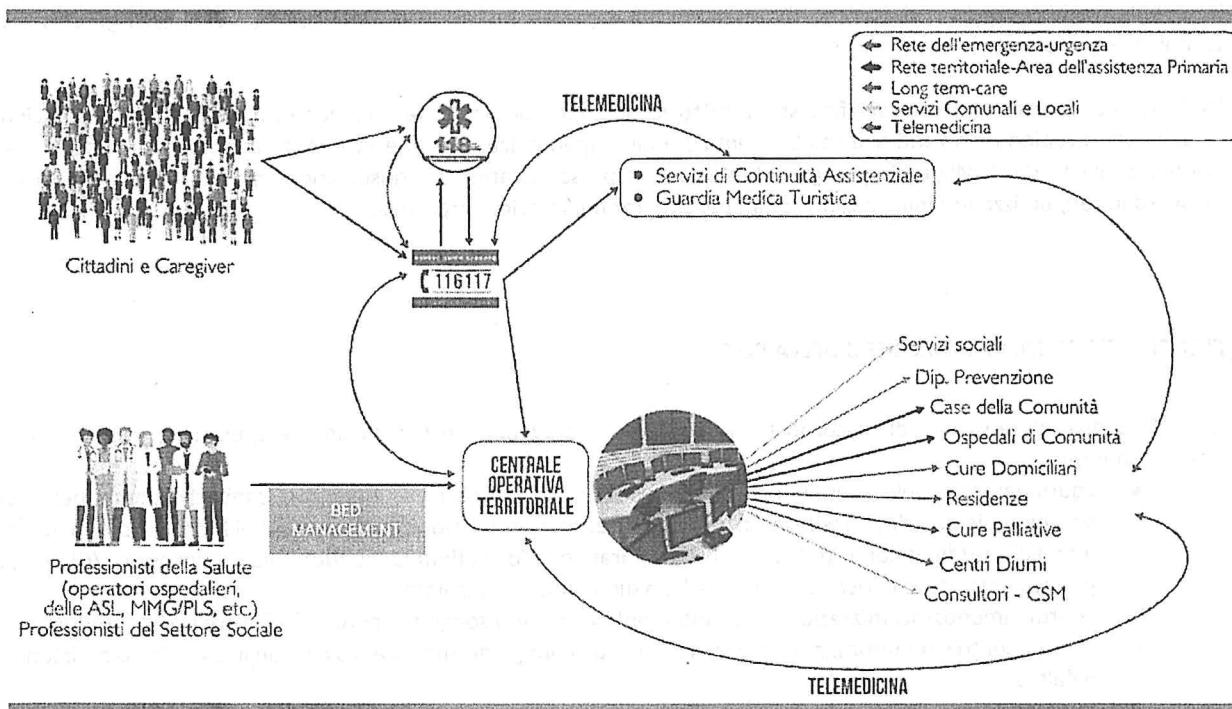
La gestione integrata e la continuità dell'assistenza rappresentano i due obiettivi principali del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016 (LR n. 23/2012) della Regione Veneto, che danno valore all'assistenza garantita. La COT è un elemento del tutto innovativo sia nel contesto regionale che nazionale, rappresenta l'elemento cardine del sistema delle cure in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente 'protetto' e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale.

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.

Per svolgere tale funzione la COT opera in rete con gli altri servizi territoriali tra cui anche il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA) e il Punto Unico di Accesso (PUA).

Stabilisce modalità formalizzate di comunicazione e utilizza strumenti tecnologici a supporto dei professionisti della salute che operano nelle Case della Comunità (CdC), nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), nelle Cure Domiciliari Integrate (ADI), nelle residenze/centri diurni, nelle strutture ospedaliere, collaborando strettamente con i servizi di Bed Management, nelle altre strutture territoriali (es. SERD, Alcologia) e con gli MMG/PLS, oltre che con i servizi sociali dei Comuni.

### *Le interconnessioni con i Servizi di Bed Management e le Strutture/Servizi Territoriali*



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 ospedalieri e distrettuali; personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali; personale del Comune (Servizi Sociali).

La COT è dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali: una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.

La COT è attiva 7 giorni su 7. Lo standard delle COT, come da DM 77 del 23/05/2022, prevede 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore; 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1 Assistente Sociale, 1 Medico e 1-2 unità di Personale di Supporto (amministrativo o sanitario).

## MISSION

La COT si pone come struttura che nasce per la continuità e prende in carico la complessità, non consentendo più alibi né rimpalli della persona tra le diverse strutture, garantendo la tracciabilità dei processi e la loro trasparenza a pazienti e familiari.

Più in dettaglio è strumento di: raccolta e classificazione del problema/bisogno, attivazione delle risorse più appropriate, pianificazione e coordinamento degli interventi mediante attivazione di soggetti/risorse della rete assistenziale per l'attuazione di processi integrati e la loro standardizzazione in Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, tutela della presa in carico della persona assistita coordinando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio-sanitari, garantendo un coordinamento unitario del percorso di cura e assistenza. Tale percorso viene definito secondo i criteri della valutazione multidimensionale che riconosce nell'Unità valutativa multidimensionale (UVMD) un efficace strumento per la pianificazione degli utenti con maggiore complessità.

La COT è un servizio a valenza distrettuale, che offre supporto nella gestione e nell'assistenza delle persone che presentano bisogni sanitari e sociosanitari complessi, garantendo sostegno informativo e logistico e razionalizzando gli interventi grazie a un più efficace coordinamento e all'implementazione della telemedicina e di tutti gli strumenti tecnologici e informatici necessari.

La COT, avendo come target specifico soprattutto le persone con cronicità complesse, fragili, non autosufficienti, disabili, con problemi afferenti alla salute mentale e alle dipendenze, malattie rare, ecc., agisce come supporto alle azioni governate dai MMG e PLS per garantire una vera presa in carico e fornisce anche monitoraggio avanzato dei bisogni sanitari, utilizzando informazioni e dati per programmare azioni proattive.

## ELENCO DELLE FUNZIONI/PROCESSI DELLA COT

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, IFoC, 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, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, 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"

## I PROCESSI: CASI D'USO

Di seguito alcuni casi d'uso e le relative rappresentazioni grafiche dei processi che coinvolgono la COT con le relative interconnessioni con i servizi delle Strutture Ospedaliere e le Strutture/Servizi Territoriali:

- A) Transizione ospedale - territorio
- B) Transizione territorio - ospedale
- C) Transizione territorio -territorio

D) Coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – Telemonitoraggio e/o Telecontrollo  
Per svolgere le proprie attività, la COT dispone di supporti tecnici e informativi, tra questi il Sistema Informativo Territoriale Atl@nte.

#### A) TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO

In questo caso d'uso la struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per una persona assistita ricoverata per la quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale anche attraverso l'utilizzo di strumenti e/o scale validate. La struttura ospedaliera individua gli elementi e il grado di complessità del caso, per cui, in raccordo con gli altri setting (ADI, servizio sociale, ecc.), la COT collabora con la stessa contribuendo a identificare la struttura/il servizio più appropriato rispetto al setting di cura verso il quale si vuole indirizzare la persona assistita. La COT coordina, traccia, monitora ed interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione che si sviluppa in 3 fasi.

##### Fase 1 - Identificazione del bisogno e avvio del processo

La Struttura Ospedaliera:

- notifica di avvenuto ricovero
- rileva il bisogno di continuità della presa in carico alla dimissione
- stratifica il bisogno utilizzando schede valutative a valenza predittiva dotate di score
- comunica tempestivamente (entro 48 ore dall'ammissione) alla COT la necessità di supporto post dimissione

La COT:

- attraverso il SIT, garantisce la comunicazione a tutti i soggetti interessati l'avvenuto ricovero (es. MMG/PLS, altri servizi che hanno già in carico la persona assistita - eventuale Centrale Operativa ADI, ecc.) in modo da informare e consentire il rilascio temporaneo delle eventuali risorse allocate
- raccoglie il bisogno espresso dalla struttura richiedente
- visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole, laddove necessario, all'UVM
- monitora tutte le fasi del processo.

La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta), ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti della persona assistita e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni
- possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sulla persona assistita
- mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.).

##### Fase 2 - Identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione

La Struttura Ospedaliera:

- mantiene il contatto con la persona assistita e la sua famiglia accompagnandolo alla dimissione

Le Cure Primarie:

- dopo aver ricevuto la comunicazione del bisogno di continuità, con i referenti della Struttura Ospedaliera, valutano e formulano una proposta di setting di destinazione, attraverso l'eventuale UVM che definisce il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

La COT:

- supporta l'individuazione della struttura/servizio di destinazione specifica
- attiva/prenota la struttura/servizio territoriale individuato e i relativi professionisti/servizi coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.)
- coordina tutte le risorse necessarie al trasferimento
- registra le informazioni relative al trasferimento.

La COT per svolgere le sopracitate attività ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- cruscotto dei pazienti in dimissione (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, programmazione primo accesso al domicilio, ecc.) comprensiva di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi)
- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti al domicilio, ecc.)
- mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.) e con la possibilità di "riservare" la risorsa.

### **Fase 3 - Attuazione della transizione**

La Struttura Ospedaliera:

- effettua la dimissione della persona assistita

Il setting territoriale di destinazione (Residenzialità e semi-residenzialità per anziani e disabili, Strutture Intermedie, Cure Domiciliari, Centri privati convenzionati, ecc.):

- Prende in carico la persona assistita secondo il PAI

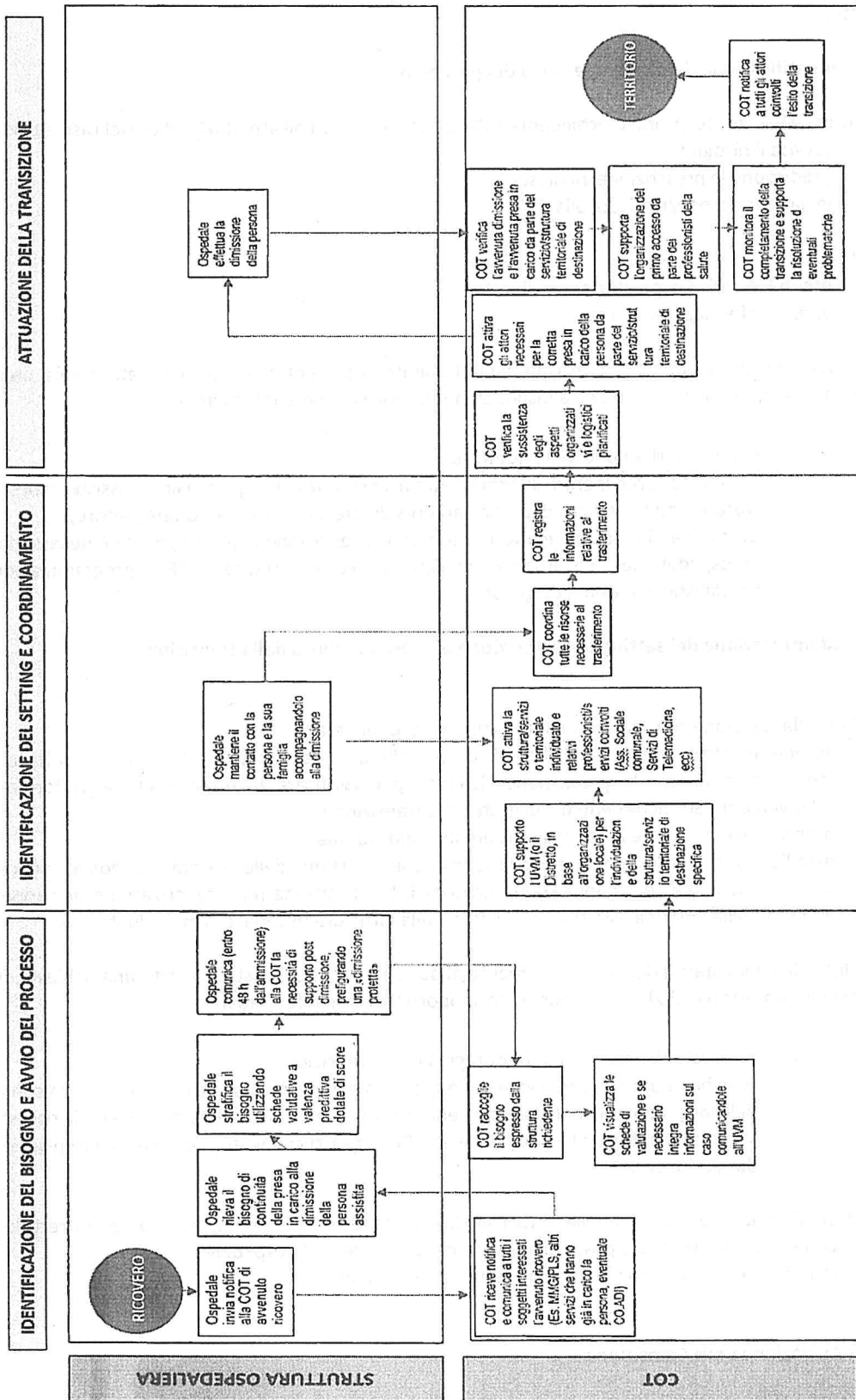
La COT:

- verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati
- attiva gli attori necessari per la corretta presa in carico della persona assistita
- verifica l'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/strutture territoriale preposto
- supporta l'organizzazione del primo accesso da parte dei professionisti della salute
- monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche
- attraverso il SIT, garantisce la notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

La COT per svolgere le sopracitate attività ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali
- sistema informatico dove registrare i dati necessari per gestire la programmazione delle transizioni "intermedie" previste in modo da consentire alla COT di disporre di un monitoraggio anche della programmazione delle attività oltre che delle transizioni "in itinere".

Il ruolo della COT nella TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO



## B) TRANSIZIONE TERRITORIO – OSPEDALE

Il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero (ammissione protetta) non a carattere di urgenza, ma programmabile. Anche questo processo si sviluppa in 3 fasi di seguito descritte.

### Fase 1 - Identificazione del bisogno e avvio del processo

La Struttura /Servizio Territoriale richiedente (MMG/PLS - Medico Palliativista/Medico del Distretto):

- ravvisa il bisogno
- predispone la prescrizione/richiesta
- invia prescrizione/richiesta alla COT

La COT:

- prende in carico la prestazione/richiesta
- integra informazioni sul caso

La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (ammissione protetta), ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- sistema di ricezione delle notifiche
- possibilità di recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico assistenziali specifiche (es. trasportabilità, utilizzo di particolari presidi, presenza di un accompagnatore)
- possibilità di recuperare informazioni sulla prestazione richiesta per cui è necessario un accesso in ospedale (es. sostituzione di catetere venoso centrale, PEG, programmazione di visite specialistiche o esami diagnostici).

### Fase 2 - Identificazione del setting di destinazione e Coordinamento della transizione

La COT in collaborazione con i referenti della Struttura ospedaliera:

- accede in forma anonima alle liste di attesa, alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere idonee al caso per la prestazione richiesta per verificare la disponibilità e in forma nominativa relativamente ai soli pazienti di cui gestisce la transizione
- propone al richiedente la struttura disponibile individuata
- fissa l'appuntamento, supportando la valutazione e gestione delle priorità di risposta da dare
- facilita, salvo diverse organizzazioni territoriali, la transizione (es. organizzazione dell'appuntamento e accesso) della persona assistita dal territorio alla struttura ospedaliera individuata.

Per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (ammissione protetta), la COT ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni
- possibilità di accedere alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere con l'indicazione delle disponibilità per la fase di prenotazione e con la possibilità di riservare la risorsa individuata
- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

La Struttura /Servizio Territoriale richiedente (MMG/PLS - Medico Palliativista/Medico del Distretto):

- conferma alla COT la proposta di appuntamento e accesso in ospedale
- mantiene il contatto con la persona assistita e la sua famiglia.

### Fase 3 - Attuazione della transizione

La Struttura Ospedaliera:

- effettua la prestazione di ricovero
- emette la documentazione clinica



- notifica di avvenuta/non avvenuta prestazione alla COT.

La Struttura/Servizio Territoriale richiedente (MMG/PLS - Medico Palliativista/Medico del Distretto):

- gestisce la persona assistita nella fase di transizione (informazioni, coinvolgimento accompagnatori, ecc.)
- riprende in carico la persona assistita al termine della transizione in ospedale.

La COT:

- monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche
- notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento e, nel caso in cui la prestazione non venga erogata, riprogramma un nuovo appuntamento, in accordo con la Struttura/Servizio Territoriale richiedente.

La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (ammissione protetta), ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali
- sistema integrato con i principali applicativi di gestione ospedaliera per acquisire accettazione della persona assistita (prestazioni ospedaliere)
- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.). sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).



## C) TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO

Il Servizio sociale/sociosanitario/MMG che ha in carico il soggetto sul territorio esprime il bisogno di modificare/integrare il setting assistenziale della persona.

Nel presente caso d'uso, che si sviluppa in 3 fasi, viene approfondito lo scenario in cui si palesa la necessità di assecondare un bisogno sanitario di nuova manifestazione per una persona assistita che risiede in una struttura a valenza sociale (Comunità Alloggio, ecc.) oppure in una struttura sociosanitaria (RSA, Residenzialità per disabili, ecc.) o al proprio domicilio. La presa in carico di questa necessità esiterà in una transizione verso un'integrazione di presa in carico con servizi aggiuntivi (transizione tra servizi) o una transizione verso struttura sanitaria o altra sociosanitaria territoriale (transizione tra setting).

La presa in carico di questa necessità esita in una transizione verso un'integrazione di presa in carico con servizi aggiuntivi (*transizione tra servizi*) o una transizione verso struttura sanitaria o altra sociosanitaria territoriale (*transizione tra setting*).

### Fase 1 - Identificazione del bisogno e avvio del processo

La Struttura/Servizio Territoriale richiedente (MMG/PLS o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con il MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso, ad es. referente di struttura):

- individua un bisogno di natura clinico assistenziale pianificabile che prevede una nuova/ulteriore presa in carico sanitaria, attraverso UVM, vi è la definizione del PAI
- produce una scheda di valutazione del bisogno della persona assistita con le principali informazioni
- notifica la prescrizione/richiesta alla COT nel cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni
- informa la persona assistita /caregiver della avvenuta richiesta

La COT:

- prende in carico la richiesta
- si attiva, se necessario, in accordo con il Distretto, per far effettuare l'UVM e per la conseguente definizione del PAI
- integra le informazioni e funge da facilitatore tra tutti i professionisti coinvolti
- visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole alla UVM.

La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione, ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti della persona assistita e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni
- possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sulla persona assistita
- mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.).

### Fase 2 - Identificazione del setting e Coordinamento della transizione

La COT:

- raccoglie e trasmette le informazioni utili a gestire la transizione (es. bisogni specifici, personalizzazione della presa in carico, ecc.);
- supporta l'individuazione del servizio/struttura di destinazione;
- effettua un'analisi sul territorio per verificare la disponibilità dei servizi o strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato;
- attiva/prenota la struttura o il servizio territoriale individuato e i relativi professionisti coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);
- si interfaccia con il soggetto richiedente per gli aspetti organizzativi e logistici della transizione;
- pianifica la transizione.

La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione, ha a disposizione supporti tecnici e informativi, ovvero il SIT (Atl@nte):

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, ecc.) comprensivo di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
- sistema per la "prenotazione/impegno" della risorsa/servizio individuati.
- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

La Struttura/Servizio Territoriale richiedente (MMG/PLS o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con il MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso, ad es. referente di struttura):

- riceve notifica da parte della COT di individuazione da parte della Struttura/Servizio Sanitaria/Socio-Sanitaria idonea
- conferma/approva la proposta ricevuta
- riceve la notifica di tutti gli aspetti organizzativi e logistici della transizione da parte della COT
- mantiene il contatto con la persona assistita/famiglia accompagnandolo nella transizione.

La Struttura/Servizio Territoriale di destinazione (Residenzialità e semi-residenzialità per anziani e disabili, Strutture Intermedie, Cure Domiciliari, Centri privati convenzionati, ecc.):

- conferma la disponibilità alla presa in carico
- pianifica la transizione, unitamente alla COT.

### **Fase 3 - Attuazione della transizione**

La COT:

- verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati
- attiva gli attori per la corretta presa in carico della persona assistita
- monitora lo stato della transizione e del primo accesso nella sede di destinazione
- in caso di scostamenti dal programmato, si attiva proattivamente con il referente del servizio/struttura di destinazione
- notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

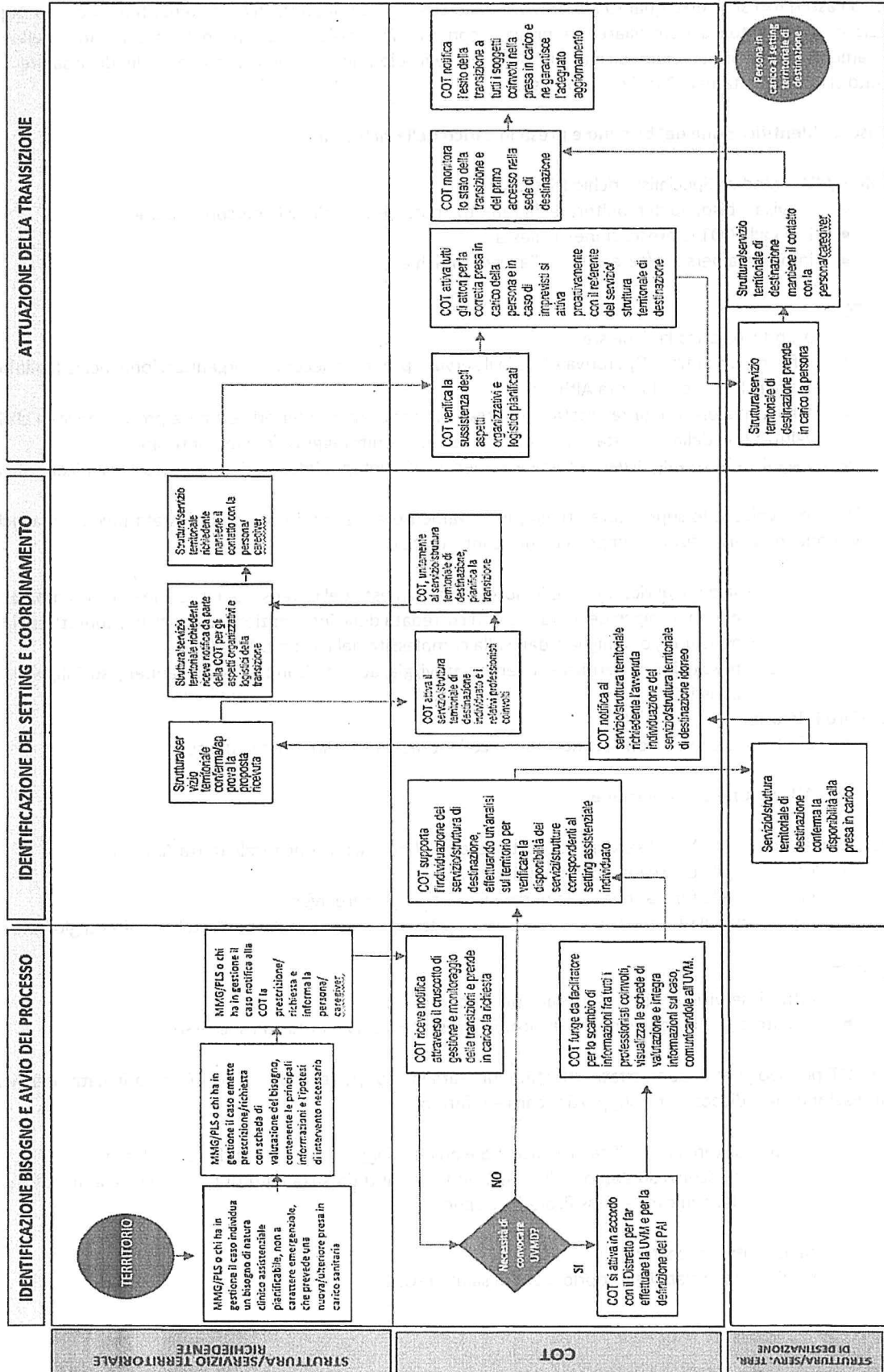
La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione, ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche comprensiva della notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi)
- sistema di notifica esito transizione al MMG/ PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. pasti a domicilio, ecc.).

La Struttura/Servizio Territoriale di destinazione (Residenzialità e semi-residenzialità per anziani e disabili, Strutture Intermedie, Cure Domiciliari, Centri privati convenzionati, ecc.):

- prende in carico la persona
- mantiene il contatto con la persona assistita/caregiver.

Ruolo della COT nella TRANSIZIONE TERRITORIO – TERRITORIO



## D) COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE AL DOMICILIO – Telemonitoraggio e/o Telecontrollo

In questo caso d'uso si riporta quanto già previsto dalle Linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", approvate con DM 29 aprile 2022, che definisce il ruolo della COT nel coordinamento dei servizi di telemedicina, tra i quali anche il Telemonitoraggio e il Telecontrollo della salute.

Di seguito si rappresentano le 2 fasi del processo.

### Fase 1 - Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta

MMG/PLS - Medico Specialista richiedente:

- ravvisa il bisogno di monitorare da remoto i parametri vitali della persona assistita
- invia alla COT la prescrizione/richiesta
- informa la persona/caregiver dell'avvenuta richiesta.

La COT:

- prende in carico la richiesta
- informa la Centrale Operativa ADI e/o il servizio preposto secondo l'organizzazione locale (collaborazione esterna locale con la ditta Althea)
- attiva, qualora venga ravvisata la necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, l'UVM per la valutazione della richiesta di attivazione del telemonitoraggio e/o telecontrollo
- visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole all'UVM.

La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di attivazione, ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti della persona assistita e/o famiglia e dati sulla complessità del caso e del bisogno
- possibilità di verificare i servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sulla persona assistita.

Le Cure Primarie:

- effettuano UVM e definiscono il PAI in collaborazione al clinico richiedente

### Fase 2 – Attivazione ed erogazione

La Centrale Operativa ADI/ il servizio preposto secondo l'organizzazione locale (ditta Althea):

- provvede alla consegna dei dispositivi prescritti
- provvede alla formazione della persona assistita e/o caregiver
- rappresenta il riferimento per la persona e/o caregiver per la gestione del telemonitoraggio/telecontrollo.

La COT:

- attiva il servizio di Telemonitoraggio/Telecontrollo;
- monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo.

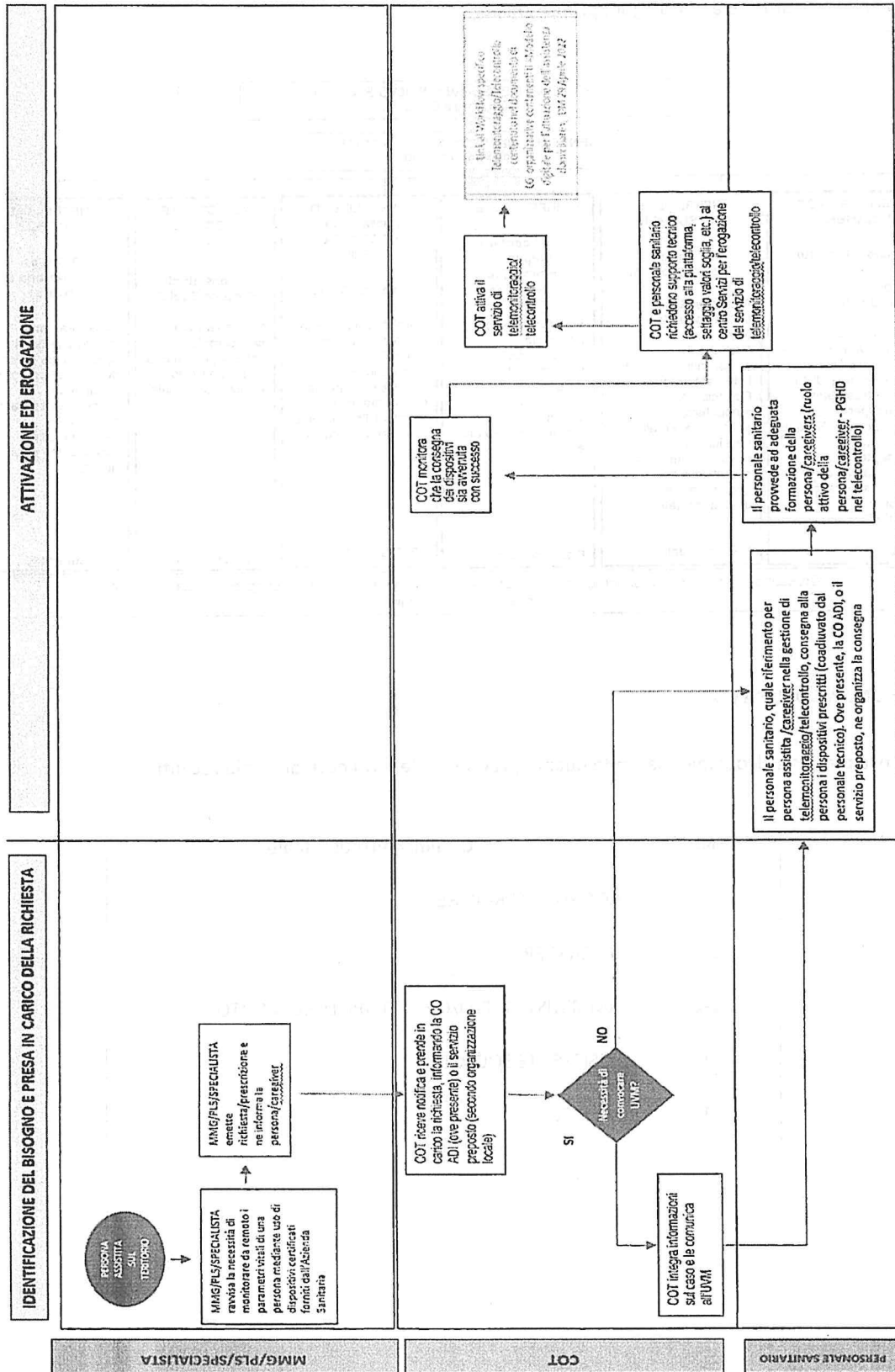
La COT per svolgere le sopracitate attività, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di attivazione, ha a disposizione supporti tecnici e informativi:

- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere
- cruscotto su dati di salute anonimi derivanti da strumenti di telemedicina ai fini di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

La persona assistita /caregiver:

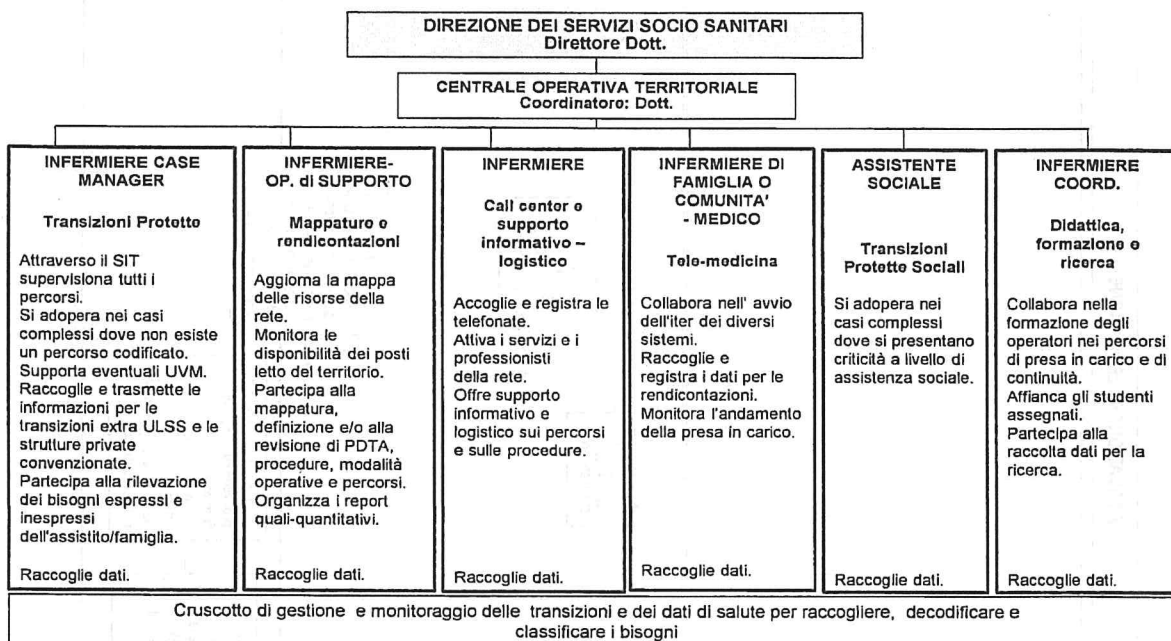
- fornisce dati relativi al proprio stato di salute (PGHD).

**Il Ruolo della COT nel COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE AL DOMICILIO  
 TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO**



Rappresentazione grafica delle articolazioni organizzative interne alla COT che afferiscono alla struttura con evidenza dei rapporti gerarchici che sussistono tra di loro.

Sono state articolate tutte le funzioni infermieristiche nelle diverse dimensioni funzionali, utili alla individuazione delle azioni che possono afferire a detta figura professionale.



## RISORSE UMANE DI UNA COT

Di seguito la proposta di organico secondo quanto previsto dalle fonti normative più recenti.

| N.  | Qualifica Professionale              |
|-----|--------------------------------------|
| 1   | COORD. INFERMIERE                    |
| 3-5 | INFERMIERE                           |
| 1-2 | AMMINISTRATIVO/OPERATORE DI SUPPORTO |
| 1   | ASSISTENTE SOCIALE                   |
| 1   | MEDICO                               |

ALLEGATI



- a) Contributo dei Servizi di Bed Management
- b) Altri contributi

## **ACRONIMI**

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata  
ADIMED: Assistenza Domiciliare Integrata Medica  
COT: Centrale Operativa Territoriale  
DM: Decreto Ministeriale  
FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico  
HIV: Human Immunodeficiency Virus  
ICD: Impegnative di Cure Domiciliari  
IFeC: Infermiere di Famiglia e Comunità  
MCA: Medico di Continuità Assistenziale  
MMG: Medico di Medicina Generale  
ODC: Ospedale di Comunità  
PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale  
PGHD: Patient-generated health data  
PLS: Pediatra di Libera Scelta  
POA: Procedura Operativa Aziendale  
PUA: Punto Unico di Accesso  
SAD: Servizio di Assistenza Domiciliare  
SDO: Schede di Dimissione Ospedaliere  
SERD: Servizio Territoriale per le Dipendenze  
SIT: Sistema Informativo Territoriale  
SLA: Sclerosi Laterale Amiotrofica  
STP: Stranieri Temporaneamente Presenti  
ULSS: Unità Locale Socio Sanitaria  
UO: Unità Operativa  
URT: Unità Riabilitative Territoriali  
UVMD: Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale  
UU.OO: Unità Operative

## **TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE**

Il presente documento entra in vigore a partire dalla data indicata nel frontespizio.

