

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

Via dei Lotti, n. 40
36061 Bassano del Grappa (VI)
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 910 DEL 17/05/2024

DELIBERAZIONE
del

DIRETTORE GENERALE

Nominato con D.P.G.R. n. 13 del 26/02/2024

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dott.ssa MICHELA CONTE

DIRETTORE SANITARIO

dr. ANTONIO DI CAPRIO

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI

dott. EDDI FREZZA

OGGETTO: CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE: NUOVO MODELLO
ORGANIZZATIVO AI SENSI DEL DM 77/2022

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
dott. Carlo Bramezza

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi informatici dell'Azienda.

Proponente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
Anno Proposta: 2024 Numero Proposta: 640/24

Il Dirigente, Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to Cinzia Brunello

Il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa Territoriale riferisce quanto di seguito.

Premesso che:

- con deliberazione del Direttore Generale n. 909/2018 era stato approvato il modello organizzativo della Centrale Operativa Territoriale Unica per l'Azienda ULSS7 Pedemontana;
- il DM 77/2022 avente ad oggetto “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, allegato 1, prevede il nuovo modello organizzativo della Centrale Operativa Territoriale (COT) con le funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali quali attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza;
- il succitato allegato 1, oltre a stabilire che deve essere realizzata una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti (o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un acino di utenza maggiore), definisce gli standard che devono avere tale strutture, ovvero:
 - . a livello di dotazione organica: 1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto;
 - . a livello operativo deve prevedere un'apertura di 7 giorni su 7;
 - . a livello tecnologico ed informativo deve essere dotata di infrastrutture quali ad esempio 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. Inoltre, al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio e poter affrontare situazioni complesse o di emergenza, la COT, a livello regionale, dovrà avere un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117;

Preso atto che la Regione Veneto con DGR n. 721/2023 avente ad oggetto “Programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77”:

- ha declinato, in termini tecnici ed operativi, gli aspetti programmatori ed organizzativi della nuova rete territoriale assistenziale della Regione del Veneto;
- ha definito che, nell'ambito dell'organizzazione dell'assistenza territoriale il Distretto è deputato al coordinamento funzionale ed organizzativo della rete delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio (tabella di sintesi in allegato), allo sviluppo omogeneo delle Cure Domiciliari nonché alla garanzia della tutela delle transizioni tra i diversi setting attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT);

Preso atto altresì che la Regione Veneto - Direzione Generale della Sanità ha istituito con Decreto n.32 del 04/04/2023 l'Unità di coordinamento PNRR-Area Sanità e Sociale al fine di pianificare gli interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza;

Dato atto che l'AULSS7 Pedemontana ha previsto la realizzazione strutturale di quattro COT, una HUB a Bassano (Distretto1) e tre SPOKE, rispettivamente ad Asiago (Distretto 1), Thiene e Schio (Distretto 2), i cui lavori sono già stati ultimati e le strutture dotate di opportuni sistema informatici;

Dato inoltre atto che con nota del Direttore Generale prot. n. 94732/23 è stato istituito un Gruppo di Lavoro coordinato dalla dott.ssa Antonella Mosele con l'obiettivo di analizzare lo stato di fatto, delineando la riorganizzazione del modello operativo e gestionale della COT, con distinzione fra HUB e SPOKE e definendo il cronoprogramma per la sua implementazione. Nella stesura del progetto sono stati coinvolti anche il Dott. Emanuele Barbierato - Direttore Distretto 1 Bassano del Grappa e la

dott.ssa Manola Milan - Dirigente Area Territoriale Professioni Sanitarie, con il supporto tecnico, al bisogno, del Geom. Simone Bordignon - Ufficio Edilizia e Patrimonio e delle Sig.re Michela Dalla Costa e Valentina Campagnolo- Servizio Sistemi Informatici;

Rilevato che con nota del Direttore Generale n. 22510 del 6 marzo 2024 è stato attivato un gruppo di lavoro per l'attuazione organizzativa del DM 77/2022, composto da referenti aziendali per ogni tavolo attivato a livello regionale;

Considerato che il dott. Barbierato, in collaborazione con il succitato gruppo di lavoro coordinato dalla dott.ssa Antonella Mosele – referente COT, ha predisposto un progetto organizzativo della COT delineando gli obiettivi strategici e operativi, disciplinando gli aspetti organizzativi, di erogazione del servizio oltre che gli indicatori di processo e di esito per la valutazione della performance, progetto parte integrante e sostanziale del presente atto, chiedendone per le vie brevi l'approvazione (documentazione agli atti);

Preso atto che la Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva della Regione Veneto con nota ns prot. n. 28309 del 22 marzo 2024 comunica che in sede di Nucleo Tecnico tenutosi in data 12 marzo u.s. è stata discussa la proroga della scadenza del target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti” dal 31/03/2024 al 30/06/2024 e stabilisce, come anche ribadito dalla successiva nota del 15 aprile 2024, ns prot. n. 35425, che le relazioni degli ingegneri indipendenti dovranno pervenire alla scrivente Direzione entro e non oltre il 30/05/24;

Preso altresì atto che su indicazione del Direttore dei Servizi Socio Sanitari (documentazione agli atti) il dr. Barbierato ha presentato alla Direzione Strategica in data 22/04/2024 il piano operativo del nuovo modello organizzativo della COT, ai sensi del DM 77/2022;

Per quanto sopra il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa Territoriale propone, pertanto di:

1. approvare il nuovo modello organizzativo della COT, in accordo con gli standard delineati dal DM 77/2022 e dalla DGR n. 721/2023, che si allega quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. dare mandato al Gruppo di lavoro aziendale per l'attuazione organizzativa del DM 77/2022 di predisporre la documentazione e gli atti necessari entro maggio 2024, in tempo utile affinché l'ingegnere indipendente possa effettuare il sopralluogo ed inviare alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva della Regione Veneto la relativa relazione entro la scadenza del 30 maggio 2024, come stabilito con nota ns prot. n. 28309 del 22 marzo 2024;

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la relazione e la proposta del Responsabile del procedimento.

Dato atto che il Responsabile dell'UO competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare.

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari, per quanto di rispettiva competenza.

DELIBERA

1. di approvare il nuovo modello organizzativo della COT, in accordo con gli standard delineati dal DM 77/2022 e dalla DGR n. 721/2023, che si allega quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di dare mandato al Gruppo di lavoro aziendale per l'attuazione organizzativa del DM 77/2022 di predisporre la documentazione e gli atti necessari entro maggio 2024, in tempo utile affinché l'ingegnere indipendente possa effettuare il sopralluogo ed inviare alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva della Regione Veneto la relativa relazione entro la scadenza del 30 maggio 2024, come stabilito con nota ns prot. n. 28309 del 22 marzo 2024;
3. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale, e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22/7/2022.



PROGETTO COT

**REVISIONE ORGANIZZATIVA
SECONDO GLI STANDARD PREVISTI DAL DM 77**

COMPONENTI DEL CANTIERE	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI DEL DOCUMENTO.....	4
LA COT – LO STATO ATTUALE	5
1.1. SINTESI DEI DATI DI ATTIVITÀ ANNO 2023.....	5
1.2. ATTUALE ORGANIGRAMMA COT – Atto Aziendale 858/2023	7
1.3. RISORSE UMANE	8
1.4. ORARI	8
1.5. SPAZI AMBIENTALI	8
1.6. RISORSE TECNOLOGICHE.....	8
1.7. Sistemi Informatici	8
1.8. CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO:.....	9
LA COT – NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO	10
1. OBIETTIVI STRATEGICI	10
2. OBIETTIVI OPERATIVI.....	11
3. MODELLO ORGANIZZATIVO	12
3.1. Organigramma COT nel nuovo Assetto Organizzativo.....	14
3.2. Spazi Ambientali.....	14
3.3. Dotazione Organica:.....	14
3.4. Orari di Servizio	15
3.5. Risorse Tecnologiche.....	15
3.6. Sistemi Informatici	15
4. MODELLO EROGATIVO	15
4.1. Gestione della Transizione OSPEDALE – TERRITORIO	16
4.2. Gestione della Transizione TERRITORIO – TERRITORIO	17
4.3. Gestione del TELEMONITORAGGIO e/o TELECONTROLLO.....	18
5. MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	19
5.1. Indicatori di Processo.....	19
5.2. Indicatori di Esito	20
BIBLIOGRAFIA	21

COMPONENTI DEL CANTIERE

Il gruppo di lavoro del cantiere «COT» è costituito da un team eterogeneo composto dal coordinatore del progetto, da rappresentanti di area sanitaria, di area tecnica e dalla UOSD Innovazione e sviluppo, come di seguito riportato:

NOME	RUOLO
Emanuele Barbierato	<i>Direttore della Funzione territoriale</i>
Eddi Frezza	<i>Direttore dei Servizi Socio Sanitari</i>
Dott.ssa Paola Valpondi – UOC	<i>Assistenza Farmaceutica Territoriale</i>
Dott. Francesco Calcaterra	<i>Direttore Distretto 2</i>
Dott.ssa Michela Dalla Costa	<i>UOC Sistemi Informativi</i>
Ing. Elio Soldano	<i>UOC Sistemi Informativi</i>
Dott. Andrea Favaro	<i>UOC Accettazione e Pronto Soccorso Bassano</i>
Dott.ssa Manola Milan	<i>UOC Direzione Professioni Sanitarie</i>
Dott.ssa Antonella Mosele	<i>Centrale Operativa Territoriale</i>
Dott. Luca Tribbia	<i>Dirigente medico Cure Primarie</i>
Dott.ssa Valentina Campagnolo	<i>UOC Sistemi Informativi</i>
Dott.ssa Sara Dal Moro	<i>UOSD Innovazione e Sviluppo</i>

INTRODUZIONE

La Regione Veneto da anni nei documenti di programmazione ha l'obiettivo di mettere la persona al centro del sistema sanitario ripensando ai servizi in relazione ai bisogni con un approccio "multidisciplinare" ed una presa in carico della persona e non della patologia.

Il piano Sociosanitario 2019-2023 (PSSR) stabilisce degli obiettivi strategici per il territorio deputato a gestire la cronicità che comprendono:

- Il potenziamento del ruolo del Distretto
- L'identificazione di un metodo di stratificazione della popolazione per bisogni al fine di definire i criteri di priorità nella presa in carico.
- L'organizzazione a "filiera" della presa in carico attraverso percorsi codificati
- La promozione di un sistema di governance basata sui risultati in termini di salute

Alla luce del DM 77/2022 la Regione Veneto con la DGR 721/2023 ha posto mano alla riorganizzazione di questo assetto del territorio ridefinendo ruoli, funzioni, servizi ed introducendo anche nuovi soggetti e figure professionali.

Richiamata la necessità di rivedere l'organizzazione della Centrale Operativa Territoriale anche alla luce del DM 77/2022 Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN e della D.G.R 721/2023, si illustra di seguito:

- lo stato di fatto della COT nell'ULSS 7 Pedemontana;
- il nuovo modello organizzativo in recepimento della normativa;

OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

Il presente documento si propone i seguenti obiettivi:

1. **Riportare lo stato di fatto della COT ad oggi** nel contesto dell'organizzazione Distrettuale;
2. **Definire il modello Organizzativo** della COT alla luce dei nuovi servizi, degli standard e figure professionali introdotti nel DM 77;
3. **Definire il modello Operativo della COT**, in particolare definire come il modello operativo può implementare gli standard fissati dal DM 77 nella Casa della Comunità.
4. **Identificare i profili professionali e le risorse** secondo gli standard previsti dal DM 77.

LA COT – LO STATO ATTUALE

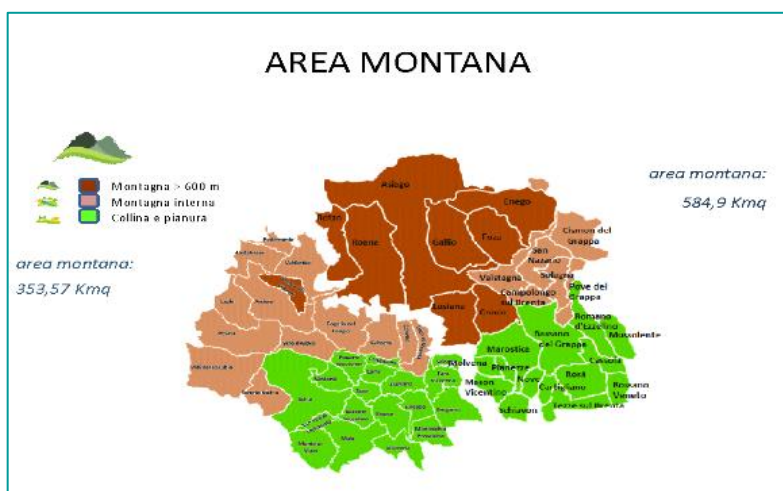
La COT dell'ULSS 7 Pedemontana è attiva dal 19 novembre 2014 e rappresenta lo strumento organizzativo funzionale a tutti gli operatori della rete socio sanitaria dell'Azienda ed elemento cardine del sistema delle cure, è stata introdotta in Regione Veneto con DGR 2271/2013.

Svolge funzione di raccolta e classificazione del bisogno espresso/inespresso, di attivazione delle risorse appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi, attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

La COT non si sostituisce alle funzioni proprie dei servizi interessati ma definisce con gli stessi i processi di connessione.

Il territorio di riferimento della COT corrisponde al territorio dell'Azienda ULSS 7.

Afferiscono al Distretto 1 Bassano i comuni di: Asiago, Bassano del Grappa, Colceresa, Cartigliano, Cassola, Eneo, Foza, Gallio, Lusiana Conco, Marostica, Mussolente, Nove, Pianezze, Pove del Grappa, Roana, Romano d'Ezzelino, Rosà, Rossano Veneto, Rotzo, Schiavon, Solagna, Tezze sul Brenta e Valbrenta.



Afferiscono al Distretto 2 Alto Vicentino i comuni di: Arsiero, Breganze, Caltrano, Calvene, Carrè, Chiuppano, Cogollo del Cengio, Fara Vicentino, Laghi, Lastebasse, Lugo di Vicenza, Malo, Marano Vicentino, Monte di Malo, Montecchio Precalcino, Pedemonte, Piovene Rocchette, Posina, Salcedo, San Vito di Leguzzano, Santorso, Sarcedo, Schio, Thiene, Tonezza del Cimone, Torrebelvicino, Valdastico, Valli del Pasubio, Velo d'Astico, Villaverla, Zanè e Zugliano.

Il territorio è caratterizzato da una estesa zona montuosa a nord e collinare e pianeggiante a sud, con una complessa distribuzione in maniera capillare dei servizi.

Le COT attualmente attive dell'ULSS 7 Pedemontana sono

- COT BASSANO
- COT THIENE

Il coordinatore per le COT è un Infermiere con Incarico di Funzione Laureato magistrale.

1.1. SINTESI DEI DATI DI ATTIVITÀ ANNO 2023

Riportiamo di seguito i dati di attività relativi all'anno 2023 rispetto agli anni precedenti.

Tabella n. 1: Numero assistiti COT per anno e per Distretto

	DSS1	DSS2
ANNI	n. assistiti	N. assistiti

2021	2.581	1.926
2022	2316	1746
2023	2214	1736

Rispetto al 2021 e 2022 gli assistiti di entrambe le sedi COT sono diminuiti. Questa diminuzione è relativa a tutte le attività legate al Covid-19 che si sono ridotte quali: attivazioni USCA per tamponi domiciliari e attivazioni da PS sempre per attivazioni USCA.

Tabella n. 2: Numero assistiti COT per classi di età

CLASSE DI ETÀ'	DSS1		DSS2	
	n. assistiti	%	N. assistiti	%
0-17 anni	18	0,8%	7	0,4%
18-64 anni	267	12,1%	151	8,7%
65-74 anni	334	15,1%	222	12,8%
75-84 anni	700	31,6%	561	32,23%
85-94 anni	775	35,0%	696	40,1%
95 + anni	120	5,4%	99	5,7%
Totale	2214	100,0%	1736	100,0%

L'età degli assistiti si assesta su una fascia di età adulti/anziani. Da non sottovalutare la fascia 0-17 che generalmente proviene da fuori ULSS (Hospice pediatrico – malattie rare – etc) che richiedono sempre un importante impegno di tempo e risorse. Anche la fascia 18-64 generalmente vede assistiti residenti, provenienti da altre ULSS o disabili adulti che richiedono una presa in cura complessa.

Tabella n. 3: Giorni medi tra data attivazione COT e data attivazione setting di presa in carico per tipologia di setting.

SETTING DI PRESA IN CARICO	DSS1		DSS2	
	N. casi validi	Media giorni	N. casi validi	Media giorni
ADI	446	4,94	583	3,78
DOMICILIO	676	7,05	428	3,90
EXTRA ULSS/EXTRA REGIONE	77	10,09	18	7,06
STRUTTURE(compreso RSA, ODC, URT...)	784	10.40	1143	5.67
AMMISSIONE IN OSPEDALE DA ADI	69	3,99	31	3,03

* Sono stati considerati validi per l'elaborazione i casi con giorni tra data attivazione e data setting compresi tra 0 e 30

Distretto 1. Il percorso verso il domicilio e l'ADI è abbastanza chiaro e probabilmente: Entro 5gg. viene fatta la valutazione da parte dell'infermiere delle dimissioni protette, condiviso il caso con il personale del reparto, contattati i care-giver e predisposto ausili e presidi per la dimissione. Gli ingressi in struttura vedono un aumento di 2,24 gg di tempo di attesa rispetto al 2022 (8,16 gg).

Distretto 2. Nel D2 la COT viene coinvolta solo all'atto della dimissione non nella fase di attivazione motivo per il quale mancano i tempi di valutazione intra-ospedalieri. Circa 2 gg per valutazione infermieristica e altri 3 per valutazione ingresso in struttura). Le transizioni extra ULSS ed extra Regione vedono una complessità dei casi importante sia dal punto di vista sanitario che socio-sanitario. Generalmente la casistica di questi utenti si focalizza su pazienti oncologici (pediatrici ed adulti) e disabili.

L'Ammissione in Ospedale di pazienti in carico all'ADI, da qualche anno, è stata avviata per fornire informazioni da parte degli infermieri dell'ADI al personale di assistenza che accoglie. I 3 gg. di attesa non sono da attribuire al percorso ma alla conoscenza del ricovero da parte degli infermieri ADI che appena accedono a domicilio e viene comunicato dalla famiglia il ricovero, compilano la scheda e la inviano alla COT che la gira contestualmente al reparto.

Tabella n. 4: N° richieste di attivazione COT per tipologia

RICHIESTE	DSS1		DSS2	
	N. RICHIESTE	%	N. RICHIESTE	%
Ammissioni	878	28,1%	739	29,6%
Dimissioni	2252	71,9%	1758	70,4%
Totale	3130	100%	2497	100%

Prevalgono le dimissioni rispetto alle ammissioni, comprensibile per il numero dei ricoveri e l'età media dei pazienti

Tabella n. 5: Numero richieste pervenute in COT per ambito segnalante.

AMBITO SEGNALANTE	DSS1		DSS2	
	N. RICHIESTE	%	N. RICHIESTE	%
Comune	19	0,6%	4	0,2%
Ospedale	2106	67,3%	1672	67%
Strutture intermedie (ODC, URT, Hospice)	292	9,3%	308	12,3%
Territorio (domicilio, MMG, ADI, strutture residenziali,..)	538	17,2%	396	15,9%
Extra ULSS	175	5,6%	117	4,7%
Totale	3130	100%	2497	100%

Come ogni anno il principale segnalante rimane l'Ospedale sia intra che extra ULSS. Il rapporto con i Comuni è consolidato nel D1 ma non ancora nel D2. Si potranno vedere con i prossimi dati i cambiamenti grazie all'implementazione anche in questa sub-area COT dei processi che vedono coinvolti i Comuni (es. Pronto Soccorso-COT). In costante aumento le richieste dal territorio che potrebbero incrementarsi se i nuovi ingressi sul territorio di MMG fossero accompagnati da una informazione sulle attività della COT.

Tabella n. 6: Numero richieste pervenute in COT per tipologia di **setting di presa in carico**

SETTING DI PRESA IN CARICO	DSS1		DSS2	
	N. RICHIESTE	%	N. RICHIESTE	%
ADI	482	15,4%	591	23,7%
ADIMED	135	4,3%	55	2,2%
SAD	37	1,2%	9	0,4%
Decesso	224	7,2%	120	4,8%
Domicilio	761	24,3%	440	17,6%
Extra Ulss/ Extra Regione	82	2,6%	18	0,7%
Hospice	138	4,4%	136	5,4%
Non presa in Carico (rifiuto)	244	7,8%	13	0,5%
ODC	150	4,8%	306	12,3%
ODC COVID	19	0,6%	8	0,3%
Ospedale	122	3,9%	36	1,4%
RSA	143	4,6%	3	0,1%
solievo	57	1,8%	18	0,7%
Strutture residenziali	309	9,9%	452	18,1%
URT	124	4,0%	244	9,8%
SAD	37	1,2%	9	0,4%
Ambulatorio Infermieristico	1	0,0%	7	0,3%
Dato mancante	102	3,3%	41	1,6%
Totale	3275	100%	2705	100%

Nei 9 anni dall'attivazione della COT si è cercato di affinare i dati più significativi delle transizioni con strumenti informativi di base (excel) in attesa di un programma informatico Regionale. Chiaramente questi strumenti excel presentano dei limiti soprattutto l'inserimento manuale da parte del personale. Auspichiamo l'implementazione nel 2024 del Sistema informativo aziendale che oltre a sgravare il personale da una attività di registrazione manuale, garantirà dei dati più corretti.

1.2. ATTUALE ORGANIGRAMMA COT – ATTO AZIENDALE 858/2023

L'attuale organizzazione prevede che la COT afferisca gerarchicamente alla Direzione Sanitaria

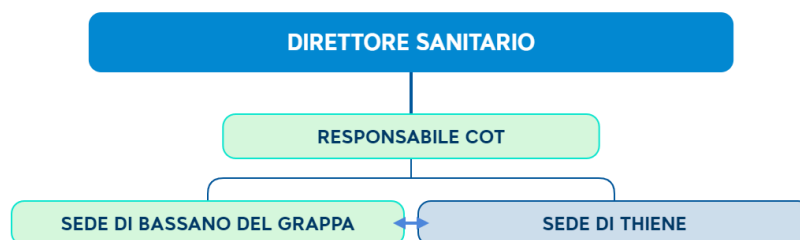


Figura 1: Afferenza gerarchica della COT nel modello attuale

1.3. RISORSE UMANE

Nello schema sottostante è riportata la dotazione organica attuale delle COT dell'ULSS 7

	INFERMIERI	OSS
BASSANO	3	1
THIENE	4	/
TOTALE	7	1

1.4. ORARI

La COT opera sette giorni su sette.

Il servizio attivo inizia alle ore 7.00 e termina alle 21.00 dal lunedì al sabato dalle 8.00 alle 14.00. Il sabato pomeriggio fino alle 21 e la domenica 8.00 – 20.00 il servizio è garantito mediante la Pronta Disponibilità.

1.5. SPAZI AMBIENTALI

- 2 locali per la sede distrettuale di Bassano Padiglione D Via Cereria con 5 postazioni di lavoro.
- 1 locale per la sede distrettuale di Thiene 1° piano Boldrini con 4 postazioni di lavoro.

1.6. RISORSE TECNOLOGICHE

Sistema di telefonia Tvox che oltre a consentire una costante integrazione delle telefonate tra D1 e D2 registra tutte le conversazioni telefoniche in entrata ed uscita.

Trimestralmente vengono conteggiate le telefonate in entrata ed uscita, le chiamate non risposte, i tempi medie delle telefonate e gli orari in cui il telefono è maggiormente utilizzato.

1.7. SISTEMI INFORMATICI

Il software in utilizzo nell'area territoriale ad oggi risulta diverso tra il distretto 1 ed il Distretto 2 come riportato nella tabella.

	DISTRETTO 1	DISTRETTO 2
--	-------------	-------------

SISTEMA INFORMATICO OSPEDALIERO	ADT Ricoveri (data ricovero, motivo del ricovero, medico proponente ricovero, reparto che ricovera, equipe di accettazione, trasferimento in altri reparti, reparto che dimette, setting di dimissione) tutti i ricoveri precedenti del distretto di Bassano/Asiago	<i>TrakCare (vers. T2017)</i>
	GALILEO E' possibile visionare tutte le indagini diagnostiche eseguite nel Distretto 1, verbali Pronto Soccorso, consulenze specialistiche, accesso al fascicolo sanitario regionale.	Visione della Cartella Clinica
SISTEMA INFORMATICO TERRITORIALE	ASTER VIEW: sintesi di servizi territoriali attivi o storici degli utenti (ADI, CSM, Consultori Protesica, SIL,...tutti tranne il SERD,) verbale invalidità, verbali UVMD , graduatoria RUR, esenzioni, ricoveri in strutture intermedie. Attivato specificatamente per	Software Medtrak che garantisce, ancora oggi, di avere in tempo reale una serie di informazioni e di elementi che permettono il monitoraggio del processo assistenziale e la successiva valutazione. E' il luogo privilegiato dove funzione clinica e funzione organizzativa possono trovare una sintesi efficace.
	Visione portale regionale SIAVR	Visione portale regionale SIAVR

1.8. CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO:

Soggetti che Attivano La COT.

La segnalazione di bisogno socio-sanitario può essere presentata da:

- Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale;
- personale dei Servizi Sociali Territoriali;
- personale Distrettuale e Ospedaliero;
- personale delle strutture di Ricovero Intermedio, nonché delle Strutture Residenziali e semiresidenziali.

La segnalazione avviene per via telefonica con chiamata registrata a numero dedicato, o per via informatica.

Gestione della Segnalazione

Le fasi di gestione della segnalazione seguono i seguenti step:

- Accoglimento della domanda: l'operatore della COT effettua un primo accertamento (intervista telefonica strutturata) per individuare il tipo di bisogno e verifica se la persona è già inserita in uno dei punti della Rete dei Servizi Territoriali. Se la domanda dell'utente è di natura sanitaria, il case manager procederà a verificare con apposita check-list anche eventuale domanda inespressa di natura sociale.
- Decodifica del bisogno, valutazione del servizio e/o professionista più appropriato da attivare.
- Attivazione del Servizio o del professionista individuato per la risposta al bisogno. (istruzioni operative)
- Verifica dell'avvenuta chiusura del processo di risposta all'utente "protetto".

LA COT – NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

“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 dialoga con la rete dell’emergenza-urgenza” (DM 77).

L’obiettivo strategico della COT è assicurare la risposta di continuità, accessibilità ed integrazione dell’assistenza sanitaria e socio sanitaria più appropriata all’utente attraverso l’interconnessione tra i Servizi Ospedalieri, Territoriali e promuovendo il setting appropriato al bisogno.

L’accesso degli utenti ai servizi sociosanitari avviene attraverso le funzioni di assistenza al pubblico, raccolta della domanda, supporto amministrativo-organizzativo nella CdC e può essere riassunto nello schema seguente:

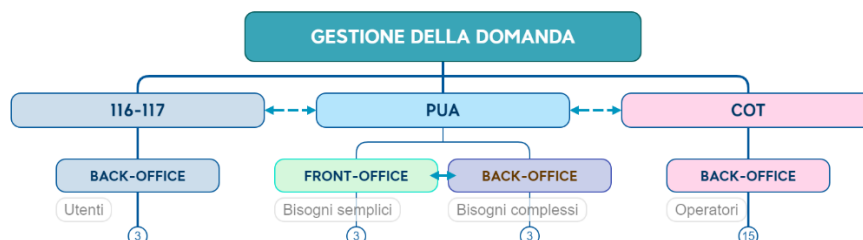


Figura 2: Modello organizzativo della gestione della domanda

1. OBIETTIVI STRATEGICI

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** dei pazienti in assistenza domiciliare, dei percorsi integrati di cronicità (PIC) 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.

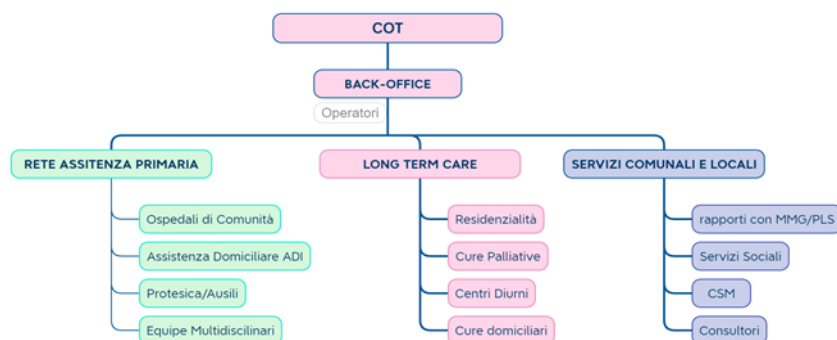


Figura 3: Aree di competenza gestionale trasversali della COT

2. OBIETTIVI OPERATIVI

Gli obiettivi operativi della COT riguardano la reingegnerizzazione dei processi di gestione delle transizioni dei setting di presa in carico territoriale:

- **Transizioni di utenti fuori ULSS** : presa in carico di pazienti residenti, ricoverati in altre ULSS che rientrano a domicilio attivando i servizi domiciliari o le strutture intermedie per favorire il rientro dall'ULSS di provenienza.
- **Dimissioni Protette**: Le dimissioni protette possono avvenire secondo le seguenti modalità: rientro a domicilio; rientro a domicilio con monitoraggio infermieristico o medico entro 48h dalla dimissione; rientro a domicilio con attivazione dell'ADIMED; rientro a domicilio con attivazione Cure Palliative; ricovero nelle Strutture Intermedie Territoriali: Istituti di Riabilitazione extra-ospedalieri , Ospedale di Comunità, Hospice; ricovero definitivo o temporaneo in una Struttura Residenziale per non autosufficienti; rientro in Struttura Residenziale di provenienza
- **Coordinamento posti letto strutture intermedie**: collaborazione con la UOS Non Autosufficienza per la gestione delle ammissioni e transizioni dei posti letto delle strutture intermedie.
- **Dimissioni da strutture intermedie**: garantire la continuità assistenziale della persona nella presa in carico domiciliare o secondo il progetto di salute previsto dell'UVM;
- **Ammissione ai Centri Servizi di utenti provenienti da Struttura Ospedaliera o Strutture intermedie**;
- **Gestione delle transizioni tra setting Territoriali**: raccolta e gestione dei bisogni segnalati da Ospedale, Servizi Territoriali, Strutture intermedie, Centri Servizi, MMG , Comuni, Associazioni, attivando il servizio e/o professionista più appropriato.
- **Attivazione della Centrale Operativa Territoriale da parte del Pronto Soccorso**: La Centrale Operativa Territoriale, in accordo con l'UO Pronto Soccorso, ha definito un percorso per meglio gestire le problematiche socio assistenziali dei pazienti in osservazione breve, attivando quanto prima una risposta territoriale. Tale tipologia di utenti viene segnalata alla COT.
- **Ammissione di pazienti in assistenza domiciliare infermieristica in Ospedale**: continuità delle comunicazioni tra i servizi territoriali e l'Ospedale di riferimento per garantire la continuità assistenziale.

- **Gestione delle segnalazioni socio-sanitarie urgenti** : attivazione della presa in carico a seguito di bisogni segnalati da parte dei diversi soggetti della rete dei servizi territoriali (Ass. Soc./MMG/Servizi Aziendali) .
- **Accoglienza e ricovero in Hospice**; Di concerto con la S.C. Nucleo Cure Palliative ed il Direttore di Distretto, si sono descritti criteri, modalità e documenti utili ad un appropriato inserimento dell'ospite accompagnato da coinvolgimento del Palliativista che ha in carico la persona.
- **Coordinamento posti Sollievo**: Gestione dei ricoveri di Sollievo presso i Centri Servizi afferenti all'ULSS 7.
- **Telesoccorso/Telemonitoraggio**: con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1996 del 6 dicembre 2017 "Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza – anno 2017. Art. 5, co. 1 della L.R. 18/12/2009, n. 30. D.G.R. n. 110/CR del 7/11/2017, la Regione Veneto attribuisce alle Aziende ULSS l'erogazione del Servizio di Telesoccorso e Telecontrollo. Gestisce la piattaforma regionale di telemedicina.
- **Gestione emergenza caldo**: Il responsabile COT partecipa attivamente alla stesura del Piano di Emergenza Caldo e coordina gli interventi territoriali secondo quanto previsto dalle Direttive RV.

3. MODELLO ORGANIZZATIVO

Le **Centrali Operative Territoriali (COT)** finanziate dal PNRR costituiscono un nuovo innovativo modello organizzativo di Centrale che svolge funzioni di coordinamento nella presa in carico della persona, che diventa integrata e coordinata, sia nel raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere sia con la rete dell'emergenza-urgenza.

la COT è previsto sia insediata all'interno delle strutture che ospitano la CdC.

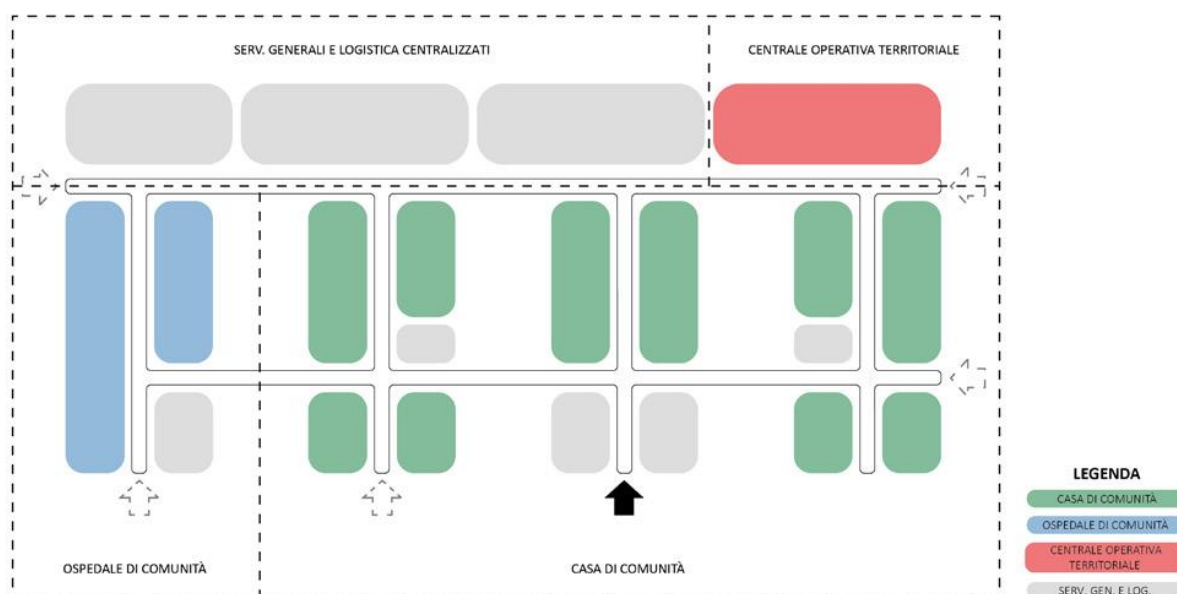


Figura 4: Modello organizzativo alla Casa della Comunità con all'interno la COT

In ottemperanza alla DGR 721/23, la COT dell'ULSS 7 Pedemontana è articolata su due livelli:

- COT hub a valenza Aziendale che dipendono dal direttore della Funzione Territoriale;
- COT spoke a valenza Distrettuale che dipendono dal Direttore di Distretto

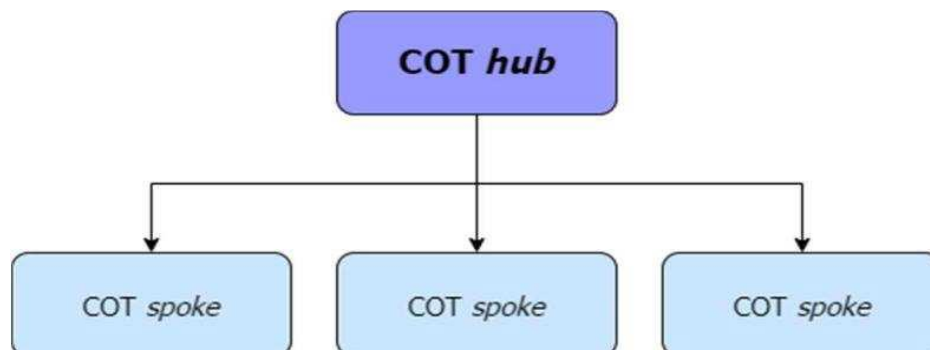


Figura 5: Architettura organizzativa della COT

Le COT dell'ULSS 7 sono previste in numero di 4 secondo lo standard del DM 77/2022 che prevede una COT ogni 100.000 abitanti.

Le COT che saranno attive presso le future Case della Comunità sono:

- **COT BASSANO (Hub)**
- COT THIENE (Spoke)
- COT SCHIO (Spoke)
- COT ASIAGO (Spoke)

Le 4 COT gestiranno la presa in carico della persona attraverso il raccordo con la rete servizi territoriali ed i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: area sanitaria e sociosanitaria, area Ospedaliera, di comunità.

La COT opererà in sinergia anche con gli altri servizi territoriali, tra cui il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116-117 (NEA), il sistema di emergenza-urgenza 118 e il PUA allo scopo di creare la rete di raccolta del bisogno (rete della domanda, vedi fig. 2).

In sintesi, come previsto dalla DGR 721/2023 le funzioni delle COT saranno le seguenti:

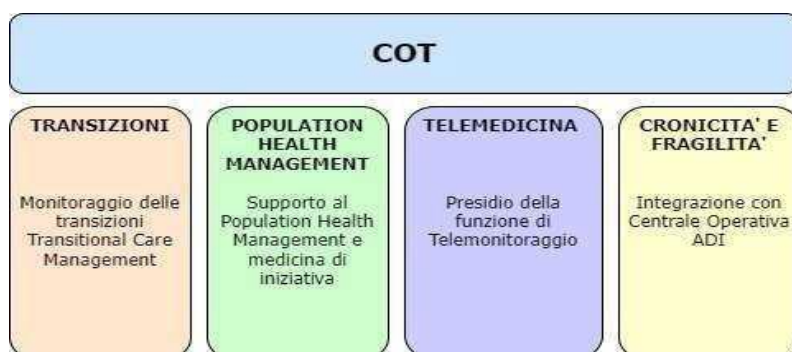


Figura 6: Funzioni della COT

Le **COT** dell' Azienda ULSS utilizzeranno la **piattaforma unica Regionale COT** in grado di collegare tutte le ULSS in modo da creare la rete Regionale COT.

3.1. ORGANIGRAMMA COT NEL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO

Nel nuovo assetto organizzativo la **COT hub** dipende gerarchicamente dal **Direttore della Funzione Territoriale** dell'Azienda ULSS ed avrà il ruolo di coordinamento e gestione delle diverse **COT spoke** che dipenderanno dal Direttore del Distretto.

Le COT spoke saranno collegate attraverso la piattaforma COT tra di loro e con la COT HUB che avrà funzione di coordinamento della rete e di gestione ed allocazione delle risorse con modalità flessibile rispetto alla variabilità della domanda da parte dell'utenza sia per territorio che per fasce orarie.

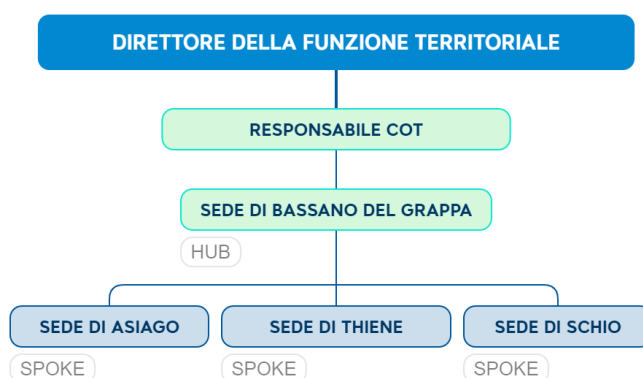


Figura 7: Afferenza gerarchica della COT

3.2. SPAZI AMBIENTALI

La dotazione di spazi prevede:

- 2 locali per la sede distrettuale di Bassano Padiglione D Via Cereria con 5 postazioni di lavoro.
- 2 locali per la sede distrettuale di Thiene 1° piano Boldrini con 4 postazioni di lavoro.
- 1 locali per la sede di Asiago con 2 postazioni di lavoro presso La Casa della Comunità in via Sisemol
- 1 locali per la sede di Schio con 2 postazioni di lavoro presso la Casa della Comunità di Schio via San Camillo del Lellis

3.3. DOTAZIONE ORGANICA:

La dotazione di personale infermieristico STANDARD DA DM 77 per ogni COT è di 3-5 infermieri ogni 100.000 abitanti (nella nostra ULSS 10,8 – 18 infermieri). La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore aziendale infermieristico.

	INFERMIERI	OSS	PERSONALE DI SUPPORTO	COORDINATORE
BASSANO	3	1		1
THIENE	3	1		
ASIAGO	3		1	

SCHIO	3		1	
TOTALE	12	2	2	1

Le risorse destinate al servizio copriranno tutte le 4 sedi secondo il modello organizzativo flessibile Hub e Spoke garantendo la continuità del servizio 7 giorni su 7.

3.4. ORARI DI SERVIZIO

Il Servizio COT a regime sarà predisposto per operare h 24 7gg su 7 con una distribuzione flessibile delle risorse secondo il modello HUB e Spoke (DRG 721/23).

3.5. RISORSE TECNOLOGICHE

Sistema di telefonia Tvox che oltre a consentire una costante integrazione delle telefonate tra i Distretti registra tutte le conversazioni telefoniche in entrata ed uscita. Trimestralmente vengono conteggiate le telefonate in entrata ed uscita, le chiamate non risposte, i tempi medie delle telefonate e gli orari in cui il telefono è maggiormente utilizzato.

Sistema di telemedicina con piattaforma sperimentale dell'ulss 7 associata al dispositivo Tytocare in uso da due anni.

E' prevista la implementazione del **sistema di Telemedicina su rete Nazionale** associato a dispositivi di televisita/telemonitoraggio domiciliare in corso di collaudo dagli uffici tecnici dell'ULSS.

3.6. SISTEMI INFORMATICI

La dotazione informatica sarà unificata per entrambi i Distretti a partire dalla piattaforma COT. Nella tabella sono riportati i sistemi informativi in corso di implementazione nella nostra ULSS come in tutte le altre ULSS del Veneto.

	DISTRETTO 1	DISTRETTO 2
SISTEMA INFORMATICO OSPEDALIERO	E' in corso di implementazione il sistema regionale SIO, unica piattaforma della Regione Veneto per la gestione Ospedaliera	
SISTEMA INFORMATICO TERRITORIALE	E' operativa la piattaforma Regionale per la gestione delle dimissioni protette, delle transizioni di setting e delle presa in carico territoriale.	
	E' in corso di definizione a livello regionale il Sistema informativo territoriale	

4. MODELLO EROGATIVO

Per supportare i processi, provvede al tracciamento, alla verifica al contempo, la corretta e completa alimentazione dei flussi informativi necessari. Per svolgere queste funzioni basilari la COT dovrà avere accesso ad una base dati del datawarehouse Aziendale al fine di raccordare le informazioni tra i professionisti che operano nei diversi servizi, supportandoli nell'avere a disposizione e mettere a sistema tutte le informazioni utili a soddisfare lo specifico bisogno.

Riportiamo a seguire i principali percorsi operativi gestiti dalla COT con il relativo flusso di lavoro gestito e monitorato dalla COT:

4.1. GESTIONE DELLA TRANSIZIONE OSPEDALE – TERRITORIO

Nella struttura ospedaliera il Nucleo di continuità delle cure (composto da infermieri ed assistenti sociali) individua gli elementi e il grado di complessità del caso proponendo il setting (ADI, servizio sociale, ecc.), la struttura/il servizio più appropriato rispetto alla traiettoria di presa in carico verso la quale si vuole indirizzare il paziente.

1 Fase – Identificazione del bisogno

Al momento del ricovero, la struttura ospedaliera trasmette una notifica di avvenuto ricovero alla COT la quale a sua volta verificherà la presenza di altri servizi aperti su quel paziente (es. centro diurno, pasti a domicilio, ecc.) ed informerà del ricovero tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico della persona (es. MMG/PLS, ADI, servizio sociale comunale, ecc.). Durante il ricovero la struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure alla COT per il paziente ricoverato, per il quale si prevede alla dimissione la necessità di supporto per la prosecuzione della presa in carico, configurandosi quindi una “dimissione protetta”.

La Struttura Ospedaliera:

- notifica alla COT l'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 (il prima possibile e auspicabilmente entro 48 ore dalla ammissione) alla COT la necessità di supporto post dimissione, prefigurando una “dimissione protetta”.

La COT:

- comunica a tutti i soggetti interessati l'avvenuto ricovero (es. MMG/PLS, altri servizi che hanno già in carico il paziente, eventuale Centrale Operativa ADI, ecc.) in modo da informare e consentire il rilascio temporaneo delle eventuali risorse allocate;
- gli infermieri della COT presso le strutture ospedaliere raccolgono il bisogno espresso dalla struttura richiedente;
- visualizzano le schede di valutazione e, se necessario, integrano le informazioni sul caso comunicandole, laddove necessario, al PUAD per l'istruttoria dell'UVM;
- monitorano tutte le fasi del processo.

Queste attività sono gestite dalla piattaforma Regionale COT in uso ed in corso di implementazione presso la nostra ULSS.

2 Fase - Identificazione del setting di destinazione

A seguito della valutazione e della formulazione da parte dell'UVM, laddove necessaria, di una proposta di setting di destinazione e delle conseguenti informazioni necessarie ed essenziali desumibili dal PAI (comprensivo di obiettivi, tempistiche, modalità definite), la COT attiva il servizio o la struttura appartenente al setting assistenziale individuato (es. ADI, OdC, struttura riabilitativa, Hospice, RSA, ecc.).

3 Fase - Attuazione della transizione

La COT organizza al momento della dimissione dall'ospedale il setting territoriale di destinazione attivando ed organizzando i servizi necessari:

- verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
- attiva gli attori necessari per la corretta presa in carico del paziente;

- 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;
- notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

4.2. GESTIONE DELLA 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.

1 Fase – Identificazione del bisogno

Il MMG/PLS o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS, qualora la richiesta non provenga dallo stesso (es. referente di struttura, ecc.), individua un bisogno di natura clinico-assistenziale non a carattere emergenziale, ed invia una segnalazione alla COT.

- produce una scheda di valutazione del bisogno del paziente con le principali informazioni;
- notifica la prescrizione/richiesta alla COT nel cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;
- informa il paziente/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 nell'organizzazione della UVMD.

Queste attività sono gestite dalla piattaforma Regionale COT in uso ed in corso di implementazione presso la nostra ULSS.

2 Fase - Identificazione del setting

La COT, sulla base degli esiti della valutazione (UVMD), verifica la disponibilità da parte dei servizi o delle strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato, appropriate in termini di prossimità e di bisogni clinico-assistenziali ravveduti, attraverso la mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, posti letto, referenti, liste di attesa, ecc.).

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 sanitaria/sociosanitaria idonea;

3 Fase - Attuazione della transizione

La COT organizza e monitora la transizione e verifica che il primo accesso alla struttura di destinazione o al domicilio sia avvenuto secondo quanto programmato, dandone notifica a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico.

- verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
- attiva gli attori per la corretta presa in carico del paziente;
- 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.

4.3. GESTIONE DEL TELEMONITORAGGIO E/O TELECONTROLLO

Il DM Salute 29 aprile 2022 definisce il ruolo della COT nel coordinamento dei servizi di telemedicina, tra i quali anche il telemonitoraggio e il telecontrollo della salute.

1 Fase – Identificazione del bisogno

Il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista), che rileva la necessità di monitorare da remoto, in maniera continuativa ed automatica i parametri vitali di un paziente mediante l'utilizzo di dispositivi e sensori certificati forniti dall'Azienda sanitaria.

Nel caso in cui venga ravvisata la necessità di coordinare questa tipologia di setting,

la COT:

- attiverà l'UVMD al fine di valutare la richiesta di attivazione del telemonitoraggio e/o telecontrollo.
- prende in carico la richiesta;
- informa la Centrale Operativa ADI;
- visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole al coordinatore dell'UVMD.

Queste attività sono gestite dalla piattaforma Regionale COT in uso ed in corso di implementazione presso la nostra ULSS.

2 Fase – Attivazione ed erogazione

La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale sanitario che segue il paziente (eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi) ed è organizzata dalla Centrale Operativa ADI.

Il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., è erogato dal Centro servizi per la telemedicina della Regione Veneto.

Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/caregiver che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale predisposta a livello Nazionale/Regionale.

Personale sanitario (ADI) che ha in carico il paziente per il telemonitoraggio/telecontrollo:

- provvede alla consegna dei dispositivi prescritti, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi;
- provvede alla formazione del paziente e/o caregiver;
- rappresenta il riferimento per il paziente e/o caregiver per la gestione dei dispositivi di telemonitoraggio/telecontrollo.

La COT:

- attiva il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo;
- monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo;
- Interagisce con il Paziente/Caregiver attraverso la piattaforma di gestione del Telemonitoraggio;
- Fornisce dati relativi allo stato di salute;

Analogamente a questi percorsi operativi la COT si doterà di procedure informatizzate per tutti i setting di presa in carico territoriale con il supporto della piattaforma Regionale COT.

5. MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE

In coerenza con gli obiettivi strategici del DM 77 nello sviluppo dell'assistenza territoriale, si riportano le linee di indirizzo strategiche:

- Migliorare l'accesso ai servizi sanitari
- Migliorare l'efficienza dei servizi sanitari
- Ottimizzare le risorse per garantire la sostenibilità del Servizio sanitario Territoriale
- Migliorare la qualità complessiva dei servizi sociosanitari territoriali
- Attuare concretamente la Medicina di iniziativa

Gli indicatori di salute del nuovo approccio organizzativo della COT si possono distinguere in due gruppi: **Indicatori di Processo** ed **Indicatori di Esito**.

5.1. INDICATORI DI PROCESSO

- Numero assistiti COT **per sesso**
- Numero assistiti COT **per classi di età**
- Giorni medi tra data attivazione COT e data attivazione setting di presa in carico per tipologia di setting
- Numero transizioni (Ammissioni – Dimissioni)
- Numero richieste pervenute in COT per ambito segnalante
- Numero di pazienti di età > a 65 anni, valutati con indice di Brass sul totale dei pazienti ricoverati
- con età > a 65 anni (valore atteso: 1° anno: 50% dei pazienti, 2° anno 70%, 3° anno 90%)
- Percentuale di segnalazioni pervenute a stabilizzazione del pz., su segnalazioni pervenute su pz. in fase acuta (valore atteso: 1° anno: 50%, 2° anno 70%, 3° anno 90%).
- Numero di pazienti valutati entro 24 ore (giorni lavorativi) dal ricevimento della segnalazione sul totale dei pazienti valutati (valore atteso: 1° anno: 50% dei pazienti, 2° anno 70%, 3° anno 90%).

5.2. INDICATORI DI ESITO

- Numero dei pazienti con ipotesi di progetto alla dimissione confermato dal progetto terapeutico sul totale
- dei pazienti segnalati (valore atteso: 1° anno: 50% dei pazienti, 2° anno 70%, 3° anno 90%)
- Numero segnalazioni di criticità dal Territorio sul totale delle dimissioni protette. (Strutture Residenziali, MMG, Infermieri ADI)
- Numero utenti non segnalati all'ADI/MMG in fase dimissione ospedaliera su totale delle ammissioni in ADI dimesse da ospedale.

BIBLIOGRAFIA

La normativa che ha regolato in questi ultimi 9 anni l'istituzione e gestione della COT è stata la seguente:

1. PSSR 2012-16, la Regione ha voluto rispondere alla continuità delle cure della persona in entrata ed uscita dai Servizi Socio Sanitari con l'istituzione di una struttura, la Centrale Operativa Territoriale. Nell' **ALLEGATO B alla Dgr n. 2271 del 10 dicembre 2013 del Piano Socio Sanitario Regionale** delinea i tratti principali di questa nuova struttura organizzativa che deve essere avviata in ogni Azienda ULSS del Veneto. Questo nuovo strumento organizzativo (COT), oltre a rispondere ad una necessità sociale garantisce il governo più appropriato della domanda in termini di efficienza ed efficacia.
2. **DGR n. 2533/2013** "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" - anno 2014." Nella quale veniva assegnato ai Direttori Generali per l'anno 2014 l'obiettivo di progettare e avviare sperimentalmente la COT in ciascuna ULSS.
3. **DGR 1112/2014** Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale. (vedi allegato A)
4. **DM 70 del 2015** "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"....**va promosso il collegamento dell'Ospedale ad una Centrale della Continuità.** Il modello di COT viene, a configurarsi come la concreta realizzazione della Centrale di Continuità.
5. **DGR 758 del 14/05/2015** Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione della Sclerosi Multipla....**la COT....garantirà a regime a questi pazienti un riferimento continuo per l'attivazione tempestiva e integrata di tutte le attività....**
6. **DGR 1920 del 23 dicembre 2015** "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale"(vedi allegato B)
7. **DGR n. 463 del 19 aprile 2016** Progetto Formativo di alto livello per Responsabili della Centrale Operativa Territoriale(DGR n. 2271/2013). Considerato il carattere innovativo dello strumento, per sviluppare compiutamente il modello su tutto l'ambito regionale, la Regione Veneto ha avviato un percorso di incontri periodici plenari, al fine di condividere contenuti ed esperienze per la formulazione di un modello standard per il Veneto.
8. **DGR n.1075 del 13 luglio 2017** "Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS".
9. **DGR 208 del 28 febbraio 2017** Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto.....con la collaborazione del MMG e della Centrale Operativa Territoriale.
10. **DGR 1335 del 16 agosto 2017** Riorganizzazione del Servizio di Continuità assistenziale nel progetto Cure Primarie.....l'Azienda tramite la COT, si impegna a fornire ai Medici di CA – in tempo reale o almeno settimanale, nel rispetto della privacy – la lista di pazienti in carico all'ADI.
11. **DGR 433 del 6 Aprile 2017 Ospedale di Comunità e URT....**la richiesta viene inviata alla COT che, secondo le indicazioni del Distretto, la inserisce in lista d'attesa. La COT, può, in casi selezionati, organizzare con protocollo di triage, ingressi rapidi..concordati con il responsabile medico della struttura.....Il collegamento tra la struttura, l'ospedale e il domicilio viene comunque mediato dalla COT.
12. **DGR 1996/2017 Indicazioni operative anno 2018. Telesoccorso e Telemonitoraggio.**
13. **DGR 424/2018 Prevenzione Patologie da elevate temperature.....**Il bollettino/l'allerta dovrà essere inviato anche alla COT, che per i pazienti ad alto rischio verifica la sussistenza di bisogni ed attiva le risorse più appropriate in riferimento al caso specifico.
14. **Azienda ULSS 7 con DELIBERA N°41 del 18 gennaio 2018** " Adozione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria n° 7 Pedemontana in conformità al Decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale – Giunta Regionale del Veneto n. 160 del 29/12/2017 definisce la COT un'importante innovazione per potenziare il Distretto e intesa come strumento di raccolta e classificazione del problema/bisogno espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.
15. **Piano delle Performance 2018-2020...**Strumento indispensabile per finalizzare quanto sopra esposto è l'utilizzo della Centrale Operativa Territoriale, quale nuovo servizio per assicurare una risposta appropriata e continuativa alla persona "fragile" collegando l'Ospedale, i MMG ed i Servizi Territoriali, con la funzione di gestire la dimissione ospedaliera verso strutture di cura "protette" residenziali o intermedie o verso il domicilio, ed ottimizzare la presa in carico del paziente da parte del territorio.
16. **PSSR 2019-2023 Legge Regionale n. 48 del 28 dicembre 2018** Piano socio sanitario regionale.
17. **Nel PSSR la COT viene richiamata in alcuni punti quali:** Capitolo 3 La programmazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto pag. 68 ...per facilitare l'accesso ai servizi, rafforzare il meccanismo dello sportello Unico e COT, già previsto

con specifici provvedimenti regionale e diretto ad avere un unico punto di riferimento per il cittadino anche a fronte di esigenze diversificate.

18. **DGR n. 1035 del 12 luglio 2019** “Approvazione delle disposizioni operative per l’efficientamento del modello organizzativo di Pronto Soccorso ed individuazione delle azioni per il governo del personale di Pronto Soccorso PSSR 2019-2023.
19. **DGR. 782 del 16 giugno 2020 allegato A DGR. 1103 del 6 agosto 2020 allegato A “EMERGENZA COVID 19”**vengono illustrati gli elementi di sviluppo della COT per attività inerenti la Pandemia e richiesto ampliamento degli orari di apertura del servizio.
20. **PNRR Missione 6: SALUTE anno 2021....**Attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.
21. **PIANO ATTUAZIONE PNRR REGIONE VENETO Luglio 2021**
22. **DECRETO 06/08/2021** Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l’attuazione degli interventi del PNRR e ripartizioni di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione.
23. **DM 77/2022 Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel SSN.**
24. **Allegato A della DGR n. 721 del 22 giugno 2023** Programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77. D.G.R. n. 2/CR del 10/01/2023.