

**Procedura/documento operativo COT-Distretto di Sassari (COT AZIENDALE di Rizzeddu) - Distretto di Alghero (COT ZONALE di Ittiri)**

<b>Procedura/documento operativo COT-Distretto di Sassari (COT AZIENDALE di Rizzeddu)-Distretto di Alghero (COT ZONALE di Ittiri)</b>		
Redazione	Verifica	Approvazione
Data	Data	Data
Dott.ssa Maria Piera Ruggiu  Responsabile SS COT e OdC del Distretto Socio-Sanitario Sassari Anglona Romangia e Nurra Occidentale	Dott. Piero Delogu  Direttore Distretto Socio-Sanitario di Sassari Anglona Romangia e Nurra Occidentale	Dott. Flavio Sensi  Direttore Generale ASL 1 Sassari
	Dott.ssa Antonietta Bifulco  Direttore Distretto Socio-Sanitario di Alghero, Coros, Villanova Mejlogu	Dott. Vito La Spina  Direttore Sanitario ASL Sassari
	Dott.ssa Maria Piera Ruggiu  Responsabile S.S. COT e OdC del Distretto Socio-Sanitario Sassari Anglona Romangia e Nurra Occidentale	Dott.ssa AnnaRosa Negri  Direzione Servizio Socio Sanitario ASL Sassari

<b>Stato delle Revisioni</b>			
Rev. n°	Data di applicazione	Sezioni revisionate	Motivazione revisione
0			Prima Stesura

## Sommario

1. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
2. TERMINI E ABBREVIAZIONI.....	3
3. SCOPO E FUNZIONE DELLE COT.....	3
4. OBIETTIVI DELLA PROCEDURA/DOCUMENTO OPERATIVO COT.....	4
5. STRUTTURA COINVOLTE.....	4
6. STANDARD PER LE COT A VALENZA PRESCRITTIVA (DM77/2022).....	4
6.1 standard organizzativi.....	4
6.2 standard di personale per singola COT.....	4
6.3 standard tecnologici e strutturali.....	4
7. RESPONSABILITÀ.....	5
8. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'.....	5
9. MODALITA' CON CUI LA COT ASSICURA CONTINUITA' - ACCESSIBILITA' – INTEGRAZIONE E IMPORTANZA DEL PASS.....	5
10. MODALITA' DEL COORDINAMENTO DELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA.....	6
10.1 Ruolo della COT nella transizione ospedale-territorio e fasi del processo.....	6
10.2. Ruolo della COT nella transizione territorio-ospedale e fasi del processo.....	7
10.3. Ruolo della COT nella transizione territorio-territorio e fasi del processo.....	8
11. RUOLO DELLA COT NEL COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE AL DOMICILIO. DM 29 aprile 2022.....	9
12. INDICATORI DI PERFORMANCE SPERIMENTALI DELLE ATTIVITA' DELLE COT.....	10
12.1 Indicatori di dimensione.....	10
12.2 Indicatore di performance.....	10
12.3 Indicatore di complessità.....	10
12.4 Indicatori di qualità.....	10
12.5 Indicatore di gradimento.....	10
13. RISULTATI ATTESI.....	10
14. RIFERIMENTI.....	11
15. ALLEGATI.....	11

## 1. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente Procedura/documentazione operativa si applica per la realizzazione delle attività affidate alle COT che sono definite ai sensi del decreto ministeriale 23 maggio 2022 n° 77 di cui alla delib. G.R. n° 37/24 del 14/12/2022, approvata in via definitiva con delib. G.R. n°4/59 del 16/02/2023, come un elemento cardine dell'organizzazione territoriale quale luogo dove si incontrano virtualmente i responsabili dei percorsi/processi assistenziali e dove si raccolgono, classificano e smistano le richieste per indirizzarle per l'appropriata soluzione.

## 2. TERMINI E ABBREVIAZIONI

COT	Centrale Operativa Territoriale
UVT	Unità Valutazione Territoriale
NEA	Numero Europeo Armonizzato
PASS	Punti di Accesso unitario dei Servizi Sanitari
SUA	Sportello Unico di Accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni socio-sanitarie
PUA	Punto Unico di Accesso
RSA	Residenze Sanitarie Assistenziali
OdC	Ospedali di Comunità
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
MMG	Medico di Medicina generale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
MCA	Medico di Continuità Assistenziale
IFoC	Infermiere di Comunità
PIC	Percorsi Integrati di Cronicità
CID	Council Implementing Decision
PAI	Progetto Assistenziale Personalizzato

## 3. SCOPO E FUNZIONE DELLE COT

La presente procedura/documento operativo ha lo scopo di definire le COT e uniformare le modalità di un corretto utilizzo delle attività delle stesse da parte degli operatori sanitari coinvolti. **Le COT sono un servizio a valenza distrettuale, e la responsabilità del suo funzionamento, gestione coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore infermieristico.**

Le COT svolgono la funzione di (allegato 1):

- raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, appartenenti talvolta a setting assistenziali diversi;
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi tramite l'attivazione di 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 informatico e logistico ai professionisti della rete assistenziale riguardo le attività e i servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute anche attraverso strumenti di telemedicina, dei PIC, dei pazienti in assistenza domiciliare e di gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona.

#### **4. OBIETTIVI DELLA PROCEDURA/DOCUMENTO OPERATIVO COT**

La Procedura/documento operativo permette di:

- definire i ruoli delle COT secondo quanto descritto nell'allegato CID e negli Operational Arrangements e in coerenza con la normativa vigente (M6C111.2.2)
- rendere uniforme le modalità con cui si svolgono le attività delle COT garantendo una riduzione degli errori in tutti i processi di coordinamento, tracciamento, monitoraggio, supporto informatico, di raccolta, gestione e transizione, che sono in carico alle COT.
- favorire un miglior coordinamento sia delle attività territoriali che di quelle ospedaliere

#### **5. STRUTTURA COINVOLTE**

- COT Rizzeddu - Distretto di Sassari; COT Ittiri – Distretto di Alghero

#### **6. STANDARD PER LE COT A VALENZA PRESCRITTIVA (DM77/2022)**

##### **6.1 Standard organizzativi**

- La COT è un servizio a valenza distrettuale che svolge una funzione di raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, appartenenti talvolta a setting assistenziali diversi, supportandoli nella gestione dei processi di transizione da un luogo di cura e/o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

La normativa prevede una COT ogni 100.000 abitanti, operativa 7 giorni su 7 a valenza aziendale (**COT Rizzeddu-aziendale**); e 5 giorni su 7 a valenza distrettuale (**COT Ittiri-zonale**).

**La COT zonale** è operativa in fase di prima applicazione 5 giorni su 7, per 8 ore al giorno, con possibilità di estensione ad un'operatività 7 giorni su 7, fino a 12 ore al giorno, qualora supportata dai servizi di assistenza territoriale correlati (PUA/UVT, assistenza domiciliare integrata, servizi per la residenzialità, Ufficio protesica, etc.); è strettamente interconnessa con la COT aziendale.

**La COT aziendale**, oltre alle funzioni di COT zonale, svolge le seguenti attività:

- mutua le funzioni di tutte le COT zonali dell'Azienda sanitaria in orario di chiusura e festivo;
- gestisce i percorsi per i casi sovra-territoriali che non trovano risposte nelle COT zonali e su loro segnalazione appropriata; fornisce i dati di monitoraggio alla direzione aziendale.

Date le suddette attività aggiuntive, sarà operativa 7 giorni su 7, h12, con eventuale estensione h24.

Lo standard di personale delle singole COT, così come previsto dal D.M. n. 77/2022.

##### **6.2 Standard di personale per singola COT**

- 1 coordinatore infermieristico
- 3-5 infermieri (minimo 3 infermieri per garantire la piena operatività della COT) per un distretto standard di 100.000 abitanti
- 1-2 Unità di personale di supporto

##### **6.3 Standard tecnologici e strutturali**

- Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura ad un altro o da un livello clinico assistenziali all'altro; sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute.
- Infrastrutture tecnologiche e informatiche, software con accesso al fascicolo sanitario elettronico e ai principali database aziendali
- Sistema informativo condiviso e connesso con la centrale operativa regionale 116/117

## 7. RESPONSABILITÀ

Al fine di garantire la corretta esecuzione dei macroprocessi delle COT si identificano le figure coinvolte che vengono indicate nella tabella della matrice delle responsabilità.

## 8. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Direttore del Distretto Socio-Sanitario di Sassari	Direttore del Distretto Socio-Sanitario di Alghero	Responsabile S.S. COT e OdC Sassari	Referente S.S. COT di Alghero	Direzione delle professioni sanitarie	Coordinatore infermieristico COT aziendale e zonale	Direzione Generale
Verifica della procedura/documento operativo	I	I	R	R	I	R	I
Approvazione della procedura/documento operativo	C	C	R	R	C	C	I
Diffusione della procedura/documento operativo	I	I	R	R	C	R	I
Applicazione della procedura/documento operativo	I	I	I	I	I	R	I
Monitoraggio della procedura/documento operativo	I	I	C	C	I	R	I

### Legenda:

R – Responsabile C – Coinvolto I – Informato

## 9. MODALITA' CON CUI LA COT ASSICURA CONTINUITA' - ACCESSIBILITA' – INTEGRAZIONE E IMPORTANZA DEL PASS

- La COT svolge una funzione di raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, appartenenti talvolta a setting assistenziali diversi, supportandoli nella gestione dei processi di transizione da un luogo di cura e/o da un livello clinico/assistenziale all'altro.
- La COT costituisce uno strumento organizzativo, innovativo e agisce in forte interconnessione con la UVT in quanto svolge funzioni di coordinamento degli interventi per la presa in carico dell'assistito e di raccordo tra le attività territoriali, sanitarie, socio-sanitari, ospedaliere, e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza per il tramite del NEA 116117.

**La COT è funzionale ai PASS**, i quali sono individuati in ogni presidio ospedaliero e in ogni distretto, composti da responsabili del percorso clinico, in diretta relazione con i medici di medicina generale, al SUA, in stretta integrazione con l'attuale organizzazione territoriale per la presa in carico dei cittadini affidata al sistema SUA/PUA/UVT. Quindi i PASS hanno il compito di facilitare, sulla base dei bisogni sociosanitari rilevati, in raccordo con la COT, i rapporti tra le strutture operative di assistenza dei presidi ospedalieri e la rete territoriale costituita dal sistema SUA/PUA/UVT, in modo da garantire la continuità tra i vari setting assistenziali.

Presso ogni presidio ospedaliero è prevista, pertanto, l'attivazione di un PASS, composto dai responsabili del percorso clinico di transizione (referente medico di direzione medica di presidio, infermiere, assistente sociale), in diretta relazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

La funzione degli operatori del PASS, riguardo alle dimissioni protette, è quella di fornire supporto qualificato alle U.O. del Presidio ospedaliero nella raccolta delle informazioni e nell'utilizzo degli strumenti di indagine necessari all'UVT per le valutazioni di competenza. Il PASS supporta, inoltre, la Direzione di Presidio nel monitoraggio delle dimissioni difficili sui vari indicatori di efficienza e di

efficacia della gestione delle stesse, onde fornire gli elementi utili per l'adozione degli eventuali correttivi necessari. **La funzione del PASS distrettuale viene assunta dal PUA.**

- La COT ottimizza i propri interventi mediante l'utilizzo dei sistemi di telemedicina e quindi rappresenta uno strumento facilitatore per il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, favorendo tempestività, appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino
- La COT coordina la presa in carico della persona favorendo: transizione dai diversi setting assistenziali facendosi carico delle necessità espresse dal professionista del setting responsabile del caso, contattando e attivando i servizi necessari alla definizione del setting di destinazione. Fornisce inoltre supporto tracciando, monitorando e registrando la transizione e il suo esito.
- La COT coordina e ottimizza gli interventi anche di verifica dei posti letto nelle RSA, centri diurni, OdC, Hospice, riabilitazione e ADI; in caso di mancanza di posti letto presso il setting di destinazione individuato informa l'UVT e in maniera concordata effettua una proposta alternativa attivando e prenotando il setting di destinazione individuato.
- La COT fornisce supporto informativo e logistico ai MMG, PLS, MCA, IFoC relativamente alle attività e servizi distrettuali (orari, dislocazione e processi).

## **10. MODALITA' DEL COORDINAMENTO DELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA**

La COT come suddetto, coordina la 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. Da un punto di vista operativo si configurano **tre tipologie di transizioni tra setting assistenziali:**

- **ospedale-territorio (vedi figura 1)**
- **territorio-ospedale (vedi figura 2)**
- **territorio-territorio (vedi figura 3)**

### **10.1 Ruolo della COT nella transizione ospedale-territorio e fasi del processo.**

La struttura ospedaliera attraverso il PASS esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale alla dimissione si prevede la necessità di supporto sanitario-sociale anche attraverso l'utilizzo di strumenti o scale validate e individua in raccordo con ADI, servizio sociale, UVT etc. il grado di complessità.

#### **Fase 1. Identificazione del bisogno e avvio del processo con presa in carico della persona:**

- la struttura ospedaliera attraverso il PASS notifica alla COT di residenza del paziente l'avvenuto ricovero ed esprime almeno quattro giorni prima della prevista dimissione il bisogno di continuità delle cure del paziente ricoverato, per il quale si prevede, alla dimissione, la necessità di supporto per la prosecuzione della presa in carico (dimissione protetta). Un ruolo della struttura ospedaliera sarà quello di mantenere il contatto con il paziente e la sua famiglia accompagnandolo alla dimissione;
- la COT ricevuta la notifica verifica la presenza di altri servizi attivi su quel paziente e informa del ricovero tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico (es. MMG, PLS, equipe ADI, assistente sociale comunale);
- La COT attraverso la notifica (cruscotto) prende in carico la persona e monitora tutte le fasi del processo e attraverso i supporti tecnici e le informazioni esegue una mappatura aggiornata in tempo reale delle disponibilità di tutti i servizi della rete territoriale con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti etc).

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

- La COT attiva la transizione verso il servizio o la struttura appartenente al setting assistenziale

individuato (es. ADI, OdC, struttura riabilitativa, hospice, RSA, etc.) a seguito della valutazione e della formulazione di una proposta di setting di destinazione da parte del PASS. L'UVT qualora il PASS valuti la necessità di una modifica del setting assistenziale ha il compito di individuare un nuovo livello assistenziale;

- La COT supporta UVT o il PASS nell'individuazione della struttura/servizio di destinazione specifica, attiva la transizione individuata coinvolgendo i professionisti e i servizi, coordina tutte le risorse necessarie al trasferimento e monitora le informazioni relative alle transizioni;
- La COT attraverso supporti tecnici e informazioni (cruscotto dei pazienti in dimissione) valuta le fasi e i tempi del processo e aggiorna con tutte le informazioni necessarie la mappa dei servizi della rete territoriale con la possibilità di riservare la risorsa.

### **Fase 3. Attuazione della transizione**

La COT organizza il momento della dimissione da ospedale al setting territoriale di destinazione attivando e organizzando i servizi necessari attraverso:

- Verifica degli aspetti organizzativi e logistici pianificati
- Attivazione degli attori coinvolti nella presa in carico del paziente
- Verifica dell'avvenuta dimissione e dell'avvenuta presa in carico da parte del servizio/struttura territoriale proposto;
- Monitoraggio del 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.

La COT nella fase 3, attraverso i supporti tecnici effettua nel cruscotto di gestione e monitoraggio, la reportistica che indica se i tempi e le fasi previste nel processo di transizioni siano rispettati e notifica eventuali scostamenti, e monitora anche la programmazione delle attività oltre le transizioni in itinere.

### **10.2 Ruolo della COT nella transizione territorio-ospedale e fasi del processo**

Il territorio (MMG, PLS, Medico palliativista o Medico del distretto /referente di una struttura ad es. RSA, etc.) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero programmabile (**ammissione protetta**).

#### **Fase 1. Identificazione del bisogno e avvio del processo con presa in carico della persona:**

- Il sanitario che ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG o PLS, qualora la richiesta non provenga dagli stessi, notifica la necessità di un accesso ospedaliero programmabile redigendo tutte le informazioni sui bisogni e le condizioni del paziente e invia alla COT la prescrizione/richiesta.
- La COT prende in carico la prescrizione/richiesta e integra le informazioni sul caso e attraverso i supporti tecnici avrà la possibilità di recuperare tutte le informazioni sulle esigenze clinico assistenziali specifiche (es. trasportabilità, presenza di un accompagnatore, utilizzo di particolari presidi) e le informazioni sulla prestazione richiesta che chiariscono il motivo di 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, ricevuta la notifica, o accede in **forma anonima** alle liste d'attesa, alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere idonee al caso e verifica la disponibilità, o in **forma nominativa** relativamente ai soli pazienti di cui gestisce la transizione;
- Propone al richiedente la struttura disponibile individuata, fissa l'appuntamento, e facilita la transizione del paziente dal territorio alla struttura ospedaliera individuata organizzando ad es. l'appuntamento e l'accesso, dopo conferma ricevuta da parte del territorio.

### Fase 3. Attuazione della transizione

- La struttura ospedaliera effettuata la prestazione, notifica alla COT e qualora la prestazione non sia stata erogata notifica alla COT le cause degli impedimenti e in accordo con la COT riprogramma un nuovo appuntamento;
- La COT nella fase 3, attraverso i supporti tecnici effettua nel cruscotto di gestione e monitoraggio, la reportistica che indica se i tempi e le fasi previste nel processo di transizioni siano rispettati e notifica eventuali scostamenti, e monitora anche la programmazione delle attività oltre le transizioni in itinere.

#### 10.3 Ruolo della COT nella transizione territorio-territorio e fasi del processo

- Il servizio sociale/sociosanitario/MMG/PLS che hanno in carico il soggetto nel territorio esprime il bisogno di integrare o modificare il setting assistenziale della persona;
- L'attore che ha in carico il caso invia una segnalazione al sistema SUA/PUA e alla COT contenente la descrizione del bisogno, le principali informazioni sul caso e l'ipotesi di intervento necessario.
- Il sistema SUA/PUA nel caso di un bisogno complesso richiedono una valutazione multidimensionale all'UVT, che garantisce la presa in carico e l'appropriatezza e il monitoraggio degli esiti degli inserimenti
- La COT visualizza la notifica e prende in carico l'assistito con due modalità in base alle esigenze: o verso una integrazione di presa in carico con servizi aggiuntivi (**integrazione tra servizi**) o attraverso la **transizione tra setting**.

#### Fase 1. Identificazione del bisogno e avvio del processo con presa in carico della persona

- I soggetti MMG-PLS/strutture che hanno in gestione il caso individuano il bisogno dell'assistito che prevede una modifica delle modalità di presa in carico producendo una scheda di valutazione del bisogno del paziente, inviandola al PUA/UVT e informando il paziente/caregiver dell'avvenuta richiesta;
- La COT riceve la notifica della prescrizione/richiesta, prende in carico la persona. Attiva l'UVT, nel caso di un bisogno complesso, che attraverso una valutazione multidimensionale del caso, prende in carico l'assistito e redige il PAI;
- La COT integra le informazioni e funge da facilitatore tra tutti i professionisti coinvolti, attraverso la sezione cruscotto e monitoraggio delle transizioni riceve informazioni su anagrafica, contatti del paziente o famiglia, dati sulla complessità del caso o dei bisogni, possibilità di verifica sui servizi attivi o già attivati sul paziente e una mappatura aggiornata della rete territoriale con tutte le informazioni necessarie ad es. strutture, disponibilità di posti letto etc.

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

- La **COT** raccoglie e trasmette le informazioni utili a gestire la transizione, ad es. bisogni specifici della persona, interfacciandosi con il soggetto richiedente; supporta l'UVT; attiva e prenota la struttura o il servizio territoriale individuato e i relativi professionisti coinvolti (ad es. assistente sociale del comune) e pianifica la transizione;
- **La struttura/servizio territoriale richiedente** riceve notifica da parte della COT di avvenuta individuazione della struttura/servizio sanitario idoneo, approva e conferma la proposta ricevuta ricevendo dalla COT la notifica di tutti gli aspetti organizzativi e logistici della transizione;
- **La struttura/servizio territoriale di destinazione** conferma la disponibilità alla presa in carico, pianifica la transizione unitamente alla COT



### Fase 3. Attuazione della transizione

- La **COT** organizza e monitora la transizione verificando gli aspetti organizzativi e logistici pianificati; attiva gli attori per la corretta presa in carico del paziente; monitora lo stato di transizione e il primo accesso nella sede di destinazione; si attiva nel caso di scostamenti dal programmato mettendosi in contatto con il referente/struttura/servizio di destinazione; notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento. Attraverso supporti tecnici limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione monitora fase e tempi e scostamento dal processo atteso;
- La **struttura/servizio territoriale di destinazione** prende in carico il paziente e mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia

## 11. RUOLO DELLA COT NEL COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DELLA SALUTE AL DOMICILIO. DM 29 aprile 2022

### Fase 1. Identificazione del bisogno e avvio del processo con presa in carico della persona:

Il ruolo della COT in tale ambito è quello di provvedere all'attivazione del percorso della telemedicina in tutte le sue declinazioni, a partire dalla televisita sino al teleconsulto e al telemonitoraggio. L'attivazione può essere prevista sia da un setting domiciliare che da un setting di ricovero.

Nel **setting di ricovero**, è il personale della struttura che segnala le proprie indicazioni e proposte al momento della richiesta di presa in carico di dimissione protetta alla COT, che provvede all'organizzazione ed attivazione dei servizi e professionisti preposti alla valutazione, ove non già attivati dalla struttura di ricovero, e, in caso positivo, alla successiva garanzia della presa in carico.

Come descritto in precedenza, ogni qualvolta la presa in carico dal setting di ricovero o domicilio prospetti interventi complessi ed in team multidisciplinari e/o multiprofessionali, si procede alla valutazione del caso in sede di UVT ed alla definizione del PAI in stretta collaborazione con il MMG/PLS dell'assistito e, quando necessario, anche il Piano riabilitativo individuale (PRI), se servizi e prestazioni annesse possano essere erogati anche in telemedicina.

Nell'ambito dell'**assistenza territoriale**, il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvisa 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. La COT visualizza la richiesta, prendendola in carico ed informando l'Unità Operativa ADI o il servizio preposto all'erogazione del telemonitoraggio, attivando anche l'UVT in caso di necessità di coordinare l'attività di altre figure professionali nel caso di situazione complesse.

Pertanto:

#### Il MMG/PLS o il medico specialista:

- ravvisa il bisogno di monitorare da remoto i parametri vitali di un paziente;
- invia alla COT la prescrizione/richiesta informando il paziente o il caregiver dell'avvenuta richiesta;

la **COT**:

- prende in carico la richiesta;
- informa l'Unità Operativa ADI o il servizio di telemedicina;
- attiva, qualora necessario, l'UVT per la valutazione della richiesta;
- visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso

comunicandole all'UVT.

## **Fase 2. Attivazione ed erogazione**

- L'attivatore del telemonitoraggio/telecontrollo è la COT.
- 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 Unità Operativa ADI o dal servizio preposto secondo l'organizzazione locale.
- La COT monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo.
- 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, il cui supporto viene richiesto dalla COT e/o dagli operatori che erogano l'assistenza. Il Centro servizi si occuperà di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti).
- 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. La gestione degli allarmi del telemonitoraggio/telecontrollo generati dalla piattaforma prevede la stesura di uno specifico protocollo.

### **Soggetti/strutture coinvolte**

- **Personale sanitario** 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 del telemonitoraggio/telecontrollo.
- La **COT**: attiva il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo; monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo;
- **Paziente/Caregiver** (telecontrollo): Fornisce dati relativi al proprio stato di salute. La COT si avvale di supporti tecnici per: notificare al MMG/PLS o altri soggetti coinvolti o da coinvolgere; raccoglie, decodifica e classifica il bisogno attraverso un cruscotto su dati di saluti anonimi derivanti da strumenti di telemedicina.

## **12. INDICATORI DI PERFORMANCE SPERIMENTALI DELLE ATTIVITA' DELLE COT**

L'istituzione degli indicatori sperimentali di performance delle COT, che si riportano di seguito, risultano fondamentali nella fase di avvio dell'attività complessa delle COT per analizzare criticamente e in maniera oggettiva le tre fasi del macroprocesso di transizione. Offrono pertanto la possibilità di effettuare degli interventi correttivi utilizzando i supporti tecnici e le informazioni che vengono fornite alla COT per assolvere alle attività che hanno come obiettivo la scelta del setting/procedura assistenziale più opportuno.

### **12.1 Indicatori di dimensione**

- Dimensione assoluta: n° notifiche/richieste totali dai tre setting assistenziali inviate alla COT in 12 mesi
- Dimensione relativa: n° notifiche/richieste totali dai tre setting assistenziali inviate alla COT in 30 giorni

### **12.2 Indicatore di performance**

- Percentuale delle notifiche/richieste prese in carico dalla COT entro 7 giorni
- Percentuale delle notifiche/richieste che hanno completato le tre fasi di transizione rispondenti ai tempi previsti per il setting scelto in base al numero totale delle notifiche/richieste.

### 12.3 Indicatore di complessità

- Indicatore quantitativo: n° di operatori coinvolti per il completamento della transizione (operatori coinvolti/n° richieste). (es. Il coinvolgimento dell'UVT nelle dimissioni protette/ammissioni protette **difficili** determinerà un reclutamento di risorse elevato, così come ad es. la necessità di modificare il setting assistenziale rispetto a quanto stabilito inizialmente)

### 12.4 Indicatori di qualità

- Standard di servizio: Tempo di risposta entro le 24 ore nella transizione ospedale-territorio

### 12.5 Indicatore di gradimento

- Appositi questionari rivolti a tutti gli operatori coinvolti nel macroprocesso della transizione.

## 13. RISULTATI ATTESI

L'attuazione della procedura/documento operativo per le COT della ASL 1 Sassari permette la governance, l'uniformità nella gestione di processi con alto indice di complessità e favorisce attraverso il corretto rispetto del completamento delle tre fasi di transizione suddette una:

- corretta definizione del bisogno assistenziale del singolo paziente
  - effettiva presa in carico da parte della COT che sua volta indirizza l'assistito verso il setting assistenziale corretto in accordo con il personale/strutture coinvolte
  - monitoraggio continuo dei flussi assistenziali con possibilità di effettuare interventi correttivi
  - riduzione dei ricoveri impropri ospedalieri e dei frequent flyers dei bed blockers
- La suddetta procedura permette la governance, l'uniformità e il controllo dell'utilizzo del servizio di telemedicina favorendo:
- la disponibilità di assistenza sanitaria in aree remote e logisticamente disagiate;
  - agevolazione dell'assistenza sanitaria con maggiore cooperazione tra i sistemi PUA-SUA-UVT e altro personale sanitario e socio-sanitario coinvolto;
  - gestione dei pazienti con bassi livelli di intensità in televisita, prediligendo le visite in presenza solo per i pazienti più complessi;
  - coinvolgimento diretto del paziente/caregiver che diventa partecipe e acquista una maggiore consapevolezza del percorso assistenziale;
  - facilitazione all'accesso alle attività previste nei percorsi individuali (PAI/PRI)

È previsto un monitoraggio costante durante tutte le fasi di sviluppo ed esecuzione del progetto al fine di identificare potenziali problemi e mettere in pratica nel minor tempo possibile azioni correttive.

## 14. RIFERIMENTI

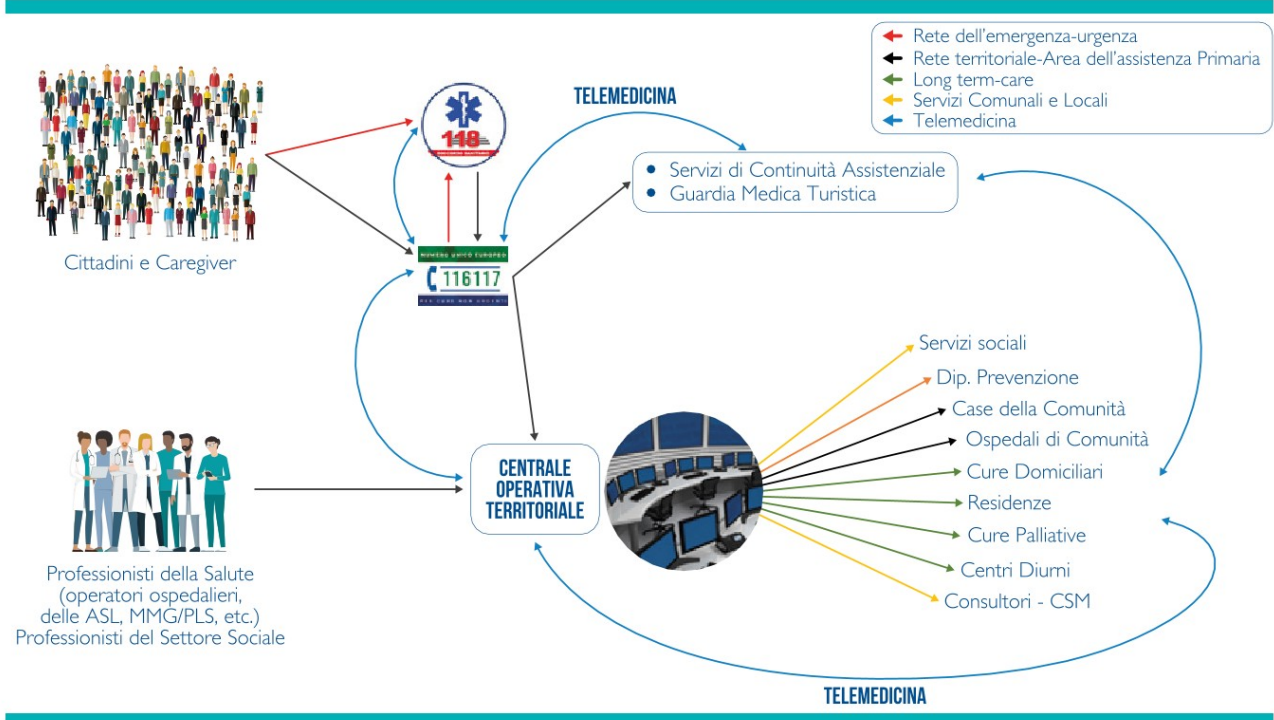
1. Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n° 77
2. Delib. G.R. n° 37/24 del 14/12/2022
3. Delib. G.R. n°4/59 del 16/02/2023
4. Delib. G.R. n° 28/11 del 24/08/2023
5. D.M. 29/04/2022

ARCHIVIAZIONE: La presente procedura è conservata in formato cartaceo ed elettronico nei locali della Direzione Generale, nelle sedi delle COT di Rizzeddu e COT di Ittiri e nella sede della S.S. COT e OdC del Distretto Socio-Sanitario di Sassari, dell'Anglona, della Nurra e della Romangia.

Per eventuali problematiche non individuate dal presente documento si rimanda alle disposizioni Aziendali e comunque all'uso della buona e corretta prassi medica nelle pratiche assistenziali.

**15. ALLEGATI**

**Allegato 1. Relazioni funzionali delle COT (fonte Agenas)**



**Figura 1. Ruolo delle COT nella transizione Ospedale-Territorio (fonte Agenas)**

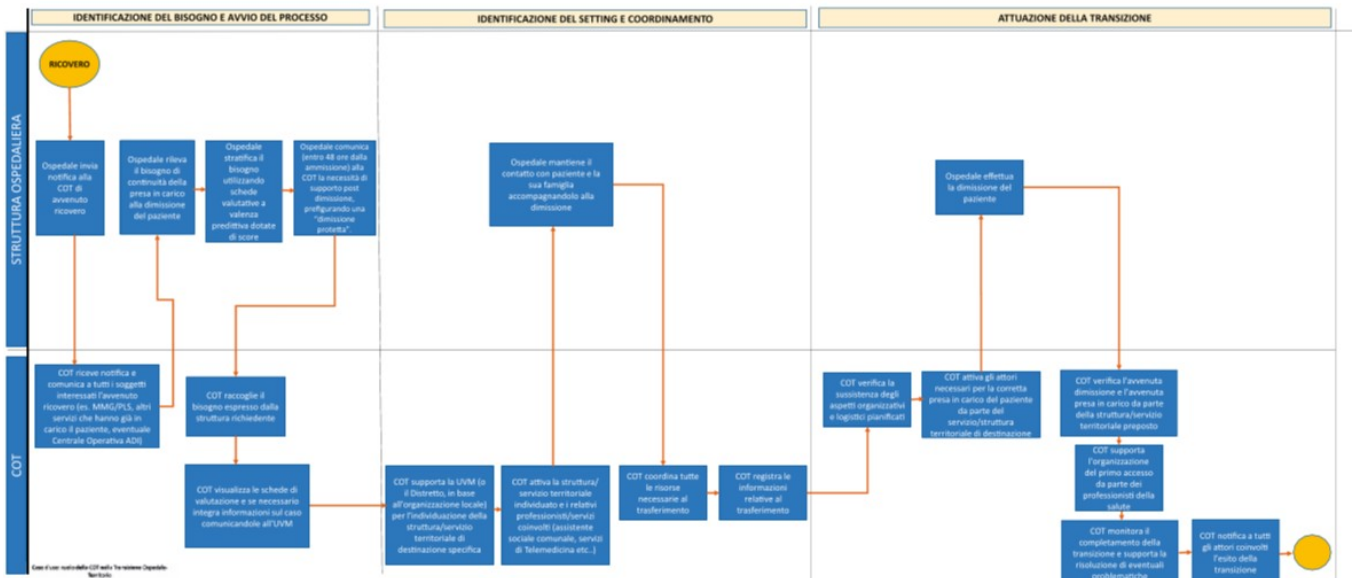


Figura 2. Ruolo delle COT nella transizione Territorio-Ospedale (fonte Agenas)

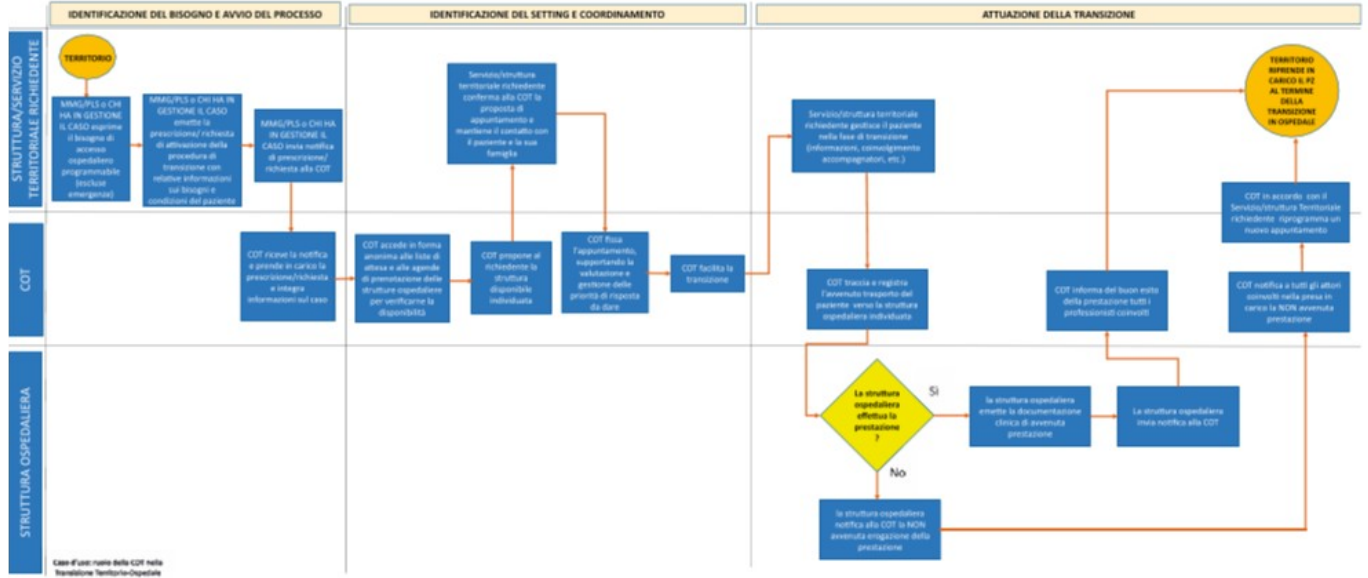
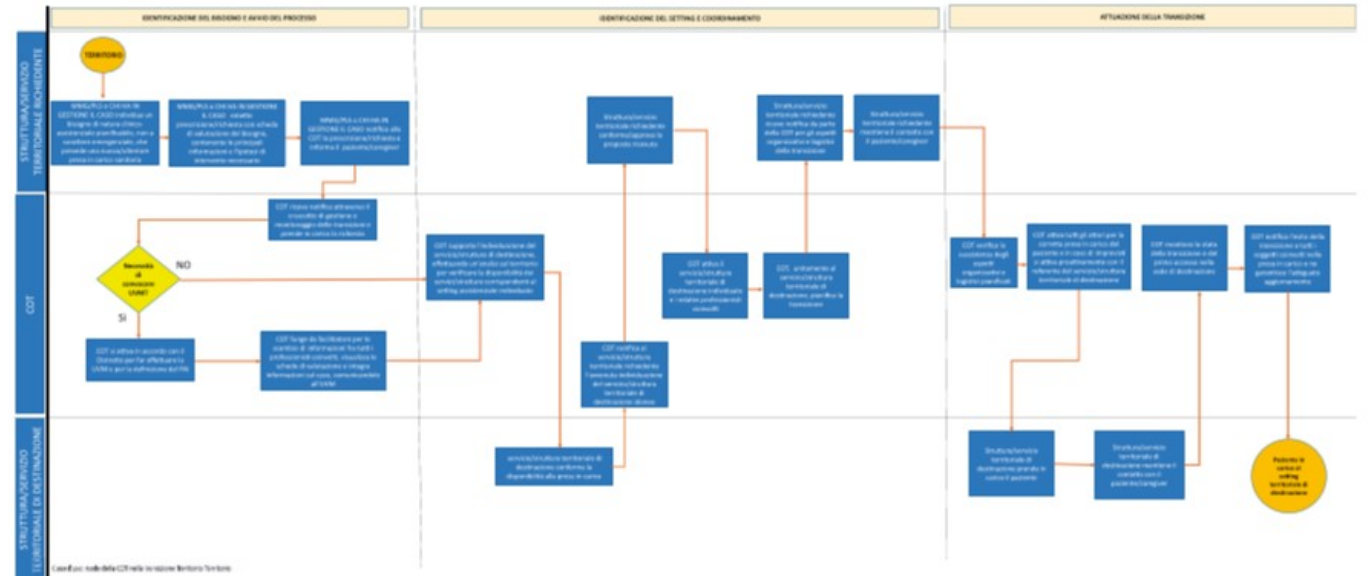


Figura 3. Ruolo delle COT nella transizione Territorio-Territorio (fonte Agenas)



Redatto a cura della  
Responsabile SS COT  
e Ospedali di Comunità del Distretto di Sassari  
Dott.ssa Maria Piera Ruggiu

