



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 28/11 del 24.8.2023

Linee di indirizzo per la costituzione delle Centrali operative territoriali (COT)



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Sommario

Premessa.....	3
Implementazione organizzativa del modello COT	5
La transizione Ospedale-Territorio.....	5
Identificazione del bisogno e avvio del processo (FASE 1)	5
Identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione (FASE 2)	7
Attuazione della transizione (FASE 3).....	8
La transizione Territorio - Ospedale.....	9
Identificazione del bisogno e avvio del processo (FASE 1)	9
Identificazione del setting di destinazione e Coordinamento della transizione (FASE 2)	10
Attuazione della transizione (FASE 3).....	10
La transizione Territorio - Territorio.....	11
Identificazione del bisogno e avvio del processo (FASE 1)	12
Identificazione del setting e Coordinamento della transizione (FASE 2)	13
Attuazione della transizione (FASE 3).....	14
Coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – telemonitoraggio e/o telecontrollo - (D.M. 29 Aprile 2022).....	15
Ruolo della COT nel coordinamento dei servizi di telemedicina	16
Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta (FASE 1).....	16
Attivazione ed erogazione (FASE 2)	16



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Premessa

Il ruolo delle Centrali operative territoriali (COT) va inquadrato all'interno del Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024 di cui alla Delib.G.R. n. 9/22 del 24.03.2022, in attesa di approvazione del Consiglio regionale della Sardegna, e del provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale regionale, 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 la Delib.G.R. n. 4/59 del 16.02.2023, compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della propria autonomia organizzativa. In tale provvedimento le COT sono definite: *“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 verso l'appropriata soluzione. 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 pertanto uno strumento organizzativo innovativo e agisce in forte interconnessione con la Unità di valutazione territoriale (UVT), in quanto svolge funzioni di coordinamento degli interventi per la presa in carico dell'assistito e di raccordo tra le attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza (per il tramite del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117)”*.

Il ruolo della COT è funzionale ai punti di accesso unitario dei servizi sanitari (PASS), individuati in ogni presidio ospedaliero e in ogni distretto, composti da responsabili del percorso clinico, in diretta relazione con i medici di medicina generale, e, all'interno delle Case della salute (della comunità), allo sportello unico di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni socio sanitarie (SUA), in stretta integrazione con l'attuale organizzazione territoriale per la presa in carico dei cittadini affidata al sistema SUA/PUA/UVT.

La COT ha la funzione di supportare il sistema nella gestione del paziente fragile, compresi i pazienti non autosufficienti e con disabilità gravissima di cui alla Delib.G.R. n. 7/11 del 28.02.2023, in dimissione protetta o che transita nel territorio da un setting assistenziale ad un altro. Il bisogno di natura clinico-assistenziale deve essere pianificabile e non a carattere emergenziale. La COT assicura/facilita il transito all'interno di setting di cura diversi attraverso “azioni limitate nel tempo, progettate per assicurare il coordinamento e la continuità tra livelli e/o setting di cura anche di complessità differenziali all'interno di una o più strutture di offerta, dalle cure primarie fino a quelle ultra specialistiche”.

La COT è un servizio a valenza distrettuale che garantisce il coordinamento, l'ottimizzazione e l'integrazione degli interventi, attraverso l'attivazione di tutte le risorse socio-sanitarie presenti sul territorio di riferimento, anche mediante l'utilizzo dei sistemi di Telemedicina, al fine di migliorare accessibilità, continuità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Nello specifico, la COT funziona da facilitatore per il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, favorendo la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino.

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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 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). Attraverso tale ruolo la COT assicura il supporto informativo, organizzativo e logistico delle “transizioni dei pazienti da un setting di assistenza all’altro”, facendosi carico delle necessità espresse dal professionista del setting di provenienza responsabile del caso, contattando e attivando i servizi necessari alla definizione del setting di destinazione. Fornisce inoltre supporto ai processi necessari, tracciando, monitorando e registrando la transizione e il suo esito;
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale. A seguito del ricevimento della richiesta di inserimento in una struttura territoriale, o ospedaliera, oppure di attivazione di Cure Domiciliari Integrate (ADI), di Servizi socio assistenziali, di riabilitazione, la COT effettua le necessarie verifiche di posti letto nelle RSA, Centri diurni, Ospedali di Comunità (OdC), Hospice, riabilitazione, ospedale e quella sulla capienza di prestazioni di ADI e riabilitazione. In caso di mancanza di posti letto (o capienza di prestazioni) presso il setting di destinazione individuato, la COT informa l'UVT e fa una proposta alternativa che comunque deve essere vagliata e confermata dall'UVT. Inoltre provvede alla attivazione/prenotazione presso il setting di destinazione individuato;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all’altro o da un livello clinico assistenziale all’altro: attraverso il cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni (vedi di seguito) monitora le 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 (Medico di medicina generale (MMG), Pediatra di libera scelta (PLS), Medico di continuità assistenziale (MCA), Infermiere di comunità (IFoC) e degli altri operatori sanitari), relativamente alle attività e servizi distrettuali (orari, dislocazione, processi);
- 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 Case della Comunità (CdC) e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno. Per svolgere tali funzioni la COT deve operare in rete con il PUA, il NEA 116117 e deve stabilire modalità formalizzate di comunicazione con i professionisti della salute che operano nelle CdC, nelle Unità di continuità assistenziale (UCA), nell’ADI, nelle residenze assistenziali, nei centri diurni, nelle strutture ospedaliere, nelle altre strutture territoriali (es. SERD), oltre che con i servizi sociali dei Comuni.

La COT è dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio una piattaforma comune di gestione e monitoraggio delle transizioni, integrata con i principali applicativi



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

di gestione aziendale, e software di registrazione delle chiamate. Inoltre, al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, il sistema informativo della COT, a livello regionale, è interconnesso con quello della Centrale operativa regionale NEA 116117.

Implementazione organizzativa del modello COT

Dal punto di vista operativo, si configurano tre tipologie di transizioni tra setting assistenziali:

1. Ospedale-Territorio;
2. Territorio-Ospedale;
3. Territorio-Territorio.

La COT svolge inoltre un ruolo nel:

4. coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio (Telemonitoraggio e/o Telecontrollo).

La transizione Ospedale-Territorio

Per i pazienti fragili, soprattutto laddove manca una rete relazionale di supporto efficace, la transizione dal contesto assistenziale ospedaliero a quello territoriale costituisce una criticità che, oltre a tradursi in un inutile prolungamento della degenza ospedaliera, impatta negativamente sulla efficacia delle cure, ponendosi anche alla base del ricovero ripetuto.

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 e/o scale validate. La struttura ospedaliera individua gli elementi e il grado di complessità del caso in modo che, in raccordo con gli altri setting (ADI, servizio sociale, ecc.) e con l'UVT, la COT collabori con la stessa contribuendo a identificare la struttura/il servizio più appropriato rispetto al setting di cura verso il quale si vuole indirizzare il paziente. La COT coordina, traccia, monitora ed interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione.

Nelle transizioni di pazienti per i quali è già stata effettuata da parte dell'UVT l'identificazione del setting di destinazione prima del ricovero ospedaliero, alla dimissione da quest'ultimo non è necessario una nuova valutazione da parte dell'UVT, nel caso in cui il PASS non valuti la necessità di una modifica del setting assistenziale.

Identificazione del bisogno e avvio del processo (FASE 1)

Al momento del ricovero, la struttura ospedaliera trasmette una notifica di avvenuto ricovero alla COT che insiste sul Distretto/territorio di residenza del paziente, la quale a sua volta verificherà la presenza di altri servizi attivi su quel paziente ed informerà del ricovero tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico della persona (es. MMG/PLS, Équipe di Cure Domiciliari, servizio sociale comunale, ecc.). Durante il ricovero la struttura ospedaliera, attraverso il PASS, esprime alla COT, almeno quattro giorni prima della prevista dimissione, il bisogno di continuità delle cure per il paziente



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ricoverato, per il quale si prevede alla dimissione la necessità di supporto per la prosecuzione della presa in carico, configurandosi pertanto una “dimissione protetta”.

La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche (cruscotto), prendendola in carico. Alla COT vengono messe a disposizione le sole informazioni necessarie a garantire la continuità delle cure e ad attivare il percorso assistenziale più idoneo a rispondere alle necessità manifestate, monitorando il coinvolgimento di tutti gli attori necessari.

Soggetti/strutture coinvolte - Azioni

La U.O. ospedaliera, anche per il tramite del PASS:

- notifica alla COT l'avvenuto ricovero;

Il PASS:

- riceve la richiesta di intervento per la dimissione protetta dalle UU.OO. ospedaliere;
- supporta le UU.OO. nella raccolta delle informazioni, fornendo consulenza specifica in ambito sanitario e/o sociale, interfacciandosi con il sistema SUA/PUA/UVT distrettuale;
- stratifica il bisogno utilizzando schede valutative a valenza predittiva e dotate di punteggi (score), identificando il bisogno semplice e il bisogno complesso;
- in caso di bisogno complesso segnala alla COT, almeno quattro giorni prima della prevista dimissione, la necessità di supporto post dimissione prefigurandosi una “dimissione protetta”.
- comunica inoltre alla COT la necessità di attivare l'UVT territorialmente competente in base alla residenza del paziente;
- partecipa, laddove richiesto dalla UVT distrettuale competente e/o UU.OO. ospedaliera, alle UVT effettuate in ospedale;
- supporta 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 COT:

- al momento del ricovero (fase 1a) comunica a tutti i soggetti interessati l'avvenuto ricovero (es. MMG/PLS, altri servizi che hanno già in carico il paziente, Unità operativa ADI, ecc.) in modo da informare e consentire il rilascio temporaneo delle eventuali risorse allocate;
- al momento della dimissione (fase 1b) raccoglie il bisogno espresso dal PASS della struttura richiedente;
- visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole, laddove necessario, all'UVT;
- monitora tutte le fasi del processo.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Supporti tecnici ed informazioni necessarie al funzionamento della COT per assolvere alle attività della fase, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta):

- sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente 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) sul paziente;
- 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, ecc.).

Identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione (FASE 2)

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

Raccordandosi direttamente con la struttura ospedaliera, che mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia accompagnandolo alla dimissione, la COT pianifica ed organizza il momento della dimissione e la transizione verso il nuovo setting territoriale individuato, sulla base delle condizioni del paziente.

Soggetti/strutture coinvolte - Azioni

UVT:

- identifica il livello assistenziale e il setting di destinazione, qualora necessario. Non è infatti necessaria una nuova valutazione da parte dell'UVT, nel caso in cui il PASS non valuti la necessità di una modifica del setting assistenziale.

La COT:

- supporta l'UVT o il PASS nell'individuazione della struttura/servizio di destinazione specifica;
- attiva la transizione verso la struttura/servizio territoriale individuata e i relativi professionisti/servizi coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi territoriali /Distretto, Cdc, servizi di telemedicina ecc.) anche tenendo conto della condizione dei pazienti già presi in carico;
- coordina tutte le risorse necessarie al trasferimento;
- monitora le informazioni relative alle transizioni.

La struttura ospedaliera:

- mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia accompagnandolo alla dimissione.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Supporti tecnici ed informazioni necessarie al funzionamento della COT per assolvere alle attività della fase, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta):

- cruscotto dei pazienti in dimissione (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) con lo stato di avanzamento (es. esito della Valutazione Multidimensionale, 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.

Attuazione della transizione (FASE 3)

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

Soggetti/strutture coinvolte - Azioni

La COT:

- 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/struttura 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.

Supporti tecnici ed informazioni necessarie al funzionamento della COT per assolvere alle attività della fase, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta):

- 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”.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La transizione Territorio - Ospedale

Il Territorio (in particolare MMG/PLS, medico palliativista per un paziente che risiede al proprio domicilio o medico del distretto/referente della struttura per un paziente che risiede presso una struttura socio sanitaria ad esempio RSA o a valenza sociale ad esempio Comunità alloggio) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero programmabile (ammissione protetta), in ogni caso deve essere previsto il raccordo con il MMG e/o PLS.

Identificazione del bisogno e avvio del processo (FASE 1)

Il sanitario che ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS, qualora la richiesta non provenga dallo stesso, concorda la necessità di un accesso ospedaliero programmabile. A fronte della necessità viene emessa una prescrizione/richiesta di attivazione della procedura con le relative informazioni sui bisogni e condizioni del paziente (es. necessità ossigeno o specifici presidi, presenza di accompagnatore, possibilità di trasporto da sdraiato/seduto, ...ecc.).

La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni, prendendola in carico.

Soggetti/strutture coinvolte - Azioni

MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o referente della struttura o chi ha in gestione il caso:

- ravvisa il bisogno di un intervento che prevede un accesso ospedaliero programmabile e predispone la prescrizione/richiesta;
- invia alla COT la prescrizione/richiesta.

La COT:

- prende in carico la prescrizione/richiesta;
- integra informazioni sul caso.

Supporti tecnici ed informazioni necessarie al funzionamento della COT per assolvere alle attività della fase, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione si ritiene necessario disporre di:

- 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).



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Identificazione del setting di destinazione e Coordinamento della transizione (FASE 2)

La COT, accedendo alle liste di attesa e alle agende di prenotazione, propone al richiedente la struttura ospedaliera più idonea con le relative disponibilità di appuntamento. Il servizio territoriale richiedente conferma la proposta sulla base della situazione clinica e organizzativa del paziente, lo informa e insieme alla COT organizza il trasporto.

La COT fissa l'appuntamento concordato all'interno dell'agenda della struttura ospedaliera prescelta.

Soggetti/strutture coinvolte - Azioni

La COT:

- 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, la transizione (es. organizzazione dell'appuntamento e accesso) del paziente dal territorio alla struttura ospedaliera individuata.

La struttura/servizio territoriale richiedente:

- conferma alla COT la proposta di appuntamento;
- mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia.

Supporti tecnici ed informazioni necessarie funzionamento della COT per assolvere alle attività della fase, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione si ritiene necessario disporre di:

- 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.).

Attuazione della transizione (FASE 3)

La COT traccia e registra il buon esito della transizione del paziente verso la struttura ospedaliera individuata. Il documento emesso dall'ospedale al termine della prestazione (es. foglio di ricovero, lettera di dimissione, referto, ecc.) genera una notifica alla COT la quale a sua volta informerà del buon esito della prestazione tutti i professionisti coinvolti.

Nel caso in cui la prestazione non sia stata erogata, l'ospedale informa la COT che in accordo con



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

la struttura/servizio territoriale richiedente, che ha in gestione il caso, riprogramma un nuovo appuntamento.

Soggetti/strutture coinvolte - Azioni

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, riprogrammando un nuovo appuntamento nel caso in cui la prestazione non venga erogata.

La struttura ospedaliera:

- effettua la prestazione;
- a seguito della prestazione emette la documentazione clinica dandone notifica alla COT, eventualmente notifica la non avvenuta prestazione alla COT nel caso di impedimenti.

La struttura/servizio territoriale richiedente:

- gestisce il paziente nella fase di transizione (es. informazione, coinvolgimento accompagnatori, ecc.);
- prende in carico il paziente al termine della transizione in ospedale;
- in accordo con la COT riprogramma un nuovo appuntamento, nel caso in cui la prestazione non venga erogata.

Supporti tecnici ed informazioni necessarie al funzionamento della COT per assolvere alle attività della fase, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione:

- 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 del paziente (prestazioni ospedaliere);
- sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

La transizione Territorio - Territorio

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

Nel presente caso d'uso viene approfondito lo scenario in cui si palesa la necessità di assecondare un bisogno sociosanitario di nuova manifestazione per un paziente che risiede in una struttura a



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

valenza sociale (Comunità Alloggio, ecc.) oppure in una struttura sociosanitaria (RSA, Residenzialità per disabili, ecc.) o al proprio domicilio.

Chi ha in carico il caso invia al sistema SUA/PUA e alla COT una segnalazione contenente la descrizione del bisogno e le principali informazioni sul caso; può contenere l'ipotesi di intervento che si ritiene necessario.

Il sistema SUA/PUA offre risposte personalizzate e proporzionali all'intensità di cura e indirizzando l'assistito direttamente verso i servizi sanitari appropriati o, nel caso di bisogno complesso, verso la valutazione multidimensionale in unità operative specializzate (UVT) le quali garantiscono la presa in carico, l'appropriatezza ed il monitoraggio degli esiti degli inserimenti.

La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni prendendola in carico.

La presa in carico di questa necessità esiterà in una transizione verso:

- un'integrazione di presa in carico con servizi aggiuntivi (integrazione tra servizi);
- una transizione verso struttura sanitaria o altra sociosanitaria territoriale (transizione tra setting).

Identificazione del bisogno e avvio del processo (FASE 1)

Il MMG/PLS o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso, individua un bisogno di natura clinico assistenziale pianificabile non a carattere emergenziale, ed invia una segnalazione alla COT ed al sistema PUA/UVT.

La segnalazione deve contenere la descrizione del bisogno, l'ipotesi di intervento necessario, le principali informazioni sul caso (es. diagnosi, descrizione della disabilità, grado di autonomia, ecc.). La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni), prendendola in carico.

Soggetti/strutture coinvolte - Azioni

MMG/PLS o chi ha in gestione il caso (es. referente di struttura, ecc.), previo raccordo con MMG/PLS:

- individua un bisogno di natura clinico assistenziale pianificabile che prevede una nuova/ulteriore presa in carico sanitaria;
- produce una scheda di valutazione del bisogno del paziente con le principali informazioni;
- invia la scheda di valutazione del bisogno al PUA/UVT;
- notifica la prescrizione/richiesta alla COT attraverso il cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;
- informa il paziente/caregiver della avvenuta richiesta.

Il sistema SUA/PUA/UVT



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- individua le priorità socio-assistenziali e indirizza gli ingressi al sistema in funzione della complessità assistenziale;
- offre risposte personalizzate e proporzionali all'intensità di cura e indirizza l'assistito direttamente verso i servizi sanitari appropriati o, nel caso di bisogno complesso attiva l'UVT;
- L'UVT effettua la valutazione multidimensionale garantendo così la presa in carico, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI).

La COT:

- prende in carico la richiesta;
- si attiva, se necessario, in accordo con il Distretto, per far effettuare all'UVT la valutazione multidimensionale 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 UVT.

Supporti tecnici ed informazioni necessarie al funzionamento della COT per assolvere alle attività della fase, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione:

- sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente 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) sul paziente;
- mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.).

Identificazione del setting e Coordinamento della transizione (FASE 2)

La COT, sulla base degli esiti della valutazione/rivalutazione/richiesta, 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.). Una volta individuata la struttura o il servizio più idoneo, la COT provvede a contattarla e a pianificare la presa in carico, e quindi la transizione. Successivamente, notifica l'avvenuta pianificazione della transizione al soggetto richiedente e a tutti gli altri attori coinvolti nel processo (MMG/PLS ecc.).

Soggetti/strutture coinvolte - Azioni

La COT:

- raccoglie e trasmette le informazioni utili a gestire la transizione (es. bisogni specifici,



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

personalizzazione della presa in carico, ecc.);

- supporta l'UVT nell'individuazione del servizio/struttura di destinazione effettuando 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 struttura/servizio territoriale richiedente:

- riceve notifica, da parte della COT, di avvenuta individuazione della struttura/servizio sanitaria/sociosanitaria 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 il paziente e la sua famiglia, accompagnandolo nella transizione.

La struttura/servizio territoriale di destinazione:

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

Supporti tecnici ed informazioni necessarie al funzionamento della COT per assolvere alle attività della fase, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione:

- 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.);
- database delle strutture/servizi territoriali con l'indicazione delle eventuali disponibilità (mappatura).

Attuazione della transizione (FASE 3)

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.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Soggetti/strutture coinvolte - Azioni

La COT:

- 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.

La struttura/servizio territoriale di destinazione:

- prende in carico il paziente;
- mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia.

Supporti tecnici ed informazioni necessarie al funzionamento della COT per assolvere alle attività della fase, limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione:

- 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.).

Coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – telemonitoraggio e/o telecontrollo - (D.M. 29 Aprile 2022)

Il ruolo della COT in tale ambito è quello di provvedere all'attivazione del percorso della telemedicina, sia nel caso in cui l'attivazione sia prevista dal setting domiciliare che da un setting di ricovero. In quest'ultimo caso è il personale della struttura che, ravvedendo la possibilità di prosecuzione delle cure attraverso interventi domiciliari anche supportati da servizi di telemedicina, 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.

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).

Il PAI presenterà, oltre agli elementi tradizionalmente costitutivi, gli eventuali servizi e prestazioni che



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

potranno essere erogati in telemedicina.

Ruolo della COT nel coordinamento dei servizi di telemedicina

Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta (FASE 1)

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 secondo l'organizzazione locale. Nel caso in cui venga ravvisata la necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, la COT attiverà l'UVT al fine di valutare la richiesta di attivazione del telemonitoraggio e/o telecontrollo.

Soggetti/strutture coinvolte - Azioni

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;
- informa il paziente/caregiver dell'avvenuta richiesta.

La COT:

- prende in carico la richiesta;
- informa l'Unità Operativa ADI o il servizio preposto secondo l'organizzazione locale;
- 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.

Supporti tecnici ed informazioni che si ritiene debbano essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase 1

Limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata la richiesta di attivazione, si ritiene necessario disporre di:

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

Attivazione ed erogazione (FASE 2)

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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

(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 - Azioni

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;

Supporti tecnici ed informazioni che si ritiene debbano essere a disposizione della COT per assolvere alle funzioni della fase 2:

- 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.