

Rapporto OASI 2022

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



11 COT tra indicazioni nazionali e declinazioni territoriali

di Federica Dalponte, Lucia Ferrara, Angelica Zazzera
e Valeria D. Tozzi¹

11.1 Introduzione

La configurazione di Centrale Operativa Territoriale (COT) è stata identificata dal PNRR e dal DM 77/22 come modello di riferimento per le cure di transizione (di seguito CT) poiché «svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e rete dell'emergenza-urgenza». In particolare, il DM 77/22: a) enfatizza l'importanza di un sistema dedicato allo scambio di informazioni prima, durante e dopo il trasferimento del paziente tra strutture (informazioni sul paziente, sull'offerta disponibile, sui tempi di transizione e sugli esiti degli interventi, ecc.); b) propone specifici standard (una COT ogni 100.000 abitanti) e se ne prevedono 602 finanziate con i fondi del PNRR, collegando la sua funzione su scala distrettuale e immaginandola operativa sette giorni su sette. Il personale previsto per la COT comprende un coordinatore infermieristico, da tre a cinque infermieri e una o due unità di personale di supporto. Prima dell'esperienza pandemica, in Italia l'attenzione sulle CT era limitata e le esperienze (poche) circoscritte alla configurazione delle «centrali». Come osservato nel Rapporto OASI 2021, il quadro internazionale, invece, esplicita una pluralità di configurazioni e un dibattito intenso (Ferrara *et al.*, 2021).

Il tema della COT appare quello più controverso sul piano definitorio rispetto a tutte le altre innovazioni territoriali proposte dal PNRR e dal DM 77/22 per le seguenti ragioni. In primo luogo, le COT non sono una struttura di offerta, come le Case della Comunità (di seguito CdC) o gli Ospedali di

¹ Benché il capitolo sia frutto di un lavoro comune, sono da attribuire a Federica Dalponte i paragrafi 11.2, 11.3.2, a Lucia Ferrara i paragrafi 11.3.1.1, 11.3.1.3, 11.3.1.5, 11.4.4, a Valeria D. Tozzi i paragrafi 11.1 e 11.5, e a Angelica Zazzera i paragrafi 11.3.1.2, 11.3.1.4, 11.4.1, 11.4.2, 11.4.3. Il capitolo non sarebbe stato possibile senza la partecipazione degli esperti aziendali che hanno consentito di sviluppare i diversi casi qui discussi, a cui va il nostro più sentito ringraziamento.

Comunità (di seguito OdC), ma un servizio «interno» all'ASL, attivabile da diverse strutture di offerta (ad esempio, gli ospedali) o da professionisti sanitari (dal medico di medicina generale - MMG - fino allo specialista), ma non dal paziente. Esse servono a rendere più efficace ed efficiente la continuità delle cure per quei casi per i quali risulta particolarmente complessa. L'integrazione tra servizi (sia della medesima azienda che tra aziende sanitarie diverse) è un tema specifico e contingente nei diversi territori e per tale motivo risulta meno generalizzabile rispetto alle strutture di offerta. In questa prospettiva, le indicazioni del DM 77/22 non potevano che essere «di riferimento», richiedendo una sorta di interpretazione e di «costruzione di senso» azienda per azienda e regione per regione.

In secondo luogo, la COT interviene sui fabbisogni di integrazione che inibiscono l'accesso (spesso fisico) da parte del paziente a servizi diversi, in presenza di una strategia clinica già definita che deve trovare specifica implementazione tra servizi erogati in luoghi e/o *setting* diversi. Inoltre, in linea generale, le soluzioni organizzative dedicate alle transizioni si rivolgono soprattutto a quelle che accadono occasionalmente. Poiché le questioni di accessibilità ai servizi sono molteplici, quello che si osserva è una sorta di «abuso» del concetto di «centrale»: spesso si etichettano come centrali le forme di unificazione delle procedure distrettuali che portano a modelli centralizzati di gestione di uno specifico servizio (come nel caso di alcune «centrali ADI» che hanno il vantaggio di uniformare le condizioni di funzionamento di tale servizio in un modello unitario d'azienda). Le COT, come tutte le forme di CT, integrano i servizi «sul» paziente e per la loro efficacia è cruciale avere modelli unitari di gestione dei servizi su ampie scale operative. Il tema dell'unificazione delle procedure di accesso ai servizi distrettuali è un tema diffuso che ha anche un impatto sul funzionamento delle COT (come diremo in seguito) ma che è cosa diversa da queste ultime.

In terzo luogo, l'esperienza delle USCA (unità speciali di continuità assistenziale) ha consentito di sperimentare modelli di integrazione nuovi tra servizi e professionisti in presenza di una condizione di salute nuova e di interventi di tipo straordinario: spesso il coordinamento delle USCA è avvenuto attraverso un *command centre*² aziendale (spesso denominato centrale) che ha coordinato e monitorato gli interventi sui pazienti infetti. Questa esperienza, laddove è risultata efficace, sta spesso plasmando o condizionando le forme di progettazione di COT.

In quarto luogo, la COT rappresenta una delle possibili configurazioni di

² Nieswaag *et al.*, 2022 sottolineano gli elementi che caratterizzano i *command centres* quale strumento per centralizzare la gestione di: a) casi numerosi; b) protocolli di lavoro definiti per l'accesso ai servizi; c) capacità di «acquistare» servizi in ragione di rapporti contrattuali con gli erogatori o per programmazione.

transizione, come si è già avuto modo di evidenziare sempre nel Rapporto OASI 2021 (Ferrara *et al.*, 2021). All'interno delle aziende sanitarie esistono già alcune configurazioni di transizioni che, a parere di chi scrive, occorre preservare evitando che tutte le forme di transizione convergano sulle COT fino a farle implodere. È il caso di alcuni modelli di *discharge management* oppure di *case management* (ad esempio, quelli legati alle *unit* di patologia) che orientano il paziente nella filiera dei servizi fino a organizzare l'attivazione di servizi a garanzia della continuità dei percorsi di cura. Le COT si inseriscono, infatti, nel più ampio contesto delle CT, che includono tutte quelle «azioni limitate nel tempo, progettate per assicurare il coordinamento e la continuità tra livelli e/o *setting* di cura anche di complessità differenti all'interno di una o più strutture di offerta, dalle cure primarie fino a quelle ultra specialistiche» (Naylor *et al.*, 2011; Coleman 2003). Focalizzare la missione delle COT in termini di target, di competenze che la compongono e di filiera dei servizi da integrare è cruciale per valorizzare le soluzioni già esistenti nei diversi contesti.

In ultima istanza, prima dell'esperienza pandemica, solo tre contesti regionali avevano sviluppato soluzioni in qualche modo riconducibili alla configurazione centrale di transizione (quale è la COT): il Veneto dal 2014 ha esperienza delle COT nelle proprie ULSS, principalmente rivolte alle dimissioni ospedaliere; la Toscana dal 2016 ha sviluppato nelle tre AUSL le ACOT (agenzie di continuità ospedale-territorio), mentre la Lombardia aveva promosso i Centri Servizi per la presa in carico del paziente cronico dal 2017. Il tema delle centrali di transizione è entrato nelle politiche di poche regioni e il dibattito intorno ad esse è stato meno vivace di quello che ha caratterizzato ad esempio le Case della Salute (CdS).

Le cinque questioni proposte sottolineano quanto siano diverse le premesse alla progettazione delle COT nei diversi contesti regionali e aziendali che inducono un'osservazione dei fenomeni in corso. Sulla base di tali premesse, lo scopo del presente contributo è quello di approfondire i processi di progettazione delle COT indagando le configurazioni emergenti a cavallo tra esperienze vissute e indicazioni nazionali. In particolare, il capitolo verterà sull'analisi di otto casi aziendali, quattro di ASL metropolitane e quattro non metropolitane, distribuite sul territorio nazionale e con diversi livelli di esperienza pregressa delle CT. Inoltre, vengono analizzate le indicazioni regionali che a cavallo dell'estate 2022 le Regioni hanno prodotto per esplicitare l'interpretazione del DM 77/22 e per orientare le scelte progettuali delle aziende sanitarie.

11.2 Obiettivi e metodi

La ricerca condotta per OASI 2022 si pone in continuità con quanto elaborato nel 2021 (Ferrara *et al.*, 2021) e persegue l'obiettivo di approfondire le scelte

che le realtà aziendali stanno adottando per l'attivazione o la riprogettazione delle COT, distinguendo cosa sta accadendo in quei contesti che avevano già modelli di centrale per la transizione prima della pandemia rispetto alle ASL chiamate ad attivarle per via delle norme nazionali. Il fenomeno che si intende analizzare è l'interpretazione della COT quale principale configurazione di CT che si sta diffondendo nel Paese, che aziende con diverso *background* esperienziale stanno sviluppando, bilanciando le indicazioni nazionali con le specificità locali. Pertanto, l'approccio utilizzato è quello che indaga i processi di *policy implementation* (Smith 1973) e che intende mettere in evidenza cosa sta accadendo nei diversi contesti e quali interpretazioni di COT stanno emergendo in fase di implementazione delle indicazioni nazionali.

La ricerca adotta una strategia di natura qualitativa secondo il metodo dello studio di casi (Yin 2009): gli otto casi aziendali (ASST Niguarda, ASST Lodi, AUSL Bologna, AUSL della Romagna, ASL Roma 1, ASL Roma 6, ASL Foggia e ASL Bari) (Tabella 11.1) afferiscono a quattro regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Puglia) in modo da rappresentare aree geografiche differenti (Nord-ovest, Nord-est, Centro e Mezzogiorno). Per ciascuna regione è stato selezionato un contesto metropolitano e uno non metropolitano poiché tra le ipotesi di ricerca vi è quella di configurazioni di COT differenti a seconda della densità della rete di offerta e della popolazione di riferimento.

Tabella 11.1 **Gli otto casi aziendali analizzati all'interno del capitolo**

Regione	Azienda	Metropolitano/Non metropolitano	Popolazione (al 31/12/2020)	N. Distretti
Lombardia	ASST Niguarda	Metropolitano	187.773 (Municipio 9)	1
Lombardia	ASST Lodi	Non metropolitano	233.205	2
Emilia-Romagna	AUSL Bologna	Metropolitano	882.882	6
Emilia-Romagna	AUSL della Romagna	Non metropolitano	1.117.062	8
Lazio	ASL Roma 1	Metropolitano	998.225	6
Lazio	ASL Roma 6	Non metropolitano	569.342	6
Puglia	ASL Bari	Metropolitano	1.230.158	12
Puglia	ASL Foggia	Non metropolitano	602.394	8

Quattro aziende avevano già sviluppato prima dell'esperienza pandemica delle centrali di transizione (ASST Niguarda, ASL Roma 1, AUSL Bologna e AUSL della Romagna) e quattro aziende non avevano centrali di transizione, ma durante il periodo pandemico hanno coordinato centralmente la gestione dei pazienti Covid-19 con forme di *centralised command center*, fungendo da vero e proprio fulcro operativo trasversale e multidisciplinare per la gestione dei

pazienti durante le diverse fasi della crisi (ASL di Foggia, ASST Lodi, ASL Roma 6 e ASL Bari).

Ogni caso studio è stato sviluppato attraverso l'analisi della documentazione aziendale disponibile sul tema delle COT (es. delibere regionali o aziendali, protocolli) e lo svolgimento di interviste semi-strutturate a referenti della Direzione Strategica, ai responsabili dei gruppi di lavoro dedicati al PNRR e ai referenti delle COT, ove presenti.

Per leggere in modo comparativo gli otto casi, è stato utilizzato il *framework* di analisi dei modelli di CT pubblicato anche nel Rapporto OASI 2021 (Ferrara *et al.*, 2021, Zazzera *et al.*, 2021). Di seguito si riporta la descrizione delle 3 dimensioni di analisi del *framework*.

- A. Il modello di servizio delinea: i) qual è il target di riferimento; ii) qual è il flusso di pazienti gestito dalla centrale (solo il flusso *step up*, solo il flusso *step down*, oppure entrambi i flussi); iii) qual è la filiera di servizi di riferimento; iv) se vi sono relazioni dirette con l'utente o con la sua famiglia (ad esempio per condividere informazioni, per attività di educazione o per attività di valutazione del bisogno) o se il contatto con il paziente è mediato da professionisti sanitari; v) se vi è un modello *front office* o *back office*: la centrale può essere un servizio attivabile solo da operatori aziendali o altri soggetti istituzionali extra aziendali, oppure contattabile anche dal paziente o dal suo *caregiver* ad esempio con degli sportelli che fungono da punto di accesso diretto.
- B. Le funzioni. Questa dimensione comprende sette possibili funzioni che la centrale può agire: i) valutazione dell'appropriatezza della segnalazione (per esempio verificando che i casi segnalati alla COT siano coerenti con il target di pazienti per cui è stato definito, in quello specifico contesto e in linea con le strategie aziendali, che la COT sia attivata); ii) identificazione del bisogno del paziente: le centrali possono integrare la valutazione dei bisogni dei pazienti che le sono stati segnalati (ad esempio con l'attivazione di unità di valutazione multidisciplinare o con l'utilizzo di algoritmi) oppure possono solo ricevere la domanda di CT e la valutazione è stata precedentemente completata dall'attore inviante; iii) individuazione del *setting* coerente rispetto al bisogno del paziente partendo dalle informazioni sul caso oppure attivazione del servizio indicato dalla struttura inviante; iv) verifica della disponibilità del servizio necessario con sistemi diversamente automatizzati; v) prenotazione del servizio attraverso strumenti e procedure specifiche (committenza); vi) monitoraggio delle condizioni di salute del paziente anche a seguito della transizione; vii) monitoraggio e *reporting* dei processi di transizione gestiti.
- C. Condizioni organizzative. Questa dimensione fa riferimento a: i) la collocazione fisica in cui è inserita la centrale; ii) il bacino di riferimento azienda-

le o distrettuale. Questa variabile rappresenta una modifica al *framework* necessaria per inquadrare come le ASL riescono a rispettare sia la valenza distrettuale prevista dal DM 77/22 sia il numero di COT programmato e concordato con Agenas; iii) la dipendenza organizzativa; iv) il personale che opera all'interno del team della centrale; v) i sistemi informativi a supporto delle funzioni agite dalla centrale; vi) il finanziamento delle COT che vede alle risorse aziendali, usate nei casi pre pandemici, associarsi quelle del PNRR per l'attivazione delle 602 COT nazionali.

Lo studio dei casi è stato integrato da un Focus Group³ realizzato con diversi rappresentanti delle Direzioni Strategiche di aziende distribuite sul territorio nazionale per discutere i risultati sui casi.

L'analisi dei casi è presentata nel paragrafo seguente e vede l'applicazione del *framework* a quei contesti in cui la progettazione della COT prevista da PNRR e DM 77/22 si inserisce in un quadro di esperienza pregressa di centrale di transizione (ASST Niguarda, ASL Roma 1, AUSL Bologna e AUSL della Romagna). I restanti casi aziendali (ASL Roma 6, ASST Lodi, ASL di Foggia e ASL di Bari) sono presentati con una sintesi delle progettualità *in fieri* o delle ipotesi di lavoro se non ancora configurate. A conclusione della presentazione dei casi in chiave interpretativa, vengono discussi i risultati e introdotte le conclusioni.

11.3 Le COT e le aziende sanitarie

Come anticipato nel paragrafo precedente, un primo elemento discriminante è rappresentato dalle esperienze aziendali in merito alle COT: infatti quattro delle otto ASL hanno delle progettualità riconducibili alle COT, sviluppate già prima dell'esperienza pandemica e dedicate alla gestione della transizione dei pazienti complessi dal punto di vista sanitario e socio-assistenziale. In questi casi la pandemia ha comportato la ridefinizione delle funzioni delle centrali e l'ampliamento del target di riferimento, prevedendo spesso una relazione con le USCA che si sono inserite come elemento di ulteriore valorizzazione delle forme di integrazione tra servizi territoriali già in rete. Nei restanti casi, vi sono

³ Il Focus Group si è svolto in data 9 maggio 2022 e ha visto la partecipazione di Carmela Matera, ASL Roma 4; Roberto Di Cicco, ASL Roma 4; Lorenzo Maffioli, ASST dei Sette Laghi; Gaetano Elli, ASST Garda; Enrico Tallarita, ASST Lodi; Salvatore Gioia, ASST Lodi; Wanda Giorgione, ASST Lodi; Simona Giroldi, ASST Niguarda; Teresa Foini, ATS Brianza; Andrea Magnacavallo, AUSL Piacenza; Filippo Celaschi, AUSL Piacenza; Evelina Cattadori, AUSL Piacenza; Andrea Contini, AUSL Piacenza; Simona Dei, AUSL Toscana Sud Est; Roberto Turillazzi, AUSL Toscana Sud Est. A tutti i partecipanti al Focus Group va il nostro ringraziamento per il contributo fornito.

realtà che hanno dato avvio a prime forme di Centrali operative durante la fase pandemica per la gestione dei pazienti Covid-19 positivi, spesso beneficiando della collaborazione e dell'esperienza delle USCA e di forme di telemonitoraggio, gestione e sorveglianza domiciliare dei pazienti Covid-19. Emerge, quindi, un quadro eterogeneo, sia rispetto ai tempi di sviluppo delle COT sia rispetto ai contenuti di servizio sviluppati che verranno illustrati di seguito.

11.3.1 I casi aziendali con esperienza di centrali di transizione pre-pandemia

L'analisi dei casi aziendali ha fatto emergere come in ASST Niguarda, AUSL Bologna, AUSL della Romagna e ASL Roma 1 erano già state attivate numerose esperienze di Centrali operative, spesso anche all'interno della stessa azienda, con configurazioni e denominazioni distinte. Di seguito si propone una descrizione sintetica di tali esperienze che vengono commentate successivamente nel paragrafo 11.3.1.5 in modo comparato per coglierne gli elementi distintivi.

11.3.1.1 ASST Niguarda

Presso l'ASST Niguarda erano attive già dal 2017 due Centrali operative, il Centro Servizi Aziendale (CSA) istituito dai POAS (Piani di Organizzazione Aziendali Strategici) delle ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali) e il Centro Servizi di Milano (CSM) istituito dall'ATS (Agenzia di Tutela della Salute) Milano. Entrambe le Centrali nascevano dall'esigenza di creare un raccordo tra ospedale e territorio nella gestione dei pazienti fragili che necessitavano di accesso in strutture intermedie, ma presentavano degli elementi distintivi.

Il CSA era una funzione organizzativa che dipendeva dalla direzione socio-sanitaria dell'ASST e fungeva da raccordo tra unità operative dell'ASST Niguarda e CSM. Il CSA, infatti, riceveva le richieste di segnalazione per l'accesso in strutture intermedie e per l'attivazione dell'ADI da parte delle unità operative dell'ASST Niguarda, verificava l'idoneità della richiesta e trasmetteva la richiesta al CSM che gestiva poi la transizione verso le strutture intermedie dell'area metropolitana. La valutazione di idoneità per l'accesso in strutture intermedie avveniva attraverso la compilazione della «scheda unica di valutazione per ricovero in unità di cure intermedie». Qualora invece, ricevuta la richiesta, il CSA non riteneva appropriato procedere con l'ingresso in struttura intermedia, ma proponeva un percorso diverso (es. l'attivazione dell'ADI), la richiesta veniva gestita direttamente da parte del CSA. Il personale del CSA era composto da personale infermieristico, un assistente sanitario e un medico.

A fine 2019 il CSA è evoluto nella Centrale Unica per le dimissioni protette (CUDP) che ha inglobato anche il servizio sociale aziendale. Rispetto al CSA,

la Centrale Unica per le dimissioni protette gestisce la transizione dei pazienti non solo verso cure intermedie e ADI ma anche verso cure sub acute e specialistica riabilitativa. Il personale della Centrale si interfaccia con l'utente e, oltre al personale già presente nel CSA (medico, infermiere e assistente sanitario), prevede anche degli assistenti sociali. La Centrale Unica gestisce la transizione non solo sul territorio della città metropolitana ma supporta il paziente nella transizione da ospedale a zona di residenza, sia a livello regionale che extraregionale.

L'ASST Niguarda è stata a lungo anche la sede del CSM. Il CSM era stato attivato il 24 gennaio 2017 con delibera dell'ATS Città Metropolitana di Milano su proposta delle ASST dell'area metropolitana milanese, per gestire attraverso un coordinamento centralizzato le cure di transizione nell'ambito esclusivo delle strutture intermedie che insistono nell'area metropolitana (Istituto Palazzolo, Istituto Redaelli, Pio Albergo Trivulzio e Don Orione). Sebbene il CSM fosse uno strumento dell'ATS Milano, il coordinamento e la gestione operativa era stata affidata alla direzione socio-sanitaria dell'ASST Niguarda, che pertanto svolgeva un ruolo di coordinamento del CSM in collaborazione con le altre ASST. Il CSM riceveva tutte le richieste provenienti dai CSA delle ASST metropolitane e attivava, per gli utenti idonei, l'invio alle strutture intermedie. L'accesso alle strutture intermedie era, tuttavia, vincolato alla disponibilità delle stesse, poiché esse erano autonome e il CSM, così come i CSA, non disponeva di un accesso diretto al sistema informativo integrato della rete d'offerta e non era in grado di conoscere la distribuzione e disponibilità dei posti letto né, di conseguenza, mettere in campo autonomamente una funzione di *bed management* centralizzata. Il modello di organizzazione del lavoro era multi-professionale e inter-aziendale. Nel gruppo di professionisti del CSM erano presenti un coordinatore medico, degli assistenti sanitari di supporto, un fisioterapista e personale infermieristico delle diverse ASST che partecipavano al progetto (ASST Niguarda, Santi Paolo e Carlo, Fatebenefratelli Sacco e Policlinico di Milano). Ogni infermiere del CSM prendeva in carico i casi segnalati dal CSA della propria azienda. Il personale infermieristico dell'ASST Niguarda dedicato al CSM lavorava a cavallo tra CSM e CSA. Lo strumento principale adottato dal CSM era la scheda di valutazione unica che era stata approvata e messa a regime in tutte le ASST dell'ATS e che comprendeva scale cliniche, di gestione delle terapie e delle medicazioni, scale funzionali (sull'autonomia residua, disturbi psicologici comportamentali, ecc.) e informazioni sulla condizione sociale ed assistenziale dell'utente. Questo livello di dettaglio era funzionale all'attribuzione del profilo per l'accesso alle strutture intermedie e la definizione del percorso individuale (PAI) che doveva essere attivato dalla struttura nel momento dell'accesso dell'utente, come previsto dalla delibera di accreditamento delle strutture intermedie (DGR 3383/2015).

Alla fine del 2019, il CSM è evoluto nella Centrale unica regionale per le

dimissioni post ospedaliere, ovvero il cosiddetto «Portale PRIAMO». Tale Centrale regionale è stata collocata (fino a giugno 2022) presso il Pio Albergo Trivulzio e, nata inizialmente per gestire la richieste di transizione in dimissione da parte degli ospedali per acuti, è stata poi centrale durante l'emergenza Covid-19 per la gestione dei posti letto delle cure extra-ospedaliere (subacuti, postacuti, riabilitazione specialistica sanitaria, cure intermedie estensive e intensive, posti letto in RSA) per i pazienti positivi al Covid-19 sia in dimissione dagli ospedali che provenienti dal territorio e domicilio.

11.3.1.2 AUSL Bologna

Nell'AUSL di Bologna un ricco sistema di Centrali dedicate alla gestione della transizione dei pazienti era stato attivato già negli anni precedenti all'esperienza pandemica. L'AUSL aveva riconosciuto il ruolo delle Centrali come fondamentale, poiché queste si collocavano in un contesto reso complesso da un lato dalla ricchezza di servizi di post acuzie (molto frammentati e non coordinati tra loro) e dall'altro dalla carenza di cure intermedie extraospedaliere. Inoltre, era assente una chiarezza nella definizione delle responsabilità di governo clinico (soprattutto negli snodi di coordinamento della continuità), così come un modello integrato di cure primarie o la presenza di sistemi gestionali omogenei e univoci.

Il sistema di Centrali messo in campo dall'AUSL di Bologna si fondava su due perni: il Punto di Coordinamento dell'Assistenza Primaria (PCAP) e la Centrale Metropolitana Post Acuzie (CEMPA). I PCAP istituiti erano 12, distribuiti nei sei distretti dell'AUSL, con la presenza di un solo PCAP nei distretti meno popolosi e fino a cinque PCAP nei distretti più estesi (come il distretto di Bologna), configurando l'ambito di competenza dei PCAP come distrettuale o sub-distrettuale. Il PCAP rappresentava una Centrale che veniva attivata dalla struttura dimettente per la transizione *step-down* dei pazienti fragili e multiproblematici, principalmente verso letti tecnici di cure intermedie o verso assistenza domiciliare (attivazione di servizi come ADI, cure palliative, trasporti, presidi, ausili o farmaci). Il PCAP poteva essere attivato anche dai MMG per l'invio dei pazienti fragili o cronici verso ambulatori specialistici o dedicati a patologie croniche o a gestione infermieristica (in questo senso il PCAP contribuiva all'attivazione dei PDTA delle patologie croniche) o per l'attivazione di servizi erogati dal terzo settore, in logica *step-up*. Il PCAP poteva prevedere un contatto con il paziente ed era un punto di accesso diretto nella misura in cui nelle Case della Salute (CdS) era inserito all'interno del Punto Unico di Accesso (PUA). Si occupava inoltre di integrare la valutazione dei casi segnalati completando l'identificazione del bisogno legato alla transizione, facilitando l'individuazione del *setting* più appropriato e gestendo la prenotazione o attivazione del servizio o del percorso. La funzione di committenza era garantita per i letti tecnici di cure intermedie, per i quali il PCAP

poteva effettuare direttamente la prenotazione, mentre per gli altri *setting* o servizi il PCAP esercitava una funzione di raccordo tra servizi o professionisti e attivatore di processi. Il personale del PCAP, composto da infermieri, medici di cure primarie (dedicati al 30-40%) e assistenti sociali, veniva supportato per la gestione della transizione a letti tecnici di cure intermedie o per casi particolarmente complessi dal Team di Cure intermedie (TCI), un team multidisciplinare costituito da infermiere, assistente sociale, fisioterapista e geriatra. Tra le attività del PCAP, le funzioni meno sviluppate risultavano il monitoraggio sistematico del processo di funzionamento del PCAP e dell'offerta disponibile di posti letto o servizi (disponibile solo per i letti tecnici di cure intermedie).

L'altra Centrale dell'AUSL di Bologna era la Centrale Metropolitana Post Acuzie (CEMPA), collocata in una CdS dell'AUSL per agire su scala aziendale verso un target più ridotto e specifico di pazienti. La CEMPA (composta da infermieri dell'AUSL, dell'AOU di Bologna e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli) si attivava solo nella funzione di *step-down* per la transizione verso alcuni *setting* di cure post-acute (lungodegenza, riabilitazione estensiva ed intensiva), 3 CRA, 25 posti letto per disturbi della coscienza e 7 ospedali privati accreditati. Era una Centrale interaziendale che non veniva mai attivata dal paziente né prevedeva con esso un contatto diretto e si occupava di integrare la valutazione fatta dall'attore inviante per prenotare il servizio e monitorare l'offerta disponibile, senza intervenire né nell'identificazione del bisogno o del *setting* né nel monitoraggio del percorso del paziente o del suo funzionamento. Sia i PCAP sia la CEMPA utilizzavano un sistema informativo dedicato.

Durante la pandemia l'AUSL Bologna ha attivato il P-COVID, una Centrale dedicata esclusivamente alla gestione dei percorsi dei pazienti Covid-19 dagli ospedali post acuti al domicilio o alle strutture residenziali o agli hotel Covid. Il P-COVID gestiva a livello interaziendale la transizione del paziente a 360 gradi: dalla valutazione della segnalazione all'identificazione del bisogno e del *setting* adeguato, fino alla prenotazione del servizio e al monitoraggio dei percorsi.

11.3.1.3 AUSL della Romagna

Nell'AUSL della Romagna dal 2018 sono stati attivati i Nuclei di Continuità Ospedale-Territorio (NUCOT), delle Centrali con ambito di competenza provinciale, adibite alla gestione della transizione in direzione *step-down* di pazienti con fragilità sanitaria, assistenziale e sociale con difficoltà dimissoria. I quattro NUCOT gestivano la transizione verso le cure intermedie, i posti letto sociosanitari ad alta attività assistenziale (AAA) e il domicilio. I NUCOT hanno rappresentato la principale forma di coordinamento tra le province dell'AUSL e negli anni hanno reso possibile la transizione dei pazienti prenotandone i servizi richiesti dai *setting* invianti (previa integrazione della valutazione e conferma del bisogno e del *setting* individuato dalla UO inviante),

grazie alla possibilità di conoscere lo status dell'offerta disponibile, garantendo il monitoraggio della situazione del paziente anche successivamente alla transizione oltre che alla verifica tramite indicatori concordati a livello aziendale del funzionamento dei NUCOT stessi. Le attività dei NUCOT erano rese omogenee da procedure aziendali che ne determinavano il funzionamento, gli indicatori da monitorare e i modelli di coordinamento tra i responsabili dei NUCOT. I NUCOT erano fisicamente collocati nelle sedi dei Distretti e afferivano a seconda dei casi al Distretto o alla UO Cure Primarie, ed erano coordinati da un referente che afferiva alla Direzione Infermieristica e Tecnica.

11.3.1.4 ASL Roma 1

L'ASL Roma 1 ha attivato a marzo 2019 la Centrale Operativa Aziendale (COA), con l'obiettivo di creare una funzione di raccordo sia tra le strutture aziendali ospedaliere e territoriali, sia tra queste e le strutture extra ASL (pubbliche e private accreditate), per garantire continuità nei percorsi assistenziali. La sperimentazione della COA è nata sul target specifico dei pazienti con Sclerosi Multipla (SM), per migliorare i loro percorsi di transizione tra i Centri SM e il territorio. Il processo di progettazione della COA, che si è sostanziato nell'individuazione del gruppo di lavoro dedicato, nell'analisi del contesto e dei percorsi in ciascun distretto, nella definizione delle funzioni e degli strumenti della COA, ha favorito la standardizzazione dei processi interni aziendali, allora molto eterogenei perché caratteristici di ASL che fino al 2016, data di creazione dell'ASL Roma 1, erano separate.

La COA ha nel tempo ampliato le sue funzioni e ad oggi si occupa principalmente di: a) gestione della lista di attesa unica aziendale per l'accesso alle RSA; b) valutazione (tramite attivazione dell'equipe aziendale di cure palliative) dell'accesso alle cure palliative residenziali e domiciliari; c) facilitazione della dimissione di minori con bisogni sanitari e sociosanitari complessi, che possono beneficiare di assistenza domiciliare integrata. La COA ha quindi un ambito di competenza interaziendale e il target è costituito da persone non autosufficienti o con disabilità grave, persone fragili che necessitano di cure palliative e minori con bisogni sociosanitari complessi. Il personale della COA (un nucleo stabile formato da infermieri, assistenti sociali ed integrato da altri professionisti a seconda dei casi) non incontra direttamente il paziente, e si occupa di integrare l'analisi del bisogno e verificare l'appropriatezza del *setting* o servizio che viene richiesto dall'attore inviante. La COA fa da raccordo con la struttura verso cui il paziente transita o attiva i servizi necessari, assumendo il ruolo di integratore e facilitatore dei contatti tra professionisti, sia interni che esterni alla ASL. Non ha la possibilità di prenotare direttamente o di consultare la disponibilità dei posti letto, né sono sviluppati processi di monitoraggio dei percorsi dei pazienti o indicatori di valutazione del funzionamento della COA stessa.

Durante l'emergenza Covid-19, la COA dell'ASL Roma 1 ha esteso le sue funzioni per gestire la transizione dei pazienti Covid-19 per conto di tutta la Regione, occupandosi nello specifico di: 1) gestione centralizzata, a livello regionale, del flusso dei pazienti Covid-19 positivi autosufficienti/non autosufficienti, provenienti da strutture di ricovero regionali o da domicilio verso strutture protette Covid; 2) gestione centralizzata dei soggetti negativi necessitanti di quarantena vigilata e non; 3) gestione centralizzata dei soggetti negativi individuati quali dimissioni complesse dalle strutture ospedaliere regionali e dalle strutture protette Covid; 4) monitoraggio dei trasferimenti dai reparti di area critica alle strutture di residenzialità intensiva; 5) supporto informativo alle strutture coinvolte nei percorsi di dimissione; 6) segnalazione ai territori di afferenza, aziendali ed extra aziendali (se necessario anche in raccordo con la Sala Operativa Sociale del Comune di Roma) per specifiche condizioni e criticità di residenti e non; 7) inserimento di tutte le attività Covid e non-Covid in un database dedicato per la tracciabilità dei dati. Inoltre, a supporto della COA, nell'epoca pandemica l'ASL Roma 1 ha attivato nell'aprile 2020 anche le Centrali Distrettuali (CD). Le CD sono nate come un supporto locale a MMG e PLS per la gestione territoriale dei pazienti, soprattutto per fornire: a) supporto nella gestione territoriale della popolazione affetta da Covid-19; b) assistenza e telemonitoraggio tramite strumenti regionali; c) coordinamento ed erogazione di attività vaccinali; d) gestione della sorveglianza e del monitoraggio dei casi accertati nelle scuole (in collaborazione con il servizio igiene e sanità pubblica dell'ASL).

11.3.1.5 Le esperienze di centrale di transizione pre-emergenza a confronto

Come si evince dalla descrizione dei casi e dalle Tabelle 11.2, 11.3 e 11.4 che seguono, la comparazione delle esperienze pre-pandemia fa emergere una fotografia estremamente ma fisiologicamente eterogenea di Centrali sia per quanto riguarda la denominazione delle stesse (Centro Servizi, Centrale Operativa Territoriale, Centrale unica per le dimissioni protette, Centrale Operativa Aziendale, Punto di Coordinamento dell'Assistenza Primaria, Centrale Metropolitana Post Acuzie, Nuclei di Continuità Ospedale-Territorio) che per quanto riguarda modello di servizio, funzioni e condizioni organizzative. È, tuttavia, possibile identificare alcuni elementi distintivi comuni:

1. Il target dei pazienti è rappresentato prevalentemente dai pazienti fragili, con una complessità socio-sanitaria e non autosufficienti. Solo in alcuni casi il target di riferimento comprende anche i pazienti minori in condizione di fragilità o i pazienti cronici, in particolare laddove la Centrale svolge una funzione anche di *step up*, dal territorio.
2. La Centrale gestisce prevalentemente il flusso dei pazienti in dimissione dell'ospedale: il flusso dei pazienti, infatti, è solo *step down* nel 63% delle

esperienze e nei casi in cui è presente un transito bidirezionale, *step down* e *step up* dal territorio (37% dei casi), il flusso prevalente resta quello *step down*.

3. La Centrale è una funzione prevalentemente di *back office* (63% dei casi), prevedendo solo in pochi casi anche uno sportello per l'accesso diretto. È il caso, per esempio, del NUCOT dell'AUSL della Romagna o della Centrale unica per le dimissioni protette attivata di recente presso l'ASST Niguarda in cui tale funzione è svolta dallo sportello di segretariato sociale, o del PCAP che svolge anche una funzione di punto unico di accesso nelle Case della Salute.
4. Le funzioni principali attengono alla valutazione dell'appropriatezza della segnalazione, all'identificazione del *setting* e alla prenotazione del servizio. Le funzioni meno diffuse sono il monitoraggio dei percorsi di transizione dei pazienti e dell'offerta disponibile.

Emergono tuttavia numerosi elementi di specificità e variabilità tra le diverse esperienze. Rispetto al modello di servizio (Tabella 11.2), la filiera di riferimento delle Centrali risulta più o meno ampia a seconda che includa solo un *setting* specifico, come nel caso del CEMPA che prevede la dimissione solo in post acuzie o del CSM che prevede come *setting* di destinazione solo alcune strutture intermedie dell'area metropolitana di Milano. Negli altri casi, la filiera di offerta gestita dalla Centrale è molto più ampia e comprende anche la dimissione a domicilio, l'ADI e tutta la rete delle strutture residenziali e semiresidenziali aziendali o anche private accreditate presenti sul territorio di competenza. Anche laddove non è presente uno sportello di *front office*, la Centrale interagisce nel 50% dei casi con i pazienti e la famiglia, per la valutazione dell'appropriatezza della segnalazione e l'identificazione del *setting* più appropriato.

Rispetto alle funzioni (Tabella 11.3), in maniera trasversale alle varie esperienze, la Centrale svolge in quasi tutti i casi (88% dei casi) una valutazione sull'appropriatezza della segnalazione, contribuisce all'identificazione del *setting* (75% dei casi) e alla prenotazione del servizio (75% dei casi), e spesso (63% dei casi) partecipa anche all'identificazione del bisogno. Il processo che attualmente è meno sviluppato attiene al monitoraggio dell'offerta disponibile, infatti solo il 38% delle Centrali hanno contezza dei posti letto disponibili nella rete di offerta e possono svolgere anche una funzione di *bed management*. Sebbene siano in quasi tutti i casi (75% dei casi) identificati degli indicatori di monitoraggio del processo di transizione (es. tempo tra segnalazione del paziente e presa in carico o tempo tra segnalazione del paziente e dimissione), la funzione in assoluto meno sviluppata è relativa alla raccolta delle informazioni e al monitoraggio della situazione del paziente post transizione, presente solo nel 25% delle esperienze.

Tabella 11.2 **Modello di servizio**

Azienda	Centrale	Target	Flusso pazienti	Filiera di riferimento	Relazione con utente	Accesso diretto
ASST Niguarda	CSM	Pazienti fragili, idonei per accesso in cure intermedie	Step down	Cure intermedie	No	No
	CSA	Pazienti fragili, idonei per accesso in cure intermedie	Step down	Cure intermedie e ADI	Sì	No
	CUDP	Pazienti fragili, complessità socio-sanitaria con necessità di dimissione protetta	Step down	Cure intermedie, sub acute, specialistica riabilitativa e ADI	Sì	Sì
ASL Roma 1	COA	Non autosufficienti, pazienti ad alta complessità, minori in condizioni clinico assistenziali complesse, persone con disabilità grave non collaboranti	Step down e step up	PO ASL RM1, cure intermedie, domicilio, riabilitazione, lungodegenze, strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, AOU extra RM1	No	No
AUSL Bologna	PCAP	Paziente fragile, multi-problematico; cronici (step up)	Step down e step up	Domicilio, letti tecnici cure intermedie, ambulatori specialistici infermieristici, terzo settore, MMG	Sì	Sì
	CEMPA	Pazienti per post-acuzie	Step down	Post-acuzie (lungodegenza, riabilitazione intensiva ed estensiva), ospedali privati accreditati, posti di disordini della coscienza, setting CRA	No	No
AUSL Romagna	NUCOT	Pazienti con fragilità sanitaria, assistenziale e sociale con difficoltà dimissoria	Step down	Cure intermedie (OdC, lungodegenza, post acuzie, letti di riabilitazione estensiva, sociosanitari ad alta attività assistenziale), dimissioni protette al domicilio (ADI, O.S.S. a domicilio, cure palliative)	Sì	Sì

L'ultima dimensione ha a che fare con le condizioni organizzative (Tabella 11.4). La Centrale risulta collocata nel Distretto nel 38% dei casi, nella sede dell'ospedale nel 38% dei casi o in una CdS nel restante dei casi. Spesso il bacino di riferimento della Centrale è aziendale (63% dei casi), solo nel caso del NUCOT e del PCAP è distrettuale. Si osserva un doppio livello di Centrale (aziendale e distrettuale) solo nel caso dell'ASST Niguarda in cui è presente una Centrale dell'ASST che si interfaccia con una Centrale per l'area metropolitana milanese. In quasi tutti i casi (88%) la Centrale usufruisce del sistema informativo aziendale già esistente (raramente sono presenti sistemi informativi ad hoc) per la segnalazione dei casi e l'invio dei pazienti ed è finanziata con fondi aziendali. Infine, il personale che opera nella Centrale varia a seconda

Tabella 11.3 **Funzioni delle Centrali**

Azienda	ASST Niguarda			ASL Roma 1	AUSL Bologna		AUSL Romagna
Centrale	CSM	CSA	CUDP	COA	PCAP	CEMPA	NUCOT
Valutazione dell'appropriatezza della segnalazione	X	X	X	X	X	X	X
Identificazione del bisogno			X	X	X		X
Identificazione del setting	X	X	X		X		X
Monitoraggio dell'offerta disponibile					X	X	X
Prenotazione del servizio (committenza)	X	X	X		X	X	X
Raccolta delle informazioni e monitoraggio della situazione del paziente post-transizione					X		X
Monitoraggio del processo	X	X	X		X		X

Tabella 11.4 **Condizioni organizzative**

Azienda	ASST Niguarda			ASL Roma 1	AUSL Bologna		AUSL Romagna
Centrale	CSM	CSA	CUDP	COA	PCAP	CEMPA	NUCOT
Collocazione fisica	Ospedale Niguarda	Ospedale Niguarda	Ospedale Niguarda	Sede amministrativa	Distretto	Casa della Salute	Distretto
Bacino di riferimento	Città Milano	Niguarda	Niguarda	Interaziendale	Distrettuale	Aziendale	Distrettuale
Dipendenza organizzativa	Direzione socio-sanitaria	Direzione socio-sanitaria	Direzione socio-sanitaria	Direzione Aziendale	Dipartimento Cure Primarie	Coordinamento funzionale	Direzione Infermieristica e Tecnica
Personale	Coordinatore Infermieri Fisioterapisti Ass. sanitari	Infermieri Medico Ass. sanitari	Coordinatore Infermieri Medico Ass. sanitari Ass. sociali	Infermieri Ass. sociali Altri professionisti al bisogno	Infermieri Medici Fisioterapisti Ass. sociali	Coordinatore Infermieri	Infermieri Medico Ass. sociali
Sistemi informativi	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No
Finanziamento	Aziendale ATS	Aziendale Niguarda	Aziendale	Aziendale	Aziendale	Interaziendale	Aziendale

delle esperienze e della vocazione/filiera di riferimento delle Centrali (es. se presentano una vocazione per il paziente fragile e anziano è presente anche un geriatra, se hanno un collegamento con strutture riabilitative è presente un fisioterapista). In generale, in tutte le esperienze (100%) nella Centrale è presente un infermiere, nel 63% dei casi è presente anche un medico e nella metà dei casi un assistente sociale. Altre figure come fisioterapisti e assistenti sanitari sono presenti solo in pochi casi (38% dei casi e 25%), mentre geriatra o altri specialisti sono presenti al bisogno.

In tutti i casi, inoltre, si osserva come il modello Centrale non è statico ma evolve nel tempo in funzione di spinte endogene (es. cambiamenti azienda-

li) e esogene (es. emergenza pandemica). Per esempio, entrambe le centrali dell'ASST Niguarda sono andate incontro ad un processo di trasformazione, il CSA dal 2019 è evoluto nella Centrale Unica per le dimissioni protette inglobando al suo interno anche il servizio sociale aziendale, mentre il CSM è evoluto nella Centrale unica regionale per le dimissioni protette post ospedaliere (portale PRIAMO). Così come in tutte le esperienze mappate le Centrali hanno svolto un ruolo centrale nella gestione dei pazienti Covid-19: il portale PRIAMO della Regione Lombardia, nato per gestire le richieste di transizione in dimissione dagli ospedali per acuti, è diventato centrale per la gestione dei pazienti Covid-19 nelle strutture extraospedaliere, sia in dimissione che in ammissione protetta; l'AUSL di Bologna ha attivato una Centrale dedicata ai pazienti Covid-19, il P-COVID che sintetizza alcuni degli elementi distintivi delle due centrali attive a livello aziendale (PCAP e CEMPA); mentre nell'ASL Roma 1 la COA ha ampliato le sue funzioni in modo da gestire la transizione dei pazienti Covid-19 per conto di tutta la Regione. Un elemento distintivo delle Centrali durante la fase pandemica è che oltre a favorire il coordinamento tra *setting* di cura hanno sviluppato forme di committenza sui singoli pazienti anche coordinandosi, o talvolta integrando al loro interno le USCA.

11.3.2 Le esperienze aziendali di Centrali attivate durante e dopo la pandemia

L'ASST Lodi, l'ASL Roma 6, l'ASL Foggia e l'ASL Bari non avevano attivato in modo sistematico centrali operative per la gestione della transizione dei pazienti prima dell'emergenza pandemica, ma sono in via di estensione e sviluppo le esperienze di gestione centralizzata delle USCA, della gestione da remoto del paziente a domicilio (anche con forme di telemedicina e di tracciamento della casistica infetta) allo scopo di disegnare una versione di COT che benefici e mantenga le competenze sviluppate in fase pandemica.

L'ASST Lodi aveva attivato la Centrale di sorveglianza presso l'Ospedale di Sant'Angelo Lodigiano per l'esecuzione dei tamponi e il monitoraggio a domicilio dei pazienti Covid-19. La Centrale si occupava di contattare i pazienti, della sorveglianza attiva, al fine di fornire indicazioni sui comportamenti da tenere e sul *follow up* della situazione clinica, della predisposizione di eventuali certificati (es. certificati INPS) e dell'attivazione di servizi, come per esempio l'ADI Covid e le USCA per la gestione domiciliare dei pazienti, anche attraverso il supporto di servizi di telemonitoraggio per monitorare da remoto l'andamento dello stato di salute del paziente tramite la dotazione di dispositivi di rilevazione dei principali parametri vitali.

L'ASL Roma 6 aveva attivato tre sperimentazioni: la prima Centrale, collocata nell'Ospedale dei Castelli, ha costituito un'esperienza di telemedicina nel Dipartimento Area Medica mirata al telemonitoraggio dei pazienti con

l'obiettivo di ridurre la degenza media. Questa prima esperienza ha vissuto un processo di integrazione con la seconda esperienza di Centrale operativa dell'ASL, nata invece per la gestione dei pazienti Covid-19. Tale Centrale è stata collocata all'interno di un presidio ospedaliero precedentemente chiuso e utilizzava la piattaforma «DottorCovid», resa disponibile dalla Regione a tutte le ASL, sia per fare attività di telemonitoraggio, sia per comunicare con i pazienti Covid-19 che venivano gestiti a domicilio. Quando la pandemia ha ridotto la pressione sui servizi, l'ASL Roma 6 ha provato a trasferire quest'esperienza sulla cronicità, in particolare sulla gestione della Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). Infine, l'ultima esperienza di Centrale operativa censita nell'ASL Roma 6 ha riguardato la gestione dell'emergenza Ucraina, e in particolare la valutazione dei bisogni sociali e sanitari dei profughi segnalati dal dipartimento di prevenzione e l'attivazione di percorsi di presa in carico.

L'ASL di Foggia aveva avviato un primo progetto sperimentale di COT a fine 2019 per facilitare la presa in carico e l'attivazione dei percorsi di cura delle persone affette da patologie croniche e in condizione di fragilità nel passaggio tra *setting* assistenziali, facilitando il raccordo tra le strutture della rete territoriale e garantendo la continuità dell'assistenza. Nel progetto la COT doveva svolgere una funzione di coordinamento dell'intera rete dei servizi socio-sanitari territoriali, in quanto rappresentava lo strumento di raccolta e classificazione del bisogno sanitario e sociosanitario, di attivazione delle risorse più appropriate della rete assistenziale e di monitoraggio dei percorsi attivati. Nella fase sperimentale, il progetto prevedeva l'attivazione di una Centrale unica a livello aziendale interconnessa sia con la rete dei servizi distrettuali (servizi socio-sanitari domiciliari, strutture socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali distrettuali, rete delle strutture intermedie territoriali) che ospedalieri (Presidi ospedalieri aziendali, AO Ospedali Riuniti di Foggia e IRCSS Casa Sollievo della Sofferenza) e con sede presso uno dei distretti (Distretto di San Marco in Lamis). Il target di riferimento doveva essere prevalentemente rappresentato da pazienti fragili, oncologici, terminali, in nutrizione artificiale, in ventilazione e neurologici (es. con sclerosi laterale amiotrofica o altre malattie neurodegenerative) in dimissione dall'ospedale. Si trattava in primo luogo di pazienti già fruitori di prestazioni socio-sanitarie e assistenziali dalla rete dei servizi distrettuali che necessitavano di essere «seguiti» nel percorso di dimissione ospedaliera e di presa in carico post ricovero o nella transizione da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro. La COT aziendale afferiva gerarchicamente al Servizio Infermieristico Territoriale aziendale e il personale della COT era costituito da infermieri, un coordinatore e un dirigente responsabile. La COT era in fase di progettazione a fine 2019, erano state svolte le prime attività di formazione del personale così come era stato acquisito il software della COT per dare operatività alla Centrale. Tuttavia, il modello sperimentale di COT così come era stato concepito a fine

2019, con l'avvento dell'emergenza Covid-19, da febbraio 2020, si è trasformato sensibilmente e la COT ha trasformato la sua attività diventando il punto di riferimento per l'USCA e per gli infermieri di famiglia, per l'assistenza domiciliare dei pazienti Covid-19 positivi. In linea con la strategia regionale di potenziamento della telemedicina, la COT ha sviluppato anche una funzione di telemedicina, per il monitoraggio da remoto dei pazienti Covid-19 positivi in regime domiciliare, presso i Covid Hotel, in ossigenoterapia, o presso i moduli abitativi per l'isolamento negli insediamenti informali di migranti presenti sul territorio. Dopo le fasi più critiche della pandemia la COT è stata anche coinvolta nella distribuzione del farmaco antiretrovirale a domicilio. Il caso dell'ASL di Foggia rappresenta un caso singolare nella misura in cui pre pandemia era stata progettata una soluzione dedicata alla transizione del paziente senza una implementazione che solo le attività legate alla tracciatura e alla gestione dei pazienti affetti da Covid-19 ha consentito di sviluppare. Ed è proprio in questa fase che sia gli strumenti che i modelli operativi di connessione tra soggetti in strutture diverse nella rete dei servizi sono stati perfezionati valorizzando le forme di telemedicina già sviluppate.

Infine, l'ASL Bari ha sviluppato due esperienze di Centrali operative per il monitoraggio dei pazienti Covid-19 positivi. La prima esperienza è relativa all'istituzione con delibera regionale (DGR 1088/2020) di una «Centrale operativa regionale per la telemedicina delle cronicità e delle reti cliniche» con sede presso l'ASL di Bari. All'interno di tale Centrale è stata progettata una *Control room* potenziata di sorveglianza sanitaria dei pazienti Covid-19 domiciliati. La seconda esperienza, aziendale, è connessa con l'attivazione presso il quartiere Madonnella di Bari dell'*Epidemic Intelligence Center* (EIC) per la gestione delle attività relative all'assistenza ai casi Covid-19. Il progetto rispondeva all'esigenza di concentrare una serie di competenze specifiche in una unica sede logistica avviata con l'obiettivo di coordinare e potenziare le attività della ASL e del Dipartimento di Prevenzione. L'EIC garantiva l'implementazione dei flussi informativi regionali, i contatti telefonici e telematici con gli utenti, con i MMG e PLS per trasferire informazioni sui percorsi previsti dalla ASL nella gestione dei casi complessi, dei casi confermati, dei contatti stretti, nonché la sorveglianza sanitaria e il *contact tracing*. Nel contesto della pandemia da Covid-19 la Regione Puglia ha investito molto sulla necessità di ripensare il modello organizzativo dell'assistenza territoriale anche per quanto concerne l'attivazione degli strumenti di sanità digitale.

11.4 Le configurazioni emergenti delle COT alla luce del DM 77/22

Il PNRR prevede un totale di 602 COT a livello nazionale. Nelle Regioni oggetto di analisi sono previste 248 COT (104 in Lombardia, 59 in Lazio, 45 Emilia-

Romagna, 40 in Puglia). Le ASL sono chiamate a collocare le COT per ciascun distretto o eventualmente a livello interdistrettuale, disegnandole *ex novo* oppure rivedendo quelle già esistenti per rispettare la scala operativa del distretto. È singolare come in alcuni contesti le COT attivate siano tutte finanziate con i fondi PNRR anche quando prevedono centrali distrettuali e una centrale aziendale (ad esempio in Lazio) mentre in altri solo quelle distrettuali rientrano nel finanziamento PNRR e quelle uniche aziendali (o distrettuali ma con funzione di coordinamento) dovranno essere finanziate con fondi aziendali extra PNRR. Questo fenomeno è legato alla diversa estensione territoriale dei distretti.

Al momento della scrittura del contributo tutte le regioni sono impegnate nel recepimento (e interpretazione) del DM 77/22. Dal campione di casi analizzato, due elementi sembrano discriminanti nello sviluppo delle future COT: l'esperienza pregressa e il fattore «tempo».

Rispetto al primo elemento, laddove era già presente un'esperienza di Centrale, è in corso una riprogettazione per dar vita alla COT, al fine di adeguare le esperienze sviluppate alle previsioni normative. In questi contesti identifichiamo, infatti, una preparazione al cambiamento e una vivacità tale per cui le aziende si stanno attivando anche in assenza di un quadro regionale di riferimento. In questi processi le aziende stanno provando a preservare e a valorizzare quel patrimonio di competenze, esperienze e strumenti già sviluppati pur in una nuova cornice programmatica. Al contrario, in assenza di casi ed esperienza pregressi, il tema della COT sembra essere l'ultimo dei «cantieri» di lavoro del PNRR attivati dalle Aziende e dalle Regioni proprio per la complessità legata a traslare la robusta esperienza fatta nel corso dell'emergenza, nella gestione ordinaria rispetto a target, *setting* e professionisti nuovi. Ad esempio, la rifocalizzazione del target appare il primo grande quesito della riprogettazione: se le USCA hanno spesso (ma non esclusivamente) lavorato connettendo servizi e professionalità territoriali, le COT dovranno in primo luogo occuparsi delle dimissioni «difficili» dall'ospedale. Ciò rende il target più ampio e vario e le condizioni di salute più differenziate.

Rispetto al secondo elemento, come verrà illustrato di seguito, Lombardia e Lazio hanno redatto indicazioni di orientamento per le loro aziende sanitarie e in questi contesti sembra delinearsi un processo di implementazione di tipo *top down*, in cui le regioni hanno avviato dei gruppi di lavoro e tavoli tecnici sulle COT e stanno fornendo un quadro di riferimento regionale per lo sviluppo delle COT. Negli altri contesti regionali (Puglia ed Emilia-Romagna) è solo lo studio dei casi aziendali che consente di intercettare i fenomeni in corso e, spesso, le aziende si stanno muovendo dal basso con un processo di implementazione di tipo *bottom up*. Si sottolinea, quindi, in questa sede la rilevanza del fattore «tempo»: in alcuni casi, le aziende sanitarie sembrano aspettare gli indirizzi regionali per avviare la progettazione, mentre in altri (certamente quelli che le centrali di transizione le avevano prima della pandemia) i tempi aziendali

di progettazione sono più veloci di quelli regionali. È verosimile che i casi di centrale di transizione noti prima della pandemia abbiano fatto da modello di riferimento, come è possibile osservare in Lazio con la COA dell'ASL Roma 1. Solo in un secondo momento sarà possibile osservare se anche in altre regioni sarà stato seguito questo approccio di *policy design*.

Per guidare l'analisi e la discussione delle configurazioni emergenti di COT, l'osservazione delle COT viene proposta attraverso le 3 macro dimensioni di analisi del *framework* (modello di servizio, funzioni e condizioni organizzative).

Tabella 11.5 **La programmazione delle future COT**

Regioni	Regione Lombardia		Regione Emilia-Romagna		Regione Lazio		Regione Puglia	
	ASST Niguarda	ASST Lodi	AUSL Bologna	AUSL Romagna	ASL Roma 1	ASL Roma 6	ASL Foggia	ASL Bari
N° Distretti	1	2	6	8	6	6	8	12
N° COT	3	2	9	11	10	6	8	12

11.4.1 Regione Lombardia

Con la pubblicazione tramite delibera regionale (DGR XI/6760 del 25 luglio 2022) del documento «Modello organizzativo di Case della comunità, Ospedali di Comunità e Centrali operative territoriali», la Regione Lombardia ha tracciato le traiettorie per indirizzare la programmazione di CdC, OdC e COT alla luce del DM 77/2022 e per definire i criteri di accreditamento di CdC e OdC a livello regionale. Un'intera sezione del documento è dedicata alla definizione degli orientamenti di fondo delle future 104 COT lombarde rispetto al modello di servizio, alle funzioni e alle condizioni operative delle COT.

Il modello di servizio che emerge dal documento è quello di una COT che svolge una funzione di supporto in *back office* e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali per facilitare la transizione dei pazienti da un *setting* di cura e assistenza all'altro. Tale funzione di raccordo tra nodi della rete di offerta che intercettano la domanda (reparto di dimissione, PUA della CdC, MMG ecc.) potrà essere tanto più efficace quante più leve potranno essere governate dalla COT, sia sul lato della domanda sia sul lato dell'offerta. Il target di riferimento della COT è rappresentato dai casi complessi dell'area della fragilità e dei non autosufficienti che necessitano di supporto nella transizione tra i vari livelli e *setting* assistenziali (sia nel flusso *step down* dall'ospedale verso le strutture territoriali o il domicilio, sia nel flusso *step up* dal territorio verso le strutture intermedie o l'ospedale). Dal documento sembra emergere un ruolo della COT anche nei confronti dei pazienti affetti da patologie croniche. A tendere, dovrebbe infatti svolgere una funzione di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di monitoraggio dei pazienti affetti

da patologia cronica. Per la gestione di tali pazienti è previsto che la COT si coordini con soggetti esterni, fra cui i centri servizi delle cooperative di MMG. La filiera di riferimento della COT include le strutture riabilitative, delle cure intermedie o socio-sanitarie, l'ADI e la rete locale di cure palliative.

Trattandosi dell'aspetto più innovativo del processo di revisione della sanità e del welfare territoriale lombardo, il documento prevede un processo a due fasi per l'implementazione della COT sia per quanto riguarda le funzioni a essa attribuite che le condizioni organizzative. Nell'ottica di uno sviluppo graduale delle sue funzioni, nelle prime fasi di implementazione la COT si occuperà del percorso di dimissione dei pazienti che non sono nelle condizioni di rientrare al domicilio e che richiedono un ricovero in struttura riabilitativa, di cure intermedie o sociosanitaria, l'attivazione di ADI, l'attivazione della Rete Locale di Cure Palliative, l'attivazione dell'IFeC della CdC di riferimento, e il rinvio al MMG/PLS; si occuperà dell'attivazione degli interventi previsti alla dimissione definiti dall'equipe dell'UVM interfacciandosi con i servizi necessari sulla base della disponibilità dell'offerta presente sul territorio monitorando l'effettivo attuarsi del processo; della prenotazione delle prestazioni dell'attività specialistica ambulatoriale; del monitoraggio dei pazienti affetti da patologia cronica e dei pazienti con bisogni di cure palliative in fase precoce. Per queste due funzioni (prenotazione e telemonitoraggio) la COT potrà attivare delle collaborazioni con soggetti esterni, fra cui i centri servizi delle cooperative dei MMG. Nella fase iniziale di introduzione, la COT svolgerà la propria attività a livello distrettuale e sarà collocata operativamente presso la CdC attiva presso il Distretto. In caso di dimissione, il reparto dimettente o la funzione demandata a tale processo attiva la COT del territorio di residenza dell'assistito, che a sua volta attiverà gli interventi necessari in una logica di prossimità al domicilio.

In una seconda fase, per svolgere pienamente la sua funzione di integrazione tra i diversi *setting*, oltre al percorso di dimissione dei pazienti si prevede che la COT si occuperà anche di programmare i ricoveri negli enti contrattualizzati per una quota di posti letto a contratto; di offrire delle soluzioni al bisogno di cura indipendentemente dal territorio di residenza; di valutare l'appropriatezza delle richieste definendo priorità di accesso sulla base di parametri e criteri condivisi e omogenei, in caso di domanda in eccesso; di monitorare i percorsi attivati e di implementare azioni correttive in caso di attivazione mancata, tardiva o inefficace; di totale gestione dei pazienti affetti da patologia cronica.

Per poter far questo dovrà disporre di accesso alla disponibilità di posti letto attivabili presso le strutture di cure intermedie, sociosanitarie e di riabilitazione, mediante l'utilizzo di strumenti informativi condivisi e in tempo reale; dovrà avere un quadro aggiornato del budget ADI disponibile nei diversi territori, di slot ambulatoriali dedicati per i pazienti affetti da patologie croniche e gestiti presso la CdC. A questi scopi si prevede che le ATS allocheranno alle ASST di riferimento le *capacity* annualmente contrattualizzate con la rete de-

gli erogatori delle cure intermedie, del sociosanitario e dell'ADI, che le ASST distribuiranno ai distretti in funzione dei loro bisogni. A tendere la COT dovrebbe divenire l'unico canale per l'accesso ad alcune tipologie di strutture di ricovero.

Dal punto di vista delle condizioni organizzative, si prevede che la COT sarà supportata dalla piattaforma di gestione digitale così come prevista dalla DGR XI/5872/2022 «Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio» disponendo di strumenti che consentano l'integrazione informativa e l'interazione sincrona con tutti gli attori coinvolti nel percorso di diagnosi, cura e riabilitazione.

All'interno del perimetro tracciato dai documenti nazionali e regionali, dal confronto con i casi aziendali (ASST Niguarda e ASST Lodi) emerge l'interesse a valorizzare le funzioni della COT, riempiendole di contenuti atti ad esaltarne ancora di più il ruolo di regia nel percorso globale della persona.

A livello aziendale l'ASST Niguarda dovrà a tendere attivare 3 COT, mentre l'ASST Lodi 2 COT. La scelta dell'ASST Niguarda è di attivare in una prima fase una prima COT presso la CdC di Via Ippocrate a Milano, mentre l'ASST Lodi ha in previsione di attivare una COT a Castel Sant'Angelo e l'altra a Casalpusterlengo. A questo riguardo è tutt'ora in atto la riflessione circa il futuro della COT e la riorganizzazione delle attività previste dalle Centrali attive a livello aziendale (Centrale Unica per le dimissioni protette dell'ASST Niguarda e del Centro Servizi/Centrale di Sorveglianza dell'ASST Lodi).

11.4.2 Regione Emilia-Romagna

Al momento della stesura del presente capitolo non risulta disponibile il documento della Regione Emilia-Romagna con la nuova programmazione dei modelli assistenziali territoriali, ma è possibile evincere le traiettorie di sviluppo delle COT dalle riflessioni che stanno iniziando a compiere le AUSL. In linea generale, si sta delineando un modello organizzativo di Centrali che si sviluppa su due livelli, uno aziendale e uno provinciale o distrettuale. A queste Centrali saranno attribuiti compiti diversi e complementari. Un elemento importante è la volontà di mettere a disposizione delle Centrali una piattaforma unica, che sia integrabile con i gestionali dei vari servizi della filiera, per facilitare la funzione di monitoraggio dell'offerta disponibile e di prenotazione dei servizi da parte della COT. Inoltre, appare cruciale la definizione di strumenti di valutazione del bisogno univoci e definiti a livello omogeneo, in modo da facilitare il lavoro della COT e ridurre il più possibile le segnalazioni che non sono coerenti con il target individuato. Emerge infine il desiderio di integrare nella filiera di riferimento delle COT anche i servizi sociali e del terzo settore, al momento non presenti, affinché sia possibile attivare tali servizi tra i vari percorsi su cui agisce la COT. Di seguito si riporta il dettaglio di come l'AUSL di Bologna e

l'AUSL della Romagna pensano di adattare i loro attuali modelli secondo le indicazioni del DM 77/22.

11.4.2.1 AUSL Bologna

Nel febbraio 2021 l'AUSL Bologna ha avviato il progetto «Modelli organizzativi di continuità assistenziale e per la gestione integrata della persona» con l'obiettivo di consolidare e implementare il modello organizzativo di continuità e cure di transizione nel territorio aziendale e di introdurre strumenti a supporto dei processi di transizione delle cure. Il progetto rivisita il modello di gestione delle cure di transizione esistente prima del DM 77/22 e prevede l'attivazione di 9 Centrali: una Centrale Unica Metropolitana (CUM) e 8 Centrali territoriali (COT), le quali avranno un ambito di competenza distrettuale, fatta eccezione per il distretto di Bologna a cui ne saranno assegnate tre.

La principale funzione della CUM sarà il *bed management* territoriale, ovvero la gestione di posti letto di post-acuzie sia delle strutture pubbliche sia private (posti letti tecnici, OdC, lungodegenza, riabilitazione estensiva, riabilitazione intensiva, CRA) tramite il governo di liste di attesa, accessi ai *setting* e proroghe, inglobando così le funzioni della ex CEMPA. La CUM assumerà anche l'importante funzione di monitoraggio dei percorsi di presa in carico dei pazienti gestiti dalle COT e sarà probabilmente collocata nell'Ospedale Maggiore, con 2 team di cure intermedie a supporto (uno con sede al Maggiore e l'altro al Sant'Orsola).

Le 8 COT gestiranno in collaborazione con i team delle cure intermedie (che danno supporto nella valutazione clinica) la transizione verso le cure territoriali attraverso la raccolta e classificazione del bisogno, l'attivazione delle risorse più appropriate e la pianificazione e coordinamento degli interventi, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro. Le COT rappresentano l'evoluzione del sistema dei PCAP attualmente attivi, avranno una gestione distrettuale o sub-distrettuale dei percorsi di transizione (non è quindi prevista la gestione di posti letto) e costituiranno l'interfaccia principale di accesso, gestione e monitoraggio dei servizi territoriali, rappresentando il nodo centrale di un sistema reticolare integrato socio-sanitario. I pazienti target delle COT saranno principalmente i pazienti cronici e quelli con necessità di assistenza domiciliare. Un'ulteriore funzione assegnata alle COT è infatti anche la predisposizione del PAI individuale, in collaborazione con i MMG. È previsto che le COT siano collocate nelle CdC Hub o Spoke e che il loro team sia composto da medici, infermieri, fisioterapisti e assistenti sociali. L'AUSL Bologna sta programmando anche lo sviluppo di alcuni strumenti a supporto del funzionamento delle Centrali (sistemi informatici e informativi), ovvero un *tool* per la valutazione del bisogno in Pronto Soccorso e uno strumento unico e comune a tutte le aziende di rilevazione dei bisogni dei pazienti, che deve essere compilato al massimo entro 72h dall'in-

gresso in reparto del paziente. Tale strumento sarà informatizzato e, quando necessario, genererà la segnalazione automatica della richiesta alla CUM (per trasferimento in *setting* post-acuzie) o alla COT di residenza del paziente (per l'attivazione dei servizi territoriali). Lo strumento, oltre all'identificazione dei bisogni clinico assistenziali e sociali del paziente, dovrebbe contenere una proposta del *setting* di trasferimento o del percorso di presa in carico territoriale. Per supportare le Centrali, l'AUSL intende anche sviluppare una mappatura sistematica dell'offerta dei servizi territoriali sanitari e sociali e delle attività del terzo settore a supporto della rete socio-sanitaria e potenziare le cure intermedie.

11.4.2.2 AUSL della Romagna

Secondo le indicazioni del DM 77/22, l'AUSL della Romagna dovrà attivare 11 COT, una per distretto ad eccezione dei distretti più popolosi che ne avranno più di una. Gli attuali NUCOT evolveranno nelle COT e l'AUSL prevede anche l'istituzione di un coordinamento aziendale delle Centrali, utile per garantire equità nell'accesso ai servizi per i pazienti i cui percorsi sono trasversali ai vari distretti che sono caratterizzati da offerte fisiologicamente non omogenee. Rispetto al sistema di Centrali provinciali esistente, l'AUSL intende cogliere l'occasione del ridisegno del sistema COT investendo sul collegamento con i servizi sociali e sullo sviluppo di un sistema informativo dedicato alle COT, con un cruscotto digitalizzato per monitorare le transizioni (incluso anche i servizi sociali). Ciò permetterebbe di migliorare la continuità dei percorsi che attualmente sono limitati dall'impossibilità dei NUCOT di consultare le banche dati del servizio sociale competente. È inoltre auspicabile un'estensione del target delle COT e della conseguente filiera dei servizi di riferimento, anche pensando alla gestione di flussi in direzione *step up*, attualmente non presidiati. In questo senso, potrebbe risultare cruciale il ruolo dell'IFoC come perno della presa in carico supportata dalle COT, che oltre alla transizione potrebbero gestire i percorsi per i pazienti cronici.

11.4.3 Regione Lazio

Con la pubblicazione tramite delibera regionale del documento «Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77» nel luglio 2022, la Regione Lazio traccia le traiettorie per indirizzare la programmazione dei nuovi modelli di assistenza territoriale delle sue 10 ASL. Un'intera sezione del documento è dedicata alla definizione degli orientamenti di fondo delle COT, partendo dalla valorizzazione delle esperienze già in essere nelle ASL, con l'obiettivo di sviluppare un modello omogeneo coerente con le indicazioni

ministeriali del DM 77/22. Il gruppo di lavoro che ha contribuito alla stesura del documento programmatico, di cui hanno fatto parte anche i referenti delle Centrali Operative delle ASL Roma 1 e Roma 6, ha delineato il modello di riferimento che dovrà guidare l'attivazione delle 59 COT laziali. Dal documento emergono alcuni punti cruciali relativamente al modello di servizio, alle funzioni e alle condizioni operative delle COT.

Il modello di servizio emergente dal documento si caratterizza per un target di pazienti per cui viene attivata la COT che comprende persone con bisogni clinico assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e con cronicità ad alta complessità. La Regione prevede che la COT intervenga sia per la gestione del flusso *step down* principalmente per transiti occasionali (tipicamente nei casi di dimissioni difficili) sia per la gestione del flusso *step up* a supporto di percorsi per pazienti cronici fragili e/o complessi, ad esempio per l'accesso alle cure intermedie. La COT può inoltre supportare il MMG per la gestione di pazienti cronici stabili quando i servizi sono particolarmente frammentati. La filiera di riferimento della COT include le cure intermedie, gli OdC, la riabilitazione estensiva e la residenzialità (compresa quella psichiatrica): per questi *setting* la COT è il nodo operativo di accesso. È previsto anche che la COT si coordini con le UVM e con i PUA e che collabori direttamente con le CdC e gli IFoC nella gestione della casistica cronica. La COT non ha un punto di accesso diretto (che rimane il PUA, con cui si raccorda) e svolge la propria funzione prettamente di *back-office* coordinando i professionisti in quanto è una funzione interna alla rete dei servizi aziendali e interaziendali, non direttamente contattabile dai pazienti. La relazione con il paziente è prioritariamente gestita dai professionisti (MMG, specialisti, infermieri, ecc.) o dalle strutture dedicate (ad esempio il PUA, NEA 116117).

Per quanto riguarda le funzioni e le condizioni organizzative, il modello di riferimento regionale prevede un'organizzazione su due livelli che concorrono all'erogazione delle funzioni unitariamente attribuite alla COT tramite la COT A e la COT D. La COT A si occupa di percorsi di transizione su scala operativa aziendale: gestisce direttamente la transizione dei pazienti tra strutture di offerta di aziende sanitarie diverse (ad esempio tra AO e ASL) e dei pazienti in dimissione da presidi ospedalieri extra ASL. La COT A invia alla COT D le segnalazioni quando è previsto l'accesso presso strutture di offerta e servizi di scala distrettuale o interdistrettuale (ad esempio ADI e UCA). La COT D è istituita nei distretti sociosanitari e può operare all'interno delle CdC ed è in ogni caso con esse integrata e ha l'obiettivo di organizzare i servizi presenti nella filiera distrettuale e gli accessi ambulatoriali o alle cure intermedie o ai servizi domiciliari per i cronici attraverso piattaforme informatiche. Svolge una funzione di governo delle attività di valutazione multidisciplinare e multidimensionale della persona e di individuazione dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Il modello prevede inoltre un gruppo stabile di lavoro

di livello regionale (CR COT – Coordinamento Regionale COT) che censisce e monitora l'implementazione delle COT nelle ASL, oltre a promuovere attività di *benchlearning* tra i professionisti coinvolti nelle cure di transizione (anche relativamente agli strumenti adottati) e sviluppare un sistema di monitoraggio sul processo di transizione nei diversi contesti aziendali e tra aziende diverse grazie a un sistema di indicatori formulati ad hoc. La COT è interpretata dalla Regione Lazio come uno strumento per tradurre la funzione di committenza, svolta dalle ASL e dai distretti, in modalità operative. Per l'appropriato utilizzo delle COT, le strutture ospedaliere dimettenti dovranno sviluppare strumenti omogenei e competenze specifiche rispetto alla valutazione dei pazienti.

11.4.4 Regione Puglia

Con Deliberazione della Giunta Regionale 11 maggio 2022, n.688 la Regione Puglia ha approvato la «Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del PNRR – DM 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022». Il documento programmatico regionale identifica il numero di strutture da finanziare con risorse PNRR e con altri fondi regionali. Nello specifico, gli strumenti principali individuati per potenziare i servizi di prossimità, sono le cure a domicilio con lo sviluppo della telemedicina, le CdC e gli OdC. A livello regionale si ribadisce quindi il grande investimento che la regione ha da tempo avviato sulla telemedicina e sulla sanità digitale.

Dal documento è possibile desumere il numero di COT da attivare a livello regionale con finanziamento PNRR, ma non sono ancora enunciate le traiettorie di sviluppo delle COT. In assenza di un documento ufficiale regionale e trattandosi di un tema in evoluzione, possiamo trarre alcune prime considerazioni in merito al futuro modello di COT dalle riflessioni che stanno iniziando a compiere le ASL. In linea generale, in particolare dal confronto con l'ASL di Foggia, sta emergendo un modello organizzativo di Centrali che si sviluppa su due livelli, uno aziendale e uno distrettuale, con compiti diversi e complementari. Il piano dell'ASL Foggia è di sviluppare 1 COT aziendale con sede nel Distretto di San Marco in Lamis e 7 COT distrettuali, una per ogni distretto. La COT attualmente attiva avrà quindi una doppia funzione aziendale e distrettuale. A tendere, la volontà è di attribuire alla COT aziendale una funzione di coordinamento dei flussi sia *step down* che *step up* e di garantire equità e facilità di accesso su tutto il territorio aziendale indipendentemente dalla dotazione dei singoli distretti di residenza del paziente; mentre di attribuire alla COT distrettuale una funzione più connessa con la fornitura di presidi, l'accesso in ADI, l'organizzazione dei prelievi e le attività del territorio. Un elemento importante di riflessione attiene alla specializzazione delle funzioni tra COT aziendali e distrettuali, per evitare forme di sovrapposizione che rallentano i processi piuttosto che semplificarli. C'è anche la volontà di sviluppare una piat-

taforma unica e integrata che metta in connessione la COT con gli ospedali, le CdC e con i servizi socio-sanitari.

11.5 Conclusioni

Dalla lettura dei casi e degli orientamenti regionali emerge con chiarezza un «universo» in costruzione relativamente al tema delle COT, costellato da una serie di ambiguità derivanti dalla diversa conoscenza di cosa siano le cure di transizione in generale (e nello specifico le centrali) e dall'esperienza maturata sul tema. Di seguito si sintetizzano alcune riflessioni che emergono in questa fase di progettazione delle COT poiché quelle operative allo stato dell'arte sono quelle esistenti prima della pandemia: in alcuni casi esse sono state promosse dalle regioni (il Veneto con le COT e la Toscana con le ACOT) e in molti altri sviluppate in autonomia dalle aziende sanitarie.

La progettazione delle centrali come espressione dell'autonomia dell'azienda e della contingenza dei fabbisogni di integrazione

Una delle evidenze emerse dal tentativo compiuto dalla ricerca di intercettare le esperienze di COT è stata quella di osservare che le aziende sanitarie spesso hanno precorso i tempi e, anche in assenza di quadri regionali di riferimento, hanno sviluppato soluzioni specifiche per la gestione locale delle transizioni. Questo è uno dei motivi per cui sono state separate le realtà aziendali che avevano già un'esperienza pregressa rispetto a quelle che le stanno progettando per via del PNRR (situazione intermedia, come già detto, è quella dell'ASL di Foggia). I fabbisogni di integrazione della filiera per garantire accessibilità e continuità delle cure per i pazienti che faticano a navigare all'interno della rete dei servizi sono contingenti e appare del tutto normale che le soluzioni progettate siano varie, anche se ricorrono alcune funzioni, come è stato messo in evidenza nei paragrafi precedenti. Non può sfuggire che i casi aziendali antesignani delle formule di transizione sono contesti nati dai pregressi processi di fusione tra aziende: la dimensione delle aziende sanitarie e, per conseguenza, le scale operative della filiera dei servizi rendono difficili i processi di integrazione attraverso la relazione diretta tra professionisti e strutture e quelli attraverso la gerarchia. I team, come insegna la migliore teoria dell'organizzazione, sono soluzioni di integrazione stabile che intervengono proprio quando sia le relazioni dirette che i modelli gerarchici risultano inefficaci.

Se tutto è centrale, niente è centrale

L'osservazione dei casi aziendali evidenzia un approccio quasi «bulimico» alla progettazione delle COT. Poiché i fabbisogni di integrazione sono molteplici, emerge un tentativo di farli convergere sulla centrale di transizione minando la

sua efficacia potenziale, poiché persone e strumenti ad essa dedicati sono limitati mentre i percorsi di cura dei pazienti, migliorabili integrando le strutture di offerta, sono innumerevoli. Solo una puntuale progettazione dei target di riferimento sui quali potranno concentrarsi gli sforzi del team di questo nuovo servizio aziendale consentirà di darne concreto avvio e impatto sui percorsi di cura dei pazienti. Come emerso nel Rapporto OASI 2021 (Ferrara *et al.*, 2021) le centrali non sono l'unica soluzione di transizione: esistono modelli consolidati di *case management*, di *discharge management* che già da tempo operano nelle aziende sanitarie e che non conviene dismettere nell'attesa che la COT intervenga su tutte le transizioni tra *setting* di cura. Si osserva, inoltre, anche una sorta di uso inappropriato del termine centrale, come anticipato in premessa: aver avviato forme di coordinamento su scala aziendale e non solo distrettuale di un servizio (ad esempio, l'ADI) viene spesso confuso con le forme di coordinamento di più servizi (ad esempio, ospedale, MMG, ADI) sul medesimo paziente secondo modelli aziendali. La centrale ADI o quella per l'accesso alle RSA rappresenta la definizione di un modello unitario di accesso a questi servizi, che è una premessa per lo sviluppo della COT: infatti solo se tutti i servizi messi in rete dalla COT hanno modelli e procedure aziendali (e quindi univoche nei diversi distretti) è possibile integrarli per rispondere ai fabbisogni di transizione di ogni singolo caso.

Le USCA suggestionano la progettazione delle COT

L'esperienza pandemica ha fatto sperimentare ai professionisti modelli di *centralised command center* chiedendo loro di interagire con professionisti di altre strutture motivati dalla gestione dei casi infetti. Questa è forse una delle lezioni apprese più profonde che i professionisti hanno vissuto nel corso della pandemia, perché forse per la prima volta hanno operato al di fuori dei confini gerarchici delle loro strutture organizzative di appartenenza. Infatti, se negli ospedali le direzioni strategiche hanno guidato quelle forme di superamento degli steccati professionali che hanno visto specialisti di branche diverse occuparsi dei casi infetti, nel territorio sono state le *centralised command center* che hanno orientato le scelte operative e professionali degli interventi attraverso le USCA. Questa interazione protratta tra servizi e professionisti è spesso il patrimonio di esperienze che sta plasmando le nascenti COT: questo è quanto dimostrato non solo dai casi aziendali che avevano attrezzato dei modelli di centrali di transizione pre-Covid, ma anche dall'ASL di Foggia che, impegnata nella gestione della pandemia proprio nella fase di avvio della propria Centrale, l'ha rivista alla luce delle esigenze emergenti. Il tratto principale che si intende sottolineare è che tra il ruolo delle COT e quello delle USCA vi sono molteplici differenze e qualche omogeneità: entrambe producono interventi limitati nel tempo a garanzia dell'appropriatezza del *setting* di cura e della continuità di cura. Sono però disegnate per target differenti (le USCA per i pazienti infetti

da Covid-19 mentre le COT principalmente per i pazienti fragili) e integrano professionisti molto diversi e diversamente incardinati nelle gerarchie delle aziende sanitarie (la COT mette in contatto professionisti che stabilmente operano nelle loro strutture, mentre le USCA hanno aggregato professionisti spesso «fuori gerarchia» e non strutturati). Importare nel contesto aziendale il patrimonio di esperienza maturato in una situazione transitoria ed «eroica» come è stata la pandemia, non è operazione semplice sia per il ridisegno delle responsabilità e degli strumenti sia per la carica motivazionale da ricondurre ai fini che ciascuna struttura organizzativa persegue.

La COT è un servizio interno all'azienda sanitaria e (spesso) non fa la presa in carico

I documenti nazionali che tratteggiano la COT introdotti in premessa esplicano chiaramente che la COT non è attivabile dal paziente o la sua famiglia (funzionalità riconosciuta al numero unico 116117) ma solo dai professionisti aziendali sia nei flussi *step down* che in quelli *step up*. Un elemento collegato alla natura della COT come servizio interno all'azienda è quello del contributo alla presa in carico. Sebbene in più occasioni si sia sottolineata l'importanza del governo della filiera per l'effettiva risposta al bisogno di cura del paziente (presa in carico), la COT oscilla tra due funzioni diverse: può mettere in opera scelte sul *setting* di destinazione che la struttura inviante ha già definito oppure può acquisire una valutazione sul caso da gestire individuando autonomamente il *setting* di destinazione del paziente. Nel primo caso è una *facility* aziendale che lascia intatta la presa in carico nelle mani dei professionisti che inviano e di quelli che gestiscono il paziente nel *setting* di cura di destinazione. Nel secondo caso interviene nella presa in carico nella misura in cui ha competenze e strumenti per orientare il percorso di cura del malato.

Un ulteriore tema che merita una riflessione riguarda il rapporto tra la COT e l'uso di strumenti di telemedicina. Dallo studio dei casi aziendali emerge come in certi contesti le COT siano state attivate per la gestione e il monitoraggio a domicilio dei pazienti Covid-19 positivi anche attraverso piattaforme tecnologiche di supporto per la presa in carico dei pazienti a distanza (quali ad esempio televisite o telemonitoraggio). Anche nel DM 77/22 l'uso di strumenti di telemedicina rientra nel perimetro della COT. Tuttavia, risulta opportuno evitare, come già evidenziato in precedenza, di far convergere sulla Centrale troppe funzioni che rischierebbero di intasarla, andando in contrasto con l'obiettivo primario delle Centrali di gestione delle transizioni di percorsi complessi. In questo senso, si ritiene che la COT non possa essere identificata come soggetto che eroga prestazioni di telemedicina in quanto non si occupa della presa in carico dei pazienti. La COT potrebbe utilizzare le informazioni derivanti dall'uso degli strumenti di telemedicina da parte dei pazienti (es. telemonitoraggio, *eHealth*, *wearables* ecc.) a supporto delle sue funzioni di rac-

colta, decodifica e analisi del bisogno e di gestione e monitoraggio degli esiti della transizione.

La gestione dei flussi di transizione e la scala operativa della COT condizionano il doppio livello e la messa in gerarchia della COT

Flusso dei pazienti e scala operativa dei servizi che la COT è chiamata a integrare sono le due principali variabili che condizionano il doppio livello delle COT e l'afferenza gerarchica del team.

Le esperienze analizzate, infatti, mostrano spesso un doppio livello su cui si sviluppano le COT: aziendale e distrettuale. La valenza aziendale della Centrale appare particolarmente utile nella gestione del flusso *step down*, in cui la COT raccogliendo le domande e le segnalazioni provenienti anche da interlocutori esterni all'azienda e distribuendole ai vari ambiti distrettuali in base al domicilio del paziente funge da punto di coordinamento unico aziendale nella fase di dimissione per tutti quei soggetti esterni all'ASL che non riescono a raccordarsi con le singole realtà distrettuali. D'altra parte, il flusso *step up* essendo per sua natura collegato ai servizi di ciascun territorio, a bacini territoriali più ristretti e al target cronico, può maggiormente beneficiare della valenza distrettuale della COT. In tal senso la COT distrettuale funge da interlocutore unico per una rete interna e molto frammentata (MMG, cure intermedie, ADI, RSA ecc.).

Una riflessione necessaria riguarda la «messa in gerarchia» della COT. A chi risponde la COT? Questa è una delle domande a cui più difficilmente si trova una risposta chiara: le versioni di COT distrettuali la vedono direttamente legata alle soluzioni che la macro articolazione del distretto riesce a mettere in campo per il buon funzionamento della filiera locale dei servizi. Questa soluzione appare particolarmente premiante quando la COT distrettuale è focalizzata sui flussi *step up* e dedicati al target cronico, che spesso in prossimità trova la risposta ai bisogni legati al *follow up* dei suoi percorsi di cura. Nei flussi di attività *step down*, rivolti principalmente alla dimissione del paziente, è l'afferenza a una struttura organizzativa di valenza aziendale che consente alla COT di gestire una filiera di servizi sull'intero territorio di riferimento dell'azienda.

Implementazione significa interpretazione ed adattamento

La necessità di promuovere l'attuazione del PNRR sia in termini di contenuti che di tempi fa spesso trapelare un'interpretazione meccanicistica dei processi di *policy implementation* in un contesto nazionale molto variegato non solo tra regioni ma anche all'interno di ciascuna di esse. Si possono interpretare in questa direzione alcuni stimoli provenienti soprattutto dalle istituzioni centrali che rischiano di: a) sottostimare i temi legati alla gestione del cambiamento che soprattutto su contenuti come quelli previsti dal DM 77/22 alimentano resistenze e richiedono una motivazione al cambiamento importante (si pensi ad

esempio ai processi di delocalizzazione promossi attraverso le CdC piuttosto che all'attivazione delle COT nelle dimissioni difficili); b) banalizzare le interpretazioni che le innovazioni organizzative del DM 77/22 richiedono affinché vengano metabolizzate nel tessuto delle aziende sanitarie e producano valore rispetto a un contesto segnato da vincoli e da una storia (si pensi alla diversa interpretazione della COT in distretti metropolitani o non metropolitani che rispondono a fabbisogni di integrazione tra reti di offerta davvero molto diversi). Il PON GOV Cronicità, ad esempio, prova a tratteggiare alcune indicazioni per l'implementazione di tutte le innovazioni proposte dal DM 77/22 tra cui anche le COT sottostimando, in alcuni passaggi, i fisiologici processi di reinterpretazione delle indicazioni nazionali. La necessità interpretativa di ciascuno degli «oggetti» del DM 77/22 si intravede nel documento di indirizzo realizzato dalla regione Lazio che parte proprio dalla ricognizione delle esperienze già maturate dalle ASL che sono già nel solco dell'innovazione per promuovere una visione regionale. Si registra, quindi, un diverso atteggiamento rispetto ai processi di formulazione delle COT che in alcuni casi vengono interpretati in modo burocratico come adempimento alle indicazioni nazionali mentre in altri supportano il rilancio dei modelli territoriali esistenti.

Attraverso la COT è possibile rafforzare le forme di committenza sugli erogatori
 La COT può aiutare lo sviluppo di una concreta funzione di committenza attraverso una verifica degli standard degli erogatori. In questa sede non si adotta l'accezione di committenza in termini di negoziazione dei volumi di attività nei confronti degli erogatori (*commissioning*) ma l'attivazione di servizi (già precedentemente negoziati in termini di volumi e risorse) richiedendo e verificando opportuni standard. Questa funzione può essere esercitata sia verso le strutture private accreditate sia verso le strutture pubbliche per via delle seguenti condizioni: a) il numero dei casi inviati da ciascuna COT è discreto e ciascuno è noto in termini di motivazione alla transizione e tempo della richiesta di uno specifico servizio di destinazione; b) i sistemi operativi della COT possono intercettare anche gli esiti della transizione rafforzando la valutazione sulla qualità della risposta fornita; c) la Centrale presidia in generale il rapporto tra bisogno espresso e selezione del *setting* di cura come esito della transizione, quindi ha la possibilità di valutare puntualmente su singoli casi o su popolazioni relative le condizioni di accessibilità.

11.6 Bibliografia

Coleman E.A. (2003), «Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs», *Journal of the American Geriatrics Society*, 51 (4): 549–55.

- Ferrara L., Morando V., Tozzi V.D. (2017), «Configurazioni aziendali e modelli di transitional care: la gestione della continuità ospedale territorio», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2017*, Capitolo 12, pp 425- 455, Milano, Egea.
- Ferrara, L., Tozzi, V. D., Zazzera, A. (2021), «Il management della transizione: COT e non solo COT», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea.
- Naylor M.D., Aiken L.H., Kurtzman E.T., Olds D.M. (2011), «The Importance of Transitional Care in Achieving Health Reform», *Health Affairs*, 30 (4): 746–54. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>.
- Nieswaag E. B., Van Hoek M.J.C., Janson J., Van Paassen J., Kraemer C.E., de Jonge E. & Van Westerloo D. (2022), «The Importance Of Transitional Care In Achieving Health Reform How medical students in a COVID-19 command centre improve communication and decrease physician workload», *Netherlands Journal of Critital Care*, 30, 6-9.
- Yin R.K. (2009), *Case study research: Design and methods* (Vol. 5), Sage.
- Smith T.B. (1973), «The Policy Implementation Process», *Policy Sciences*, 4, 197-209. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01405732>.
- Zazzera A., Ferrara L., Tozzi V.D. (2021), «Care transition for complex patients: a framework to analyse and develop the Operating Centres for Transition», *Journal of Integrated Care*, Vol. 29 No. 4, pp. 425-438 <http://dx.doi.org/10.1108/JICA-05-2021-0026>.