

12 Il management della transizione: COT e non solo COT¹

di Lucia Ferrara, Valeria D. Tozzi, Angelica Zazzera²

12.1 Premesse: transizione significa integrazione

L'acronimo COT (Centrale Operativa Territoriale) è diventato noto ai più per via del PNRR quale modello di riferimento per le cure di transizione (di seguito CT) all'interno della prima componente della Missione 6 (M6C1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale). In precedenza, l'acronimo ha indicato il modello di CT del Veneto che, insieme all'ACOT (Agenzia di Continuità Ospedale – Territorio) della Toscana e al Centro Servizi lombardo rappresentavano gli esempi più significativi di CT, all'interno di un quadro di scelte regionali che si associano ad altri diversamente denominati organizzati da singole aziende sanitarie.

In letteratura invece il dibattito sulle CT è ormai maturo, seppur eterogeneo e oggetto di interesse e studio in numerose aree tematiche. In generale, sotto il cappello CT sono incluse 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).

Oltre a sintetizzare dibattiti precedenti o coevi, i contributi sulle CT evidenziano come i problemi di transito all'interno della rete tra *setting* di cura diversi abbiano a che fare con target di popolazione di una certa complessità (non sempre e non solo sanitaria) che difficilmente si riesce a gestire con prati-

¹ Il capitolo non sarebbe stato possibile senza la partecipazione degli esperti aziendali che hanno consentito di sviluppare i diversi casi qui discussi. Si ringraziano pertanto per la partecipazione, in ordine alfabetico: Giorgio Casati, già Direttore Generale Asl Latina, Simona Dei, Direttore Sanitario Ausl Toscana Sud Est, Concetta Noto, Direttore UOS Progettazione Asp Palermo, Denise Signorelli, Direttore Sanitario Ulss 9 Scaligera.

² Benché il capitolo sia frutto di un lavoro comune, sono da attribuire a Lucia Ferrara i paragrafi 1.2, 1.4.2, 1.4.3, a Valeria D. Tozzi i paragrafi 1.1, 1.4.6 e 1.5 e a Angelica Zazzera i paragrafi 1.3, 1.4.1, 1.4.4, 1.4.5.

che o procedure standard poiché richiedono interventi personalizzati. Infatti, se gli studi sul *discharge management and planning* (Escarrabill, 2009; Fox *et al.*, 2013) hanno puntato l'attenzione sui processi di dimissione ospedaliera e sulla programmazione anticipata dei servizi *outpatient* successivi al ricovero (modello *step down* di transizione), i modelli di CT prevedono anche flussi inversi di attraversamento della rete dei servizi partendo dal domicilio (modelli *step up* di transizione) evitando che l'ospedalizzazione rappresenti una risposta inappropriata. Gli studi sull'*intermediate care* (Morando e Tozzi, 2016) propongono modelli di offerta nuovi che mescolano alcuni ingredienti dell'ospedalità (ad esempio la presenza del posto letto) con altri tipici dell'offerta territoriale (dalla dipendenza organizzativa alla centralità di alcune professionalità delle cure primarie quali il medico di medicina generale); i contributi sulle CT evidenziano come i *setting* a vocazione assistenziale, come quelli delle cure intermedie, necessitano di sistemi centralizzati di invio e dimissione per evitare forme di uso improprio e interpretazioni assai differenti sul target di bisogni di riferimento. La letteratura sulle CT si inserisce anche nel più ampio filone di studi sull'*integrated care* (Rennke *et al.*, 2013) che, partendo dalla prospettiva del paziente, evidenzia i crescenti fabbisogni di integrazione (da quella clinica a quella organizzativa) a cui i sistemi di offerta devono trovare risposta per soddisfare le attese della domanda. Rispetto a questo dibattito, quello sulle CT sottolinea la criticità delle attese della casistica più fragile per la quale occorre integrare servizi che fanno capo a strutture e professionalità differenti (sanitari, assistenziali e spesso anche sociali) che operano secondo modelli operativi diversi. Il contributo distintivo del dibattito e delle esperienze di CT sta nell'attenzione posta all'integrazione tra interventi di cura diversi, funzionali a rispondere a bisogni di cura complessi sul piano clinico e/o assistenziale. L'integrazione si rende necessaria quando le procedure o le pratiche (ad esempio, il rispetto dei tempi di degenza media) per inviare il paziente presso altri servizi non riescono ad essere applicate per questioni relative alla complessità del caso (ad esempio, paziente anziano che vive solo) o alla complessità gestionale (ad esempio, tempi di accesso alle strutture o carenza di posti letto di comunità).

Sebbene poco diffuse, il fatto che le CT avessero già un repertorio di esperienze in Italia, come illustrato in OASI 2017 (Ferrara *et al.*, 2017), testimonia la sperimentazione di risposte al fabbisogno concreto e diffuso di integrazione che i sistemi aziendali vivono per varie ragioni: da un lato, l'Italia è il secondo Paese più anziano al mondo con il 22% della sua popolazione over65enne (ISTAT, 2021); le aziende sanitarie, quindi, si confrontano con una domanda crescente da parte della popolazione comorbida, anziana e in alcuni casi non autosufficiente. In secondo luogo, le ASL sono diventate nel corso del tempo sempre più grandi in termini di territori e di popolazione di riferimento (tra il 2001 e il 2019 il numero di ASL a livello nazionale è passato dal 197 al 118 di oggi (-40%) con una popolazione media per ASL pari a 510.548 abitanti a gen-

naio 2020 (Cinelli *et al.*, 2020)), spesso per via dei fenomeni di accorpamento tra aziende, rendendo così complessa l'integrazione tra filiere di servizi non solo più ampie, ma anche afferenti a culture e routine aziendali diverse. Oltre che nel numero di strutture, a partire dal 2000 si è registrata anche una progressiva riduzione nelle dimensioni medie in termini di PL in tutte le classi di strutture, ad eccezione dei presidi a gestione diretta (Cinelli *et al.*, 2020). Non va esclusa da tali ragioni la storica difficoltà del territorio di rispondere ai bisogni socio-sanitari della popolazione, che aumenta il bisogno di integrazione.

In questo scenario, le CT rappresentano uno strumento per far fronte alla domanda potenziale di coorti sempre più ampie di pazienti che associano bisogni sanitari a quelli assistenziali e socio sanitari, centralizzando i processi di accesso a servizi che devono essere messi in sequenza (facendo transitare il malato dall'ospedale alle cure intermedie, per esempio) o in parallelo (associando alle valutazioni cliniche quelle sul contesto abitativo e familiare per inquadrare il caso e trovare il *setting* di destinazione adeguato).

Da qui la centralità delle CT all'interno del PNRR che prevede di «attivare 602 COT, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza», finanziate attraverso 0,28 miliardi all'interno della M6C1 che considera anche le Case della Comunità, la telemedicina, l'assistenza domiciliare per il 10% degli over65enni e gli Ospedali di Comunità quali elementi di rafforzamento della rete dei servizi territoriali.

Sulla base di tali premesse, lo scopo principale del presente contributo è quello di approfondire alcuni modelli di CT in Italia e di discuterli alla luce delle indicazioni del PNRR proponendo un *framework* che, oltre ad analizzare i casi aziendali proposti, possa supportare la progettazione e sostenere la diffusione delle CT. Data l'eterogeneità del concetto di CT, il capitolo si apre con una breve illustrazione delle diverse configurazioni di CT, presenta poi gli obiettivi specifici del lavoro e il *framework*, che viene applicato all'analisi di quattro casi aziendali, due rappresentativi della configurazione “centrali operative” e due rappresentativi della configurazione “sistemi operativi”.

12.2 Le diverse configurazioni di cure di transizione

Sulla base dell'analisi della letteratura condotta nell'ambito del Rapporto OASI 2017 (Ferrara *et al.*, 2017), le esperienze di CT possono essere raggruppate in quattro configurazioni tipiche (tutte considerabili come diversi modi in cui la transizione può essere agita), che non sono esclusive ma possono essere combinate allo scopo di connettere sistemi di offerta molto articolati. Tale classificazione mostra come il concetto di CT sia ampio e variegato, declinandosi a seconda delle esperienze e dei contesti in i) ruoli dedicati alla gestione della transizione; ii) siste-

mi operativi che supportano la transizione; iii) servizi dedicati che gestiscono la transizione; iv) funzioni aziendali specifiche dedicate al management della transizione. Di seguito si propone una breve descrizione di ciascuna configurazione.

i) Ruoli professionali. Si tratta di figure professionali specializzate nella dimissione del paziente spesso inserite nell'UO che ha gestito il ricovero del malato: si tratta di infermieri nel ruolo di *transitional coach*, *guided care nurse* o *navigator manager* che, sulla base di valutazioni del paziente in fase di pre-dimissione, collaborano con il team ospedaliero e con gli altri professionisti territoriali per identificare gli obiettivi di cura e sviluppare il piano di cura individualizzato seguendo il paziente per un periodo di tempo post transizione (da uno a tre mesi post dimissione). I *Care Transition Interventions* sviluppati da Coleman e Berenson (2004) e il *Transitional Care Model* (TCM) sviluppato da Naylor e Keating (2008) sono esempi ben noti di CT che coinvolgono membri del team multidisciplinare e sono guidati da un infermiere.

ii) Sistemi operativi. Soprattutto in presenza di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (*Integrated care pathways* – PDTA) progettati e condivisi per la gestione di patologie croniche, la possibilità di avere sistemi operativi che raccolgono le informazioni sul malato e le condividono tra i professionisti che intervengono nelle diverse fasi della malattia o delle malattie può facilitare e supportare la transizione dall'ospedale al domicilio. Questi sistemi, infatti, consentono di fare “committenza” sulla rete dei servizi per casi che spesso non sono complessi, ma rischiano di diventarlo per questioni legate alla scarsa aderenza ai percorsi di cura e per le interazioni tra patologie e farmaci. Esempi sono i già citati PDTA se corredati di una chiara responsabilità tra gli operatori nelle diverse fasi della malattia e dotati di un sistema di monitoraggio, ma anche l'uso dei big data, gli approcci di *Population Health Management* (PHM) e le cartelle cliniche elettroniche. A questi esempi si associano anche quelli che raccolgono e scambiano informazioni direttamente con il paziente quali alcune forme di *mobile health*.

iii) Servizi dedicati. In molti casi, soprattutto nel contesto statunitense, la transizione dei pazienti è a carico delle cosiddette *Transitional Care Clinics o Unit* (TCC) a volte indicate come «reparti» o «reparti virtuali» (*wards o virtual wards*) e ai servizi post-dimissione (Lewis *et al.*, 2013). Questi servizi colmano il divario tra la dimissione ospedaliera e il follow-up post-acuto, verso *setting* territoriali tra cui il domicilio del paziente, fornendo accesso alle cure per i pazienti complessi, per lo più fragili e anziani (Escarrabill, 2009; Fox *et al.*, 2013) e ad alto rischio di riammissione (Smith, 2016). Questo modello organizzativo prevede delle equipe a valenza ospedaliera o territoriale (in alcuni casi delle vere strutture organizzative), guidate da infermieri e di tipo multi-professionale (composte da infermiere, assistente sociale, fisioterapista ecc.)

che valutano i bisogni funzionali, supportano il piano di dimissione delle cure, la riconciliazione terapeutica e il coordinamento delle cure. Sono associabili, in via generale, alle esperienze italiane di *discharge room*, ovvero sale di dimissione, dotate di posti letto e poltrone che accolgono i pazienti in attesa di dimissione dall'ospedale in un ambiente sicuro con personale infermieristico e di supporto, tale da provvedere alla continuità delle cure fino all'arrivo del trasporto verso casa, ospedali o altre strutture territoriali (es. RSA, OSCO). Poiché queste configurazioni prevedono che il paziente venga gestito dalle equipe/unit dedicate alla transizione, in alcuni casi le attività svolte in tali servizi si sovrappongono agli interventi tipici delle cure intermedie sia per la situazione del paziente sia per difficoltà nell'accesso al *setting* di destinazione.

iv) Centrali operative. Già OASI 2017 descriveva esperienze embrionali di CT come nuove funzioni aziendali, variamente interpretate da operatori del territorio chiamati a organizzare i transiti di alcuni pazienti nella rete dei servizi delle ASL. Si tratta di modelli di *process management* che sostengono non solo il «movimento» del paziente nella rete di offerta ma attivano una serie di strumenti per monitorare che il percorso di cura si stia svolgendo secondo gli standard attesi (Ferrara *et al.*, 2017). Nel tempo queste nuove funzioni, spesso indistinte dal resto dell'agire aziendale, poiché la transizione era considerata un'attività implicita nei servizi già erogati, hanno acquisito autonomia diventando delle vere e proprie agenzie interne specializzate sulla transizione del paziente. È il caso della COT veneta, dell'ACOT toscana e del Centro Servizi lombardo che oltre a gestire le relazioni tra servizi all'interno della medesima azienda, rappresentano il punto di contatto per tutti gli operatori extra aziendali (personale medico e infermieristico di altre Asl/ospedali, MMG, servizi sociali) interessati a organizzare la dimissione del malato, spesso resa problematica per le difficoltà di interlocuzione con il distretto socio sanitario in cui il paziente risiede e con il medico di medicina generale (MMG) di riferimento.

Il PNRR ha rianimato il dibattito sulle CT svelando esperienze ulteriori oltre a quelle riconducibili alla COT, che interpreta in modo completo l'ultima configurazione descritta.

12.3 Obiettivi e metodi

La ricerca condotta per OASI 2021 si pone in continuità con quanto elaborato nel corso dell'edizione 2017 e persegue i seguenti obiettivi:

- ▶ Approfondire la conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento operativo sia di alcuni esempi aziendali di CT che intervengono temporaneamente nella presa in carico dei pazienti complessi sia di altri progetti aziendali con soluzioni di CT continuative e dedicate alla popolazione cronica;

- ▶ Proporre e testare un *framework* di analisi dei modelli di CT, tramite la sua applicazione a quattro casi studio aziendali, che possa supportare la progettazione di modelli di CT nuovi o esistenti;
- ▶ Produrre alcune indicazioni che sostengano la progettazione e diffusione delle CT all'interno delle aziende sanitarie in coerenza con le indicazioni del PNRR.

Di seguito vengono proposti quattro casi aziendali afferenti a contesti regionali diversi, selezionati sulla base del modello di CT implementato:

- ▶ il caso dell'Ulss 9 Scaligera e quello dell'Ausl Toscana Sud Est, che rappresentano due esempi aziendali in cui il modello di CT è rappresentato dalla fattispecie delle “centrali operative”, rivolte alla popolazione complessa che richiede interventi specifici nei passaggi tra *setting* diversi (transizione occasionale);
- ▶ il caso dell'Asl di Latina e dell'ASP di Palermo, due esperienze aziendali rappresentative della configurazione “sistemi operativi”, pensati per gestire la transizione dei pazienti cronici in modo continuativo.

Sul piano del metodo, è stato sviluppato uno studio di caso (Yin, 2009): sono stati analizzati documenti rilevanti a livello nazionale e regionale sul tema delle CT (Delibere Regionali, Piani e Programmi sulle Cure di Transizione e Piani Strategici Regionali) che hanno condizionato le esperienze aziendali considerate; sono state svolte delle interviste in profondità ai direttori generali o sanitari delle quattro ASL e ai referenti dei progetti di CT.

I quattro casi studio sono stati approfonditi attraverso un framework di analisi dei modelli di CT sviluppato nell'ambito di un più ampio progetto di ricerca svolto dal Cergas SDA Bocconi tra il 2019 e il 2021³. Di seguito si riporta una descrizione dello schema di riferimento e delle 3 dimensioni di analisi, mentre in Tabella 12.1 una rappresentazione sintetica delle singole variabili:

A. Il **modello di servizio** delinea i) qual è il target di riferimento; ii) qual è il flusso di pazienti: la centrale può gestire solo il flusso *step up*, ovvero in

³ Il *framework* qui proposto è stato sviluppato nell'ambito del più ampio progetto di ricerca svolto dal Cergas SDA Bocconi tra il 2019 e il 2021 «Osservatorio sulle patologie croniche: modelli di gestione dello scompenso cardiaco» che ha permesso di intercettare alcune progettualità aziendali per la gestione della casistica cronica (che ricorre spesso all'ospedalizzazione e transita tra più *setting* di cura) in 7 aziende sanitarie pubbliche italiane, all'interno di 7 regioni. Il *framework*, così come i risultati del progetto, sono stati discussi all'interno di un workshop che ha visto la partecipazione di tutte le aziende sanitarie coinvolte, allo scopo di condividerne il contenuto e garantirne la generalizzabilità. I due casi dell'Ulss 9 Scaligera e dell'Ausl Toscana Sud Est si rifanno a quanto osservato nella ricerca citata.

Tabella 12.1 Il framework di analisi dei modelli di cure di transizione

Aree del framework			
	Modello di servizio	Funzioni	Condizioni organizzative
Variabili	Target	Valutazione dell'appropriatezza della segnalazione	Collocazione fisica
	Flusso di pazienti (step up/step down)	Identificazione del bisogno	Dipendenza organizzativa
	Filiera dei servizi di riferimento	Identificazione del setting	Personale
	Relazione con utente/famiglia	Monitoraggio dell'offerta disponibile	Sistemi informativi
	Punto di accesso diretto (back office / front office)	Prenotazione del servizio (committenza)	Finanziamento
			Raccolta delle informazioni e monitoraggio della situazione del paziente post-transizione
			Monitoraggio del processo

“ammissione protetta”, dal territorio verso l’ospedale, le cure intermedie o le strutture di assistenza residenziale, oppure solo il flusso *step down*, in dimissione dalle strutture per acuti, oppure entrambi i flussi; iii) qual è la filiera di servizi riferimento: essa delinea il raggio di azione delle centrali, ovvero l’ampiezza delle interazioni con la filiera dei servizi anche di altre aziende. La centrale, infatti, può gestire il passaggio dei pazienti verso l’intera rete dei servizi sanitari e socio-sanitari all’interno di una determinata area territoriale o, in alcuni casi, può gestire solo la transizione dei pazienti verso uno specifico *setting* (ad esempio, gestisce l’accesso ai posti letto di cure intermedie); iv) quali sono le relazioni dirette con l’utente o con la sua famiglia: questa variabile identifica se la centrale entra in contatto diretto con il paziente, la sua famiglia o il *caregiver* (es. per condividere informazioni, svolgere attività educative o valutare i bisogni del paziente) o se il contatto con il paziente e la sua famiglia è gestito esclusivamente dal personale sanitario della struttura inviante; v) se vi è un modello *front office* o *back office*: la centrale può essere un servizio intra aziendale (attivabile solo da operatori aziendali) o contattabile anche da altri soggetti extra aziendali, fino ad arrivare al paziente o al suo *caregiver*.

- B. Le **funzioni**. Sono state identificate sette possibili funzioni che la centrale può agire: i) valutazione dell’appropriatezza della segnalazione: gli operatori della centrale possono verificare se la richiesta di transizione è coerente con il target e con la filiera di riferimento; ii) identificazione del bisogno del paziente: le centrali possono mettere in opera le scelte compiute dalla struttura inviante oppure quest’ultima può limitarsi a segnalare il caso, che viene poi valutato dall’equipe della centrale che inquadra il bisogno; iii) identificazione del *setting* coerente rispetto al bisogno del paziente. Questa funzione prevede che all’interno della centrale vi siano le competenze per

valutare quale sia il luogo di cura più idoneo rispetto alle specificità del singolo caso; iv) verifica della disponibilità del servizio necessario (ad esempio, posto letto di cure intermedie) 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 (all'interno dell'ospedale? Della Casa della Salute? ecc.); ii) la dipendenza organizzativa; iii) il personale che opera all'interno del team della centrale: solitamente sono coinvolti medici, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti o personale amministrativo; all'interno di questa dimensione di analisi è interessante osservare se è previsto un coordinatore o un responsabile organizzativo della centrale e da chi è interpretato questo ruolo; inoltre, i membri del team possono essere esclusivamente dedicati alle CT piuttosto che occuparsene in modo non esclusivo; iv) i sistemi informativi a supporto delle funzioni agite dalla centrale (ad esempio, monitoraggio della disponibilità dell'offerta; scale e sistemi di valutazione del bisogno di tipo informatizzato, ecc.) piuttosto che meccanismi aziendali che incentivano l'uso della centrale o monitorano le sue performance; v) la presenza o meno di meccanismi di finanziamento specifici intesi come fondi regionali o aziendali dedicati all'avvio e al funzionamento della centrale (non appare pensabile il finanziamento del servizio reso). Come approfondito nel paragrafo 1.4.6, il framework descritto è stato utilizzato anche per l'analisi delle altre configurazioni di modelli di transizione, apportando alcune modifiche alle variabili.

12.4 Risultati

Di seguito verranno analizzati e comparati in primo luogo i progetti di CT che afferiscono alla configurazione «centrali operative» e successivamente quelli riconducibili alla configurazione «sistemi operativi».

12.4.1 La Centrale Operativa Territoriale (COT) dell'Ulss 9 Scaligera

Il 1° Gennaio 2017 nasce l'Azienda Ulss 9 Scaligera, come determinato dalla legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016, che ridisegna funzioni e competenze delle tre Aziende Socio Sanitarie Locali di Verona e Provincia. La popolazione di riferimento dell'Ulss 9 Scaligera è composta da 926.649 residenti; l'azienda si articola in 4 distretti socio sanitari che corrispondono alle aree di Verona,

San Bonifacio, Legnago e Bussolengo e presenta una ricca dotazione di posti letto e di strutture ospedaliere e territoriali sia aziendali che private accreditate: 7 presidi ospedalieri, 6 Centri sanitari polifunzionali (CSP) oltre all'Azienda Ospedaliera (AO) di Verona. Per quanto riguarda l'offerta territoriale, sono presenti 9 Ospedali di Comunità, 31 posti letto in Hospice e 5.325 posti letto in Centri Servizi per anziani. La gestione del «traffico» all'interno della rete dei posti letto (di diversa natura) rappresenta una questione cruciale per l'azienda.

Le Centrali Operative Territoriali (COT) del Veneto rappresentano una tra le esperienze più mature di CT a livello nazionale essendo state introdotte dal Piano Socio-Sanitario 2012-2016 e implementate dal 2014 in tutta la regione. La delibera regionale (DGR 2271/2013) definisce la COT come «l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto ha una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale». La delibera regionale definisce gli elementi distintivi e gli obiettivi comuni per l'attivazione delle COT, mentre lascia ampia autonomia a livello locale per la definizione delle condizioni di funzionamento e degli strumenti operativi.

La filiera di riferimento dell'Ulss Scaligera è molto vasta e comprende i posti letto di cure intermedie, le strutture residenziali e quelle riabilitative, i servizi di assistenza domiciliare e altri interventi legati al domicilio, gli Hospice e le strutture ospedaliere, sia pubbliche sia private accreditate. Inoltre può essere attivata da tutti gli attori del sistema (anche privati accreditati): personale distrettuale e ospedaliero, MMG, PLS, personale delle strutture intermedie e dei servizi sociosanitari.

L'elemento distintivo del caso veronese è che le funzioni della COT coinvolgono due livelli organizzativi: a livello aziendale, con la Delibera del Direttore Generale 653 del 2018, viene definita una COT unica che funge da «cabina di regia» delle 7 Centrali Operative dell'ADI (COADI). Le attività operative vengono gestite dalle COADI a cui vengono segnalati i casi di pazienti per i quali, dopo un'ulteriore valutazione rispetto al bisogno di transizione, sono attivati i servizi necessari all'interno della filiera dei territori di riferimento. Infatti, è in capo alle COADI, presenti prima della nascita della COT aziendale, la presa in carico dei pazienti in dimissione protetta verso le cure domiciliari (che erogano direttamente 7 giorni su 7) e l'invio verso le strutture intermedie o residenziali del territorio. In questo contesto, la COT aziendale monitora i processi di transizione gestiti localmente dalle COADI e interviene nel caso in cui i flussi vengano interrotti o sospesi. La funzione agita dalla COT aziendale è una sorta di garanzia sui processi di coordinamento su scala territoriale, intervenendo a supporto del livello locale.

Sebbene la COT aziendale nasca prioritariamente per la transizione dei pazienti dall'ospedale verso il territorio (flusso *step-down*), al momento sta elaborando flussi *step-up* per la gestione dei casi ad alta domanda di interventi socio sanitari evitando i fenomeni di ospedalizzazione impropria. I processi di

transizione monitorati dalla COT aziendale sono quelli dei pazienti in situazioni di fragilità, cronicità complessa e non autosufficienza, indipendentemente dall'età. Fornisce attività prevalentemente di *back-office* per i soggetti aziendali e di *front office* per alcune strutture private accreditate, coordinandosi con la quasi totalità dei professionisti e dei servizi della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari (anche soggetti privati accreditati nei flussi *step down*) e non prevede accesso diretto da parte del paziente. La COT aziendale non si occupa della valutazione del bisogno del paziente, né di prenotare i servizi, né di monitorare l'esito del percorso assistenziale poiché il suo ruolo è più focalizzato sul processo di transito nella rete di offerta e non sulle fasi del percorso di cura. La valutazione del bisogno, la prenotazione del servizio e la raccolta delle informazioni sul paziente sono, invece, in capo alle COADI. Nel caso di valutazione di dimissibilità del paziente target per la COT, viene ad essa inviata la segnalazione che consente alla COADI di attivare il processo di transizione necessario.

Nel tempo la COT aziendale è andata organizzandosi e per mantenere la sua funzione su scala aziendale ha previsto il ruolo del referente della COT che guida il team multi professionale. All'interno dell'organigramma aziendale la COT si configura come un'unità organizzativa in staff al Direttore della "Funzione Territoriale", un'unità organizzativa che dipende direttamente dalla Direzione dei Servizi Socio Sanitari e dalla Direzione Sanitaria dell'Usls.

L'attività della COT aziendale è multi professionale, coordinata da un infermiere e composta da un team di infermieri e personale amministrativo. Il *toolkit* della COT include diverse scale di valutazione standardizzate, quali per esempio la BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score, uno strumento di screening che può essere utilizzato per identificare i pazienti che potrebbero richiedere un piano di dimissione più completo) e un modulo di referto condiviso. È in via di definizione un sistema di monitoraggio automatizzato dei casi gestiti che al momento segue un flusso cartaceo di informazioni. Non sono previsti finanziamenti dedicati per lo sviluppo della COT aziendale e delle COADI, che sono gestite interamente con risorse aziendali.

12.4.2 L'Agenzia per la Continuità Ospedale Territorio (ACOT) della AUSL Toscana Sud Est

L'Azienda Usl Toscana Sud Est è il frutto della fusione delle 3 ex Asl di Arezzo, Siena e Grosseto avvenuta il 1° gennaio 2016. L'Azienda, che si estende per circa la metà del territorio toscano, ospita meno di un quarto dei cittadini della regione (circa 829 mila abitanti), con una densità abitativa pari a circa 72 abitanti per km², decisamente inferiore al valore medio regionale (163 ab/km²). Inoltre, la percentuale di assistiti over 65 è superiore alla media regionale: circa un quarto della popolazione è anziana e il 4% circa ha 85 anni o più. In questo contesto, il tema dell'integrazione tra nodi della rete di offerta dispersi

territorialmente e tra procedure e pratiche diverse tra i 3 ex contesti aziendali nell'accesso e nella gestione dei servizi rappresenta una sfida cruciale per l'Azienda, così come la domanda potenziale di servizi di transizione alimentata da una popolazione demograficamente più fragile che negli altri territori regionali. L'azienda è articolata in 8 Zone Distretto, ha 13 stabilimenti ospedalieri accorpati in 6 Presidi ospedalieri, 24 Case della Salute e 31 AFT. La rete socio-sanitaria territoriale si avvale anche di 180 posti letto negli Ospedali di Comunità/Mo.di.Ca (Moduli di Continuità assistenziale)⁴, 29 di Hospice e 117 di riabilitazione territoriale ex art 26, più 29 di Cure Intermedie presso RSA. Sono inoltre presenti nel territorio aziendale 90 RSA.

Le ACOT sono state introdotte in Toscana con due atti normativi: il primo del 2008 individua le prime linee di indirizzo per la costituzione dei modelli di *discharge room* e le prime versioni delle ACOT (allegato B della DGR n. 1010/2008), mentre il secondo nel 2016 definisce più puntualmente il modello dell'ACOT (DGR.679/2016). Le ACOT sono lo strumento operativo di governo dei percorsi fisico – logistici tra ospedale-territorio che il paziente vive a partire dalle dimissioni ospedaliere. Sul territorio dell'Ausl Toscana Sud Est sono attive 13 ACOT (una per ogni stabilimento ospedaliero) che, nella fase di dimissione ospedaliera, permettono di garantire, attraverso specifici strumenti di handover standardizzati, la continuità assistenziale nel transito tra *setting*. Dopo una prima fase di sperimentazione, per supportare il processo di sviluppo delle ACOT, in particolar modo per quanto riguarda la definizione dei percorsi, il miglioramento dell'integrazione tecnologica e lo sviluppo di una reportistica di supporto al processo decisionale, a livello aziendale è stata creata la Centrale della Cronicità. Come nel caso dell'Ulss 9 Scaligera, la transizione dei pazienti complessi e fragili coinvolge quindi due livelli organizzativi: a livello aziendale, la Centrale della Cronicità funge da raccordo tra le 13 ACOT collegando tutti i professionisti con un sistema informatizzato e standardizzato, mentre, a livello di Zona Distretto, le ACOT gestiscono i flussi di attività operativa.

Ogni anno vengono segnalati alla Centrale circa 11mila casi di dimissioni complesse. Si tratta di pazienti cronici ma anche post acuti fragili, in dimissione dai 13 stabilimenti ospedalieri aziendali e dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Le Scotte" di Siena. La segnalazione parte dall'ospedale attraverso

⁴I Moduli di continuità assistenziale (Mo.di.Ca) sono unità di degenza territoriale a bassa intensità assistenziale a gestione infermieristica in grado di erogare cure intermedie e di garantire la continuità assistenziale tra l'intensività delle cure ospedaliere e l'estensività della presa in carico territoriale. A differenza dell'ospedale di comunità, trovandosi logisticamente all'interno dei Presidi ospedalieri permettono di usufruire dei servizi propri delle unità di degenza come il comfort alberghiero, la gestione delle emergenze, l'approvvigionamento dei farmaci, l'accesso diretto ad esami clinici e strumentali e consentono di attivare in ogni momento delle consulenze specialistiche che rendono la dimissione più rapida. Sotto il profilo medico, l'assistenza è gestita dai MMG in un ambiente protetto, in piena collaborazione con ospedale e territorio; sotto il profilo gestionale il percorso è governato dall'ACOT.

un sistema informativo denominato «MINIPLEIADE»⁵ e viene trasmessa a livello territoriale tramite la piattaforma INSIEL che, grazie ad un algoritmo, codifica una prima risposta e una prima valutazione multidimensionale del paziente. La Centrale raccoglie la segnalazione da parte degli ospedali e gestisce, in base al territorio di residenza del paziente, tutte le informazioni che sono destinate all'ACOT di riferimento, affinché lo stesso paziente, dopo la dimissione dall'ospedale, venga preso in cura nel modo più adeguato. In questo modo, la Centrale fa “staffetta” tra l'ospedale e l'ACOT. L'ACOT raccoglie la segnalazione, ne verifica l'adeguatezza, individua il *setting* più appropriato per la transizione del paziente e avvia il percorso effettuando la prenotazione; inoltre, supporta il processo di dimissione considerando le informazioni sul paziente e la famiglia e le risorse disponibili a livello locale in termini di servizi, coordinando i soggetti coinvolti nel processo di dimissione e di transizione (servizi territoriali, MMG, strutture residenziali, fornitura di ausili domiciliari, ecc.) soprattutto attraverso lo scambio di informazioni. La presa in carico attraverso le ACOT di ciascun territorio permette quindi di realizzare l'attivazione dei percorsi individuali calati sulle specifiche necessità/bisogni dei pazienti, in raccordo con i MMG e le altre figure professionali e con la valutazione delle risorse a disposizione presenti nella zona di residenza del paziente, il più possibile garantendo servizi di prossimità. C'è uno stretto contatto tra ogni territorio e l'ospedale di riferimento grazie al ruolo delle ACOT che spesso si trovano all'interno dello stabilimento ospedaliero.

È presente a livello centrale un sistema di monitoraggio dei transiti dei pazienti e un cruscotto in via di affinamento sulle performance delle ACOT. Un elemento distintivo dell'esperienza descritta è la definizione di indicatori di monitoraggio delle varie fasi del percorso del paziente che permettono di capire se ci sono state difficoltà o problemi in fase di dimissione o accoglienza e in base a questo attivare le risorse per risolvere i vari problemi.

Come si intuisce, la Centrale tutela la transizione, intesa soprattutto come continuità dei pazienti, prevalentemente in dimissione dall'ospedale (*step down*). Anche in questo caso, sebbene la transizione riguardi prevalentemente i pazienti in uscita dalla fase ospedaliera acuta alla fase post acuta, al momento si stanno elaborando dei flussi *step up* per gestire gli episodi di riacutizzazione che si verificano sul territorio al fine di evitare un ricovero improprio. Il target di riferimento è fatto prevalentemente di persone con più di 65 anni con malattie croniche, non autosufficienza, disabilità o fragilità sociale, con punteggio Brass ≥ 10 . Le ACOT non entrano in contatto con il paziente, poiché il rap-

⁵ PLEIADE e MINIPLEIADE sono i software di cartella clinica utilizzato dai reparti di Medicina interna sia come cartella clinica che per gestire la dimissione dei pazienti verso il domicilio o altre strutture territoriali attraverso ACOT. In PLEIADE e MINIPLEIADE sono presenti le schede di valutazione ospedaliera (scheda clinica, infermieristica, scheda sociale e scheda funzionale)

porto con il paziente e la sua famiglia è gestito dai professionisti che lavorano all'interno delle strutture ospedaliere: questo implica un modello sia di tipo *back* che *front office* escludendo, però, l'attivazione da parte del paziente.

Sia la Centrale della Cronicità che le ACOT sono delle funzioni organizzative e non delle unità organizzative; la prima fa capo funzionalmente al Dipartimento del territorio, fragilità e dipendenze e le seconde alla Zona Distretto (c'è un'ACOT per ogni stabilimento ospedaliero dell'Azienda USL sebbene il team solo in alcuni casi si trova fisicamente al suo interno). Nella Centrale della Cronicità la gestione operativa ed organizzativa è affidata alla componente infermieristica, mentre le ACOT sono costituite da una équipe multiprofessionale coordinata da un referente, solitamente un medico, che è nominato dal Direttore della Zona Distretto. Le ACOT promuovono e utilizzano strumenti di handover standardizzati come le scheda di segnalazione e di valutazione multidisciplinare e delle piattaforme web condivise e accessibili sia dalle strutture ospedaliere che da quelle territoriali (PLEIADE, MINIPLEIADE e INSIEL)⁶ che permettono di standardizzare il percorso e informatizzare la gestione della dimissione. Le piattaforme consentono di: a) raccogliere e condividere osservazioni e informazioni sui singoli casi; b) utilizzare un algoritmo per l'identificazione del setting più appropriato; c) verificare il processo (tempi e modalità di attivazione); d) migliorare la comunicazione; e) elaborare indicatori e dati relativi al processo di cura; f) visualizzare lo stato delle pratiche attivate (es. UVM, invalidità). La disponibilità dei posti letto è aggiornata manualmente e non esiste un sistema automatico, ma è in corso di definizione la possibilità di monitorare in tempo reale la situazione dei posti letto tramite il sistema INSIEL. All'atto dell'istituzione delle ACOT, la DGRT 905 del 13/09/2016 ha individuato risorse aggiuntive per 9 milioni di euro in due anni per potenziare i servizi di continuità assistenziale.

12.4.3 I due casi di «centrale operativa» a confronto

La Tabella 12.2 mette a confronto la COT dell'Ulss 9 Scaligera con quella delle ACOT dell'Azienda Usl Toscana Sud Est: emerge una grande sovrapposizione delle esperienze analizzate al di là della diversa denominazione e di alcune specificità di tipo organizzativo. In primo luogo si tratta di modelli di CT riconducibili alla configurazione centrale operativa.

Entrambe le tipologie di centrale nascono per migliorare la logistica del paziente all'interno della rete quando essa diventa critica per almeno una delle seguenti ragioni: a) la difficoltà di concertare tra professionisti medici e operatori sociali una prospettiva condivisa di gestione del paziente; b) la necessità di

⁶ INSIEL e PLEIADE sono state usate anche per gestire i pazienti Covid durante l'emergenza da parte della Centrale della cronicità e della Centrale Covid

Tabella 12.2 **Comparazione tra la COT dell'Ulss Scaligera e le ACOT dell'Ausl Toscana Sud Est**

	Dimensione di analisi	ULSS Scaligera	AUSL Toscana Sud Est
Modello di servizio	<i>Target</i>	Tutta la popolazione con cronicità e/o non autosufficienza e/o con fragilità sociale	Persone over 65 con cronicità e/o non autosufficienza e/o disabilità e/o fragilità sociale
	<i>Flusso Step up/step down</i>	95% step down 5% step up	95% step down 5% step up
	<i>Filiera di riferimento</i>	Cure intermedie, RSA, strutture riabilitative, assistenza domiciliare, domicilio, hospice	Cure intermedie, RSA, lungodegenza, strutture riabilitative, assistenza domiciliare, domicilio
	<i>Relazione con utente/famiglia</i>	No	No
	<i>Punto di accesso diretto</i>	Back Office e parzialmente Front Office	Back Office e parzialmente Front Office
	<i>Valutazione dell'appropriatezza della segnalazione</i>	Sì	Sì
	<i>Identificazione del bisogno</i>	No (COT) Sì (COADI)	No
Funzioni	<i>Identificazione del setting</i>	Sì	Sì, attraverso un algoritmo
	<i>Monitoraggio dell'offerta disponibile</i>	Sì, su richiesta della Centrale via telefono o email (su base giornaliera)	Sì, su richiesta delle Centrale via telefono o file excel (su base giornaliera)
	<i>Prenotazione del servizio (committenza)</i>	Sì (COADI)	Sì
	<i>Raccolta delle informazioni e monitoraggio della situazione del paziente post-transizione</i>	Sì, via telefono	Sì, attraverso software
	<i>Monitoraggio del processo</i>	Sì, attraverso raccolta periodica delle informazioni largamente su base cartacea	Sì, attraverso software
Condizioni organizzative	<i>Collocazione fisica</i>	Nelle sedi del distretto	Sia nelle sedi ospedaliere che in quelle distrettuali
	<i>Dipendenza organizzativa</i>	UO Funzione Territoriale	Zona Distretto
	<i>Personale</i>	Infermieri Il responsabile è un infermiere	Medici, infermieri, assistenti sociali Il responsabile è un medico
	<i>Sistemi informativi</i>	Assenza di software dedicati ma uso di una pluralità di sistemi di segnalazione*	Software ad hoc
	<i>Finanziamento</i>	Risorse aziendali	Contributo regionale per l'avviamento

* Dimissioni da AO a Cure Domiciliari: sistema GECOS ADP; dimissioni da presidi ospedalieri Ulss 9 e Privati Accreditati: Scheda di Dimissione Protetta Informatizzata (SDPI); dimissioni da OSCO a Cure Domiciliari: sistema SDPI

velocizzare la gestione del singolo caso evitando di bloccare il transito nella rete; c) la criticità di attivare in parallelo una pluralità di interventi sul medesimo caso sia per assenza di informazioni condivise sul paziente sia per la diversità delle procedure di accesso ai servizi nei diversi territori; d) la preparazione del contesto familiare di accoglienza e l'allestimento con ausili e dispositivi necessari.

Nei due casi aziendali, il target di riferimento è rappresentato dai pazienti cronici resi complessi dalla polipatologia e/o forme di disabilità o di disagio

sociale (il caso toscano aggiunge un limite di età nella profilazione del target). Il flusso che viene gestito dalle centrali è prevalentemente *step down*, in dimissione dall'ospedale e sono ancora molto limitati i casi *step up* che richiedono un ruolo attivo del MMG.

Singolare appare il fatto che le esperienze tracciate riguardino contesti aziendali che hanno visto l'ampliamento dei loro confini e dei nodi della rete di offerta di riferimento. La configurazione centrale operativa rappresenta una sorta di centralizzazione dei processi da attivare per la gestione dei flussi dei pazienti nella rete di offerta, attraverso procedure e strumenti unitari e codificati. Inoltre, per garantire l'unitarietà del modello in contesti territoriali diffusi, sia il caso veneto che quello toscano descrivono un funzionamento a due livelli: uno aziendale a cui arriva la segnalazione e l'altro di tipo locale in prossimità delle strutture di dimissione capace di tessere relazioni dirette con gli operatori della rete dei servizi.

Sia nel caso toscano che in quello veneto, le centrali sono state introdotte da politiche regionali: la normativa si concentra sulla transizione intesa come funzione aziendale allo scopo di armonizzare le soluzioni e le procedure nei diversi contesti, dando indicazioni principalmente su obiettivi, funzioni e composizione delle centrali. Il quadro di riferimento che deriva dalla normativa lascia quindi spazio a forme di sperimentazione aziendale che consentono adattamenti delle indicazioni generali ai contesti specifici.

In entrambi i casi, la condivisione delle informazioni relativamente alla disponibilità di posti letto è generalmente basata su contatti personali e sistemi informativi non condivisi: l'esperienza Covid 19 ha avviato forme di gestione operativa in merito alla disponibilità dei posti letto che possono essere affinati per arricchire il contributo delle centrali. In questa direzione si stanno muovendo entrambe le esperienze.

Un ulteriore elemento di sviluppo riguarda le informazioni relative all'efficacia della transizione e al processo di transizione. In questo caso specifico, nell'esperienza veneta il monitoraggio sia degli esiti della transizione che del processo avviene attraverso contatti personali e riunioni periodiche, non essendo previsti degli strumenti standardizzati, mentre l'esperienza delle ACOT è particolarmente innovativa in tale direzione. Sono stati, infatti, definiti degli indicatori di processo, che vanno a monitorare la tempestività della presa in carico, la velocità della valutazione, i tempi complessivi della valutazione, la capacità dell'offerta territoriale e l'efficienza delle ACOT e del processo di dimissione. Questo sottolinea la necessità di sviluppare indicatori chiave che possano essere utili per valutare sia il processo di transizione che lo stato di salute del paziente evitando, ad esempio, il rischio di riammissioni ospedaliere, le esacerbazioni delle condizioni di salute, il peggioramento dell'esperienza di cura del paziente o del suo nucleo e i costi complessivi della gestione del singolo caso.

La collocazione fisica della centrale può agevolare la costruzione di relazioni dirette con alcuni professionisti/strutture di offerta, così come l'intercettazione precoce del target di riferimento predisponendo l'accesso celere ai servizi ritenuti necessari e condizionare la possibilità di attivare il flusso *step up* che coinvolge direttamente gli operatori del territorio e in primis il MMG. In questo i due casi differiscono poiché in Toscana le centrali sono sia nei presidi che nelle sedi territoriali, mentre in Veneto sono nelle sedi territoriali.

12.4.4 Il progetto +Vita dell'Asl Latina

L'Asl di Latina è una delle 10 aziende territoriali della Regione Lazio. I suoi servizi si rivolgono ad un bacino di popolazione di circa 575 mila assistiti distribuiti in 33 comuni, in un territorio che si estende per 2.250 km². L'azienda è organizzata in 5 distretti socio sanitari e 3 presidi ospedalieri a gestione diretta.

Nel 2019, all'interno di un più ampio progetto di riconfigurazione aziendale avviato nel 2016 dal Direttore Generale, l'ASL Latina ha lanciato il Progetto +VITA per innovare la qualità della presa in carico dei pazienti con diabete mellito (DM) e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), con l'ambizione di estendere il modello ad altre patologie croniche spesso interconnesse. In particolare, esso mira a promuovere una gestione proattiva della cronicità, tramite l'utilizzo di percorsi dedicati e il supporto della tecnologia, che permettono una migliore comunicazione e integrazione di tutte le parti del sistema (paziente, servizi territoriali e servizi ospedalieri).

Un sistema di centrali aziendali

Il progetto + Vita non è l'unica forma di CT ma si inserisce all'interno di un sistema di centrali che aiutano l'integrazione della filiera delle cure: nell'Asl di Latina, infatti, sono attive 4 centrali. In primis, la Centrale di Continuità Ospedale-Territorio (CCOT), che favorisce il coordinamento tra il *setting* assistenziale ospedaliero e il territorio per i pazienti in dimissione a livello interaziendale (flusso *step-down*), con particolare riguardo alle dimissioni difficili in termini socio-assistenziali. La CCOT è composta da infermieri *case manager* attivati dai *care manager* delle unità di degenza e del PS. I *case manager* tramite schede di valutazione identificano il bisogno del paziente e il relativo *setting* assistenziale più adeguato, avviando la transizione. Essa rappresenta un modello di CT in larga parte sovrapponibile alle esperienze descritte in precedenza. Parallelamente, la Centrale di Continuità Territoriale (CCT), svolge una serie di funzioni legate alla gestione dei pazienti inseriti in un programma di PDTA aziendale, per promuovere la loro aderenza ai percorsi. La CCT svolge questo ruolo mediante attività di *front-office* e *back-office* a carattere infermieristico: tra le attività di *back-office* ci sono la pianificazione delle prestazioni previste nel PDTA, l'invio dei *remind* delle prestazioni a MMG e

paziente, il monitoraggio dell'andamento del percorso e dell'aderenza, il *counseling* su stili di vita e l'integrazione con la CCOT per i pazienti complessi che sono inclusi nei PDTA aziendali. Nell'ambito delle attività di *front office*, la CCT ha contatto diretto con i pazienti inseriti nei PDTA tramite l'ambulatorio infermieristico delle cronicità, dove vengono erogate alcune prestazioni non urgenti. Infine, la Centrale di Continuità Assistenziale (CCA) si configura come elemento unificante tra CCOT e CCT, supervisionando le attività svolte dalle centrali attraverso raccolta dati, *reporting* e monitoraggio. Il sistema di centrali aziendali si rivolge a pazienti fragili e/o complessi che necessitano di dimissioni in continuità assistenziale (nel caso della CCOT) e pazienti affetti da una o più patologie croniche e inseriti in PDTA aziendali con bisogni non solo sanitari ma anche sociali (nel caso della CCT). L'ultima centrale, sempre all'interno della CCA, è la Centrale di Monitoraggio della Telemedicina che monitora i parametri dei pazienti gestiti al domicilio, gestisce gli *alert* e l'attivazione di consulenze specialistiche o dei MMG.

Il progetto +Vita

Con il progetto + Vita è stato creato un sistema che gestisce i processi erogativi dei percorsi di cura dei pazienti cronici attraverso una piattaforma informatica centralizzata. Infatti, il MMG, previa adesione al progetto aziendale⁷, recluta e arruola i pazienti con DM e BPCO diventandone il *case manager*. A seguito della diagnosi di patologia cronica, il MMG propone al paziente la sottoscrizione del patto di cura che gli permette, su base volontaria, di entrare nell'iter diagnostico terapeutico previsto dal PDTA aziendale. Successivamente all'adesione, il MMG procede alla stadiazione del paziente e alle dovute personalizzazioni del percorso di cura, attivando così il percorso assistenziale individualizzato (PAI) che inquadra la sequenza di servizi coerenti con lo stato di salute del paziente sia per natura che per tempistiche. Il MMG effettua anche una valutazione sulla capacità di autogestione del paziente, finalizzata alla definizione del piano di assistenza infermieristica del paziente, che andrà ad integrare il PAI del MMG. Al ruolo chiave del MMG si affianca quello degli infermieri del territorio, collocati presso le CCT, che accompagnano il paziente lungo il percorso di cura. La piattaforma tecnologica permette al MMG non solo di registrare le informazioni del paziente e costruire il suo PAI, ma anche di fare prescrizioni e prenotare direttamente le prestazioni in agende dedicate messe a disposizione dalla ASL. In questo modo, dove avviene la prescrizione si provvede anche alla prenotazione a garanzia dell'aderenza ai percorsi di cura. Sempre grazie all'applicativo, il MMG tiene traccia delle attività erogate sia da lui stesso che dagli infermieri della CCT, che erogano anche le attività di *counseling* pianificate. Inoltre, tra le varie prestazioni incluse nella piatta-

⁷ Il progetto + Vita è stato oggetto dell'accordo sindacale aziendale con i MMG

forma vi sono quelle di televisita e teleconsulto. Infine, è possibile monitorare l'aderenza al PAI dei pazienti, con *remind* che possono essere sia automatici sia manuali e sono gestiti dal MMG e dalla CCT.

Elementi distintivi, barriere e fattori abilitanti

Gli assi portanti del modello +VITA sono principalmente tre: a) la trasformazione del PDTA in patto di cura che non solo personalizza gli interventi sui singoli pazienti ma rappresenta una sorta di accordo tra il paziente e il sistema aziendale attraverso il MMG; b) la presenza delle centrali specializzate su alcuni specifici fenomeni di integrazione; c) il supporto tecnologico. +Vita, infatti, si basa su una piattaforma tecnologica in grado di collegare i principali nodi di offerta della filiera aziendale connettendo i sistemi gestionali della medicina generale, i sistemi informativi dei medici specialisti nelle diverse sedi erogative e le diverse centrali operative. L'applicativo è integrato con l'anagrafica regionale, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e altri sistemi informativi che rilevano gli accessi in Pronto soccorso (PS) o al punto di primo intervento.

Dall'inizio del progetto i MMG che hanno aderito sono stati circa 60 in 6 Unità di Cure Primarie⁸ (UCP) (Latina, Cori, Aprilia, Minturno) e i MMG delle isole di Ponza e Ventotene, con il coinvolgimento di oltre 700 pazienti. L'azienda intende monitorare l'efficacia del progetto misurando la percentuale di pazienti che hanno riscontrato beneficio in termini di severità della malattia, per esempio tramite la riduzione del numero di accessi in PS.

Grazie a +VITA è stato possibile definire una modalità di presa in carico comune a tutti i territori aziendali. Si osservano resistenze diffuse nell'uso della telemedicina che non consentono di esprimere tutte le potenzialità del progetto. Inoltre, una condizione necessaria al buon funzionamento del progetto è stata la rimodulazione del modello organizzativo aziendale, un processo complesso e sfidante che ha chiarito il sistema delle responsabilità aziendali e l'orientamento verso obiettivi di integrazione e di *process management*.

12.4.5 Il Caso dell'ASP Palermo

Contesto

L'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Palermo comprende la provincia più ampia della Sicilia, con una popolazione residente di 1.259.144 persone e il 20,66% di ultra 65enni. L'ASP è organizzata in 10 distretti sanitari su 83 Comuni, e il distretto 42 ricomprende la città di Palermo in cui insistono 5 Presidi

⁸ Le UCP sono forme associative dei MMG appartenenti al medesimo distretto sociosanitario. Si tratta di forme organizzative peculiari della Regione Lazio, mono professionali, che condividono in forma strutturata obiettivi di medicina generale, percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini.

Territoriali di Assistenza⁹ (PTA). L'ASP ha 5 Presidi Ospedalieri a gestione diretta e sul suo territorio insistono anche 13 strutture ospedaliere private accreditate oltre all'Azienda Ospedaliera ARNAS Civico, l'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU Policlinico), l'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione (ISMETT) e il Dipartimento Rizzoli – Sicilia a Bagheria.

Il progetto di presa in carico della cronicità

L'ASP Palermo ha implementato un progetto regionale di presa in carico della cronicità dedicato a quattro patologie croniche: BPCO, diabete mellito (DM), scompenso cardiaco (SC) e malattie reumatiche. Esso punta a garantire la continuità assistenziale all'interno di una rete di offerta molto frammentata attraverso: a) la definizione di PDTA condivisi tra i professionisti e strutture di offerta che intervengono nella diagnosi e cura delle quattro patologie; b) l'utilizzo dei flussi amministrativi che integrati permettono di intercettare la popolazione e di un software informatico diffuso tra MMG e gli specialisti delle branche interessate che permette la condivisione delle informazioni, lo sviluppo di logiche di analisi della domanda e la valutazione dell'offerta sanitaria.

Il progetto prevede che, attraverso la codifica dei PDTA e la ricognizione dei target di popolazione e delle prestazioni erogate all'interno della rete di offerta, sia possibile garantire la continuità delle cure nelle cinque fasi: segnalazione, accettazione, presa in carico, follow up e monitoraggio. Il MMG/PLS o il medico specialista, nell'ambito di una dimissione facilitata e/o protetta, segnalano il paziente al *front office* del PUA (Punto Unico di Accesso) all'interno dello «sportello per i pazienti cronici» in base ai criteri di eleggibilità definiti a livello regionale per l'inclusione nel percorso strutturato. I criteri sono specificati anche all'interno di una cartella informatica predisposta ad hoc. Il PUA opera sia per i pazienti occasionali che per i pazienti inseriti nel percorso cronicità e, per questi ultimi, gestisce le informazioni sul paziente sia per i flussi *step-up*, sia per quelli *step-down*.

A seguito della verifica da parte del *front office* del PUA della presenza delle informazioni di base per poter attivare il percorso e di una prima valutazione infermieristica e sociale (se necessaria) per definire più puntualmente il bisogno, il paziente viene accettato e arruolato nel percorso disegnato all'interno del PDTA. Questa fase rappresenta l'inizio del percorso all'interno delle strutture della ASP e l'inserimento dei pazienti nella Banca Dati Assistiti (BDA). Il processo di arruolamento del paziente così definito si presta all'individuazione della popolazione incidente: nel caso di quella prevalente, l'ASP intende usare i flussi amministrativi correnti per intercettare la popolazione già in carico allo scopo di promuoverne l'inserimento in questo modello di cura.

⁹ Albanese, Biondo, Guadagna, Casa del Sole e Palermo Centro

Una volta arruolato, il paziente viene preso in carico da parte del team multidisciplinare che traduce il PDTA in PAI grazie al contributo sia degli specialisti operanti nelle diverse sedi della rete di offerta sia dei professionisti convenzionati. Il MMG riceve il PAI, comprensivo del modello di *follow up*, declinato in prestazioni singole o in pacchetti da prenotare su agende interne o su CUP. Durante *il follow up* il MMG può modificare o integrare il PAI in funzione dell'andamento clinico dei pazienti e dei suoi bisogni. Ogni prestazione a cui corrisponde la produzione di un referto contribuisce all'alimentazione di un dossier personale del malato cronico, che viene reso disponibile agli altri attori in base al livello di consenso espresso dal cittadino all'atto dell'arruolamento. Il progetto prevede anche il monitoraggio della salute della popolazione arruolata tramite specifici indicatori, per analizzare ex ante ed ex post l'applicazione del modello, le informazioni epidemiologiche e creare un bilancio sullo stato di salute e sulla distribuzione della cronicità nel territorio.

La profonda riorganizzazione dei flussi informativi avviati dall'ASP grazie al supporto di un operatore esterno consente sia di effettuare le prenotazioni per le varie prestazioni, sia di raccogliere le informazioni sul paziente e monitorarle. In questo modo, sia il MMG che gli specialisti possono trovare nello stesso spazio virtuale tutte le informazioni relative al paziente e le refertazioni. Con la costruzione di questo sistema, l'ASP mira ad utilizzare i dati raccolti per impostare meccanismi strutturati di analisi della domanda, nell'ottica del PHM, per analizzare la capacità del sistema di presa in carico effettiva della domanda.

L'azienda ha, infine, avviato la sperimentazione delle AFT per la presa in carico da parte dei MMG di alcune coorti specifiche di pazienti cronici, anche fornendo alle AFT le dotazioni tecnologiche necessarie allo svolgimento di attività condivise.

Elementi distintivi, barriere e fattori abilitanti

Dal punto di vista gestionale la figura chiave del percorso è rappresentata, da una parte, dal MMG nel ruolo di *case manager* del paziente, che partecipa al team che definisce il PAI e lo adatta puntualmente a seguito del decorso della malattia; dall'altra, dall'ambulatorio infermieristico che gestisce in forma partecipata il paziente, monitorando lo stato di salute del paziente arruolato sia a distanza (telemedicina) sia in presenza. La possibilità di agire concretamente il ruolo sta nella possibilità di stabilire relazioni professionali e operative con gli altri soggetti (principalmente gli specialisti) di una rete di offerta ampia e frammentata attraverso la condivisione delle informazioni.

Dal punto di vista informatico, cruciale è il ruolo giocato dal PUA e dalla piattaforma informatica che rappresentano il collante tra la rete di offerta in cui operano gli specialisti che intervengono nella diagnosi e cura delle 4 malattie e i MMG organizzati in AFT, allo scopo di rafforzare i legami tra MMG

che operano all'interno del medesimo territorio. Infatti, l'ASP sta andando verso il rafforzamento del ruolo delle AFT con la costituzione di una AFT per ogni poliambulatorio/PTA della città di Palermo e una AFT per ognuno degli altri distretti. Nel perimetro delle AFT si prevede l'organizzazione di punti di offerta in cui fare osservazione breve con alcuni posti letto (di cui uno a disposizione per le emergenze e il posizionamento dei PIC), erogare interventi di bassa complessità per interventi programmati, per l'osservazione della terapia e la postazione del mediatore linguistico che collabora con il team del back office.

Il distretto supporta le relazioni tra strutture nella rete di offerta locale e nella verifica dei flussi dei pazienti tra sedi intra distrettuali ed extra distrettuali allo scopo di garantire la prossimità dei servizi per le popolazioni croniche target.

Il modello dell'ASP di Palermo non è ancora pienamente funzionante per via del profondo lavoro di ridisegno dei processi e delle relazioni tra soggetti coinvolti nella gestione delle condizioni croniche. Inoltre, la chiave di volta per promuovere il cambiamento è rappresentato dal ridisegno del flusso delle informazioni che ha previsto il coinvolgimento di un partner esterno che dopo una fase di analisi della situazione esistente ha sostenuto la riconfigurazione del circuito delle informazioni a partire dai flussi amministrativi. Infine, la sponsorizzazione regionale avuta dal progetto aziendale ha dato respiro all'iniziativa rendendola punto di riferimento per un costituendo modello regionale di presa in carico delle condizioni croniche. Va inoltre sottolineato che ogni fase della realizzazione di questo complesso sistema ha visto coinvolti anche gli Enti Locali. L'integrazione socio sanitaria ha consentito di raggiungere l'obiettivo di presa in carico globale del cittadino. Un passo reale verso la gestione congiunta interistituzionale, dalla segnalazione del MMG, alla valutazione complessiva del bisogno, alla realizzazione degli interventi integrati. Ciò è permesso da un sistema informatico che collega i flussi del PUA sanitario con quelli del PUA sociale. La profilazione degli utenti consente di garantire la privacy già tutelata dal consenso informato gestito dal MMG.

12.4.6 Le configurazioni di «sistemi operativi» a confronto

La Tabella 12.3 propone la comparazione dei due casi aziendali che rientrano nella configurazione «sistemi operativi»: l'Asl di Latina e l'ASP di Palermo. Anche per l'analisi di tali configurazioni si ripropone il *framework* già introdotto per l'analisi delle Centrali operative, tuttavia alcuni adattamenti sono necessari. In particolare, le variabili “valutazione dell'appropriatezza della segnalazione”, “identificazione del bisogno”, “identificazione del setting”, “raccolta delle informazioni e monitoraggio della situazione del paziente post-transizione” e “monitoraggio del processo” sono sostituite dalle seguenti: i) reclutamento del

paziente; ii) declinazione del PDTA in PAI; iii) alimentazione di un dossier sul paziente; e iv) monitoraggio dell'aderenza al PAI. Inoltre, l'area che descrive le condizioni organizzative non è applicabile alle configurazioni “sistemi operativi”, pertanto non è discussa nella tabella di seguito.

Tabella 12.3 **Comparazione dei sistemi operativi per la transizione dell'Asl di Latina e dell'ASP di Palermo**

Dimensione di analisi		ASL di Latina	ASP di Palermo
Modello di servizio	<i>Target</i>	pazienti cronici affetti da diabete e BPCO	pazienti cronici affetti da scompenso cardiaco, BPCO, diabete mellito (DM) e malattie reumatiche
	<i>Flusso Step up/step down</i>	100% step up	100 % step up
	<i>Filiera di riferimento</i>	tutta le rete aziendale di offerta	tutta le rete aziendale di offerta
	<i>Relazione con utente/famiglia</i>	Sì	Sì
	<i>Punto di accesso diretto</i>	Back Office e Front Office	Back Office e Front Office
Funzioni	<i>Reclutamento del paziente</i>	Sì, da parte del MMG	Sì, da parte del MMG o medico specialista
	<i>Declinazione del PDTA in PAI</i>	Sì	Sì
	<i>Valutazione dell'appropriatezza della segnalazione</i>	Sì (se presente diagnosi di DM/BPCO)	Sì, in base ai criteri di eleggibilità definiti a livello regionale per l'inclusione nel percorso
	<i>Monitoraggio dell'offerta disponibile</i>	No	No
	<i>Prenotazione del servizio (committenza)</i>	Sì	Sì
	<i>Alimentazione di un dossier sul paziente</i>	Sì	Sì
	<i>Monitoraggio dell'aderenza al PAI</i>	Sì	Sì

Sia nell'esperienza dell'ASL di Latina che in quella dell'ASP Palermo sono i sistemi operativi legati al circuito delle informazioni sui pazienti e sui servizi all'interno della rete di offerta che rappresentano l'architrave guida della fruizione dei servizi da parte del paziente che si muove tra luoghi fisici in linea con le indicazioni previste dal PDTA aziendale, adattato alle sue specifiche esigenze. L'ulteriore elemento in comune è dato dal fatto che in entrambe le realtà si è partiti da condizioni croniche a larga prevalenza e che i processi di condivisione professionale, rappresentati dalla codifica di PDTA, almeno di scala aziendale, siano la base per identificare la sequenza operativa dei servizi per i quali il paziente naviga il sistema di offerta.

I casi propongono soluzioni di tipo *step up* perché l'obiettivo è quello di evitare l'accesso a *setting* più complessi di quello ambulatoriale preservando la stabilità del quadro clinico attraverso l'aderenza al PAI. La differenza consiste nel fatto che l'ASP di Palermo offre anche un sistema di presa in carico “on line” con il monitoraggio dei parametri vitali a distanza. Il raccordo con la rete

ospedaliera intraziendale e la presenza nei PUA dei medici della continuità assistenziale consente di evitare l'accesso improprio ai Pronto Soccorso, abbassando l'incidenza di codici bianchi e verdi.

Inoltre, in entrambi i casi la piattaforma di gestione dei pazienti cronici fa riferimento a una sede fisica che rafforza il modello erogativo aziendale sia quando è all'interno delle sedi distrettuali (come a Latina) sia quando si riferisce alle AFT (come a Palermo). Poiché non è possibile il governo di filiere estese a livello distrettuale solo con i sistemi di gestione operativa, entrambe le esperienze associano alla piattaforma tecnologica delle Centrali per supportare il transito del paziente nel setting più appropriato. Nello specifico, il progetto laziale ha personale dedicato nelle CCT, mentre a Palermo è il personale del PUA che si occupa anche dello sportello dedicato ai cronici. Essenziale è il modello di gestione operativa dell'offerta ambulatoriale che consente ai diversi operatori che usano la piattaforma, a partire dai MMG, di prescrivere e prenotare le prestazioni previste dal PAI: il criterio di progettazione della transizione si basa su criteri di tipo clinico che guidano gli operatori a disegnare la sequenza di servizi anche in ragione della combinazione di patologie del paziente (come nel caso di Latina). Si tratta di una modalità innovativa nella misura in cui la sequenza tra prestazioni e l'accesso ai relativi servizi avviene di solito in modo frammentato e guidato dalla capacità del paziente di muoversi nella rete dei servizi.

12.5 Conclusioni e implicazioni

Il capitolo inquadra le principali questioni legate alle CT usando sia i contributi presenti in letteratura che i quattro casi aziendali che descrivono due configurazioni diverse di CT: quella della centrale operativa e quella dei sistemi operativi. Emergono alcuni elementi trasversali che consentono di generalizzare i fenomeni osservati.

In primo luogo, la COT delineata dal PNRR e dal documento Agenas di riforma dei servizi territoriali¹⁰ rappresenta una declinazione ibrida delle con-

¹⁰ Il documento di Agenas di riforma dei servizi territoriali individua alcuni standard per la definizione delle Centrali Operative Territoriali in merito al bacino di riferimento e al personale minimo: 1 COT ogni 100.000 abitanti (o comunque 1 COT per distretto), 5 infermieri/infermieri di famiglia e di comunità e 1 coordinatore. Il documento sottolinea la funzione generale della COT di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra i servizi professionali coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e emergenza-urgenza. Tra le varie funzioni sono citate anche il coordinamento degli interventi nel percorso del paziente, il tracciamento e monitoraggio delle transizioni, il supporto informativo e logistico ai professionisti riguardo le attività e i servizi territoriali, il monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare e la gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, per raccogliere e classificare il bisogno. Inoltre, è precisato che

figurazioni «centrale operativa» e «sistemi operativi» nella misura in cui è descritta come il «modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza». Inoltre si prevede una COT ogni 100.000 abitanti (a prescindere dal fatto che operi in un contesto metropolitano piuttosto che rurale) e valenza distrettuale. Come i casi aziendali hanno illustrato esiste sempre un doppio livello a cui il PNRR non fa esplicito riferimento: le centrali aziendali hanno sempre bisogno di propaggini territoriali poiché il livello sovraordinato fa da «antenna» raccogliendo le segnalazioni provenienti da tutti i soggetti esterni all'ASL che necessitano di un unico interlocutore e non riescono a raccordarsi con le realtà distrettuali. La propaggine distrettuale della COT aziendale, invece, permette di organizzare nei luoghi di cura la risposta adeguata. Si prevede anche uno standard minimo di personale composto da 5 infermieri (anche infermieri di famiglia e comunità) e 1 coordinatore. L'auspicio è che le indicazioni del PNRR possano fungere da volano per diffondere modelli innovativi e la lettura dei casi aziendali qui proposti intende sottolineare alcuni elementi di continuità in questa direzione. Inoltre, poiché la percezione di chi scrive è che siano numerose e multiformi le esperienze di CT, lo stimolo del PNRR dovrebbe permettere di valorizzare e far evolvere quanto già sperimentato accelerando i processi di sviluppo operativo piuttosto che deprimere le esperienze già nate per ripartire da zero sulle ceneri di quanto avviato. Preservare una certa variabilità è una delle lezioni che anche i casi aziendali sottolineano: anche all'interno della regione Veneto non tutte le COT funzionano verosimilmente come quella dell'Ulss 9 Scaligera, così come l'ACOT della Usl Toscana Sud Est ha delle specificità rispetto a quelle delle altre Ausl toscane a parità di inquadramento regionale. Altro elemento che emerge dai casi è il doppio target di riferimento: se la configurazione «centrale operativa» è focalizzata sui cronici fragili, i casi di Latina e dell'ASP di Palermo hanno evidenziato formule di CT dedicate al paziente cronico che usano in primo luogo la tecnologia per connettere la filiera delle cure.

Il framework proposto, oltre a supportare l'analisi dei modelli di Centrali operative già esistenti può aiutare nella progettazione delle nuove COT in linea con le indicazioni del PNRR. Le dimensioni del framework proposto permettono inoltre di definire il modello di servizio, le funzioni e le condizioni organizzative coerentemente con le indicazioni del documento Agenas di riforma dei servizi territoriali.

la COT può essere attivata da tutti gli attori del sistema, 7 giorni su 7 e che deve essere dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche e informatiche come la piattaforma comune integrata con i principali applicativi aziendali. Infine viene esplicitata la dipendenza organizzativa della COT, che dipende dal direttore di distretto o dal direttore delle cure primarie di riferimento di quel distretto.

Lo sforzo di applicare il framework non solo alle esperienze di centrale operativa (COT e ACOT) ma anche alle soluzioni pensate per la popolazione cronica come i sistemi operativi (i casi di Latina e Palermo), dimostra altresì come il *framework* possa essere utilizzato per leggere e sviluppare tutte le configurazioni di CT: servizi dedicati, ruoli di transizione, sistemi operativi e centrali operative. Le variabili assumono un significato diverso a seconda delle varie configurazioni. Il *framework* può spingere a rivedere i molteplici tentativi che già prima della pandemia molte realtà aziendali avevano avviato. Ad esempio, il Centro Servizi pensato dalla Lombardia, all'interno del modello di presa in carico della Cronicità, rappresenta un esempio di CT pensato per i cronici che richiama molte delle caratteristiche dell'esperienza di Latina o di Palermo qui descritte. L'invito è quello di valorizzare le esperienze già messe in campo nel recente passato nelle aziende sanitarie, evitando che lo sforzo di progettare le COT deprima e non valorizzi quanto già messo in cantiere: come osservato le configurazioni di CT sono molteplici e soprattutto connesse tra di loro.

I modelli di transizione consentono di superare l'approccio prestazionale al soddisfacimento del bisogno di tutela della salute. Quello che le esperienze aziendali raccontano sono formule di servizio integrate che sia quando il paziente è cronico stabilizzato sia quando è complesso (per via di questioni sanitarie e non), offrono una risposta completa e unitaria al bisogno del paziente. Questo elemento viene ulteriormente rafforzato dal fatto che frequentemente le CT hanno rapporti diretti con il paziente o la sua famiglia facendo così anche da punti di riferimento. Con modalità diverse, per via del target di riferimento e della diversa configurazione di CT, in tutti i casi si osservano contributi multiprofessionali alla gestione del singolo caso e alla definizione del suo transito all'interno della rete di offerta.

Le diverse formule di CT intervengono quando le interdipendenze tra strutture di offerta non possono essere gestite attraverso soluzioni standardizzate. Le esperienze descritte (ma anche i contributi rintracciabili in letteratura) evidenziano soluzioni personalizzate nella gestione dei singoli casi sia quando il paziente è cronico (a fronte del PDTA di riferimento, viene disegnato il PAI per ciascun caso) sia quando esso è complesso. L'eterogeneità dei fabbisogni, le diverse condizioni di accesso alle strutture di offerta sono solo alcuni esempi di variabilità della domanda che può essere gestita solo con soluzioni ad alta personalizzazione.

Gli esempi osservati rappresentano un servizio specializzato (non solo interno ma anche per il paziente, in alcuni casi) che gestendo la domanda di transito di molti pazienti si specializza su questo bisogno e costruisce relazioni stabili con la rete di soggetti che nei diversi territori accolgono il paziente a partire dal MMG. Un elemento che accomuna tre delle quattro realtà osservate sta nel fatto di aver costruito centrali di scala aziendale che coordinano quelle presenti nei diversi territori. Emerge la necessità di coordinare su due livelli (aziendale e locale) il sistema aziendale dedicato alla transizione, allo scopo di formulare

un servizio aziendale unitario: l'omogeneizzazione delle procedure presenti nei distretti per avere accesso alle UVM piuttosto che di attivazione dei servizi domiciliari sono solo alcuni degli esempi di procedure che devono essere unificate su scala aziendale per offrire un servizio unitario. La dimensione formale che i modelli di CT trascinano (la revisione delle procedure e dei ruoli agiti nei contesti distrettuali) rischia una deriva burocratica nella misura in cui lo sforzo di personalizzazione degli interventi sul singolo caso si può ridurre alla gestione di procedure senza la dovuta attenzione al singolo caso.

L'esperienza pandemica ha enfatizzato il fabbisogno di integrazione tra servizi di *setting* diversi. L'esperienza delle USCA può essere interpretata anche in questa direzione poiché ha permesso, in via generale, la gestione dei pazienti infetti a domicilio, integrando servizi di natura diversa e gestendo il trasferimento tra luoghi di cura quando necessario. Ha rappresentato una sorta di "miccia" rispetto al fabbisogno di integrazione all'interno della rete dei servizi territoriale mentre gran parte del dibattito e delle esperienze era largamente collegato alle dimissioni ospedaliere. Infatti, il profilo di COT che emerge dal PNRR appare molto legato ai fabbisogni di integrazione nella filiera territoriale che si arricchisce di servizi non così diffusi quali gli OSCO, che rappresentano anche un filtro rispetto all'ospedalizzazione per i flussi *step up* che tutti i contesti aziendali stanno sviluppando. Le realtà aziendali che già prima del 2020 avevano attivato modelli di CT, hanno rafforzato i processi di integrazione tra l'intera filiera aziendale (e spesso anche extra aziendale) affiancandole alle USCA. Questo ha consentito non solo di supportare la gestione della popolazione affetta da virus, ma anche di non tralasciare i fabbisogni dei pazienti non infetti che avevano bisogno di muoversi nella rete delle cure. Ad esempio, durante la pandemia la centrale della cronicità dell'AUSL Toscana Sud Est ha permesso la realizzazione di una «centrale Covid» che ha garantito il punto di raccolta dei dati relativi ai pazienti presi in carico ed il continuo monitoraggio degli stessi favorendo il raccordo con le altre strutture coinvolte nella gestione dei pazienti infetti.

Sia alcune delle esperienze aziendali qui presentate che il dettato del PNRR introducono e legittimano delle forme di CT dedicate non alle transizioni occasionali, come recita la definizione presentata in premessa, ma quelle ricorrenti tipiche della gestione dei pazienti cronici. È il contributo più evidente che l'esperienza italiana propone anche al dibattito internazionale sul tema, generato dal fabbisogno di integrare reti di offerta sempre più frammentate e ampie. In questo sforzo si vede il rafforzamento dei flussi *step up* della transizione poiché il MMG ha un ruolo chiave nelle esperienze descritte di configurazione «sistema operativo», trasformando le decisioni cliniche in atti di committenza sulla filiera dei servizi grazie alla piattaforma tecnologica che consente di prenotare le prestazioni per il paziente.

L'Italia si avvia a esperire un ricco bagaglio di CT grazie allo stimolo del PNRR, ma alcuni elementi critici appaiono evidenti: in primo luogo l'orien-

tamento rispetto al target di popolazione è lasciato implicito. Si parla genericamente di presa in carico del paziente e di coordinamento tra servizi diversi; è questa genericità che spinge a pensare a una combinazione di soluzioni che tocchino sia i cronici fragili (l'apice della piramide delle cronicità) che quelli mono e pluripatologici per evitare che diventino fragili anche grazie al presidio dell'aderenza ai percorsi e alle iniziative di proattività. È in questa direzione che si intravede il ritorno sull'investimento delle COT, insieme alle altre progettualità del PNRR, in termini di riduzione delle ospedalizzazioni dei pazienti cronici (stimati 134,3 mln), riduzione degli accessi inappropriati al pronto soccorso (stimati 719,2 mln) e riducendo la spesa dei farmaci usati in modo inappropriato (stimati 329 mln). Altro elemento opaco è la «valenza distrettuale» della COT: non si chiarisce se essa dipenda dalla macro articolazione territoriale oppure che il suo territorio di riferimento coincida con quello del distretto di riferimento (che spesso supera i 100.000 residenti). Inoltre alcune delle funzioni ricondotte alla COT sono state del distretto socio sanitario (ad esempio, il coordinamento tra servizi diversi) mettendone in discussione il ruolo anche alla luce dell'insieme complessivo delle proposte del PNRR quali la Casa della Comunità, gli Ospedali di Comunità e l'assistenza domiciliare già di pertinenza distrettuale. Il futuro del distretto sembra definirsi per differenza rispetto agli spazi che tutte le altre innovazioni territoriali del PNRR produrranno. Questione essenziale per l'efficacia delle COT è il ridisegno dei processi di erogazione nei territori che non passa solo da un rinnovato modo di agire le dimissioni ospedaliere piuttosto che di gestire le cronicità da parte dei MMG, ma anche dall'identità e dall'accettazione (da parte dei professionisti e dei pazienti) dei nuovi modelli di cura quali, ad esempio, la Casa della Comunità o gli infermieri di famiglia e comunità. Tra i processi da presidiare, per le COT sono rilevanti quelli di omogeneizzazione delle procedure che i distretti hanno per l'accesso ai servizi (ad esempio, l'attivazione dell'UVM – unità di valutazione multidimensionale, piuttosto che degli ausili), l'unificazione delle liste per l'accesso ad alcuni *setting* quali ad esempio i posti letti di cure intermedie o delle RSA.

Sarà interessante continuare l'osservazione delle CT nel nostro Paese poiché le interpretazioni operative dei contenuti del PNRR sveleranno sfumature ancora più articolate di modelli di COT di quelle che allo stato dell'arte è possibile studiare.

12.6 Bibliografia

Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43.

- Chun Tie, Ylona, Melanie Birks, e Karen Francis. 2019. «Grounded theory research: A design framework for novice researchers». *SAGE Open Medicine* 7 (gennaio): 2050312118822927. <https://doi.org/10.1177/2050312118822927>.
- Cinelli, G., Gugiatti, A., Meda, F., Petracca, F. (2020) “La struttura e le attività del SSN” in *CERGAS* (a cura di) Rapporto OASI 2020. *Egea*. Milano.
- Coleman, Eric 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.
- Coleman, Eric A., e Robert A. Berenson. 2004. «Lost in Transition: Challenges and Opportunities for Improving the Quality of Transitional Care». *Annals of Internal Medicine* 141 (7): 533–36. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-7-200410050-00009>.
- Escarrabill, J. 2009. «Discharge Planning and Home Care for End-Stage COPD Patients». *European Respiratory Journal* 34 (2): 507–12. <https://doi.org/10.1183/09031936.00146308>.
- Ferrara, Lucia, Verdiana Morando, e Valeria Domenica Tozzi. 2017. «Configurazioni aziendali e modelli di transitional care: la gestione della continuità ospedale-territorio». In *Rapporto OASI 2017*. Milano: EGEA.
- Fox, Mary T., Malini Persaud, Ilo Maimets, Dina Brooks, Kelly O’Brien, e Deborah Tregunno. 2013. «Effectiveness of Early Discharge Planning in Acutely Ill or Injured Hospitalized Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis». *BMC Geriatrics* 13 (luglio): 70. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-70>.
- Glaser, Barney G., e Anselm L. Strauss. 2007. *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge.
- ISTAT (2021) Popolazione residente al 1° gennaio: Per fascia di età. <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869#>. Ultimo accesso: 27 settembre 2021
- Lega, F., Mauri, C., & Prentestini, A. (2011). *L’ospedale tra presente e futuro: Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*. EGEA spa.
- Maggioni A; Spandonaro, F., 2014, *G Ital Cardiol* 2014;15(2 Suppl. 2):3S-4S | doi 10.1714/1465.16179
- Mansukhani, Rupal Patel, Mary Barna Bridgeman, Danielle Candelario, e Laurie J. Eckert. 2015. «Exploring Transitional Care: Evidence-Based Strategies for Improving Provider Communication and Reducing Readmissions». *Pharmacy and Therapeutics* 40 (10): 690–94.
- Mistiaen, P., Francke, A. L., & Poot, E. (2007). Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC health services research*, 7(1), 1-19.
- Morando, Verdiana, e Valeria Domenica Tozzi. 2016. «Lo zibaldone delle cure intermedie». In *Rapporto OASI*. Milano: Egea.
- Naylor, Mary D., Linda H. Aiken, Ellen T. Kurtzman, Danielle M. Olds, e

- Karen B. Hirschman. 2011. «The Importance Of Transitional Care In Achieving Health Reform». *Health Affairs* 30 (4): 746–54. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>.
- Naylor, Mary, e Stacen A. Keating. 2008. «Transitional Care: Moving patients from one care setting to another». *The American journal of nursing* 108 (9 Suppl): 58–63. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336420.34946.3a>.
- Pearson-Stuttard, J., Ezzati, M., & Gregg, E. W. (2019). Multimorbidity—a defining challenge for health systems. *The Lancet Public Health*, 4(12), e599–e600.
- Porter, Michael E., e Thomas H. Lee. 2013. «The strategy that will fix health care». *Harvard business review* 91 (10): 1–19.
- Rennke, Stephanie, Oanh K. Nguyen, Marwa H. Shoeb, Yimdriuska Magan, Robert M. Wachter, e Sumant R. Ranji. 2013. «Hospital-Initiated Transitional Care Interventions as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review». *Annals of Internal Medicine* 158 (5 Pt 2): 433–40. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00011>.
- Shepperd, S., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., Cameron, I. D., & Barras, S. L. (2013). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).
- Shortell, Stephen M., Robin R. Gillies, e David A. Anderson. 1994. «The new world of managed care: creating organized delivery systems». *Health affairs* 13 (5): 46–64.
- Smith, Melanie. 2016. «Transitional care clinics: An innovative approach to reducing readmissions, optimizing outcomes and improving the patient’s experience of discharge care—conducting a feasibility study». *Journal of Nursing Education and Practice* 6 (6). <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n6p34>.
- Tozzi, V. D., Longo, F., Pacileo, G., Salvatore, D., Pinelli, N., & Morando, V. (2014). PDTA standard per le patologie croniche.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (Vol. 5). sage.