

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2017:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, esiti, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, le politiche farmaceutiche e il relativo impatto sulla spesa, i cambiamenti in atto che riguardano il mondo dell'HTA e degli acquisti; inoltre, presenta una mappatura nazionale delle Case della Salute, analizzandone le forme organizzative e i modelli di servizio;
- a livello aziendale, si focalizza sul rafforzamento del *middle management* e sui percorsi di carriera emergenti nella professione infermieristica; e approfondisce l'applicazione di strumenti di *transitional care* come le centrali operative per la continuità ospedale - territorio; analizza lo stato dell'arte della funzione di gestione operativa; inquadra i principali elementi definatori, attori e impatti percepiti della lotta alla corruzione nelle Aziende sanitarie pubbliche.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5147-4



9 788823 851474

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2017

CERGAS-SDA Bocconi



a cura di
CERGAS-SDA Bocconi

Rapporto OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

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

SDA Bocconi
School of Management

Egea



12 **Configurazioni aziendali e modelli di *transitional care*: la gestione della continuità ospedale-territorio**

di Lucia Ferrara, Verdiana Morando e Valeria D. Tozzi¹

12.1 **Obiettivi della ricerca: confini aziendali e gestione delle interdipendenze nella filiera di offerta**

L'interesse per le Cure di Transizione (note in letteratura come *Transitional Care*, di seguito TC) all'interno del Rapporto Oasi 2017 nasce dalla constatazione che le trasformazioni istituzionali delle aziende sanitarie pubbliche in Lombardia, Toscana e Veneto, indotte da atti di riordino generale dei rispettivi SSR, stanno sviluppando in parallelo, e con formule differenti, progetti innovativi dedicati alla gestione della transizione del paziente tra ospedale e territorio. In merito, si osserva che: a) queste nuove aziende sono caratterizzate spesso da un significativo allargamento del bacino territoriale di riferimento che ne amplia i «confini» in modo importante. Si tratta di una situazione che riguarda non solo le regioni citate ma si rintraccia anche nelle aziende uniche regionali o in quelle metropolitane. Spesso queste nuove fattispecie aziendali adottano modelli di «gestione per processi» che, da un lato, realizzano forme di allineamento tra diverse partizioni aziendali tra di loro interdipendenti e, dall'altro, definiscono standard e comportamenti attesi affinché le performance del processo stesso siano efficaci ed efficienti. Queste scelte rispondono al crescente fabbisogno di governo delle interdipendenze che il gigantismo aziendale alimenta; b) spesso queste nuove fattispecie aziendali adottano modelli di «gestione per processi» che, in generale, realizzano forme di allineamento tra diverse partizioni aziendali tra di loro interdipendenti e, nello specifico, contrinuiscono alla connes-

¹ Benché il capitolo sia frutto di un lavoro comune, sono da attribuire a Valeria D. Tozzi, i paragrafi 12.1 e 12.5, a Lucia Ferrara il paragrafo 12.3 e a Verdiana Morando i paragrafi 12.2 e 12.4. Il capitolo non sarebbe stato possibile senza la partecipazione degli esperti aziendali e regionali che hanno consentito di sviluppare i diversi casi qui discussi. Si ringraziano pertanto per la partecipazione, in ordine alfabetico: Salvatore Barra, Ornella Casati, Cristina Dalla Riva, Simona Dei, Mario Dei Tos, Enrico Desideri, Maria Cristina Ghiotto, Loredana Luzzi, Mario Modolo, Gianpaolo Stoppazolo, Debora Tormena.

sione tra filiere di servizi diverse per natura (come quelle che afferiscono al territorio o all'ospedale) anche quando fanno riferimento ad aziende distinte; c) queste regioni propongono la medesima configurazione d'azienda, situazione che dovrebbe consentire di comparare filiere omogenee di servizi aziendali, almeno in via teorica, rivelando una sorta di disegno deliberato rispetto al ruolo delle TC nella loro gestione.

Tra le interdipendenze, quella tra ospedale e territorio è storicamente una delle più drammatiche da gestire e di grande sensibilità per l'utenza. Progettare soluzioni capaci di omogeneizzare le risposte è il fine delle TC che si intende analizzare: infatti, all'interno dei modelli d'azienda, definiti dalle regioni citate, sono quindi in fase di elaborazione soluzioni specifiche poiché l'espansione dei confini dell'ASL amplia la rete di offerta aziendale e le opzioni per il paziente, rendendo difficile censire l'offerta disponibile (non solo pubblica ma anche privata), conoscere la disponibilità di risorse (posti letto, accessi domiciliari, ecc.) e dei meccanismi di accesso; d) in questi contesti, si osserva la contrazione del numero delle aziende, riducendo la distanza tra azienda e Regione, e l'elaborazione regionale di risposte ai fabbisogni contingenti dell'azienda. Molti prototipi manageriali nascono, infatti, come implementazione di politiche regionali, e) le aziende delle regioni studiate, rappresentano **importanti** trasformazioni rispetto al loro recente passato: in Lombardia l'ATS Città Metropolitana di Milano fa riferimento a 3,4 milioni di abitanti, mentre in Toscana e Veneto sono stati completati i processi di fusione tra ASL generando nuovi soggetti di dimensioni significativamente più ampie rispetto al loro recente passato. Queste trasformazioni sfidano i modelli pregressi di gestione delle interdipendenza nella filiera dei servizi, perchè essa si estende su territori sempre più ampi (la popolazione media delle ASL è pari a 504.912 abitanti) e invocano nuove forme di garanzia dell'unitarietà d'azienda.

Il presente contributo ha lo scopo di analizzare i progetti del Centro Servizi Milano, dell'Agenzia di Continuità Ospedale – Territorio (ACOT) e della Centrale Operativa Territoriale (COT), attivate rispettivamente in Lombardia, Toscana e Veneto, funzionali alla gestione dello «scambio» tra ospedale e territorio e riconducibili ai modelli di TC, all'interno del modello unitario di azienda definito dalla Regione. Si anticipa che non si tratta delle uniche esperienze di TC nelle aziende sanitarie e in quelle *big*, nello specifico, ma di quelle che meglio si prestano a una riflessione generale tra configurazione d'azienda e TC, nella misura in cui si prospetta l'adozione di queste ultime da parte di tutte le aziende regionali. L'obiettivo è quindi realizzare una prima analisi delle esperienze più mature a livello aziendale di tali progettualità, per esplorare le soluzioni in fase di elaborazione e consolidamento, data la recentissima istituzione di queste aziende e dei rispettivi modelli di TC.

12.2 Organizzazione della ricerca

Sul piano del metodo, la ricerca è stata organizzata in due attività che corrispondono alla struttura del presente capitolo:

- ▶ **analisi della letteratura di settore**, per sintetizzare i quadri interpretativi e le esperienze maturate a livello internazionale nell'alveo delle TC;
- ▶ **conduzione di quattro casi esplorativi** (Centro Servizi realizzato nell'ambito dell'ATS Città Metropolitana di Milano, COT-Centrale Operativa Territoriale dell'ULSS 1 delle Dolomiti, COT dell'ULSS 8 Berica, ACOT – Agenzia Continuità Ospedale Territorio dell'azienda ULSS Toscana Sud Est) attraverso interviste in profondità ai referenti dei servizi², *site visite* e raccolta di materiale documentale. L'analisi dei casi è sviluppata su due livelli: dopo la descrizione dei contenuti e delle condizioni operative di funzionamento, le esperienze sono analizzate in modo comparativo per elaborare delle generalizzazioni, esplicitando sia gli elementi ricorrenti sia quelli caratteristici rispetto alla configurazione aziendale.

12.3 Elementi per una definizione di cure di transizione

L'analisi della letteratura ha individuato gli aspetti salienti sul tema della transizione del paziente all'interno della filiera dei servizi. Allo stato dell'arte, non si intercetta un filone di dibattito e studio riferibile esclusivamente alle TC, ma di esse si argomenta all'interno di tre aree tematiche.

Più antico e noto è il filone di studi sul *discharge management and planning*. Il momento di programmazione della dimissione, i servizi da attivare in uscita dall'ospedale, la risposta a fabbisogni non solo sanitari ma anche sociosanitari e assistenziali richiedono servizi dedicati e condivisi tra le unità operative, non più gestibili con soluzioni eterogenee e interne a ciascuna di esse. Qui le TC derivano in larga parte dall'evoluzione dei servizi di dimissione programmata attivati per un target specifico: i pazienti fragili spesso anziani (Fox et al., 2013; Escarrabill, 2009). Questo perché l'episodio della dimissione deve gestire anche problematiche non sanitarie. Urbanski e colleghi (2017) evidenziano le principali criticità nella progettazione efficace della dimissione: a) combinazione tra obiettivi di salute del malato e vocazioni dei diversi «luoghi di cura» che interpretano in modo autoreferenziale il loro contributo alla gestione del ca-

² Le interviste in profondità hanno coinvolto sia i referenti di ogni servizio, ovvero i dirigenti medici o infermieri attualmente identificati come responsabili, sia le figure aziendali di riferimento da cui dipendono funzionalmente i servizi di TC, ovvero i direttori sociosanitari o sanitari delle quattro aziende sanitarie, nonché il direttore di distretto nel caso della COT di Arzignano. In totale, sono state quindi realizzate dieci interviste in profondità per i 4 casi.

so; b) pluralità di approcci clinico-comportamentali tra specialisti e necessità di costruire forme di «riconciliazione» per ogni singolo caso in occasione di approcci non condivisi; c) convenienze specifiche tra meccanismi di rimborso e pagamento tra unità d'offerta; d) integrazione degli interventi clinici con quelli assistenziali e sociali; e) trasferimento delle informazioni appropriate in fase di dimissione e di accoglienza attraverso sistemi automatizzati e condivisi; f) gestione della responsabilità plurima, ovvero di equipe soprattutto quando è multi-professionale e multi-disciplinare.

Grande sovrapposizione di contenuto si osserva tra le cure intermedie e le TC. Le prime, come già osservato nel precedente Rapporto Oasi (cfr. Morando & Tozzi, 2016), nascono per intermediare i servizi ospedalieri e quelli tipicamente territoriali proponendo soluzioni temporanee per il recupero funzionale o la stabilizzazione clinica del paziente, attivabili sia dall'ospedale sia dal territorio³. Naylor et al. (2011) definiscono le TC come «*un insieme di azioni progettate per assicurare coordinamento e continuità tra livelli e setting di cura all'interno di una stessa struttura o tra strutture organizzative differenti*». Si tratta, quindi, di un insieme molto ampio di soluzioni del quale è difficile definire puntualmente il contenuto. La spiegazione della sovrapposizione nasce dal fatto che ogniquale volta si attivano le cure intermedie vi sono questioni relative alla transizione del paziente nella rete di offerta. In linea di principio, non è sempre valido il contrario (non sempre le TC riguardano contenuti di servizio propri delle cure intermedie). Nella descrizione del *Transitional care model*, Naylor e Keating, (2008), così come prima Coleman e Berenson (2004) per i *Care Transition Intervention*, individuano alcuni professionisti con ruoli dedicati alla transizione (in genere, figure infermieristiche e/o assistenti sociali, definiti *transitional coach, guided nurse, navigator manager*). Essi effettuano la valutazione del paziente in fase di pre-dimissione, collaborano con il team ospedaliero per sviluppare il piano di cura e seguono il paziente nel periodo di transizione (da 1 a tre mesi post dimissione). Sul fronte territoriale, esistono ruoli simili all'interno delle cure primarie evolute (ad esempio, i *Patient Centred Medical Homes*, le *Integrated Practice Unit*, le *Transitional Care Clinic o Unit*) che intervengono principalmente in fase di post dimissione per un periodo di tempo limitato⁴. È di aiuto la sistematizzazione proposta in Tabella 12.1 che attribuisce alle TC l'obiettivo non solo di gestire le interdipendenze tra strutture di

³ Il dibattito e le esperienze sulle cure intermedie rivela la progettazione di nuovi servizi specifici alternativi all'uso improprio dell'ospedale o del «territorio» nelle accezioni più classiche: in questa direzione sono stati progettati gli ospedali di comunità, centri per la continuità assistenziale a valenza sanitarie, ecc. Si rimanda al contributo Oasi 2016 a cura di Morando e Tozzi per un quadro dettagliato sulla realtà Italiana.

⁴ In questo solco, si collocano i cosiddetti «reparti virtuali» (*virtual ward*) (Lewis et al., 2013). Questo modello organizzativo prevede dei «reparti virtuali» dotati di circa 100 posti letto domiciliari, per una popolazione di riferimento di ca. 30.000 persone che sono seguite da una équipe multiprofessionale (composta da infermiere, assistente sociale, fisioterapista, farmacista e MMG) collegata con i servizi sanitari offerti nel territorio e in ospedale.

Tabella 12.1 **Elementi delle cure di transizione rispetto altre forme di cure per i pazienti cronici adulti**

	Cure di transizione	Cure primarie	Ruoli di coordinamento	Dimissioni pianificate	Disease management	Case management
Obiettivi	Assicurare continuità delle cure ed ridurre accessi inappropriati	Fornire un primo contatto	Integrare le cure tra episodi diversi	Garantire la gestione clinica del percorso alla dimissione	Rallentare il progresso della malattia cronica	Aiutare l'utente nell'accesso a servizi e risorse
Popolazione target	Soggetti cronici fragili	Popolazione locale	Soggetti cronici fragili	Dimessi da ospedale	Soggetti cronici con specifiche diagnosi	Utenti in cerca di servizi
Setting	Gestione stabile delle interdipendenze tra servizi	Ambulatoriale	Connessione tra setting di cura e professionisti	Degenza	Vari	Servizi sanitari e sociali
Durata	Tempo limitato	Continuo	Continuo	Episodio degenza	Decorso malattia	In base ai bisogni del paziente
Dimissione formale	Si	No	No	Si	No	No

Fonte: adattato da Naylor, Aiken, Kurtzman, Olds, Hirschman (2011).

offerta ma anche di ridurre gli accessi inappropriati per un target di popolazione quale quella cronica e fragile (obiettivo condiviso con i modelli di disease management). Inoltre, sottolinea la natura temporanea delle TC e la presenza in genere di un evento di dimissione dall'ospedale. È evidente una certa sovrapposizione tra le diverse soluzioni proposte per la gestione della casistica cronica.

Un contributo di grande valore, infine, è quello del filone delle cd. *integrated care*: qui il tema dell'integrazione e della continuità assistenziale supera i confini delle aziende di erogazione e diviene oggetto delle strategie dei sistemi sanitari (Burns et al., 2002). La connessione tra sistemi e aziende passa attraverso la codifica di PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziale, come insieme mandatorio delle attività e delle performance della presa in carico) rendendo efficace in prima battuta la gestione degli eventi post dimissione, per poi proseguire nel processo di recupero del paziente (Rennke et al., 2013). In questo dibattito, si pone attenzione alla logica di processo nella progettazione della presa in carico del malato, evidenziando che la somma dei singoli interventi non offre una risposta né efficace per il paziente né efficiente per i sistemi; inoltre, il modello proposto da Valentijn (2017) sottolinea la rilevanza di molteplici variabili nella progettazione integrata della presa in carico. Nel *rainbow model of integrated care*, l'autore evidenzia la specificità delle variabili cliniche, professionali, organizzative e di sistema che, se in passato collassavano intorno a un unico nodo della rete di offerta (spesso la singola unità operativa), adesso devono essere progettate in un sistema a rete⁵.

⁵ Un modello integrato sulla presa in carico necessita che vengano ben articolati i contributi sul piano clinico nelle diverse fasi del percorso del malato, che vengano definiti i «territori» di

I contributi elaborati all'interno dei tre filoni evidenziano pertanto alcuni elementi che trasversalmente qualificano le TC:

- ▶ **il transito intercetta l'ospedale.** La ricca elaborazione dei modelli di *discharge management* evidenzia non solo la genesi delle TC ma sottolinea come ancora oggi sia critica la stabilizzazione del paziente in uscita dall'ospedale attraverso la corretta selezione delle strutture e dei *setting* di accoglienza;
- ▶ **il target delle CT è complesso.** Le TC non si rivolgono a tutta la popolazione ma a quella intorno alla quale il sistema di offerta riscontra maggiore difficoltà a integrare gli interventi. In questo senso, non vi è una definizione universale, ma la selezione del target dipende dalle frizioni che si osservano nella filiera dell'offerta. Si va dalla gestione del cronico fragile fino all'anziano o al piccolo paziente ad alta complessità;
- ▶ spesso, ma non sempre, le **CT non sono strutture di offerta ma funzioni aziendali** dedicate alle transizioni tra *setting* secondo una logica programmatoria e modelli di gestione continuativa del paziente all'interno di un percorso di cura condiviso tra più professionisti (Chenoweth et al. 2015; Wong et al. 2011). Sono quindi 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. Ecco alcuni esempi: l'attivazione di un servizio telefonico per il richiamo del *follow up*, oppure la predisposizione di schede di dimissione inviate al servizio di destinazione, o ancora la previsione di penalizzazioni sul sistema di finanziamento per la riospedalizzazione (Bahr et al. 2014). I servizi di transizione che hanno mostrato evidenze positive di risultato e impatto nel medio periodo hanno previsto la combinazione di più elementi (Drachler et al. 2012; Hesselink et al. 2014).

12.4 Lombardia, Toscana e Veneto alle prese con la continuità ospedale-territorio: analisi dei modelli di transitional care sviluppati a livello aziendale

12.4.1 Selezione e analisi dei modelli di TC

La selezione delle tre regioni e dei modelli di TC sviluppata a livello aziendale è stata determinata da due criteri, in linea con gli obiettivi del presente contri-

— riferimento per le diverse figure professionali (non solo mediche), che si progettino i sistemi organizzativi che guidano il movimento del paziente tra strutture di offerta e che, infine, l'integrazione non sia demandata implicitamente ai professionisti, ma che il sistema (quello che si assume la responsabilità sui risultati di salute) definisca specifiche regole (per l'appunto «di sistema») che sostengano le spinte all'integrazione condizionando le convenienze degli attori.

buto. In primo luogo, la matrice dei processi di riforma degli assetti istituzionali delle aziende sanitarie e la revisione dei modelli produttivi, determinata dal riordino della rete di offerta ospedaliera in prima istanza ai sensi del DM 70/2015. Di conseguenza, sono qui presentate solo le esperienze originate in questi processi, attraverso le quali sono osservabili alcuni fenomeni specifici del gigantismo aziendale: ampliamento dei bacini di utenza e della rete di offerta, integrazione tra sanitario e sociosanitario, sia rispetto alla filiera d'offerta che dei professionisti coinvolti, e in particolare la funzionalità delle TC a gestire le transizioni ospedale-territorio, e, infine, il collegamento con l'esplosione delle cure intermedie e il riordino dei posti letto territoriali (riabilitazione estensiva, ospedali di comunità, strutture intermedie a vocazione internistica e per i profili dementigeni o psichiatrici). In secondo luogo, rispetto a questo primo criterio, sono stati selezionati solo i casi formalizzati e avviati al momento dell'analisi (Marzo-Giugno 2017), tali per cui fosse possibile analizzare l'esperienza di implementazione e le difficoltà e soluzioni adottate⁶.

Di seguito sono presentati i quattro casi aziendali, sviluppati in funzione dei rispettivi SSR, rispetto agli assetti istituzionali, le condizioni di funzionamento organizzativo e manageriale, le scelte di policy e indirizzo nella gestione della rete di offerta e dei modelli di committenza. L'analisi dei casi, dopo una breve descrizione di ogni modello di TC e della sua evoluzione, è presentata attraverso l'adozione di uno schema comparativo finalizzato a identificare le principali variabili organizzative e manageriali che denotano la configurazione organizzativa (secondo la definizione di Mintzberg, 1989). Il modello comparativo è esplicitato nella tabella di sintesi dei quattro casi (Tabella 12.2).

12.4.2 Lombardia: Il Centro Servizi dell'ATS Città Metropolitana Milano

Il Centro Servizi di Milano (CSM) è uno strumento dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Città Metropolitana di Milano, per gestire le TC nell'ambito esclusivo delle cure intermedie che insistono nell'area metropolitana, come definite dalla Regione Lombardia (ricomposizione dei posti letti per post-acuti sociosanitari e le sub-acute, cfr. Morando & Tozzi, 2016).

L'attività del CSM avviene in collaborazione con i Centri Servizio Aziendali (CSA), istituiti dai POAS (Piani di Organizzazione Aziendali Strategi-

⁶ Rispetto ai criteri di selezione della casistica adottata è quindi evidente che sono stati esclusi da un lato, i casi assimilabili alle TC, preesistenti ai processi di riordino degli assetti istituzionali dei SSR e riconfigurazione descritti, tra cui ad esempio l'esperienza dell'AUSL di Bologna e della centrale di continuità (Annichiarico et al, 2012) e della Regione Piemonte dei Nuclei Ospedalieri di Continuità delle Cure (NOC) e dei Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure (NDCC). Dall'altro, non sono stati esaminati i casi più recenti, ancora in fase informale o formalizzati nel periodo di studio del presente capitolo, alcuni dei quali nati dallo scambio di esperienze con gli esempi descritti – ad esempio, la COT dell'USL Umbria 1, approvata con Delibera aziendale n. 497 del 05/04/2017.

Tabella 12.2 Confronto tra le esperienze aziendali

	COT Arzignano	COT Feltre	CSM	ACOT
Collocazione fisica	Distretto sociosanitario	Distretto sociosanitario	ASST Niguarda Grande Ospedale Metropolitano	Poliambulatorio Siena
Dipendenza organizzativa	Direzione sociale e della funzione territoriale, servizi territoriali	Direzione sociale e della funzione territoriale, servizi territoriali	Direzione Sociosanitaria	Zona Distretto
Modello professionale – coordinatore	Coordinatore infermieristico dotato di esperienza consolidata sul territorio e in ospedale	Coordinatore infermieristico dotato di esperienza consolidata sul territorio e in ospedale	Coordinatore è un medico, il responsabile del CSM, che coincide con il responsabile della SC Cure Domiciliari di ASST Niguarda – Medico	Coordinatore è un medico, nominato dal Direttore della Zona Distretto.
Modello professionale: operatori	Multi-professionale 8 risorse 5 infermieri – 2 dedicati Dimissioni protette 3 Assistenti sociali – 1 tempo pieno	Multi-professionale 5 risorse 4 infermieri – 1 assistente sociale a tempo pieno 3 Assistenti sociali – 1 tempo pieno	Multi-professionale e inter-aziendale 7 risorse dedicate: 2 OSS di ATS, 4 infermieri di ASST e 1 fisioterapista di ASST. Medico coordinatore è responsabile della SC di cure primarie di ASST Niguarda, non è impiegato a tempo pieno dal CSM	Multi-professionale Personale prevalentemente dedicato 1 Medico di riferimento 3 infermieri 1 assistente sociale
Contenuto: estensione e tipologia di servizi	Servizi di gestione delle transizioni: segnalazione, valutazione, attivazione dimissioni protette, ADI, attivazione servizi sociali e servizi di tutela del minore Sono coinvolti tutti i servizi della rete di offerta aziendale nella programmazione del percorso individuale di cura Servizi di supporto alla progettazione dei processi aziendali	Servizi di gestione delle transizioni rispetto alle strutture ospedaliere: dimissioni e ammissioni protette; Sono coinvolti tutti i servizi della rete di offerta aziendale nella programmazione del percorso individuale di cura Servizi di supporto alla progettazione dei processi aziendali	Coordina l'invio degli utenti segnalati e idonei per l'accesso alle cure intermedie in quattro strutture presenti nell'area dell'ASST città Metropolitana di Milano La logistica del paziente e l'accesso ai servizi domiciliari con un piano individuale invece è gestito dai CSA delle diverse ASST	Informa e orienta l'Ospedale sulle modalità di accesso; funge da facilitatore tra territorio ed ospedale; funge da punto di riferimento unico di attivazione dei percorsi ospedale/territorio e territorio/ospedale; interviene a supporto della dimissione concordata tra l'ospedale e i servizi territoriali sociosanitari.
Valutazione della casistica	Scheda di segnalazione Compilazione della SVAMA	Scheda di segnalazione Scheda per la UWMO	Scheda unica di segnalazione e valutazione valida per tutte le strutture di ATS	Scheda di segnalazione (BRASS)

Tabella 12.2 (segue)

	COT Arzignano	COT Feltre	CSM	ACOT
Governo domanda: target	Utenti fragili/complessi, sia minori che adulti per cui è riconosciuta la necessità di una presa in carico multidimensionale	Pazienti fragili in accesso alle strutture ospedaliere, per lo più anziani cronici;	Utenti fragili identificati, sulla base della valutazione, come idonei all'accesso alle cure intermedie	Utenti fragili/complessi, sia minori che adulti per cui è riconosciuta la necessità di una presa in carico multidimensionale
Monitoraggio e valutazione	Monitoraggio continuo della presa in carico, dall'attivazione per alcuni mesi successivi Non sono attivi sistemi di valutazione	Monitoraggio continuo dei processi identificati per la presa in carico e rispetto ai casi gestiti; Non sono attivi sistemi di valutazione	Attualmente non sono in vigore sistemi di valutazione di efficacia dell'invio alle cure intermedie, nella misura in cui il PAI è gestito poi dall'ente gestore di riferimento. Sono stati adottati degli indicatori di processo per l'attivazione del CSM e il rapporto con gli altri CSA.	Monitoraggio della presa in carico, Valutazione di esito
Sistema di attivazione del servizio	Segnalazione dei professionisti di tutta la rete, anche dal comune – contatto telefonico, mail;	Segnalazione del case manager ospedaliero o del MMG o del PS attraverso le schede di attivazione della COT	Segnalazione da parte dei CSA Aziendali al CSM attraverso la scheda unica di valutazione entro 72 ore dalla segnalazione. L'invio per i soggetti idonei dipende dall'effettiva disponibilità delle strutture di offerta, sebbene il CSM può gestire delle agende di priorità per l'accesso a queste strutture	Segnalazione da parte dei professionisti del reparto attraverso Scheda BRASS
Strumenti operativi informatizzazione	Scheda di segnalazione SVAMA Sistema gestionale informatizzato che integra cartella dell'utente con tutta la rete assistenziale ed è accessibile da tutti i professionisti coinvolti	Scheda di segnalazione UVMIO Sistema gestionale della COT non è informatizzato	Attualmente il sistema gestionale del CSM non è informatizzato, ma è stato aperto un progetto per l'avvio dell'informatizzazione del database.	Scheda di segnalazione Piattaforma web condivisa tra ospedale e territorio

ci) delle ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali), istituite a partire dal 1 gennaio 2016, e che hanno integrato le Aziende Ospedaliere con le funzioni e le attività in capo alle Aziende Sanitarie Locali per il territorio di riferimento. In questa direzione, il CSA rappresenta uno degli strumenti di supporto, una funzione organizzativa che dipende dalle direzioni sociosanitarie delle ASST, nell'organizzazione della rete di presa in carico assistenziale, e integra la filiera d'offerta dalle acuzie alla continuità assistenziale ambulatoriale e territoriale, includendo la gestione e la programmazione dei servizi sanitari (prestazioni ambulatoriali nei presidi ospedalieri territoriali, POT) e sociosanitari. L'accesso alle altre strutture residenziali e riabilitative, invece, dipende dagli accordi presi dall'azienda con organizzazioni che sono autonome. I CSA risultano quindi uno strumento attivato dai nuovi POAS per la gestione di quella che viene definita la RICCA (Rete integrata di Continuità Clinico Assistenziale), attivata per alcune condizioni croniche e utenti-target con un fabbisogno assistenziale specifico, secondo tre livelli di complessità e relativi profili. Questa premessa sulla riorganizzazione del Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL), avvenuta con LR 23/2015, è fondamentale per comprendere le specificità e le potenzialità innovative del CSM⁷.

Come funziona il CSM

Il CSM è stato attivato il 24 gennaio 2017 con delibera dell'ATS Città Metropolitana di Milano. Si tratta di un centro servizi che coordina l'attività di tutte le ASST presenti nel territorio metropolitano dell'Agenzia per l'invio dei pazienti ricoverati alle cure intermedie.

Il CSM è stato collocato fisicamente presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda (ASST Niguarda) e risponde alla direzione sociosanitaria, in capo alla quale è collocata anche la struttura complessa di cure domiciliari per la quale l'ASST è centro coordinatore dell'ATS. Quest'ultima mantiene il coordinamento del CSM, sebbene l'esecuzione e la gestione operativa sia stata affidata all'ASST Niguarda, dove è stato trasferito il personale che operava nel dipartimento di cure primarie dell'ASL Città di Milano. Il CSM è nato su proposta delle ASST per supportare l'invio alle strutture intermedie, attraverso un coordinamento centralizzato indispensabile per garantire condizioni di accesso equo, tempestivo e appropriato nell'area milanese. Le strutture intermedie, infatti, rappresentano una delle alternative più valide all'istituzionalizzazione, o all'invio in RSA o ad altra residenza protetta, per la stabilizzazione clinica e il recupero funzionale.

⁷ Al momento della scrittura del presente contributo è in fase di avvio il modello lombardo sulla gestione delle cronicità che, secondo quanto definito dalle D.G.R 6161 e 6551 dei primi mesi del 2017, punta a individuare i soggetti gestori ed erogatori per 5 profili di complessità della condizione cronica, sui quali è stata stadiata la popolazione lombarda.

Il CSM riceve tutte le richieste provenienti dalle ASST metropolitane e attiva, per gli utenti idonei, l'invio alle cure intermedie in quattro strutture presenti sul territorio dell'ATS (Istituto Palazzolo, Istituto Redaelli, Pio Albergo Trivulzio, Don Orione). L'accesso alle cure intermedie è vincolato alla disponibilità delle strutture, poiché esse sono autonome: il CSM, infatti, così come i CSA, non dispone di un accesso diretto al sistema informativo integrato della rete d'offerta e non può quindi né conoscere la distribuzione e disponibilità dei posti letto né, di conseguenza, mettere in campo autonomamente una funzione di *bed management* centralizzata. Al tal fine, l'istituzione del CSM è stata l'occasione per formalizzare una collaborazione con le quattro strutture di cure intermedie citate: queste ultime ogni lunedì inviano al CSM un report sull'occupazione e la disponibilità dei posti letto, riservando un canale preferenziale per le segnalazioni del CSM.

Il modello organizzativo e professionale

Il CSM è quindi una funzione organizzativa, coordinata dalla SC di cure primarie, che dipende dalla direzione sociosanitaria: la direzione dell'ASST Niguarda pertanto ha un ruolo di coordinamento del CSM, in collaborazione con le altre ASST. L'avvio del CSM non ha previsto lo stanziamento di un budget o risorse dedicate da parte di ATS Milano né delle ASST.

Il modello di organizzazione del lavoro è multi-professionale e inter-aziendale. Al suo interno sono presenti 7 professionisti dedicati e un medico coordinatore. Nel gruppo di professionisti sono presenti 2 OSS inviati dall'ATS e 4 infermieri professionali inviati dalle ASST (uno da Niguarda, uno da Fatebenefratelli-Sacco, uno da Santi Carlo e Paolo, e uno dall'IRCCS Ca Granda Ospedale Maggiore Policlinico, più un fisioterapista inviato da ASST Gaetano Pini, mentre l'IRCCS Neurologico Besta, attualmente non ha trasferito alcun professionista) ora dipendenti della ASST Niguarda in forza del trasferimento di funzioni in attuazione della legge regionale 33/2009 così come modificata dalla legge regionale 23/2015. Il medico coordinatore è il responsabile della SC di cure domiciliari, e non è dedicato a tempo pieno. La selezione delle figure inviate al CSM è avvenuta nelle ASST coinvolgendo il SITRA/ DITRA e le direzioni sociosanitarie: i professionisti mantengono l'inquadramento contrattuale precedente con il riconoscimento degli straordinari. Il gruppo si incontra una volta a settimana per discutere i casi più complessi e per il monitoraggio (altri incontri sono organizzati al bisogno) e partecipano anche i medici provenienti dalle 4 strutture di cure intermedie a cui vengono inviati i casi. Ogni infermiere del CSM prende in carico i casi segnalati dal CSA della propria azienda. ASST Niguarda ha messo a disposizione gli spazi; i computer e le postazioni sono state fornite in parte dall'ATS e in parte dalle ASST. Il CSM è attivo 5 giorni su 7 (dalle ore 8 alle 17) come i CSA aziendali. L'avvio del CSM è stato supportato da formazione mirata per gli operatori del CSM e dei CSA delle ASST, per costruire le procedure coerenti di attivazione dei due servizi.

A chi si rivolge?

Il target del CSM è costituito dai soggetti segnalati dalle unità operative delle ASST ai CSA e poi al CSM, qualora risultino idonei per l'accesso alle strutture intermedie. La valutazione di idoneità avviene attraverso la compilazione della «scheda unica di valutazione per ricovero in unità di cure intermedie». Di conseguenza, si tratta per lo più di una popolazione anziana: su 408 casi trattati da febbraio a giugno 2017, l'età media è di 79,4 anni (max 95 – min 42). La verifica di idoneità viene effettuata in prima istanza dal CSA che, oltre alla valutazione della scheda inviata dal case manager dell'unità operativa, può attivare una valutazione multi-dimensionale al letto del paziente, coinvolgendo i professionisti, l'utente e i familiari. È questo l'unico contatto diretto del CSA con gli utenti, mentre il CSM non ha contatti con gli utenti. Nel periodo 24 gennaio 22 sono giunte al CSM 2242 domande e 1842 sono state accettate. Di queste, 1637 sono state gestite senza il bisogno di confronto in equipe, mentre 347 hanno richiesto la valutazione di equipe (nella fase di avvio, per tutte le domande era prevista la valutazione in equipe al fine di formare gli operatori). In generale, una volta verificata l'idoneità alle cure intermedie, i CSA delle ASST trasmettono la scheda al CSM che, su ulteriore verifica, potrà contattare direttamente l'ASST inviante, in caso dubbio. Nel caso di invii ritenuti non idonei anche dopo ulteriore verifica, i casi dubbi vengono discussi all'interno dell'equipe multidisciplinare (ogni giovedì).

Nella compilazione della scheda di invio, viene lasciato uno spazio in cui il paziente e i familiari possono indicare la struttura di preferenza e il CSM cercherà di soddisfare le preferenze dell'utente. Tuttavia, qualora la lista di attesa per l'accesso superi i 15 giorni, viene proposta un'altra struttura per un accesso più rapido.

Quali i principali strumenti adottati?

Lo strumento principale oggi adottato dal CSM è la scheda di valutazione unica che è stata approvata e messa a regime in tutte le ASST dell'ATS. Essa è molto dettagliata e comprende sia scale cliniche, di gestione delle terapie e delle medicazioni, che funzionali (sull'autonomia residua, disturbi psicologici comportamentali, ecc.); infine contiene informazioni sulla condizione sociale ed assistenziale dell'utente. Questo livello di dettaglio è inoltre funzionale all'attribuzione del profilo per l'accesso alle cure intermedie e la definizione del percorso individuale (PAI) che dovrà essere attivato dalla struttura nel momento dell'accesso dell'utente, come previsto dalla delibera di accreditamento delle strutture intermedie (DGR 3383/2015).

L'attività del CSM attualmente non è informatizzata: l'invio delle schede avviene per email e la registrazione dei casi su un database interno. Con il 2018, è previsto l'avvio di un processo di informatizzazione e prevedrà un sistema informativo dedicato.

Esistono prime evidenze?

I primi risultati mostrano come il CSM e la collaborazione con i CSA sia stata acquisita e stabilmente recepita dalle ASST e dalle rispettive unità operative. I dati sulla riduzione delle schede non accettate per incompletezza o inidoneità mostrano una sensibile riduzione già a partire da febbraio 2017 a testimonianza del processo di allineamento e condivisione delle procedure su un'unica scheda di riferimento. Rispetto all'efficacia degli invii alle strutture intermedie, si osserva un miglioramento delle liste di attesa poiché sembrano in fase di superamento le difficoltà dovute alle modalità di invio e di accettazione, in passato molto eterogenee, e all'assenza di criteri di priorità per l'accesso.

Data la recente attivazione, attualmente sono stati previsti e alimentati alcuni indicatori di monitoraggio e valutazione in funzione delle procedure concordate tra CSM e CSA: 1) il rispetto ai tempi di attivazione della domanda (72 ore); 2) l'appropriatezza nella compilazione delle schede (minimo dell'80% delle schede inviate devono risultare idonee per l'accesso in cure intermedie).

12.4.3 Toscana: Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT)

In Toscana, l'ACOT è stata introdotta con due atti normativi: il primo del 2008 in cui sono state individuate le prime linee di indirizzo per la costituzione di modelli di *discharge room* e agenzie di continuità ospedale-territorio (allegato B della DGR n. 1010/2008); il secondo, invece, istitutivo dell'ACOT, del 2016 (DGR.679/2016 «Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio: indirizzi per la costituzione nelle Zone/Distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di *handover* dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio»).

Per lo sviluppo delle ACOT, la Regione ha stanziato risorse aggiuntive pari a € 9.000.000 in due anni (provenienti dal Fondo sociale europeo), finalizzate al potenziamento dei servizi di continuità assistenziale, per interventi a sostegno dei servizi domiciliari e, in generale, per tutti i servizi territoriali di continuità ospedale-territorio (DGR 905/2016).

Ai fini del presente contributo, è stata osservata l'ACOT dell'Azienda USL Toscana Sud Est⁸, e in particolare quella della zona distretto del senese che,

⁸ L'Azienda USL Sud Est è stata costituita (come previsto dalla l.r. n. 84 del 28 dicembre 2015 «Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale»). Modifiche alla l.r. 40/2005 nel gennaio 2016 dalla fusione delle tre aziende di Arezzo, Siena e Grosseto, comprende 101 comuni, estendendosi su un territorio molto ampio di ca. 11.560 km², ma con una densità abitativa dimezzata (72,50 ab./km²) e una popolazione mediamente più anziana rispetto alla media regionale (1 su 4 ab. ha più di 65 anni e il 4% della popolazione è oltre gli 85 anni). Nell'Azienda USL Toscana Sud Est sono attualmente attive l'ACOT di Siena e Arezzo mentre è in fase di sperimentazione l'ACOT di Grosseto.

partita per prima⁹, è oggi da esempio paradigmatico per le altre esperienze, sia a livello aziendale che regionale¹⁰.

Come funziona?

L'ACOT è un servizio di integrazione che fa capo funzionalmente alle Zone Distretto¹¹ per assicurare i flussi dei pazienti in uscita dall'ospedali, operando nei presidi ospedalieri zionali di riferimento. L'ACOT pertanto non eroga prestazioni assistenziali ma facilita la connessione tra gli ospedali e i servizi territoriali, sia nel percorso di dimissione programmate (in uscita) che come riferimento per le segnalazioni provenienti dal territorio (in entrata), qualora vi sia una richiesta di inserimento nelle strutture intermedie.

Sul fronte ospedaliero, l'ACOT si attiva come un modello *pull* poiché progetta la dimissione a partire dall'ingresso del paziente, grazie al coordinamento tra la Direzione di Presidio e le unità operative di degenza ospedaliera. L'ACOT assolve ai seguenti compiti: a) verifica l'appropriatezza della segnalazione, definisce il percorso di continuità assistenziale attivando, in presenza di un bisogno sociosanitario complesso, l'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) zonale competente; b) coordina il processo di dimissione, coniugando sia le esigenze del contesto familiare che le potenzialità della rete territoriale; c) coordina l'interdisciplinarietà degli interventi, allertando i referenti dei servizi territoriali, i professionisti della struttura ospedaliera e il MMG; d) monitora l'appropriatezza e la sicurezza clinica nella transizione fra i presidi ospedalieri

⁹ L'esperienza dell'ACOT senese è iniziata in via sperimentale con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS) il 6 ottobre 2014 ma il Progetto ACOT è stato poi avviato dal gennaio 2015 con l'aggiunta della segnalazione dei casi complessi da parte dei Presidi Ospedalieri di Nottola, Campostaggia e Abbadia San Salvatore.

¹⁰ Nell'Azienda Usl Toscana Sud Est si è sviluppato anche un nuovo modello di Cure Intermedie denominato Modulo di Continuità Assistenziale (MOdiCA): si tratta di un'unità di degenza territoriale posta all'interno di un presidio/stabilimento ospedaliero che garantisce la continuità assistenziale tra l'intensività delle cure ospedaliere e l'estensività della presa in carico territoriale. La permanenza all'interno del MOdiCA è articolata secondo il piano di assistenza e si realizza in linea di massima fra 7 e 10 giorni. L'elemento più innovativo del MOdiCA è l'ingresso nel team multidisciplinare (oltre al personale dell'ACOT, al MMG e al coordinatore infermieristico del MOdiCA) dello specialista dell'unità di degenza ospedaliera dimettente denominato Tutor clinico ospedaliero, il quale nelle prime 48 ore di degenza collabora con l'equipe del MOdiCA nella presa in carico del paziente, garantendo la continuità assistenziale.

La collocazione del MOdiCA all'interno del presidio ospedaliero e la collaborazione con la Direzione di Presidio permette di usufruire dei servizi propri delle unità di degenza come il confort alberghiero, la gestione delle emergenze, l'approvvigionamento farmaci e l'accesso diretto ad esami clinici e strumentali. Tuttavia, la responsabilità organizzativa e gestionale è attribuita al Coordinatore Infermieristico del MOdiCA, la responsabilità clinica del singolo paziente è del MMG, mentre la responsabilità di Coordinamento Clinico della struttura è affidata ad un MMG.

¹¹ La zona-distretto (art. 56 l.r. 80/2015) è l'ambito territoriale ottimale dell'ASL per valutare i bisogni sanitari e sociali delle comunità e per organizzare ed erogare i servizi delle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate. Attualmente sul territorio dell'Area Vasta sud est le articolazioni di zone-distretto sono 13.

e territoriali; e) attiva la procedura di fornitura degli ausili per la consegna al domicilio prima della dimissione.

L'ACOT si attiva prevalentemente per gestire le dimissioni complesse. Quest'ultime, infatti, prevedono che entro 48 ore dall'ingresso del paziente, l'unità operativa, utilizzando la scala di Brass¹², segnali all'ACOT il paziente con punteggio 10 che si attiva per effettuare la valutazione multidisciplinare, insieme al personale ospedaliero (medico, infermiere, ecc.), il MMG e il paziente e i suoi familiari. Entro le 48 ore successive alla valutazione multidisciplinare, l'ACOT definisce il percorso assistenziale più appropriato e invia al reparto il PAI (Progetto Assistenziale Integrato). A quel punto, il reparto, se non sono sopraggiunte cause cliniche di rinvio della dimissione, può dimettere il paziente.

Il modello organizzativo e professionale

L'ACOT è una funzione organizzativa che dipende dalle Zone Distretto ed è coordinata da un professionista nominato dal Direttore della Zona Distretto. Fisicamente, è collocata presso un poliambulatorio distrettuale, in prossimità del servizio di gestione delle cure domiciliari

L'ACOT è un'equipe multi-professionale e, nel caso senese, è costituita da un medico di comunità, tre infermieri e un assistente sociale. Nell'ACOT senese, il personale è dedicato prevalentemente all'agenzia e si attiva al bisogno.

L'ACOT è operativa 5 giorni alla settimana dalle 8 alle 19.

A quali pazienti si rivolge?

La DGR 905/2016 individua due categorie di beneficiari degli interventi dell'ACOT: a) persone anziane >65anni con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza, in dimissione da un qualunque presidio ospedaliero zonale o AOU o strutture intermedie o riabilitative, presenti sul territorio regionale.; b) persone disabili in condizione di gravità¹³, residenti nel territorio regionale, in dimissione da un ospedale territoriale o da un'AOU presente sul territorio regionale.

Rispetto alle indicazioni della DGR, l'ACOT di Siena ha inteso gestire tutte le fragilità e situazioni complesse, indipendentemente dall'età. Non solo, nel caso di Siena, l'ACOT può essere attivata anche dal territorio, per tutti soggetti

¹² La scala di valutazione dell'Indice di BRASS (*Blaylock Risk Assessment Screening*) è oggi uno degli strumenti più diffusi per la valutazione infermieristica della complessità assistenziale ai fini di predire il rischio di dimissione protetta/difficile. La scala prevede una valutazione dei fattori rilevanti per la prognosi assistenziale rispetto al quadro sindromico: l'età, la disponibilità dei caregiver, lo stato funzionale, lo stato cognitivo, la presenza di disturbi del comportamento, le abilità motorie, la presenza di deficit sensoriali, l'utilizzo del pronto soccorso e/o i ricoveri nei precedenti 3 mesi, il numero dei problemi medici attivi e il numero di farmaci in terapia.

¹³ Ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

fragili segnalati. Il criterio per l'attivazione dell'ACOT rimane quindi la complessità della casistica stimata attraverso lo score della scala Brass (≥ 10).

Da sottolineare, infine, che per i pazienti non residenti nel senese, l'ACOT si raccorda con le Zone Distretto di provenienza per definirne la dimissione.

Quali i principali strumenti adottati?

L'ACOT utilizza due strumenti standard in fase di dimissione: la scheda di segnalazione della casistica indentificata attraverso la valutazione della scala BRASS e la scheda di valutazione congiunta, entrambe presenti su una piattaforma web condivisa tra ospedale e territorio, accessibile tramite password identificativa e dotata di una scheda informatizzata per ogni utente. La piattaforma permette: a) di raccogliere e condividere osservazioni e informazioni sui singoli casi; b) di verificare il percorso di presa in carico territoriale (tempi di attivazione e modalità); c) di velocizzare il percorso; d) di migliorare la comunicazione; e) di elaborare indicatori e dati relativi alla presa in carico; f) di visualizzare le pratiche in corso o da attivare (es. UVM, invalidità).

Esistono prime evidenze?

Nel 2016, l'ACOT senese ha avuto 1.909 segnalazioni (60% – 1076 donne e 40% – 718 maschi) con un'età media dei pazienti di 83,2 anni. I primi risultati evidenziano: a) una percentuale importante di segnalazioni da parte dell'AOU Senese che ha colto subito l'opportunità di dimettere velocemente i pazienti e ridurre la degenza media; b) un incremento progressivo delle segnalazioni anche da parte delle altre strutture territoriali. I percorsi attivati dall'ACOT sono nel 29% domiciliari, nel 25% verso ospedale di comunità; nel 13% in ADI; nel 7% verso RSA, cure intermedie (7%), hospice (7%) e istituti di riabilitazione ex art. 26 (7%); nel 3% di assistenza domiciliare oncologica integrata (ADOI); nell'1% assistenza domiciliare programmata e riabilitazione ambulatoriale (1%).

I dati di monitoraggio mostrano un impatto positivo dell'ACOT sia rispetto all'efficacia dei processi di gestione della casistica più complessa (riduzione delle ospedalizzazioni, riduzione del tasso di ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti, riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100 mila residenti, aumento della percentuale di ultra 75enni dimessi da ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni) sia nell'avvio di nuove forme e modalità di integrazione funzionale tra le strutture di offerta della Zona Distretto.

12.4.4 Centrale Operativa Territoriale (COT) della Regione Veneto

La Centrale Operativa Territoriale della Regione Veneto rappresenta oggi una delle esperienze più mature a livello regionale di TC, essendo stata introdotta nel PSSR 2012-2016 e definita in via sperimentale dalla DGR 2271/2013 «Nuovo

ve disposizioni in materia di organizzazione delle aziende ULSS» e con maggior dettaglio nelle delibere attuative aziendali successive. L'implementazione della COT, inoltre, a partire dal 2014, è stata inserita negli obiettivi dei direttori generali.

La DGR 2271/2013 (Allegato B) 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 inoltre prevede: a) l'attivazione delle COT a costo zero, attraverso l'allocazione di personale e operatori sociosanitari aziendali, distaccati da altre funzioni/unità; b) la collocazione della COT nel distretto e in staff alla direzione dei servizi sociali e della funzione territoriale.

Proprio per la valenza innovativa del modello a livello regionale, è stato attivato un percorso di accompagnamento alla attivazione delle COT, strutturato in incontri di confronto periodici tra i referenti delle 21 COT e le rispettive direzioni strategiche – pari al numero delle ULSS venete fino al 2016. La soluzione di TC del Veneto, quindi, ha preceduto il ridisegno del SSR, che ha ridotto il numero delle ULSS a 9. A partire dal 2016, infine, è stato promosso un percorso formativo per i 21 Referenti COT, che si è concluso nel giugno 2017, rappresentando la prima esperienza formativa dedicata ad una figura simile al cd. «*transitional care coach/manager*»

La delibera regionale richiamata ha posto quindi i primi elementi distintivi e gli obiettivi comuni per l'attivazione delle COT, mentre è stata data ampia autonomia a livello locale per la definizione delle condizioni di funzionamento e degli obiettivi operativi. Gli incontri periodici hanno consentito di affinare il modello della COT rispetto alle esigenze del sistema: ad esempio, è stata rivista l'impostazione fornita dalla DGR 2271 che proponeva il funzionamento h24 della centrale ridisegnandolo sulla fascia diurna.

Da qui, l'interesse del presente contributo ad analizzare le differenze attuative, a livello locale, prendendo in esame due COT: Arzignano, collocata in un contesto urbano-collinare, nel vicentino, oggi nell'ULSS 8 Berica; e Feltre, collocata in un contesto montano, oggi nell'ULSS 1 Dolomiti.

La **COT di Arzignano** è parte del distretto sociosanitario Ovest della nuova ULSS 8 Berica, frutto della fusione delle ex ULSS 6 Vicenza e ULSS 5 Ovest Vicentino, con un bacino di ca. 480.00 abitanti (179.624 residenti nel distretto Ovest nel 2016) e 62 comuni di riferimento. Nell'ULSS 8 sono attualmente presenti 2 COT che operano nei due distretti.

La **COT di Feltre** si trova nell'ULSS 1 Dolomiti, nata dall'accorpamento tra l'ex ULSS 1 Belluno e l'ULSS 2 Feltre, con un bacino di ca. 206.795 abitanti, di cui 85.000 residenti nel distretto di Feltre, e 64 comuni di riferimento. Anche nell'ULSS 1 sono attualmente presenti 2 COT, una per distretto sociosanitario. Elemento distintivo della COT di Feltre è la collocazione geografica in una zona montuosa: di conseguenza, vi è bassa densità abitativa su un territorio molto

ampio, che rende complessa l'erogazione dei servizi. Inoltre, essendo un'area ad alta attrazione turistica, in determinati periodi dell'anno, deve garantire l'assistenza sanitaria anche a cittadini extra-provinciali ed extra-regionali. La configurazione del territorio, pertanto, rende più complesso il funzionamento di questa COT: la conoscenza approfondita della rete di offerta e la conoscenza sulle risorse disponibili e attivabili è ed è stata più complessa in questo caso. La partenza della COT, infatti, ha comportato una prima mappatura di tutta la rete d'offerta aziendale e l'incontro con ogni singola struttura.

Come funziona?

Entrambe le COT sono state definite nelle condizioni di funzionamento da delibere e atti aziendali, in attuazione di quanto indicato dalla richiamata delibera regionale che ha definito le COT funzioni organizzative, e non strutture organizzative, facilitatrici dei processi clinico-assistenziali.

Nel caso della COT di Arzignano, la delibera aziendale definisce i compiti principali quali: a) raccogliere il bisogno espresso dai professionisti e/o dai pazienti, favorendo l'esplicitazione di quelli inespressi; b) fornire informazioni ai professionisti, grazie alla mappatura delle risorse e delle dotazioni a disposizione dei nodi della rete di offerta; c) garantire il coordinamento funzionale nella presa in carico dell'utente tra professionisti e unità d'offerta; d) monitorare i processi di presa in carico assicurando la tracciabilità dei flussi.

La delibera istitutiva della COT di Feltre, invece, esplicita alcuni ruoli distintivi, tra cui una maggior focalizzazione sulla presa in carico a partire dal passaggio dell'utente nel presidio ospedaliero: a) favorire l'integrazione ospedale-territorio, avviando delle procedure di collaborazione con i servizi ospedalieri e unità d'offerta territoriali; b) acquisire e analizzare i bisogni del paziente, espressi e inespressi, segnalando il caso ai servizi/professionisti più appropriati e verificandone la presa in carico; c) assicurare all'utente continuità dell'assistenza e integrazione tra i diversi servizi, il passaggio tra i diversi livelli e luoghi di cura, sia a domicilio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali, intermedi o in ospedale.

Sebbene nella composizione professionale e nel modello organizzativo, le due COT osservate siano molto simili, in realtà vi sono differenze significative sia nelle condizioni di funzionamento e che nella tipologia e modalità di erogazione dei servizi.

Nella COT di Arzignano, le procedure o processi che tipicamente vengono attivati sono: le dimissioni protette, i trasferimenti intra-ospedalieri da unità operative per acuti a reparti di lungodegenza e riabilitazione; la continuità assistenziale per il dipartimento di salute mentale rispetto alla rete assistenziale e per la gestione dei minori nei casi di carenza nell'esercizio della responsabilità genitoriale; per l'attivazione dell'ADIMED, ovvero l'ADI complessa. La COT inoltre può ricevere una segnalazione dal territorio, dai professionisti o da altri

servizi per richiesta di informazioni e supporto per la gestione di alcuni casi complessi. A monte di questi servizi, la COT coordina la gestione della valutazione multi-dimensionale e supporta la compilazione della SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano), in capo al distretto per il singolo caso.

Nella COT di Feltre, invece, risulta più stretto il legame con il presidio ospedaliero, sia in fase di attivazione dei servizi della COT sia rispetto alle attività tipiche che la COT ha messo in campo. L'utenza della COT viene segnalata sia attraverso le dimissioni protette sia quando l'utente accede all'ospedale, attraverso quelle che si possono definire delle «ammissioni protette». La COT infatti può essere attivata sia su segnalazione del MMG che invia l'assistito in pronto soccorso (PS) sia dal PS stesso e può intervenire anche nel caso di paziente gestito in OBI (osservazione temporanea in PS), per valutare il setting assistenziale più appropriato tra il ricovero, l'invio in strutture residenziali piuttosto che al domicilio con il supporto dell'ADI. Oltre alla gestione dell'OBI, la COT di Feltre ha previsto una specifica valutazione della casistica al letto dell'utente. Nella segnalazione di un nuovo caso, la COT si attiva relazionandosi con le strutture di ricovero, per poi avviare la UVMO – Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera –, che coinvolge il direttore dell'UO di Geriatria, l'infermiere case manager dell'unità operativa ospedaliera, l'infermiere e l'assistente sociale della COT. L'UVMO è una modalità di valutazione dei pazienti che presentano bisogni socio-assistenziali complessi o che non possono essere inviati immediatamente al domicilio. La richiesta di UVMO viene effettuata dopo la valutazione della scala BRASS da parte del case manager ospedaliero. La COT, invece, attiva l'UVMD – Unità di Valutazione Multidimensionale del Distretto, al bisogno, quando la valutazione dovrà coinvolgere strutture distrettuali e del territorio – la UVMD rimane in capo al distretto.

Nel modello veneto della COT, pertanto, un elemento distintivo è la collocazione operativa in back-office: l'unico momento di contatto diretto con l'utente e i familiari è la valutazione multidimensionale e il colloquio dell'assistente sociale. In tutte le altre fasi, la COT si relaziona con i professionisti dei diversi servizi, a conferma della natura organizzativa della stessa che non deve mai essere confusa con lo sportello unico o call center.

In secondo luogo, un altro elemento che qualifica la COT è l'accesso diretto ai sistemi informativi aziendali che consentono di monitorare costantemente l'andamento della turnazione dei posti letto, sia ospedalieri che residenziali, l'attivazione della ADI, i tempi di prenotazione e consegna degli ausili, ecc. Ovvero le informazioni sui servizi e le dotazioni che consentono di gestire la presa in carico e la continuità assistenziale. Di conseguenza, il ruolo di questa funzione organizzativa è quello di essere non solo un supporto alla gestione della presa in carico dell'utente, attraverso l'integrazione e il coordinamento sul

singolo caso tre le unità d'offerta e i professionisti, ma altresì essa rappresenta l'occasione per monitorare e migliorare tutti i processi clinico-assistenziali.

Un'altra peculiarità della COT è che può essere attivata da tutti i professionisti ed i servizi del sistema e per questo, benché afferente all'area distrettuale, di fatto è strumento organizzativo del sistema azienda.

Il modello organizzativo e professionale

La COT di Arzignano è collocata in staff alla Direzione dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale dell'ULSS e fisicamente si trova nella sede distrettuale, dove vi sono spazi attrezzati e dedicati (uffici e sala riunione). Anche la COT di Feltre è collocata in staff alla Direzione dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale e, fisicamente, è all'interno negli uffici distrettuali, nella stessa sede del presidio ospedaliero.

I professionisti dedicati alla COT di Grosseto oggi sono 8 e sono stati trasferiti da precedenti funzioni all'interno dell'azienda. Si tratta di 5 infermieri (di cui 2 dedicati alla gestione delle dimissioni protette) e 3 assistenti sociali (1 a tempo pieno e 2 dedicate a tempo parziale) per la gestione delle dimissioni protette e i contatti con i centri servizio e le strutture residenziali. È un infermiere professionale, referente della COT, presente fin dalla prima attivazione (sperimentale) della COT nel 2014, identificato sulla base delle precedenti esperienze professionali maturate sia nella gestione territoriale dell'ADI sia a livello ospedaliero. La composizione e la numerosità del team si sono modificate nel tempo, anche a seguito del perfezionamento del modello. Inizialmente, infatti, erano presenti 2 OSS, oltre al referente. La complessità della casistica e la numerosità degli interventi, anche per via di un progressivo coinvolgimento della COT all'interno delle dinamiche aziendali, hanno richiesto il ridisegno delle competenze: oltre alla necessità di gestire un ampio ventaglio di relazioni (dai clinici ai referenti dei servizi sociali), la COT ha riscontrato la necessità di valutare il fabbisogno del paziente con strumenti specifici. Da qui, la prima decisione di sostituire gli OSS con gli infermieri e quella di inserire gli assistenti sociali per la gestione dei bisogni di natura sociale. Il team si riunisce almeno due volte a settimana per fare il punto sulla gestione dei casi e al bisogno per la gestione di casi più complessi. Infine, la COT è attiva 6/7 giorni, su turni da 12 ore durante la settimana, mentre il sabato solo la mattina.

I team di professionisti dedicato alla COT di Grosseto è composto da 4 infermieri e 1 assistente sociale, unica figura non trasferita da precedenti funzioni aziendali ma assunta direttamente. La COT è coordinata da un infermiere professionale, presente fin dalla prima attivazione nel 2014, con esperienze pregresse sul territorio e in ospedale. Anche in questo caso, la composizione del team è cambiata nel tempo e inizialmente alla COT erano assegnate 2 OSS, oltre al coordinatore. La COT è attiva 6/7 giorni, su turni da 12 ore durante la

settimana e prevede un turno di otto ore al sabato. L'orario di attività è stato prolungato su richiesta delle unità operative ospedaliere nel 2016 (prima era di 5/7 giorni con turni di 8 ore). Il team si riunisce una volta a settimana per fare il punto sull'andamento della gestione dei casi e al bisogno per quelli più complessi.

A quali pazienti si rivolge?

L'utente target della COT è la persona fragile identificata sia attraverso una valutazione del quadro sindromico che degli aspetti assistenziali e sociali. I soggetti fragili possono essere identificati da tutte le strutture della rete assistenziale ed essere segnalati alla COT, sebbene questo avvenga prevalentemente in fase di dimissione ospedaliera. La COT di Arzignano gestisce le segnalazioni attraverso una scheda uniforme che assegna uno score su quattro aree di valutazione: cognitivo e funzionale, sociale, sanitaria, capacità residue. La COT di Feltre, invece, prevede la segnalazione attraverso una scheda compilata dal case manager infermiere dell'unità operativa, e in cui deve riportata la valutazione della BRASS. In generale, l'elemento distintivo in entrambi i casi per l'attivazione della COT è la complessità della casistica: la COT interviene solo per il soggetto complesso, ovvero utenti adulti-anziani o minori con bisogni importanti e che necessitano di una presa in carico multidisciplinare, residenti nell'area distrettuale di riferimento. Per questi utenti, la COT si attiva con percorsi che possono prevedere l'accesso in ADIMED o in strutture residenziali, centri servizi o strutture intermedie etc., qualunque nodo della rete d'offerta territoriale che risulti appropriato per la gestione del caso. Al contrario, la COT segnala ai servizi territoriali e, al limite monitora in caso di evidenti difficoltà di processo (i.e. consegna ausili e protesi), i casi che non risultino complessi e per cui i servizi esistenti possono risultare appropriati.

Per i casi non residenti, si attiva il sistema di rete tra le diverse COT regionali, per cui sarà riferito alla COT di residenza o ai servizi territoriali, per i casi extra-regionali la COT prende contatti con i servizi territoriali di provenienza per segnalare il caso.

Quali i principali strumenti adottati?

In entrambe le esperienze, la COT nel tempo si è dotata di una scheda di segnalazione, scala valutativa nonché di una classificazione degli interventi da attivare in relazione alla severità del bisogno (ad esempio, classificazione dell'ADI, definizione di uno score di gravità e urgenza per gli accessi alle strutture residenziali e intermedie, classificazione delle urgenze nella gestione dei casi).

Fondamentale, nell'esperienza dalla COT di Arzignano è la messa a punto di un sistema informatizzato per la gestione di ogni caso, in grado di: a) costruire una cartella/fascicolo per ogni utente, che è inter-operabile e può essere compilato da ogni professionista che interviene sul caso; b) integrare tutte le infor-

mazioni sulla rete di offerta, rispetto alle disponibilità di strutture residenziali, l'accessibilità in ADI, o in hospice o in altra struttura pubblica per cui siano accessibili le informazioni dai flussi aziendali. Questo sistema informatizzato consente quindi sia una programmazione mirata all'atto della presa in carico di ogni utente, rendendo disponibili in tempo reale tutte le informazioni sul caso a tutti i professionisti, sia l'attivazione di una funzione di monitoraggio continua su ogni singolo caso, una volta avviata la presa in carico.

Anche la COT di Feltre ha in programma l'informatizzazione entro il 2018, con la costruzione di un database dedicato e la cartella utente. Oggi tutte le attività e i processi seguiti dalla COT sono tracciati sui gestionali aziendali.

Esistono prime evidenze?

In entrambe le esperienze vi sono diverse evidenze a sostegno dell'impatto positivo della COT. Da un lato, osservando i dati di riduzione dei tempi di degenza e il ricorso all'ospedalizzazione sugli utenti target della COT, così come la riduzione significativa dei tassi di riospedalizzazione a 30 giorni. Le COT tracciano puntualmente tutta l'attività di dimissione e l'invio ad altre unità di offerta e questo ha determinato un aumento nell'utilizzo dei servizi domiciliari, supportandone sia la presa in carico tempestiva e la segnalazione delle criticità da presidiare nei processi di invio.

In entrambe le esperienze viene segnalato come l'avvio della COT abbia richiesto più di un anno: in primis, per far conoscere il servizio e mappare la rete di offerta; in secondo luogo, anche una volta avviati i processi e l'attività della COT, è stato necessario un lungo lavoro di adeguamento delle schede di segnalazione e di revisione dei criteri di accesso, attraverso una serie di interventi formativi, multi-disciplinari e integrati tra le diverse unità d'offerta.

Sebbene la COT, in entrambe le esperienze, abbia accesso a tutti i flussi operativi aziendali, nella fase attuale, come è stato ribadito dalle direzioni sociosanitarie, non ha una funzione valutativa né una collocazione gerarchica rispetto ai processi, alla loro gestione e alle altre unità di offerta coinvolte. Di conseguenza, per preservare la funzione facilitatrice e di supporto della COT, in questa fase, non sono previsti indicatori di risultato né sull'attività della COT in sé né sulle attività/processi clinico-assistenziali che monitora.

12.5 Discussione e conclusioni

Le esperienze introdotte non esauriscono il portafoglio delle possibili configurazioni di TC, come è stato già anticipato, ma certo ne rappresentano esempi di grande rilevanza rispetto alle trasformazioni delle aziende sanitarie in corso su scala nazionale. Di seguito, alcune riflessioni generali, raccolte per punti di sintesi. Si anticipa che per interpretare il rapporto tra configurazioni aziendali

e TC, si fa riferimento alla rappresentazione d'azienda prodotta da Mintzberg (1989)¹⁴.

I progetti di TC osservati presentano nuove funzioni aziendali in fase di determinazione. I casi hanno evidenziato come le esperienze di TC si sono sviluppate sotto l'ombrello della direzione della Zona Distretto piuttosto che della direzione sociosanitaria delle nuove aziende. Si tratta di esperienze in embrione, spesso ancora in fase sperimentale, composte da competenze molto specializzate ed eterogenee, che operano in stretto contatto con la linea intermedia e il nucleo operativo, adottando modelli di coordinamento dinamici quali l'adattamento reciproco. Il consolidamento delle esperienze e lo sviluppo di una domanda interna all'azienda di TC mettono in discussione l'attuale configurazione: rimarrà la convenienza a lasciare questa funzione agganciata alla direzione sociosanitaria o a quella territorio? Se si decide di specializzare queste competenze enucleando delle responsabilità specifiche, le si trasformerà in tecnostrutture oppure in staff di supporto? Il collegamento diretto al nucleo operativo consentirà di intercettare i contenuti di una tecnostruttura; il collocamento delle TC al di fuori dell'azienda sanitaria di erogazione, invece, le allontanerà dal nucleo operativo promuovendo forme di standardizzazione importanti. Si configurano così i contorni di uno staff di gestione (sempre nell'accezione di Mintzberg) piuttosto che di una tecnostruttura a seconda dei contenuti e del posizionamento organizzativo. L'enucleazione di questa funzione dalla direzione sociosanitaria o da quella della Zona Distretto, rendendola visibile nell'architettura aziendale, consentirebbe di esprimere alcune potenzialità (operare per un numero molto ampio di soggetti compresi quelli non solo aziendali e anche non pubblici, concorrere con obiettivi propri alla realizzazione di quelli aziendali e interaziendali specifici, effettuare valutazioni sulle condizioni di svolgimento del processo di presa in carico, ecc.) ma solo dopo aver trovato soluzione ad alcuni elementi critici: i contenuti di ruolo del responsabile (quello

¹⁴ Mintzberg distingue 5 parti: il *nucleo operativo* comprende le persone che svolgono l'attività direttamente legata all'ottenimento di prodotti e servizi. Sono direttamente impegnate nei processi di erogazione/produzione. Il *vertice strategico* è composto dalle persone che hanno la responsabilità globale dell'organizzazione, svolgendo tre funzioni principali: a) la supervisione del lavoro; b) la gestione delle relazioni con l'ambiente esterno; c) lo sviluppo e la formulazione della strategia aziendale. La *linea intermedia* è composta da manager che hanno autorità formale e collegano il vertice strategico con il nucleo operativo, attraverso la supervisione diretta sui propri operatori. Più grande è l'azienda più esteso sarà il suo middle management (direttori di dipartimento o di distretto sociosanitario). Lo *staff di supporto* rappresenta un sorta di supporto «esterno» al suo flusso di lavoro operativo e non entra direttamente nell'attività core di produzione/erogazione (ad es. la cura del paziente), fornendo un supporto indiretto ma centrale al funzionamento aziendale (ad esempio, l'ufficio legale). La *tecnostruttura* è composta dagli analisti (e dal relativo personale amministrativo) che non sono direttamente coinvolti nella produzione di beni o servizi ma che possono progettare, pianificare, modificare il lavoro degli altri operatori o addestrarli a compierlo. – La tecnostruttura utilizza tecniche e strumenti per controllare e standardizzare l'attività nell'organizzazione (alcuni esempi, Gestione del personale, Controllo di Gestione, Qualità e rischio clinico).

che nelle esperienze è indicato come il coordinatore e che in alcuni casi è un medico e in uno è un infermiere) e quello dei singoli membri dell'equipe multiprofessionale; i percorsi formativi per ciascuno di essi e, non da ultimo, la possibilità di dotarsi di un sistema informativo completamente interfacciabile con quelli dei singoli nodi della rete di offerta per agire una vera e propria gestione del percorso del paziente nelle fasi di transizione tra *setting*. Quello che si osserva è quindi una configurazione che parteciperà al consolidamento dei nuovi modelli organizzativi d'azienda (in tutti i casi si tratta di aziende di recente istituzione). Le interviste hanno rivelato, con sfumature diverse a seconda dei contesti, la convinzione che tale funzione non possa essere esplicitata e isolata nell'organigramma aziendale con una struttura organizzativa propria, in alcuni casi per una scarsa formalizzazione del mandato e delle condizioni operative e in altre per fruire dei modelli gerarchici già esistenti, agiti dalla direzione socio-sanitaria o da quella del distretto.

L'aumento delle dimensioni d'azienda depotenzia la gerarchia: il raggiungimento dei fini istituzionali risulta largamente condizionato dalle forme di integrazione tra le parti di cui si compone l'azienda e nello specifico tra le varie partizioni del nucleo operativo. La gerarchia delle aziende con confini espansi ha bisogno di essere bilanciata con approcci manageriali «orizzontali»: la gestione delle interdipendenze tra ospedale e territorio è un tema di rilevanza così ampia e trasversale che, intorno ad essa, si sta concretizzando una nuova funzione aziendale che avoca a sé attività e strumenti in passato delegati alla linea intermedia o nucleo operativo aziendale (sempre nell'accezione di Mintzberg). Le esperienze elaborate nell'area bolognese intorno alle TC con un focus sulla sub acuzie (Annicchiarico et al., 2012) testimoniano ciò in un contesto regionale con configurazioni ASL plurime.

I modelli di *process management* che questa nuova funzione interpreta riguardano i processi erogativi primari e non quelli sanitari di supporto: i primi rappresentano la sequenza di servizi funzionali ai fabbisogni di diagnosi, terapia e *follow up* rispetto alla condizione di salute del malato; i secondi i servizi sanitari che supportano gli operatori e le strutture di offerta – la gestione della logistica del farmaco piuttosto che quella relativa alle sale operatorie (per un approfondimento si rimanda a Tozzi, 2004). L'ampio riscontro che ha avuto e continua ad avere il tema della gestione operativa testimonia lo sforzo compiuto da molte aziende sanitarie nella costruzione di modelli unitari di gestione di processi sanitari di supporto trasversali per più unità operative (le cd. piattaforme). Tali sforzi hanno rappresentato lo scorporo dal perimetro delle responsabilità della linea intermedia e del nucleo operativo della gestione di molti processi sanitari di supporto e il riposizionamento nella parte alta dell'organizzazione aziendale. Questo ha portato alla generazione di nuovi staff che hanno condiviso modelli di gestione unitaria delle sale operatorie, dei servizi ambulatoriali, ecc., fornendo supporto a tutte le unità operative a prescindere dalle

discipline e dalle caratteristiche specifiche della patologia del paziente (Lega, 2013). Queste suggestioni hanno portato fino ai modelli generali d'azienda per flussi o per intensità delle cure. I casi analizzati pertanto mettono a fuoco come il vissuto sull'*operations management* si stia estendendo a un'altra classe di processi, ovvero i processi primari e, in particolare, gli episodi clinico-organizzativi nel percorso di cura caratterizzati dalla transizione tra *setting* – fenomeno tipico durante scompensi/aggravamenti nel follow up o quale segnale di difficoltà nel piano di cura programmato (in genere, legato a fattori sociali);

Le TC si focalizzano prioritariamente sui target di maggiore complessità sul piano manageriale. Sia le esperienze censite in letteratura che quelle proposte dai 4 casi aziendali si rivolgono al target di pazienti definito complesso. Si tratta però di una complessità non necessariamente clinica ma frequentemente di tipo gestionale: ciò che rende ardua la presa in carico e la continuità delle cure è il fatto che si tratti di casi intorno ai quali occorre organizzare e conciliare interventi sanitari di natura diversa, spesso combinati a quelli di contenuto sociale o socio assistenziale. Chi ha la responsabilità di leggere e interpretare il quadro complessivo di salute del paziente e le esigenze della sua famiglia? Chi è capace di ricomporre la filiera dei servizi quando tali bisogni si modificano perché si conclude un evento (quale il ricovero, ad esempio) e se ne apre un altro (quale la stabilizzazione funzionale, ad esempio)? Si tratta di situazioni rispetto alle quali i sistemi sono in grande affanno e, in assenza della possibilità di delegare queste responsabilità su un soggetto, la risposta trovata è quella di organizzare una funzione aziendale trasversale. Si osservano due ricadute manageriali: 1) quando è possibile utilizzare meccanismi di coordinamento più semplici (quali, ad esempio, la standardizzazione) per governare la filiera dei servizi di cui ha bisogno il malato, la responsabilità della gestione di queste interdipendenze può essere affidata al professionista e all'unità operativa di riferimento; quando invece occorre utilizzare strumenti più sofisticati, tale responsabilità si scarica su una funzione aziendale che si dota di modelli multi-professionali e multi-disciplinari, che rappresentano forme di coordinamento di adattamento reciproco. Tale fenomeno rappresenta una sorta di rivoluzione copernicana nel rapporto tra professionisti e azienda sanitaria, nella misura in cui i modelli funzionali d'azienda, che ricalcavano le discipline in campo medico, individuavano in modo chiaro quale nodo avesse la responsabilità della presa in carico sia esprimendo le scelte cliniche sia attivando la filiera dei servizi (i pazienti nefropatici, trovavano nel nefrologo e nella nefrologia le risposte alla gestione della malattia, così come la cardiologia per il cardiopatico o l'oncologia per il malato di cancro). Le logiche di *process management* mettono in discussione i modelli funzionali e il caso delle TC illustrano come le prerogative sulla gestione della filiera non rientrano più nel perimetro delle scelte dei clinici ma in quello di nuove funzioni aziendali; 2) quando il processo è primario e riguarda i bisogni di salute è difficile distinguere i due momenti logici della definizione del PAI dalla sua messa

in opera concreta. Infatti, in tutti i casi, oltre ad attività operative (di messa in moto della filiera dei servizi sulla base delle esigenze dichiarate dalle unità operative) ve ne sono alcune di natura valutativa in carico a questa nuova funzione.

Il Population Health Management (PHM) per la gestione ordinaria dei modelli di presa in carico e le TC per un target specifico di complessità. Sul piano organizzativo, potremmo semplificare il concetto di presa in carico come la costruzione di un processo unitario, costante e continuativo di interventi di diversa natura (sanitari e non) che si articola lungo una rete ampia di strutture di offerta. Se in passato, le prerogative sulla presa in carico erano appaltate alla comunità dei professionisti all'interno delle unità operative, col tempo sono diventate aziendali. Per comprendere cosa erogare e per quale utenza, i sistemi hanno iniziato a distinguere delle sotto popolazioni (si pensi alle classificazioni elaborate in Veneto e Lombardia), codificando per ciascuna di esse, di concerto con i professionisti, le attività mandatorie da erogare per ciascun target di popolazione nelle diverse fasi di malattia (questo è divenuto nel tempo il contenuto distintivo dei PDTA): si tratta di esperienze di PHM. I casi analizzati si muovono all'interno di queste traiettorie definite a livello regionale in Lombardia e Veneto e aziendale in Toscana. Come è stato sottolineato all'interno del Rapporto Oasi 2015 (Morando & Tozzi), in tali contesti sono presenti modelli diversi di identificazione dei bisogni di salute della popolazione residente attraverso specifici algoritmi di lettura dei database amministrativi. Tali esperienze consentono di individuare la o le patologie di cui è affetta la popolazione e di progettare le responsabilità della presa in carico a seconda dei livelli di severità. Sono attualmente in corso esperienze pilota che puntano a leggere non solo la polipatologia ma anche la fragilità socio ambientale su scala regionale, screenando tutta popolazione residente e distinguendo la coorte complessa. Sul piano delle implicazioni manageriali, si coglie che: 1) il PHM rappresenta la pista che consente di leggere i fabbisogni su ampia scala, distinguendo su tutta la popolazione la quota parte definibile complessa e quindi, i soggetti su cui ricade la responsabilità nel governo della filiera di offerta; 2) i modelli di PHM sono in fase di implementazione e il loro consolidamento consentirà nel tempo di adottare approcci predittivi che permetteranno di anticipare i casi potenzialmente complessi per via dell'indebolimento di una condizione di salute o sociale. Ciò avverrà in seguito alla raccolta delle informazioni sulla casistica trattata e all'analisi dei modelli di consumo di prestazioni che consentiranno di leggere le ricorrenze nella popolazione. In sintesi, dall'adozione estesa di modelli di PHM derivano le principali scelte sulla presa in carico della casistica cronica anche complessa, mentre le TC si focalizzano fino a questo momento su un sottotarget di complessità. Quando i sistemi di PHM saranno affinati, leggendo retrospettivamente modelli consolidati di consumi per target di popolazione, potranno sviluppare una capacità predittiva rispetto ai potenziali fabbisogni di transizione del paziente

Le TC hanno un costo anche organizzativo. L'introduzione di penalizzazioni per la riospedalizzazione a 30 giorni è stata un incentivo importante per promuovere lo sviluppo di servizi di dimissione. Ciononostante, quest'ultima scelta, da un lato, ha significato spostare la pressione dalle dimissioni all'attività ambulatoriale, andando ulteriormente ad appesantire quest'ultima con agende dedicate per il *follow up*; dall'altro, l'attivazione di servizi e unità di gestione delle dimissioni è stata possibile solo in quelle aziende in cui sono stati organizzati progetti su scala aziendale elaborando strumenti e ruoli specifici (in alcuni casi per sollecitazione regionale, come nei casi osservati). Si tratta di uno sforzo di riprogettazione delle interdipendenze che tutte o molte unità operative ospedaliere con la rete dei servizi extra-ospedaliera hanno dovuto o dovranno affrontare e che, se sostenuto da un unitario progetto d'azienda, ha maggiori possibilità di successo. In merito, si segnala che anche la letteratura (oltre alle esperienze dei casi trattati in questo capitolo) enfatizza la scala aziendale di elaborazione di formule di transizione e l'assenza di risorse dedicate, se non quelle derivanti dalla ricollocazione del personale interno (Shepperd et al., 2013). Ad oggi, a livello nazionale, solo il modello lombardo di gestione dei pazienti cronici andrà a introdurre un sistema di finanziamento per percorso di presa in carico che includa anche la transizione tra i *setting*.

Per quel che riguarda, la spesa complessiva che i sistemi stanno affrontando, è verosimile immaginare nel breve periodo un aumento complessivo dell'invio a strutture residenziali o l'attivazione di servizi di ospedalizzazione domiciliare. Questo significa che complessivamente il taglio delle risorse sulle giornate di degenza, associate a un sistema di TC efficace, comporti nel tempo una razionalizzazione della spesa con la distribuzione di costi aggiuntivi su altri snodi della rete d'offerta, dalla gestione dei servizi ambulatoriali alla degenza in strutture extra-ospedaliere. Un recentissimo studio americano infatti ha messo in evidenza che la riduzione dei tempi di degenza medi a 6 giorni nell'ultimo decennio dovrebbe essere ritardato sul contemporaneo aumentato ricorso a strutture post-acute, tale per cui la crescita delle giornate di degenza post-acute, se ricalcolata sulle giornate complessive di degenza per acuzie, comporterebbe un andamento medio fino 9.5 giornate (ovvero, quel delta di 3.5 giornate di degenza per acuti, che possiamo leggere come dato di riduzione di PL e del periodo di degenza, in realtà è stato spostato sulle cure post-acute, che in una logica di costo-opportunità consentono di rispondere meglio ad una domanda più ampia ma con intensità assistenziale inferiore). Questo è un esempio paradigmatico di razionalizzazione appropriata della spesa sanitaria e non di efficientamento. Lo studio a tal proposito parla della necessità di spostare i parametri di valutazione attuale dalle giornate di degenza al cd. *time to home treatment* (Barnett et al., 2017).

La complessa relazione con il paziente e i suoi familiari nella fase di transizione. Il coinvolgimento del malato nella costruzione del percorso è largamente auspicato, ma di non facile gestione in generale e, in modo specifico, nelle scelte

relative alla transizione tra luoghi di cura. Le principali difficoltà riguardano l'introduzione di un ulteriore punto di vista nel processo decisionale, non sempre di facile contemperamento con le valutazioni dei professionisti, con le barriere di linguaggio, la diversità delle attese, ricollegabili alla asimmetria informativa (Abad-Corpa et al., 2013; Shepperd et al., 2013), nonché la disponibilità dell'offerta. Corollario alla relazione con il paziente è il tema della corresponsabilità nelle scelte del cittadino (non solo il paziente ma anche la sua famiglia) e del sistema di tutela per la salute, chiedendo al primo di essere soggetto attivo e consapevole, e non più solo destinatario passivo ed esigente. Si tratta di modelli di *engagement* che non possono essere scaricate sulla funzione esordiente delle TC, ma che rientrano nel quadro più ampio delle scelte aziendali. Sebbene i casi rivelino in generale la difficoltà di entrare in relazione con paziente e la sua famiglia, essa però viene garantita in alcuni casi: si tratta di casi in cui la dimensione sociale e assistenziale è di grande importanza e il dialogo è affidato agli operatori del settore. La possibilità di tale opzione alle TC mette in discussione il suo potenziale sviluppo verso l'opzione di staff di supporto o di tecnostruttura.

Le TC per allineare target complessi e setting nuovi. Tra i modelli di offerta più recenti si ricordano le cure intermedie per le quali non solo è difficile identificare ex ante i profili idonei all'accesso, ma appare complesso anche la valutazione dei singoli casi. Si cita a titolo esemplificativo il caso lombardo in cui le cure intermedie (DGR 3383/2015) si sono inserite nel riordino della riabilitazione. Con la DGR 19833/2004, la riabilitazione è stata organizzata in tre aree: specialistica geriatrica ospedaliera e di mantenimento con la previsione di 7300 PL. Le cure intermedie, in via sperimentale, con la DGR 1185/2013 hanno modificato le attività riabilitative per adulti (ai sensi del Piano nazionale per la riabilitazione del 2011), promuovendo la conversione di PL riabilitativi in cure post-acute. La classificazione odierna delle cure intermedie e della riabilitazione di mantenimento e geriatrica risulta particolarmente critica nella gestione dei profili a bassa e media intensità, laddove la potenziale sovrapposizione ha condizionato l'invio appropriato ad uno dei due setting assistenziali. Nonostante l'ampia offerta riabilitativa, la maggior parte afferisce a strutture private accreditate e la codifica dei profili più ambigui ha creato una rapida saturazione delle cure intermedie, soprattutto nell'area metropolitana, dove la pressione sulle degenze in acuzie è più alta. La degenza in strutture intermedie, classificata come sanitaria (ex DM 70/2015), è oggi completamente a carico del SSN per 60 giorni, prorogabili per i profili più gravi o in condizione economica disagiata, mentre l'invio alle strutture riabilitative richiede la compartecipazione qualora non sia specialistica. La presa in carico nelle strutture intermedie, proprio per la loro origine, ha un'impronta riabilitativa, con la previsione di un progetto individuale di degenza, la presenza di un case manager e di uno specialista di riferimento (geriatra o fisiatra) incaricati della valutazione iniziale e della gestione del piano di cura.

Una difficile valutazione. I più diffusi modelli di valutazione leggono fenomeni statici poiché colgono gli accadimenti all'interno delle strutture organizzative e di frequente sotto l'ombrello di una sola responsabilità. Si segnalano alcuni elementi quando la valutazione tocca fenomeni dinamici come l'operato delle TC: 1) in alcuni casi l'equipe di TC non fa la semplice «messa in opera» del piano individuale, ma elabora una sua valutazione (spesso sulla componente sociosanitaria). Probabilmente il presidio di tali aree di discrezionalità è più cruciale sui target complessi e deve essere considerata nel momento valutativo; 2) gli esiti di buone scelte di transizione possono verificarsi nel medio termine; 3) la qualità della transizione non si misura solo rispetto al paziente, ma anche al suo contesto familiare e sociale. Si tratta di questioni che meritano una riflessione specifica capace di intercettare il portato innovativo di queste funzioni di azienda emergenti.

Certi che il tema della transizione del paziente tra ospedale e territorio sarà oggetto di futuri approfondimenti, preme sottolineare alcune situazioni. In primo luogo, si osserva che le trasformazioni istituzionali dell'ASL non sempre hanno preservato la sua natura erogativa. L'organizzazione e la gestione della TC cambia se essa è «posizionata» all'interno dell'azienda di erogazione o all'esterno. In seconda battuta, la gestione delle interdipendenze all'interno della filiera dei servizi appare di grande rilevanza quando i confini aziendali si allargano: per alcune classi di utenti essa non può essere affidata a macro-articolazioni aziendali e viene interiorizzata dall'azienda stessa attraverso una funzione dedicata alla transizione. La presenza di forme di TC all'interno di approcci ricompositivi dell'offerta, giocati sia attraverso la gerarchia (modello toscano e veneto) che attraverso il mercato (Lombardia) evidenziano un certo legame diretto tra i fini dei nuovi soggetti e la loro capacità di ricomposizione dell'offerta intorno ai fabbisogni di coorti specifiche di pazienti.

Bibliografia

- Abad-Corpa E., Royo-Morales T., Iniesta-Sánchez J., Carrillo-Alcaraz A., Rodríguez-Mondejar J.J., Saez-Soto A.R., Vivo-Molina M.C. (2013), Evaluation of the effectiveness of hospital discharge planning and follow-up in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 669-680.
- Annicchiarico M., Colombo M., Protonotari A. (2012), *La rete della post acuzie: un sistema di continuità ospedale – territorio dell'area bolognese*. Mecosan. FrancoAngeli.
- Bahr S.J., Solverson S., Schlidt A., Hack D., Smith J.L., Ryan P. (2014), Integrated literature review of post discharge telephone calls. *Western Journal of Nursing Research*, 36,84-104. doi:10.1177/0193945913491016.

- Barnett M., Grabowski D., Mehrotra A. (2017), Home-to-Home Time – Measuring What Matters to Patients and Payers. *New England Journal of Medicine*; 377:4-6. DOI: 10.1056/NEJMp1703423.
- Burns L.R., Pauly M.V. (2002), Integrated delivery networks: A detour on the road to integrated health care? *Health Affairs*, 21, 128-143. doi:10.1377/hlthaff.21.4.128.
- Chenoweth L., Kable A., Pond D. (2015), Research in hospital discharge procedures addresses gaps in care continuity in the community, but leaves gaping holes for people with dementia: A review of the literature. *Australasian Journal on Ageing*, 34, 9-14.
- Coleman E.A., Berenson R.A. (2004), Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Annals of internal medicine*, 141(7), 533-536.
- Escarrabill J. (2009), Discharge planning and home care for end-stage COPD patients. *The European Respiratory Journal*, 34, 507-512. doi: 10.1183/09031936.00146308.
- Fox M.T., Persaud M., Maimets I., Brooks D., O'Brian K., Tregunno D. (2013), Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 13, 1-9.
- Ghiotto M.C., Boscolo Camiletto S., Pasqual S., Rizzato E., Mantoan D. (2016), Centrale operativa territoriale come centrale della continuità: l'esperienza nella Regione Veneto. *Politiche Sanitarie, Il Pensiero Scientifico Editore*. Volume 17, n.2, pg.105-117.
- Hesselink G., Zegers M., Vernooij-Dassen M., Barach P., Kalkman C., Maria Flink M., Öhlén G., Olsson M., Bergenbrant S., Orrego C., Suñol R., Toccafondi G., Venneri F., Dudzik-Urbaniak E., Kutryba B., Schoonhoven L., Wollersheim H. (2014), Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using intervention mapping. *Health Services Research*, 14, 389.
- Lega F. (2013), *Management della Sanità: lineamenti essenziali e sviluppi recenti del settore e dell'azienda sanitaria*, Egea.
- Mintzberg H. (1989), *The structuring of organizations*. In *Readings in Strategic Management* (pp. 322-352). Macmillan Education UK.
- Morando V., Tozzi V.D. (2016), Lo zibaldone delle cure intermedie: analisi delle esperienze regionali in Italia e in Europa, *Rapporto OASI 2016*, Egea.
- Naylor M.D., Aiken L.H., Kurtzman E.T., Olds D.M., Hirschman K.B. (2011), The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, 30(4), 746-754.
- Naylor M., Keating S.A. (2008), *Transitional care*. *Journal of Social Work Education*, 44(sup3), 65-73.
- Rennke S., Nguyen O.K., Shoeb M.H., Magan Y., Wachter R.M., Ranji S.R. (2013), Hospital-initiated transitional care interventions as a patient strategy. *Annals of Internal Medicine*, 158, 433-441.

- Shepperd S., Lannin N.A., Clemson L.M., McCluskey A., Cameron I.D., Barras S.L. (2013), Discharge planning from hospital to home (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000313.
- Tozzi V.D. (2004), *La gestione per processi in sanità*, Mecosan, n. 50.
- Urbanski D., Reichert A., Amelung V. (2017), Discharge and Transition Management in Integrated Care. In *Handbook Integrated Care* (pp. 97-111). Springer International Publishing.
- Valentijn P., Angus L., Boesveld I., Nurjono M., Ruwaard D., Vrijhoef H. (2017), Validating the Rainbow Model of Integrated Care Measurement Tool: results from three pilot studies in The Netherlands, Singapore and Australia. *International Journal of Integrated Care*, 17(3).
- Wong E.L.Y., Yam C.H.K., Cheung A.W.L., Leung M.C.M., Chan F.W.K., Wong F.Y.Y., Yeoh E.K. (2011), Barriers to effective discharge planning: A qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 11, 242.

