



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Corso di perfezionamento

**Organizzazione e gestione delle Case della Comunità
nell'ambito del riordino della sanità territoriale**

Project work

***La Centrale Operativa Territoriale (COT)
come strumento di integrazione e coordinamento nella presa
in carico dell'assistito in ambito territoriale.
Transizione tra setting assistenziali, tracciamento, supporto
informativo e logistico, attivazione interventi, monitoraggio
e telemedicina come paradigmi per nuovi modelli di sanità
territoriale***

<i>Stefania Ascari,</i>	<i>Direttore Distretto di Carpi</i>
<i>Barbara Borelli</i>	<i>Direttore Distretto di Castelfranco E.</i>
<i>Federica Casoni</i>	<i>Direttore Distretto di Vignola</i>
<i>Federica Ronchetti</i>	<i>Direttore Distretto di Sassuolo</i>
<i>Carlo Serantoni</i>	<i>Direttore Distretto di Pavullo</i>
<i>Andrea Spanò</i>	<i>Direttore Distretto di Modena</i>
<i>Angelo Vezzosi</i>	<i>Direttore Distretto di Mirandola</i>
	AUSL di Modena

Direttore scientifico
Prof. Renato Balduzzi

Tutor di progetto
Dott. Davide Servetti

Anno accademico 2021-2022

Sommario

Abstract	3
1. PREMESSA	4
2. OBIETTIVO DELLA TESI	6
a. Generalità	6
b. Obiettivi specifici: la COT (Centrale Operativa Territoriale)	8
3. LA PROVINCIA DI MODENA: considerazioni generali	10
4. TRANSITIONAL CARE	13
5. Punto Unico di Accesso Socio-Sanitario	15
6. COT e rete provinciale COT: ipotesi di fattibilità	19
a. Obiettivi e funzionalità	19
b. Telemedicina	26
c. Sintesi della proposta	29
7. Scenari futuri: gestione di percorsi specifici e integrazioni/collaborazioni	32
a. Percorsi di Salute mentale	32
b. Gestante/puerpera e neonato con bisogni speciali	35
c. NEA 116117	36
8. CONCLUSIONI	37
9. Ringraziamenti	40

Abstract

Obiettivo: progettare un sistema COT nella AUSL di Modena, come elemento di governo tra i diversi servizi dedicati ai soggetti “fragili”.

Le COT sono uno strumento per far fronte alla domanda, sempre più ampia, di pazienti con bisogni socio sanitari, centralizzando i processi di accesso alla rete dei servizi territoriali e dando continuità al passaggio tra i vari setting assistenziali.

Nel nostro modello la futura COT eredita l’attività degli attuali Punti Unici di Accesso Socio-Sanitari e la allarga con integrazioni in ambito sociale, gestisce i flussi Ospedale-Territorio, i percorsi Domicilio-Cure intermedie, affronta la complessità delle situazioni con una idea di continuum nelle modalità di presa in carico con attenzione all’evoluzione dell’ospedale, focalizzata alla patologia acuta, della medicina del territorio e delle cure intermedie, che devono offrire prestazioni differenziate e garantire la presa in carico di pazienti a bassa-media criticità.

La domiciliarità prevede servizi diversi, integrati tra di loro; la residenzialità intermedia può contare su strutture temporanee, a valenza sanitaria/riabilitativa/sociale con livelli diversificati di intensità di cura: è evidente che un sistema così complesso e articolato necessita di un governo clinico-operativo che regoli nel miglior modo possibile domanda/offerta, attraverso strumenti operativi come l’aggiornamento di cruscotti dei posti letto nelle strutture.

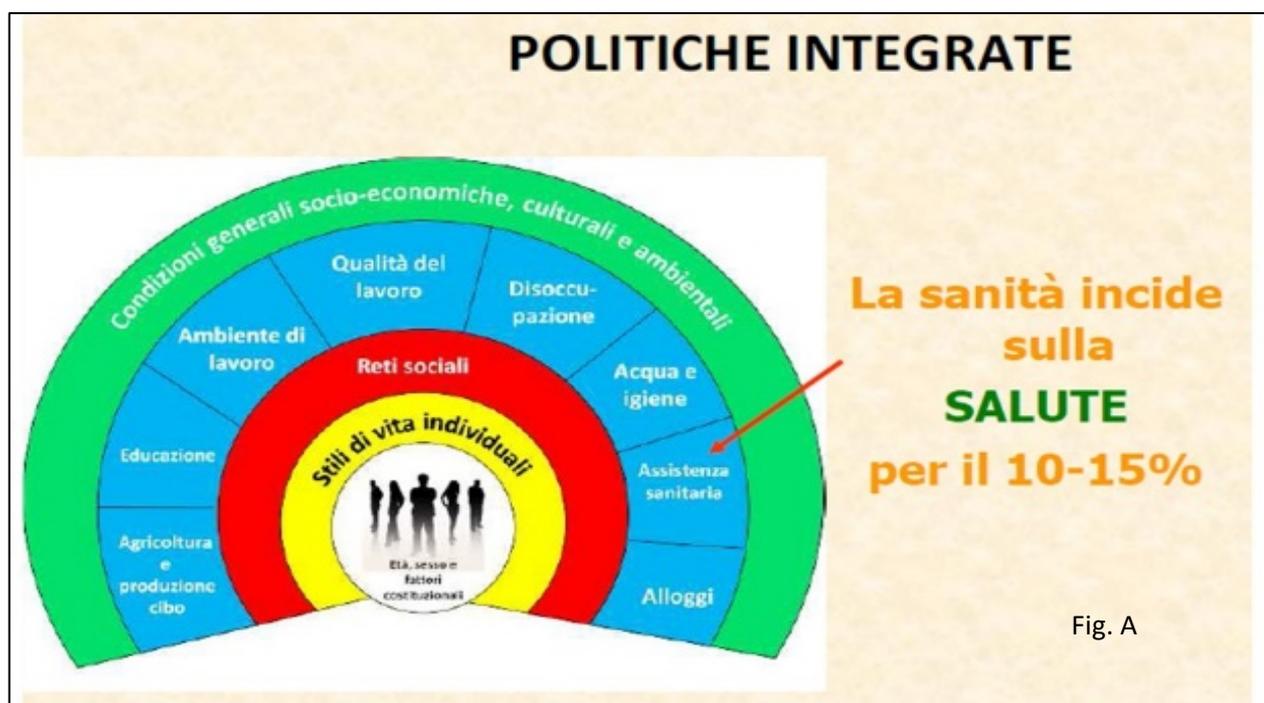
Inoltre nelle COT sono operative le Centrali di Telemedicina, che permettono di monitorare a distanza, con dispositivi digitali, i parametri sanitari di pazienti affetti da patologie croniche; le rilevazioni avvengono a seguito della presa in carico integrata da parte del MMG/PLS, dello specialista e infermiere di Comunità, i quali, ne delineano il Piano Assistenziale Individuale.

Possibili scenari futuri di presa in carico di pazienti complessi nella COT sono i percorsi dedicati ai pazienti con patologie mentali-dipendenze, alle puerpere/neonati con bisogni speciali e la possibile integrazione con la Centrale Operativa NEA116117.

La COT rappresenta una grande sfida nell’organizzazione di ciò che definiamo continuum of care, non solo mero passaggio di consegne, ma effettiva ricerca della soluzione più appropriata nel procedere del paziente da un setting di cura/vita a un altro.

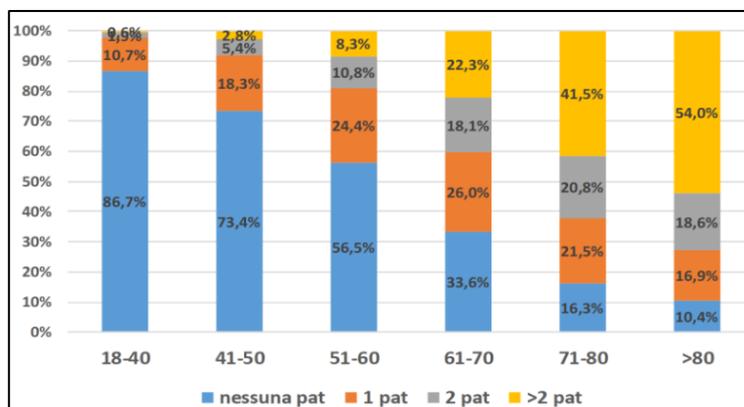
1. PREMESSA

L'aumento dell'aspettativa di vita e il relativo graduale invecchiamento della popolazione pongono le basi per una necessaria revisione dei modelli di welfare, dagli aspetti più propriamente economici (es., aumento del n° di pensionati) a quelli di carattere sociale e sanitario. Il tutto risulta ovviamente calato in una generale evoluzione delle competenze, dei presidi disponibili (es.: farmaci sempre più efficaci) e, in definitiva, in una cultura del ben-essere sempre più orientata non solo ad una correzione degli aspetti patologici, ma anche a suggerire e proporre soluzioni in grado di favorire il mantenimento dello stato di salute.



Ciò va di pari passo con la consapevolezza di come la salute sia in funzione di alcuni determinanti sociali, ambientali, sanitari tra loro interdipendenti. (fig. A¹)

Il processo di invecchiamento investe tutte le regioni della penisola. In Emilia-Romagna, nel *Report della multimorbilità 2018*², si evidenzia



¹ I rapporti dell'uomo con i Determinanti della Salute, Dahlgren e Whitehead, 1993, modificata.

² Rapporto epidemiologico e impatto multimorbilità in Emilia Romagna, Agenzia Socio Sanitaria Regionale, RER 2019

come al crescere dell'età aumenti il numero di individui con più patologie e diminuisca quello degli individui sani. In particolare, nella popolazione con meno di 40 anni la prevalenza di due o più patologie croniche è del 2,5% e tale quota cresce al 19,1% nella fascia di età compresa tra i 51 e i 60 anni, al 40,4% tra i 61 e 70 anni, al 62,3% nella fascia di età 71-80, fino ad arrivare al 72,6% in chi ha più di 80 anni.

Al fine di rispondere a questo trend demografico ed epidemiologico, il SSN sta mettendo a disposizione nuovi finanziamenti a partire da quelli stanziati nel *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)* per lo sviluppo delle Case della Comunità, individuate quale luogo privilegiato per la presa in carico dei pazienti anziani fragili e multimorbosi.

Tra gli strumenti che giocheranno un ruolo importante nel prossimo futuro c'è la Telemedicina, le cui finalità e applicazioni sono definite nelle *Linee di indirizzo Nazionali*³ ⁴e per la quale sono previsti stanziamenti nel PNRR⁵. In aggiunta, sempre nel PNRR, vi è la sezione dedicata al potenziamento delle strutture intermedie e in particolare agli Ospedali di Comunità (OsCo), strutture sanitarie territoriali dedicate a pazienti di media/bassa intensità che necessitano di un ricovero breve, al fine di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e facilitare la transizione dei pazienti dimessi dall'ospedale verso il proprio domicilio.

Non dobbiamo poi dimenticare come la Missione 5 del PNRR, dedicata a finanziare iniziative di carattere prevalentemente sociale, si intersechi e sovrapponga per alcuni tratti alla Missione 6 (Salute), a sottolineare la necessità di un parallelismo nella progressione dei progetti di carattere sociale e sanitario.

³ Telemedicina, Linee di Indirizzo nazionali, Documento di Intesa Stato-Regioni 14/2/2014

⁴ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina, 28/10/2020

⁵ Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, 2021

2. OBIETTIVO DELLA TESI

a. Generalità

Scomponendo l'aspetto dell'invecchiamento della popolazione nei suoi diversi elementi costitutivi e accessori, possiamo identificare alcune linee di attenzione prioritarie:

- **Multimorbosità:** cioè più processi patologici a carico della stessa persona, con necessità di presa in carico fin dallo stadio di stabilità o scompenso minore;
- **Cronicità:** si tratta di una condizione tipica dell'anziano che, in virtù di alcune condizioni favorevoli che sono andate via via sommandosi, presenta patologie da cui "non guarisce più" e in cui va controllata e ritardata l'evoluzione;
- **Indice di vecchiaia e autosufficienza:** l'aumento dell'indice di vecchiaia, rilevante soprattutto in alcune aree marginali e di montagna, significa che il rapporto anziani/giovani si sta progressivamente dilatando con aumento della quota di anziani e diminuzione dei giovani che, per motivi scolastici, lavorativi, affettivi, si trasferiscono in aree con maggior appeal, tipicamente di pianura e urbanizzate. Ciò determina il frequente isolamento degli anziani che non hanno più un supporto costante dai giovani (figli/nipoti), aggravato in quelle aree dove la popolazione è distribuita sul territorio in piccoli centri e frazioni. Ciò può influire anche gravemente sul livello di autosufficienza delle persone. Basti anche pensare quando, in una coppia di grandi anziani autonomi, decede uno dei due coniugi (soprattutto quando a decedere è la moglie), si verifica spesso un'immediata perdita di autonomia da parte del sopravvissuto.

Appare perciò evidente come la complessità delle situazioni che si vengono a creare proponga una idea di continuum nelle modalità di presa in carico che supera necessariamente il dualismo tra autosufficienza-salute→domicilio e non autosufficienza-malattia→ospedale.

A ciò si aggiunga l'evoluzione, da un lato:

- **dell'ospedale,** caratterizzato da investimenti professionali e tecnologici che lo rendono sempre più predisposto al trattamento di pazienti acuti, gravi e complessi, da cui deriva che i ricoveri inappropriati, non solo ritardano la liberazione di posti letto a favore di pazienti realmente bisognosi, ma generano importanti diseconomie;

- **della medicina del territorio e delle cure intermedie**, con un'offerta di prestazioni sempre più composita e sempre più in grado di garantire la presa in carico di pazienti a bassa-media criticità, con il concorso dei servizi sociali laddove necessario. La domiciliarità vede la presenza di soggetti diversi, anche variamente integrati tra di loro, così come la residenzialità non ospedaliera può contare su strutture a valenza prevalentemente sanitaria/riabilitativa con degenze a carattere temporaneo (Ospedali di Comunità, nuclei demenze) e strutture con prevalente carattere sociale, pur con livelli diversificati di intensità di cura (Case Residenze Anziani, cioè le CRA) i cui elementi di accesso non sono solo sanitari, ma contengono valutazioni relative al grado di autosufficienza, allo stato reddituale e alla composizione del nucleo familiare.

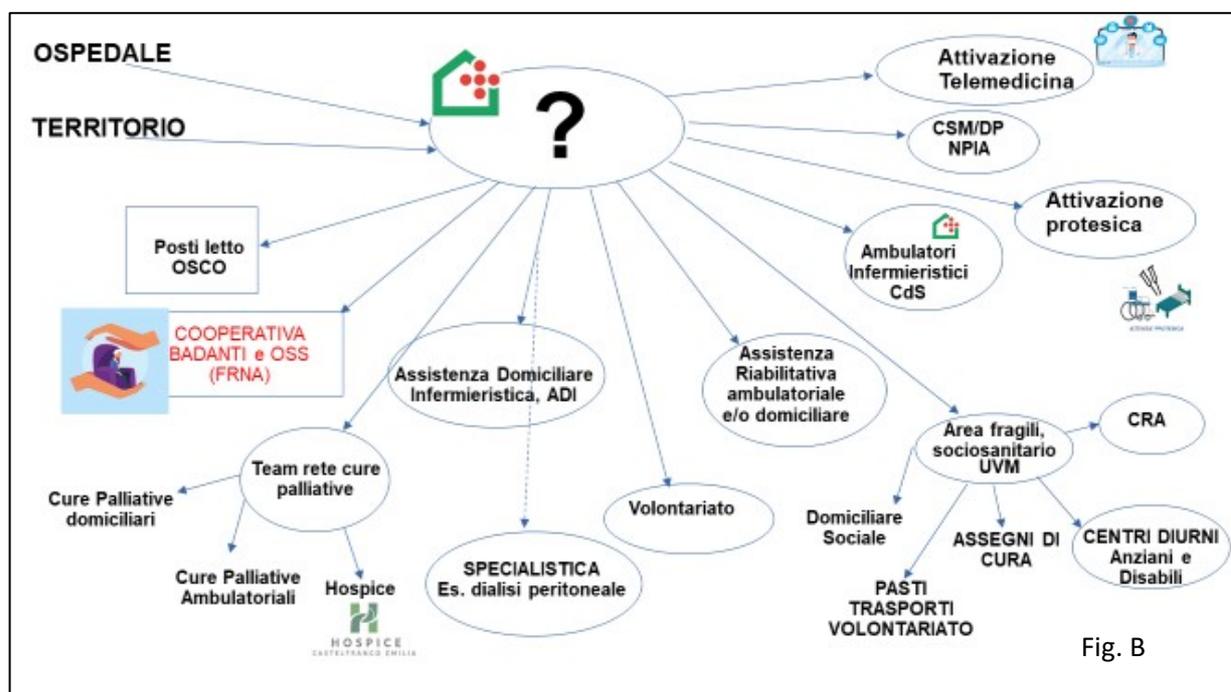
Il contesto sopra rappresentato è limitativo rispetto alla dinamicità della situazione, che vede la nascita di iniziative non più solo estemporanee, come la realizzazione di soluzioni “protette” orientate al superamento dell'**isolamento individuale quale possibile causa di un progressivo deterioramento delle condizioni di salute e di benessere in generale**. In tal senso, le iniziative di co-housing, sostenute sia dal privato sociale che dai servizi sociali degli Enti Locali, rappresentano un'ulteriore offerta a “bassa soglia” per impatto sanitario in senso stretto, ma che possono riprodurre una situazione di piccola comunità (con caratteristiche di familiarità) in grado di preservare la “fragile autonomia” dei componenti. Tale situazione è peraltro affrontata in modo ampio all'interno del PNRR, M5C2.1 e .2 con il principale obiettivo del “sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti”.

È evidente che un sistema complesso e articolato⁶ come questo necessita di **un governo clinico-operativo-organizzativo che regoli input e output (domanda e offerta) nelle diverse caselle di un complicato puzzle**, cercando di minimizzare eventuali difetti allocativi per i pazienti e, contemporaneamente, evitando un sovradimensionamento dell’offerta.

b. Obiettivi specifici: la COT (Centrale Operativa Territoriale)

“La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo, di livello distrettuale, che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell’emergenza-urgenza”⁷

Scopo della tesi è esaminare i diversi fattori che sostengono la creazione di un sistema **COT della AUSL di Modena, come elemento regolatore, di governo e di interfaccia tra i diversi soggetti** fin qui citati nella allocazione soprattutto di quella popolazione definibile come “fragile”, cioè contraddistinta dalla progressiva inefficienza dei meccanismi deputati a mantenere l’omeostasi bio-



socio-ambientale dell’individuo, alla cui compromissione consegue un aumento della vulnerabilità del

⁶ Fig. B, AUSL di Modena, modificata

⁷ I Quaderni, supplemento alla rivista Monitor. Age.n.a.s. 2022

soggetto di fronte a condizioni stressanti, come una malattia acuta o un cambiamento avverso nelle condizioni ambientali o sociali.

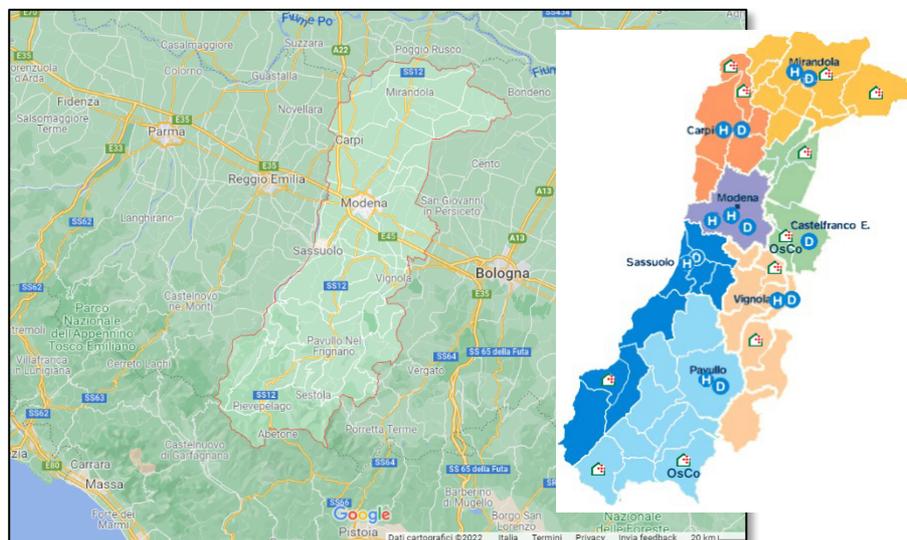
Molto pragmaticamente, il progetto comprende:

- Verifica dello stato attuale della situazione con alcuni elementi di epidemiologia locale
- Rivalutazione dell'attuale organizzazione e gli elementi di miglioramento della stessa
- Individuazione degli aspetti normativi a supporto delle COT
- formulare un'ipotesi di COT
 - quale personale
 - quali attività principali e rapporti funzionali con le interfacce esistenti a monte e a valle
 - possibili dipendenze gerarchiche
 - principali strumenti operativi da utilizzare: schede di valutazione, ambiti di intervento
 - telemedicina, come strumento di prossimità in tutela della popolazione "fragile" a rischio alto/molto alto
 - principali indicatori di processo e risultato
- rapporti con i Servizi Sociali e gli Enti Locali
- rete COT e possibili rapporti con altre Centrali Operative (118, NUE 116117)

Quanto sopra viene proposto come ipotesi di fattibilità nell'ambito dell'AUSL di Modena, ben comprendendo che alcune variabili operative e organizzative di contesto possano suggerire soluzioni diverse.

3. LA PROVINCIA DI MODENA: considerazioni generali

La Provincia di Modena ha una superficie di 2.688 kmq, estesa dal crinale appenninico al confine meridionale della Lombardia, con 706.469 ab. al 31.8.2021. È composta da 47 Comuni ed è suddivisa



in 7 Distretti socio-sanitari⁸.

La sua collocazione ed estensione Nord-Sud si caratterizza per importanti differenze morfologiche e oro-geografiche, in cui è possibile distinguere una area di pianura tra il confine meridionale della

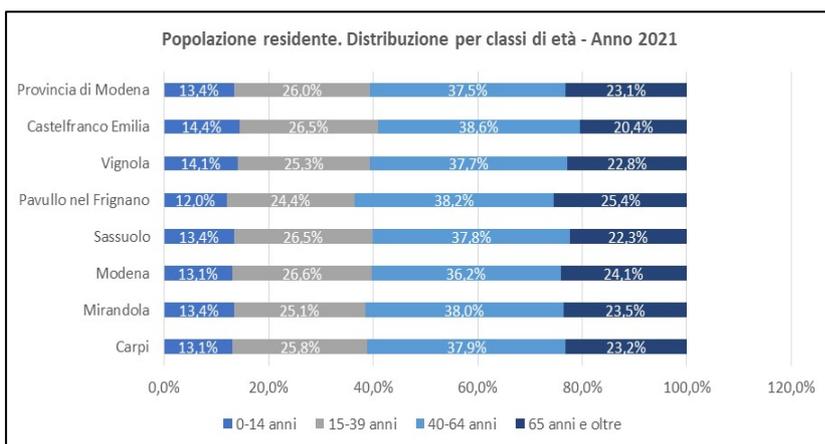
Lombardia fino alla zona pedecollinare a Sud della via Emilia. L'estremità Sud vede un progressivo innalzamento dei rilievi e una sedimentazione in vallate principali parallele fino alle più alte cime dell'Appennino settentrionale (Monte Cimone, mt. 2.165).

Ciò ovviamente rende ben comprensibile sia

la distribuzione dei cittadini sul territorio che la concentrazione delle aree produttive, prevalenti nelle aree centrali limitrofe alla via Emilia e nell'area Nord. Ugualmente, la distribuzione dei servizi e la stessa mobilità stradale, con importanti penalizzazioni nell'area montana meridionale. Di pari passo è la distribuzione media del reddito tra i diversi Comuni, dai circa 25 mila € pro capite a Castelnuovo R., ai quasi 15 mila di Montecreto, il tutto all'interno di una Provincia "ricca" che si attesta annualmente tra il 10° e il 20° posto in Italia.

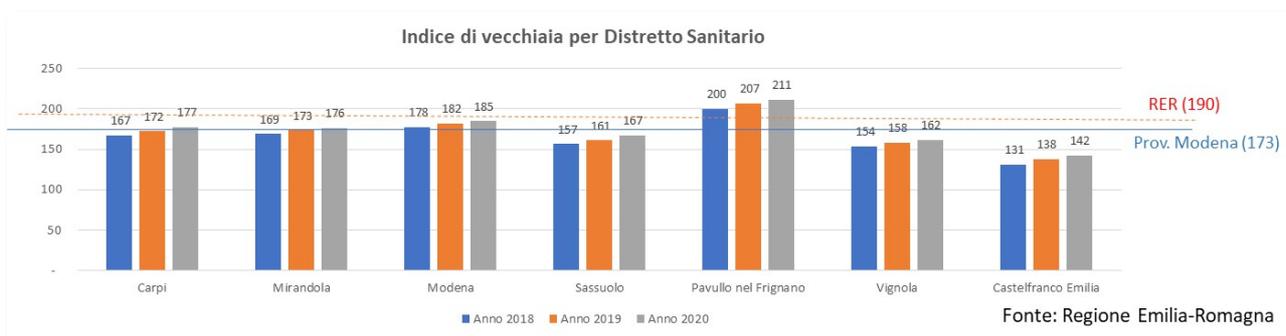
Province di residenza	0-14 anni	15-64 anni	oltre 65 anni	Totale	Indice di vecchiaia (2021)
Piacenza	35.640	179.143	70.918	285.701	199
Parma	59.284	289.527	104.713	453.524	177
Reggio Emilia	73.240	340.489	116.623	530.352	159
Modena	94.524	448.624	163.320	706.468	173
Bologna	126.641	642.878	249.023	1.018.542	197
Ferrara	36.587	209.357	97.221	343.165	266
Ravenna	47.643	241.373	99.422	388.438	209
Forlì-Cesena	50.155	246.635	97.238	394.028	193,3
Rimini	43.476	216.933	79.239	339.648	182,3
RER	567.190	2.814.959	1.077.717	4.459.866	190

⁸ AUSL di Modena



Un aspetto certamente importante è la distribuzione della popolazione sulla base della classe anagrafica di appartenenza⁹ (e i rapporti tra le diverse classi), a delineare significative differenze tra i Distretti della Provincia¹⁰ che si

riverberano certamente sulla necessità di servizi socio-sanitari, ma anche sull'accesso agli stessi.



Del resto, guardando i dati relativi ai tassi di ospedalizzazione per Distretto¹¹, il bisogno di salute espresso sembra molto differente, con necessità però di alcune considerazioni:

Tassi di ospedalizzazione *1000 ab

DISTRETTO DI RESIDENZA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	indice vecchiaia
CARPI	139,8	139,9	134,9	135,2	131,8	109,7	177
MIRANDOLA	139,5	139,4	137	133	130,8	113,2	176
MODENA	142,6	139,9	138,2	135,8	137,4	118,7	185
SASSUOLO	158,1	153,4	148,1	147,6	146,6	123,6	167
PAVULLO	161,1	154	155	157,2	157,4	141,1	211
VIGNOLA	145	142,9	141,5	137	131,9	110,6	167
CASTELFRANCO	145,4	141,2	134,3	136,4	134,6	108,9	142
PROV. MODENA	145,9	143,3	140,1	138,8	137,3	116,7	173

- in calo marcato per tutti gli ambiti, anche se il dato 2020 merita ulteriori valutazioni, in considerazione dell'alterato flusso di pazienti ordinari in relazione alla pandemia COVID

⁹ Dati forniti da AUSL di Modena, Servizio Epidemiologico

¹⁰ Dati RER

¹¹ AUSL di Modena, Programmazione

- il tasso di ospedalizzazione non si coniuga solo con elementi di gravità delle patologie o di rischio clinico del paziente, ma comprende anche fattori relativi:
 - al grado di autonomia del paziente e disponibilità di caregiver familiari;
 - ad aspetti “logistici”, in termini di lontananza dai servizi in generale e, in modo particolare, ai reali o solo presunti rischi collegabili alla distanza da ospedali: una sorta di isolamento funzionale che espone il paziente ad una maggior difficoltà di presa in carico e di permanenza nella rete di cure/servizi disponibili e conseguente “dipendenza” da terzi per la loro fruizione;
 - alla caratterizzazione stessa degli ospedali di cui alcuni con dichiarata vocazione alla gestione della sola fase acuta rispetto ad altri con maggiori inclinazioni riabilitative e di lungodegenza.

4. TRANSITIONAL CARE

L'*American Geriatrics Society*, in un articolo pubblicato nel 2003, definisce la Transitional care (TC) come **“insieme di azioni volte a garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza sanitaria durante il trasferimento dei pazienti tra luoghi diversi o diversi livelli di assistenza all'interno della stessa sede”**¹². Un altro articolo¹³, pubblicato nel 2020, definisce la Transitional Care come “un sottoinsieme di cure intermedie, progettate per consentire trasferimenti sicuri, coordinati e tempestivi tra le strutture di assistenza”. In particolare, le sedi di assistenza includono ospedali, strutture infermieristiche subacute e post-acute, domiciliari, sedi di cure primarie e specialistiche, strutture di assistenza a lungo termine, ecc.

La TC comprende le disposizioni logistiche, l'educazione del paziente e della famiglia, il coordinamento tra gli operatori sanitari coinvolti nella transizione, gli aspetti di invio e di accoglienza del trasferimento, ed è essenziale sia per le persone con bisogni assistenziali complessi inserite in questi percorsi gestionali che per i loro famigliari, ma anche per una economia generale di sistema che mira non solo all'appropriatezza e qualità dell'assistenza individuale, ma anche a un'efficienza organizzativa che permetta il miglior uso delle risorse disponibili nell'interesse di una platea certamente ampia. Quando si parla di continuità di cura ci si riferisce ad un pathway articolato, basato principalmente su tre tipi di continuità:

- La continuità dell'informazione: è il filo conduttore che collega l'assistenza da un setting all'altro e da un evento sanitario a un altro¹⁴. Può descrivere la malattia, o riguardare elementi importanti dell'anamnesi del paziente.
- La continuità della gestione, che è particolarmente importante nelle malattie croniche, in quanto richiede la gestione da parte di diversi fornitori che potrebbero lavorare a scopi incrociati. È necessario fornire servizi complementari e coerenti con il protocollo di cura, rimanendo flessibili ai bisogni dell'individuo¹².
- La continuità della relazione, molto apprezzata nell'assistenza sanitaria primaria e nella cura della patologia mentale, anche se in tutti i tipi di assistenza un nucleo coerente di personale fornisce ai pazienti un senso di prevedibilità e coerenza¹².

¹² Coleman, E. A. Falling Through the Cracks: Challenges and Opportunities for Improving Transitional Care for Persons with Continuous Complex Care Needs. *J. Am. Geriatr. Soc.* **51**, 549–555 (2003).

¹³ European Union Advantage Joint Action Work Package 7 partners in collaboration with the International Foundation for Integrated Care Special Interest Group on Intermediate Care *et al.* Defining the characteristics of intermediate care models including transitional care: an international Delphi study. *Aging Clin. Exp. Res.* **32**, 2399–2410 (2020).

¹⁴ Haggerty, J. L. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* **327**, 1219–1221 (2003).

In Emilia-Romagna si sono strutturati diversi modelli di Transitional care, che nonostante possiedano denominazioni diverse (per esempio PUASS – Punto Unico di Accesso Socio-Sanitario; PCAP – Punto di Coordinamento Assistenza Primaria; CeMPA – Centrale Metropolitana Post-Acuzie; CDCA – Centrale Dimissioni e Continuità Assistenziale; NuCOT – Nucleo Continuità Ospedale Territorio) svolgono funzioni similari¹⁵. In particolare, questi “punti di accesso e/o coordinamento” sono snodi/servizi finalizzati a progettare, coordinare e gestire la continuità nella transizione tra i diversi livelli e setting assistenziali. Infatti, questi servizi, a partire dalle segnalazioni e dalle richieste che arrivano dal territorio o dall’ospedale, assicurano l’attivazione del percorso più idoneo a quel tipo di paziente, considerando le sue condizioni cliniche, il contesto familiare ed il tipo di risorse disponibili localmente¹³. In queste “stazioni di coordinamento” solitamente sono presenti diverse figure professionali che cooperano: infermieri, assistenti sociali, medici del Dipartimento di Cure Primarie (soprattutto geriatri), in alcuni casi anche un fisioterapista. Per valutare il paziente il team multidisciplinare (Unità di Valutazione Multidisciplinare - UVM) compila le scale/test di valutazione multidimensionale, che hanno un ruolo sia valutativo che operativo. Da un lato, infatti, l’UVM è volta a identificare e descrivere l’entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica e funzionale di una persona non autosufficiente, caratterizzando le sue risorse e potenzialità, attraverso l’utilizzo di strumenti d’indagine come questionari specifici, scale di valutazione e test per misurare la funzionalità, dall’altro assume un ruolo strategico di filtro e canale di invio dei pazienti ai diversi servizi territoriali, residenziali e di degenza.

¹⁵ La rete di cure intermedie in Emilia-Romagna: opportunità di sviluppo per l’assistenza territoriale. 16/07/2019. Assr.regione.emilia-romagna.it

5. Punto Unico di Accesso Socio-Sanitario

Il Punto Unico di Accesso Socio-Sanitario (**PUASS**)¹⁶ rappresenta in ogni Distretto della AUSL di Modena la sede e lo strumento di integrazione socio-sanitaria professionale. La sua composizione e le sue funzioni sono concordate e specificate nell'ambito della Convenzione per l'Ufficio di Piano.

UFFICIO DI PIANO

Costituisce il nodo organizzativo per sostenere l'azione programmatica e di governance organizzativo - gestionale del Distretto in merito alle funzioni dell'area welfare. È un Ufficio comune tra Unione/Comuni, integrato con l'Azienda USL attraverso la partecipazione attiva dei professionisti sanitari, nonché il costante rapporto con il Direttore del Distretto, regolamentata da apposita convenzione sottoscritta e recepita con Decisione del Direttore del Distretto

Il PUASS è composto da personale infermieristico e medico, Assistenti sociali afferenti all'AUSL (U.O. Cure Primarie dell'AUSL/Direzione di Distretto) e Assistenti Sociali dell'Unione/Comuni oltre che da eventuale personale amministrativo: è prevista la figura di un coordinatore/responsabile. Tra le principali funzioni si citano:

- raccolta delle segnalazioni dei casi provenienti da Ospedale, domicilio, CRA, ecc.;
- valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni socio-sanitari di cittadini in condizioni complesse e/o di non autosufficienza attraverso l'attivazione delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM);
- progettazione personalizzata sui casi in accordo col soggetto e suoi familiari/caregiver;
- contatto con l'Ufficio di Piano ed i Gestori dei Servizi S.S. per l'attuazione del **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)**, nonché con i Servizi sanitari e Servizio sociale territoriale;
- reportistica dati di attività, ecc.;

Il PUASS, nella fase di definizione del progetto sul caso, tiene conto dei Percorsi e dei Regolamenti distrettuali (es. Regolamento di accesso alle CRA) nonché delle indicazioni fornite per l'utilizzo delle risorse da FRNA/FNA.

L'**UVM** rappresenta l'equipe multiprofessionale (generalmente composta da medico/specialista, infermiere, assistente sociale) attivata dal PUASS che effettua, presso il domicilio o in ospedale o presso una CRA, la valutazione multidimensionale dei bisogni socio-sanitari dei cittadini in condizioni complesse, ne certifica la condizione di non-autosufficienza e concorda con il soggetto e la sua famiglia il progetto personalizzato più adeguato/appropriato da svolgersi nei diversi setting assistenziali (domicilio, OS.CO., Hospice, CRA, CD, ecc.); l'UVM si avvale di scale e test di valutazione

¹⁶ Il ruolo del Distretto nell'Azienda USL di Modena, DG.DO 020, 2020, AUSL di Modena, a cura dei Direttori di Distretto

certificati e riconosciuti a livello nazionale e regionale (es. Breve Indice di Non Autosufficienza – BINA). Il PUASS trasmette poi la valutazione e la progettazione sul caso ai Gestori dei servizi individuati per la presa in carico e l’attuazione dei progetti condivisi.

La composizione professionale dell’UVM è modulata sulla base del soggetto da valutare: minore, disabile, anziano, paziente psichiatrico, ecc., avvalendosi di specialisti di settore. Il risultato è sempre una valutazione complessa delle diverse criticità e bisogni espressi dal paziente che compendi ed equilibri gli elementi sanitari, relazionali e di contesto sociale.

PUASS AUSL DI MODENA: sintesi composizione e attività¹⁷

Nell’AUSL di Modena, azienda territoriale che interessa tutta la Provincia, sono presenti 7 Distretti con 7 distinti PUASS

	CARPI	CASTELFRANCO	MIRANDOLA	MODENA	SASSUOLO	PAVULLO	VIGNOLA
SEDE/I	DISTRETTO	Casa Della Salute	DISTRETTO	Distretto/Baggiovara/ Policlinico	Casa della salute	Distretto	Distretto e Ospedale
APERTURA h./settimana	36	36	36	36 su tre sedi	45	36	43,5

Personale

	CARPI	CASTELFRANCO	MIRANDOLA	MODENA	SASSUOLO	PAVULLO	VIGNOLA
N. E PROFESS. OPERATORI DEDICATI	2 FULL TIME + COOD INF. 10 ore sett.	3 FULL TIME (di cui 1 per Osco) 1 per 30 ore /SETT per ADI)	2 (30H/SETT per H +1 a 10H/SETT per Territorio)	5 FULL TIME +2 a 30H/SETT + Coord Inf. Full time	4 full time + INF Coord. t.p.	2 (18 H/SETT e 27 H/SETT)	2 INF full time
	GERIATRA (15H/SETT)	1 GERIATRA (2 v./sett)	3 Geriatri per 11 H/sett+ 1 neurologo 4H/sett per UVM (disabili)	Geriatra 9 h/sett. Fisiatra 10 h./sett.	4 Geriatri per 15H/sett	1 Geriatra per 5H/sett	2 Geriatri per 12H/sett UVM territorio d ospedali
	No fisioterapista dedicato ma su attivazione del Fisiatra	Fisioterapista dedicato 12 ore a settimana garantisce continuità post-dimissioni	a chiamata su attivazione del Fisiatra e garantisce continuità post-dimissioni	2 FULL TIME + 2 a 30 H/SETT per attività valutativa + trattamenti per continuità ospedale territorio, trattamenti a domicilio su richiesta del territorio	Non è previsto di riattivazione fisiatrica domiciliare	A chiamata su attivazione del Fisiatra per trattamenti per continuità ospedale- territorio	Fisioterapista (ospedale) presenti al briefing del mercoledì e disponibilità di attivazione su chiamata in caso di dimissione di paz in carico
	1 A.S. (25H/SETT)	1 A.S. (32H/SETT)	1 A.S (36 H/ SETT.)	4 AS +1 coord AS	2 AS (1 dedicata al Puass per UVM e dimissioni protette presso Policlinico Ospedale Baggiovara + 1 dedicata alle dimissioni protette dall’H di Sassuolo)	1 AS full time PUASS + 1 AS a tempo parziale (8 ore) (1 AS Resp. Area Fragili che si occupa di dimissioni protette per disabilità e GDA rivolta a tutti i target)	4 AS (1 full time + 3 part time)
	1 Amm tempo parziale solo per gestione contratti di ingresso dei PAI temporanei)	2 addetti segreteria (1 oss full time + amm. 18h/sett)	1 Amm.(solo per gestione cartelle)	3 addetti segreteria	1 Amm. 3 h/ sett. Per gestione documentazione UVM		1 Amm 36 h/set
		due OSS per progetti temporanei di dimissioni protette		due nuclei SAD con 10 OSS + 2 RAA per progetti temporanei di dimissioni protette, aggiornamenti ed urgenze + 1 Operatore RAA del centro di Ascolto del CDCD per ascolto, accompagnamento della famiglia su invio dei geritari di Estense, Baggiovara e Policlinico			il servizio di Assistenza domiciliare per progetti temporanei di dimissioni protette è lo stesso che gestisce il SAD accreditato per l’intero distretto, nella zona di pianura ha un sottouno dedicato per le dimissioni protette
RESPONSABILE/ COORDINAMEN TO	RESPONSABILE AREA FRAGILI t.p.	COORD.INF (18 H/SETT)	COORD. EP t.p. che si occupa anche di Coordinamento Area Disabilità	MEDICO DPC t.p.	COORD.INF t.p.	Coordinatore inf. Dir. Med. C.P.	Gli infermieri sono coordinati dal COORD SADI, gli ASS.SOC hanno un logo coordinatore di area. Le attività del PUASS sono coordinate dall’ASS.SOC Rita Lucchi.
PROFESSIONISTI A CHIAMATA	SPECIALISTI DI RIFERIMENTO PER UVM	Fisiatra, Psichiatra, Palliativista e Fisioterapista per la partecipazione UVM	MMG/PLS CSM/DP, Operatori cure palliative; infettivologo specialisti ospedalieri, Psicologo	MMG/PLS Operatori CSM/DP Palliativista/ infermieri cure palliative infermieri ADI infettivologo specialisti ospedalieri	Fisiatra per GDA, Palliativista per accesso a cure palliative, Psichiatra, Psicologa	tutti i professionisti dei servizi sanitari e sociali e delle strutture territoriali; coordinatori SAD le strutture socio sanitarie per anziani e disabili	Fisioterapista (ospedale) Fisiatra (territoriale) MMG/PLS Operatori CSM/DP Palliativista infettivologo Specialisti Ospedalieri

¹⁷ ANALISI SITUAZIONE PUASS: punto unico di accesso socio sanitario, F. Rolli - P. Guiducci, Direzione Attività Socio-Sanitarie, AUSL di Modena, 2019

Sintesi della rilevazione

Tutti i PUASS si configurano come servizi che si attivano a seguito di una segnalazione proveniente dai servizi territoriali o ospedalieri per una presa in carico “protetta” di pazienti fragili: più spesso si tratta di dimissioni da ospedale, ma una parte significativa dei casi gestiti dal PUASS è comunque relativa a pazienti che dal territorio vengono allocati su soluzioni di cura residenziali, semi-

- Dimissioni protette protocolli locali Carpi, Modena, Castelfranco, Pavullo, Mirandola
- Documento aziendale Vignola; Sassuolo
- PDTA SLA
- PDTA BPCO
- PDTA Scemenso Cardiaco
- PDTA Malattia Renale Cronica (in elaborazione)
- Continuità assistenziale minori/adulti
- PDTA autismo (in elaborazione)
- Documento provinciale Cure Palliative
- PDTA Centro disturbi cognitivi (in elaborazione)
- Dimissioni minori ricoverati in SPDC (inizio lavori)
- Dimissioni Minori con speciali bisogni sanitari
- Tutela madre bambino (in fase di approvazione)

residenziali, domiciliari, ecc¹⁸.

Tra gli aspetti ritenuti buone prassi vengono annoverati:

- il personale PUASS che opera dentro l’ospedale e dialoga direttamente con il/i case-manager ospedalieri delle dimissioni protette al

fine di favorire l'appropriatezza e la tempestività delle segnalazioni ai fini di un più efficace intervento;

- L’aggiornamento dell’offerta disponibile e dei percorsi/progetti;
- Il monitoraggio dei progetti temporanei;
- La disponibilità di risorse a gestione diretta a garanzia della tempestività e appropriatezza nella risposta.

VOLUME ATTIVITA' PUASS PROVINCIALI: n° UVM, ANNO 2019			
destinazione↓	PROVENIENZA→	H	territorio
CRA (definitiva, alta intensità, altre)		1509	2234
Ospedale Comunità		441	39
Nucleo demenze		112	64
Centro Diurno		75	475
SAD		1569	225
SAD-SADI		903	171
Assegno di cura		0	473
Cure palliative		200	15
altro o non id.		649	240
	Fig. C TOTALE	5458	3936

Sono invece da ritenersi aree di miglioramento:

- non omogeneità nei target di intervento;
- riflessione sui criteri di appropriatezza delle segnalazioni da parte dell’ospedale che a volte sono tardive, altre volte troppo anticipate rispetto alla stabilizzazione del paziente: c’è l’esigenza di condividere criteri di candidabilità alle dimissioni protette da parte dei reparti;

¹⁸ Analisi 2022, Direttori di Distretto, AUSL di Modena

- non è disponibile un sistema integrato per la gestione dei dati sul singolo paziente in grado di garantire la continuità nella trasmissione delle informazioni tra i diversi setting assistenziali;
- debito informativo incompleto e diversificato, con dati non sempre confrontabili
- esigenza di confronto/scambio tra i PUASS e formazione congiunta;
- mancanza di una regia e un confronto provinciale, al fine di condividere modalità organizzative-decisionali e facilitare un'eventuale gestione integrata sovra-distrettuale delle criticità.

6. COT e rete provinciale COT: ipotesi di fattibilità

a. Obiettivi e funzionalità

Le COT *rappresentano uno strumento per far fronte alla domanda potenziale di coorti sempre più ampie di pazienti che associano bisogni sanitari a quelli assistenziali e socio sanitari, centralizzando i processi di accesso a servizi che devono essere messi in sequenza (facendo transitare il malato dall'ospedale alle cure intermedie, per esempio) o in parallelo (associando alle valutazioni cliniche quelle sul contesto abitativo e familiare per inquadrare il caso e trovare il setting di destinazione adeguato)*¹⁹

La COT:

A chi si rivolge prioritariamente?
Alla popolazione in condizioni di non autosufficienza e/o con fragilità sociale/famigliare

Quale funzione ricopre?
Coordina/governa i passaggi dell'utente nei diversi setting assistenziali tra Ospedale ↔ Cure intermedie ↔ Cure domiciliari, attraverso strumenti utili alla gestione di domanda-offerta. Esempi: <ul style="list-style-type: none">• realizzazione e aggiornamento di un cruscotto dei posti letto liberi/liberabili nelle strutture residenziali non-ospedaliere: OSCO, Hospice, CRA/RSA, Nuclei demenze, alloggi protetti;• offerta/disponibilità:<ul style="list-style-type: none">○ Centri Diurni: anziani, disabili○ Assistenza domiciliare infermieristica○ Assistenza domiciliare socio-sanitaria○ Cure palliative○ Protesica○ Ricerca assistenti famigliari/"badanti"○ ...• Telemedicina (vedi dopo)

¹⁹ Il management della transizione: COT e non solo COT, Lucia Ferrara, Valeria D. Tozzi, Angelica Zazzera, *Rapporto OASI 2021, Bocconi-CERGAS*

Eredita l'attività del PUASS, la comprende e la allarga con integrazioni in ambito sociale e sanitario stesso. Gestisce:

- sia il flusso *step down*, Dimissione protette Ospedale → Territorio (Cure intermedie – Cure domiciliari) con previsione che rappresenti il 50-70% dell'attività;
- che *step up*, Domicilio → Cure/Assistenza domiciliari - Cure intermedie per la restante percentuale. Si tratta del flusso in ingresso che accede ai servizi della rete territoriale socio-sanitaria, con soggetti segnalati da:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> medici di medicina generale | <input checked="" type="checkbox"/> operatori addetti all'accoglienza sociale |
| <input checked="" type="checkbox"/> pediatri di libera scelta | <input checked="" type="checkbox"/> altri professionisti sanitari della rete dei |
| <input checked="" type="checkbox"/> medici di continuità assistenziale | servizi (es. strutture di ricovero |
| <input checked="" type="checkbox"/> medici specialisti | intermedie, residenziali e |
| <input checked="" type="checkbox"/> infermieri del SADI | semiresidenziali) |
| <input checked="" type="checkbox"/> assistenti sociali/Servizi sociali dei Comuni | <input checked="" type="checkbox"/> Servizi Salute Mentale |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Centri Disturbi Cognitivi |
| | <input checked="" type="checkbox"/> ... |

In sintesi le principali funzioni delle COT sono:

- 1. ricevere e decodificare** le segnalazioni, provenienti dai servizi della rete;
- 2. valutare il bisogno** attraverso un approccio **multidimensionale e differenziato** secondo il livello di complessità del bisogno. L'attività deve intendersi articolata in modo differente in relazione al servizio offerto e alla provenienza della segnalazione e alla sua tipologia, con una maggiore complessità di intervento in caso di soluzioni residenziali (istituzione di UVM più o meno composita):

ATTIVAZIONE URGENTE	ATTIVAZIONE PROGRAMMATA/ORDINARIA
<ul style="list-style-type: none"> • valutazione da parte di infermiere-assistente sociale entro 12 h. dalla richiesta • indicate prevalentemente per assicurare: <ul style="list-style-type: none"> ○ rapida liberazione posti letto ○ dimissione da ambiti non idonei alla permanenza del paziente 	<ul style="list-style-type: none"> • valutazione attuata dall'UVM, composta da professionisti con competenze coerenti con la tipologia specifica del bisogno • differibile, in genere programmata non appena il segnalante (ospedaliero o territoriale) individua l'ipotesi di presa in carico "protetta"

	<p>(Pronto Soccorso, Osservazioni Breve)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ammissione di soggetti non autosufficienti con improvvisa criticità assistenziale/di cura 	<ul style="list-style-type: none"> • il progetto stilato dovrebbe comunque essere operativo in tempi consoni • può prevedere l’inserimento in liste d’attesa specifiche
	<p>Risposte attivabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Assistenza Domiciliare infermieristica o riabilitativa ○ Telemedicina ○ Fornitura ausili e presidi ○ Assistenza Domiciliare (SAD) con possibilità di pacchetti assistenziali con OSS dei Servizi Sociali esenti dalla compartecipazione da parte dell’utente ○ Ambulatori infermieristici nelle Case della Comunità per continuità assistenziale ○ Pasto/farmaci a domicilio ○ Posti Letto c/o Ospedali di Comunità ○ Accessi temporanei in CRA o Centri diurni ○ Hospice 	<p>Risposte attivabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Assistenza Domiciliare infermieristica o riabilitativa ○ Telemedicina ○ Fornitura ausili e presidi ○ Assistenza Domiciliare (SAD) con possibilità di pacchetti assistenziali con OSS dei Servizi Sociali con o senza compartecipazione da parte dell’utente ○ Ambulatori infermieristici nelle Case della Comunità per continuità assistenziale ○ Assegni di cura ○ Pasto/farmaci a domicilio ○ Posti Letto c/o Ospedali di Comunità ○ Accessi temporanei o definitivi in CRA o o altre strutture (Nuclei demenza, CRA alta intensità, ecc.) ○ Rete cure palliative ○ Rete territoriale anche tramite lo strumento del budget di salute

<p>Strumenti</p>
<p>Utilizza e implementa l’utilizzo di metodologie di valutazione comuni tra i diversi ambiti, riconosciute dai differenti professionisti in termini di affidabilità e appropriatezza. In tal senso fa uso di scale e schede condivise con i principali item registrabili in via informatica sotto forma di punteggi o menu obbligati, al fine sia di costruire schemi standard di confronto sia a fini epidemiologici e di miglior monitoraggio dei costi.</p>

<p>Quali sono le funzioni associate?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;</i>

- *supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;*
- *monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno²⁰.*

La funzione tracciamento e monitoraggio assume una valenza strategica nella lettura del fabbisogno, della sostenibilità della risposta, della necessità e orientamento di investimenti per l'implementazione delle soluzioni, se completata con alcuni item come:

- i tempi di attesa per accedere ad un determinato setting di cura/assistenziale ritenuto idoneo e il conseguente ritardo che si può riverberare sul setting di provenienza;
- l'appropriatezza della soluzione;
- elementi di customer satisfaction;
- i costi.

Crediamo inoltre che alla rete COT spetti, insieme ai Responsabili dell'Integrazione Socio-Sanitaria, analizzare il debito informativo nei confronti della cittadinanza in merito all'offerta dei servizi socio-sanitari disponibili, alle modalità di accesso, al significato e valore degli stessi, con particolare attenzione a chi ricopre il ruolo di *caregiver* di persone non autosufficienti di cui promuovere un empowerment individuale e di comunità

Organizzazione generale: rete COT provinciale

Prevista una COT per Distretto organizzate in:

- 6 COT SPOKE con competenza sull'ambito distrettuale
- 1 COT HUB (Modena), con funzione HUB in tema di:
 - Governo generale del sistema di Telemedicina
 - Registro accorpato dei dati delle COT SPOKE
 - Sorveglianza/consulenza su percorsi complessi o speciali o rari e dei rapporti con altre Centrali (118, NUE116117)

²⁰ Schema di decreto ministeriale recante "Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale", allegato 1 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", pp. 43 ss. (testo ufficioso pubblicato il 25 febbraio 2022 su www.quotidianosanità.it)

- Coordinamento di attività periodiche di benchmarking inter-distrettuali

Dipendenza gerarchica

Direzione Assistenziale AUSL ovvero Direttore Professioni Sanitarie, stante l'organico appartenente prevalentemente al comparto sanitario

Dipendenza funzionale

Cabina di regia distrettuale composta da: Direttore di Distretto (con funzione di coordinamento), Direzione Prof. Sanitarie distrettuali, Direzione del Presidio Ospedaliero, Direttore Cure Primarie, Ufficio di Piano dei Comuni/Unione, Direzione Servizi Sociali dei Comuni/Unione, Coordinatore COT, Responsabile e Coordinatore Area Integrazione Socio-sanitaria

Si precisa che una parte significativa dell'offerta socio-sanitaria e l'accesso alla stessa è frutto di decisioni condivise in Comitato di Distretto con i Sindaci dell'Unione dei Comuni

Operatività

7 giorni su 7, h. 8.00-20.00 con orario variabile tra servizio in presenza e in pronta disponibilità in relazione alla quantità di interventi con le caratteristiche di urgenza organizzativa.

Da verificare la necessità di Pronta disponibilità notturna su base provinciale.

Personale

Nella fase di avvio dell'attività si prevede l'utilizzo delle professionalità degli attuali PUASS.

A regime, per ogni COT:

- 1 coordinatore infermieristico
- Personale infermieristico commisurato con il volume di attività
- Personale amministrativo commisurato con il volume di attività
- Assistenti sociali

Collaboratori

- Servizi Sociali del Comune/Unione
- Specialisti/esperti in relazione ai diversi percorsi, in prevalenza afferenti a UO Geriatria/Centro Disturbi Cognitivi e Demenza, Dipartimento Salute mentale e Dipendenze patologiche, Pediatria
- Assistenti sociali AUSL, laddove presenti, soprattutto se già impegnati in tale ambito

Collocazione
<ul style="list-style-type: none"> • Casa della Comunità • Ospedali sede di riferimento distrettuale • Sede del Distretto <p>In locali dedicati, possono avere uffici decentrati in relazione alle esigenze distrettuali</p>

Costi strutturali per realizzazione sedi	Centrale Operativa Territoriale	Intervento Strutture	Intervento Interconnessione	Intervento Device
<ul style="list-style-type: none"> • COT Spoke: € 164.847 per ciascuna delle 6 COT • COT Hub: € 1.440.669 <p>Totale circa 2,5 milioni di €²¹</p>	Finale Emilia	164.847		
	Carpi	164.847		
	Modena	244.636	506.615	689.417
	Castelfranco	164.847		
	Vignola	164.847		
	Pavullo	164.847		
	Sassuolo	164.847		

Costi per il personale/anno: ipotesi
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinatore 42.000 € • Infermiere 38.000 € da prevedersi 4-5 infermieri per COT di piccole/medie dimensioni • Amministrativo 32.000 € <p>Si ritiene che l'attività di coordinamento/gestione relativa ai passaggi di setting assistenziale possa fare riferimento al personale attualmente in servizio nei PUASS, con progressiva attribuzione a solo personale infermieristico di tali funzioni, salvo gli aspetti più specificatamente amministrativi. È nostra opinione che saranno necessarie integrazioni quantitative per assicurare l'attività 12 h/die 7 giorni su 7 (oggi abitualmente limitata a 5 su 7 gg), pur potendo pensare a meccanismi di compenso e supporto tra COT di diverse dimensioni al fine di contenere il personale necessario in fasce orarie/giorni a minor volume di attività.</p> <p>Al contrario, per la sola COT Hub, in relazione alle funzioni di governo del sistema telemedicina, dovranno essere acquisite risorse infermieristiche dedicate, da valutare in relazione al grado di centralizzazione e specializzazione dell'attività.</p>

Indicatori (ipotesi)
<ul style="list-style-type: none"> • di esito (esempi)

²¹ da presentazione Direzione Generale, AUSL di Modena, febbraio 2022

- diminuzione durata ospedalizzazione: calcolata come media e come n° outliers (razionale: il governo delle dimissioni protette dovrebbe efficientare l'utilizzo dei posti letto e la durata del ricovero)
- diminuzione accessi PS inappropriati per popolazione fragile: calcolata come dimissioni da PS in pazienti non-autosufficienti (salvo traumi);
- di processo (esempi)
 - n° giorni attesa tra richiesta UVM ed esecuzione UVM;
 - per pazienti domiciliari con richiesta ingresso Ospedale di Comunità (OsCo): gg attesa tra UVM e ingresso in OsCo.

b. Telemedicina

La Telemedicina (TM) è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. La Telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria permettendo l'erogazione di servizi attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, reti di telecomunicazione²².

La telemedicina oltre ad avvicinare ed essere un ulteriore strumento nel rapporto fra professionista sanitario e l'assistito, permette un più facile scambio di informazioni fra professionisti e supporta la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. I servizi di telemedicina sono diversi e trovano applicazione in vari ambiti: telemonitoraggio, teleassistenza, teleriabilitazione, teleconsulto, telerefertazione.

Il Patto per la Salute 2019-2021 includeva la telemedicina nel percorso di cura dei pazienti cronici, l'importanza del ruolo della sanità digitale nella presa in carico dei pazienti cronici era già riconosciuta nel Piano Nazionale Cronicità del 2016, oltre ad essere supportata dalle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017 nel campo dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale. All'interno delle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di Telemedicina" approvate dalla Conferenza Stato regioni il 17 dicembre 2020 le prestazioni e i servizi di telemedicina sono equiparati a qualunque altra prestazione o servizio clinic-diagnostico-assistenziale, per cui devono rispettare i diritti e gli obblighi degli atti sanitari. Si tratta di prestazioni che non vanno a sostituire le attività sanitarie "standard" ma le vanno ad integrare migliorandone l'efficacia, l'appropriatezza, l'efficienza e la sostenibilità.

Lo sviluppo della telemedicina è un elemento fondamentale per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale in particolare perché permette di ridurre le distanze fra operatori e assistiti, efficientare l'erogazione in zone disagiate migliorando appropriatezza, ottimizzando le risorse e offrendo servizi di prossimità; favorisce la collaborazione fra professionisti ospedale e territorio, promuovendo la de-ospedalizzazione e favorendo la presa in carico a livello territoriale delle patologie croniche.

La Regione Emilia Romagna, a partire dal 2018, ha implementato il progetto di telemonitoraggio dei pazienti con patologie croniche, attraverso la stratificazione della popolazione mediante lo score del

²² Schema di decreto ministeriale recante "Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale", allegato 1 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", pp. 43 ss. (testo ufficioso pubblicato il 25 febbraio 2022 su www.quotidianosanità.it)

RiSK-ER. Tale progetto è stato implementato anche presso l'AUSL di Modena partendo dagli ambulatori infermieristici presenti nelle Case della Salute (ora Case della Comunità) localizzate nell'area montane e progressivamente verrà allargato agli ambulatori infermieristici per la presa in carico dei pazienti presenti nei 7 Distretti.

L'attività di telemonitoraggio è svolta da remoto ed è a supporto della più estesa presa in carico della persona con cronicità e della sua famiglia da parte dell'equipe della rete delle Case della Comunità con i MMG/PLS e gli Infermiere di Comunità che con l'assistito e la sua famiglia definiscono il progetto assistenziale individuale (PAI), concordando obiettivi di salute e il piano di monitoraggio.

Il modello organizzativo che è in corso nell'AUSL di Modena ha previsto l'istituzione di una COT HUB con Centrale di Telemedicina HUB e COT SPOKE con Centrali di Telemedicina SPOKE.

La Centrale di Telemedicina HUB è costituita da un gruppo di professionisti che monitora 7 giorni su 7 i parametri dei pazienti, come concordato nei PAI e attiva i professionisti delle COT SPOKE, qualora i valori rilevati siano fuori soglia.

La rilevazione dei parametri avviene a seguito della presa in carico integrata da parte del MMG/PLS o specialista con l'Infermiere di Comunità, i quali, come sopra anticipato, ne delineano il Piano Assistenziale Individuale (PAI), indicando i parametri da monitorare, la frequenza e i valori soglia.

Compito dell'Equipe della Centrale Spoke è infatti:

1. Identificare con i sanitari ospedalieri e territoriali i pazienti eleggibili al progetto, ricoverati in ospedale e in fase di dimissione o seguiti presso il proprio domicilio, anche attraverso strumenti di medicina di iniziativa e valutazioni clinico-assistenziali;
2. contattare i pazienti e la famiglia/caregiver per la condivisione dell'opportunità dell'utilizzo della Telemedicina, per la formazione e l'addestramento sull'utilizzo dei device, per la condivisione del PAI;
3. identificare i dispositivi da utilizzare in base ai parametri che occorre monitorare;
4. condividere con il paziente e la sua famiglia/caregiver i parametri personalizzati da monitorare e i valori soglia;
5. inserire, da parte degli infermieri, dei dati nella piattaforma di Telemedicina;

La Centrale di Telemedicina Hub:

1. gestisce i devices da assegnare;
2. prende visione dell'elenco degli utenti assegnati ed arruolati per il progetto di Telemedicina;

3. monitora le azioni inserite nel Piano in base alla frequenza stabilita utilizzando la piattaforma aziendale;
4. contatta telefonicamente l'assistito o caregiver per il monitoraggio del corretto utilizzo dei device consegnati;
5. Effettuare una videochiamata periodica di verifica e dell'andamento dello stato di salute;
6. Contatta telefonicamente il referente dell'Equipe della Centrale Spoke per avvisare della necessità di rivalutazione degli assistiti se presenti valori fuori soglia.

La frequenza del telemonitoraggio può prevedere, sulla base dei bisogni, tre livelli di intensità:

1. alta intensità (monitoraggio dei parametri quotidianamente)
2. intermedia intensità (3/5 volte alla settimana)
3. a bassa intensità (1/2 volta la settimana).

Il servizio di TM non prevede un monitoraggio in tempo reale dei parametri rilevati, non si tratta quindi di un monitoraggio in urgenza. In caso di emergenza dovranno essere attivate da parte degli assistiti o dei loro caregiver le procedure di emergenza tramite il Sistema di Emergenza-Urgenza territoriale.

In definitiva, la TM potrà assumere un'importanza strategica nell'ambito delle cure primarie come strumento di prossimità, inserendosi, anche se in modo virtuale e perciò atipico, tra le offerte di monitoraggio/assistenza dei pazienti a rischio alto/molto alto, in assistenza domiciliare o con bisogni speciali.

In ambito domiciliare diventa innanzitutto un importante elemento di prevenzione, potendo concorrere a intercettare precocemente l'alterazione di una serie di parametri collegabili con la funzione cardio-respiratoria e metabolica del paziente. Ciò assume valore particolare in pazienti cronici con ridotta mobilità o abitanti in sedi disagiate.

Nell'ambito delle Case della Comunità diventa invece uno strumento di interfaccia diretta/differita con possibili consulenti, prevedendo che almeno parte di tali attività possa esser anche traslata a livello domiciliare.

In tal senso è anche l'unico momento di gestione diretta da parte delle COT di aspetti clinici, condiviso poi con gli operatori territoriali (MMG, PLS, Infermiere Comunità, Assistenza domiciliare).

Da ciò ne discendono alcuni interrogativi la cui risposta crediamo possa derivare solo dalla esperienza reale nella conduzione delle COT stesse e nella verifica dei risultati.

In tal senso, dobbiamo pensare ad un sistema COT nella sua duplice veste di soluzione a una domanda organizzativa prevalentemente elusa dalle attuali competenze del sistema sanitario e sociale, ma anche di duttile interprete di esigenze diversificate che potrebbero, una volta consolidate nei risultati, convergere in altri ambiti.

c. Sintesi della proposta

Si fa qui riferimento a un'ipotesi formulata per l'attuale contesto dell'AUSL di Modena, da considerarsi comunque *in progress*, in relazione sia ai diversi step funzionali e strutturali da realizzare, sia in relazione all'acquisizione delle risorse necessarie, umane e tecnologiche, sia, infine, ai risultati ottenuti o alla necessità di varianti in corso d'opera.

Direzione del Servizio

Viene almeno inizialmente attribuita alla Direzione delle Professioni Sanitarie, in relazione alla prevalente composizione infermieristica dell'organico e alla necessità di definire un impianto procedurale con snodi decisionali e relative responsabilità in capo a figure infermieristiche di coordinamento. Nulla osta rispetto a una eventuale successiva costituzione di una Unità Operativa (anche Complessa), sempre a conduzione infermieristica, in capo al Dipartimento di Cure Primarie, a nostro avviso naturale allocazione di un servizio cerniera tra territorio e ospedale, ma che vede interessate prioritariamente risorse di pertinenza territoriale.

Cabina di regia

È l'organismo "pensante" dell'attività, ma la sua composizione attiva va tarata sulla reale vision e mission del Servizio.

In poche parole, se pensiamo "solo" a una trasformazione degli attuali PUASS in strutture più efficienti (copertura oraria, rapidità/capacità di solving, connessioni interdistrettuali oggi minimali, ecc.), anche la Cabina di Regia avrà una funzione limitata all'affinamento di tali aspetti, che comunque comporterebbe sicure complessità in termini di omogeneizzazione degli strumenti operativi, gestionali e di rendicontazione.

Se invece la COT viene a sua volta intesa come cabina di regia, come vero sistema di governance (perciò anche di indirizzo e controllo) di aspetti complessi e cruciali in un ambito socio-sanitario in fase di sviluppo, allora il mandato in capo alle figure indicate in precedenza deve essere forte e

garantire lo sviluppo di una progettualità che non solo vede la partecipazione di interlocutori assai diversi, ma che pretende anche una capacità di studio e previsione del fenomeno con necessità di intervenire sulla modulazione della domanda e dell'offerta.

Ciò ovviamente non esclude che le due ipotesi possano essere variamente embricate o susseguirsi in una continuità la cui tempistica è dettata dalle risorse disponibili.

Personale

È evidente che le funzioni del personale COT non si esauriscono nella semplice interlocuzione tra richiesta-risposta come avviene per le altre Centrali Operative, ma comprendono anche una fase *on field* importante, operando nel contesto delle UVM dove raccoglie e istruisce gli elementi necessari per la scelta operativa, il *come, dove, quando* destinare il paziente oggetto della richiesta. Oltre all'acquisizione dei dati relativi ai bisogni sanitari e assistenziali, gli operatori COT debbono raccogliere le informazioni sugli aspetti sociali, famigliari (presenza o meno di caregiver) e reddituali. Ciò suggerisce anche che l'orario di lavoro non possa essere una semplice turnazione che assicuri una continuità di presenza almeno diurna, ma deve garantire ampi spazi di sovrapposizione per confronto tra operatori COT, incontri con gli altri professionisti sanitari e sociali, con il paziente e i suoi famigliari, rapporti con i "fornitori" (CRA, Ospedali di Comunità, SADI, ecc.), raccolta e analisi dati relativi al Servizio, ecc.

Del resto, se partissimo dalle prestazioni PUASS indicate in precedenza (circa 10.000/anno 2019) per una popolazione complessiva di circa 700.000 abitanti, ci attesteremmo su una media di 38 prestazioni/die (calcolate escludendo prefestivi e festivi) che, suddivise su 7 PUASS, corrisponderebbero a 5-6/die/PUASS. Tradotte scolasticamente sulla base della popolazione residente nei singoli Distretti, si andrebbe da 2-3 prestazioni/die per il PUASS del Distretto di Pavullo (40 mila ab.) alle 10-15 per Modena (circa 187 mila ab.).

Da ciò, partendo dall'attuale dotazione di organico dei PUASS, possiamo sostanzialmente indicare la necessità di 3 unità a tempo pieno per una COT come Pavullo che governa una popolazione di 40 mila ab., pur con elevato tasso di anziani o situazioni di fragilità sociale, a 15 unità a tempo pieno per il Distretto di Modena (circa 187 mila ab.). Pensiamo che il rapporto infermieri: assistenti sociali debba aggirarsi, sulla base dell'attuale composizione degli organici PUASS, intorno a 4:1. Aggiuntiva la presenza del personale amministrativo, variabile da 1 a 3 in relazione alle dimensioni della COT.

Il sistema COT modenese dovrebbe quindi prevedere circa 50-55 operatori suddivisi tra i diversi ruoli di infermiere - assistente sociale - (fisioterapista), con 8-12 amministrativi, 7 coordinatori

infermieristici (con eventuali funzioni a scavalco in ambito integrazione socio-sanitaria nelle COT di minori dimensioni). Da considerare poi, quali collaboratori, medici (in prevalenza geriatri, ma non solo), con funzione di membri/consulenti nelle UVM.

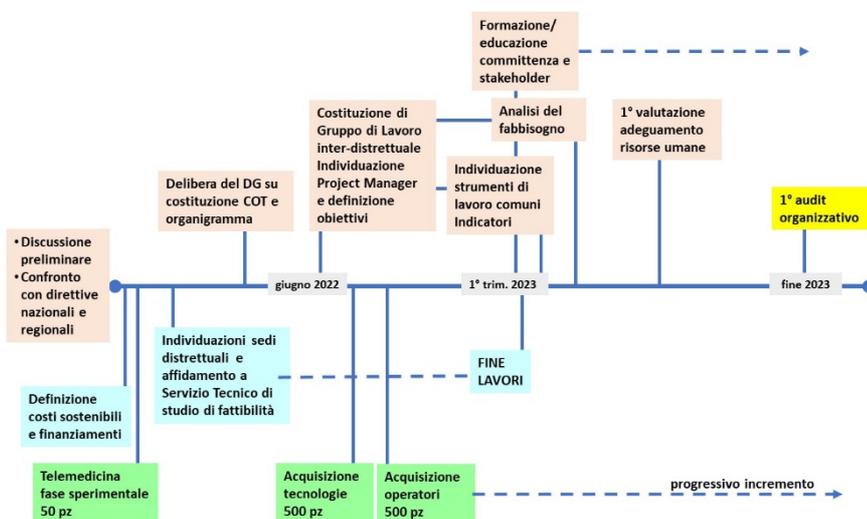
Si precisa inoltre che gli assistenti sociali possono essere resi disponibili dagli Uffici di Piano/Servizi Sociali delle Unioni dei Comuni, con cui vanno ovviamente sottoscritti appositi accordi di collaborazione/dipendenza funzionale.

Da questa valutazione sono esclusi gli operatori della Centrale di TeleMedicina, il cui numero va ovviamente modulato sulla base dell'estensione del Servizio e sulla possibilità di trasferire una parte delle funzioni di contatto/controllo/monitoraggio alle COT Spoke e ai Servizi infermieristici territoriali (es., Infermiere di Comunità).

Resta inteso che una rimodulazione delle presenze va prevista per la copertura di orari/giorni a basso volume d'attività (orari pomeridiano-serali/notturni, giornate prefestive-festive) in cui la richiesta da soddisfare è quella precedentemente definita come ATTIVAZIONE URGENTE (pagg. 21 e 22). In tal senso possono essere previsti istituti di "pronta disponibilità" o concentrazione delle funzioni in un'unica COT per area (nord, centro, sud) o addirittura provinciale.

Analogamente, da non escludersi una parziale concentrazione delle funzioni amministrative e delle attività di raccolta e analisi dati. Riteniamo però che questi passaggi possano rappresentare successivi aggiustamenti sulla base di valutazione di alcuni indicatori di efficienza e produttività del sistema COT.

Propedeutico a quanto sopra è un tavolo di lavoro inter-distrettuale con l'obiettivo di definire modalità di valutazione dei casi, di individuazione delle soluzioni, di raccolta dati sufficientemente uniformi sul territorio provinciale.



Progressione degli interventi e costruzione della rete COT

Pur non potendo definire un vero e proprio gantt, riteniamo opportuno proporre in modo schematico un'ipotesi di "avanzamento dei lavori" con i principali snodi decisionali e step da raggiungere.

7. Scenari futuri: gestione di percorsi specifici e integrazioni/collaborazioni

Di seguito vengono presentati in modo schematico alcuni percorsi²³ di presa in carico di pazienti complessi, in cui la COT può diventare un anello organizzativo importante, sempre nella sua funzione principale di coordinare i soggetti coinvolti, con particolare attenzione all'ambito socio-sanitario. Aggiungiamo anche un commento sulla possibile integrazione con la Centrale Operativa NEA116117.

a. Percorsi di Salute mentale

Obiettivo

L'obiettivo fondamentale è la valorizzazione degli utenti in carico al DSM DP e ai Servizi Sociali, garantendo un adeguato Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI), evitando il ricorso improprio al ricovero ospedaliero e favorendo, attraverso la continuità assistenziale e la globalità dell'intervento, l'autonomia personale e l'integrazione nella rete relazionale dell'utente.

Il percorso ha l'obiettivo di definire il rapporto con il cittadino, i criteri di priorità, le relazioni tra i servizi in ottica di tutela della dignità della persona:

- massima valorizzazione del contesto familiare dell'utente e del ruolo del caregiver;
- gestione unitaria ed integrata delle risorse di rete, incentrata sulla formulazione congiunta di progetti individuali che garantiscano integrazione e continuità delle prestazioni;
- condivisione di una metodologia di lavoro congiunta, basata sulla discussione dei casi e sulla formulazione di progetti individuali integrati;
- assunzione di corresponsabilità da parte di tutti i soggetti firmatari sui progetti e sulla gestione delle risorse;
- massima attenzione alla comunicazione tra i servizi interessati, pubblici e privati e alla implementazione di una cultura dei servizi basata sui temi della recovery per ridurre la marginalità sociale.

Target

²³ PDTA AUSL di Modena (con AOU Policlinico di Modena, Az. Ospedaliera Sassuolo)

Il target a cui si farebbe riferimento sarebbero le persone con patologie mentali, disturbo da uso di sostanze o gioco d'azzardo, indipendentemente dall'età in carico al DSM DP (settori Salute Mentale Adulti, Dipendenze patologiche, Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) e ai servizi sociali persone disabili e con patologie mentali.

Finalità

La finalità della presa in carico della COT è quella di sviluppare, diffondere e praticare modalità di lavoro integrato tra DSMDP in collaborazione con l'utente e la sua famiglia, nelle diverse fasi ed ambiti dell'intervento di rete: accesso, consulenza e presa in carico rispetto al percorso riabilitativo e della recovery. La globalità dell'intervento si realizzerebbe attraverso l'attuazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI), ossia con l'integrazione di interventi sanitari e sociali previsti a seguito della valutazione dei bisogni e delle risorse operata dalla Unità di Valutazione Multiprofessionali (UVM). La progettazione integrata deve tener conto del protagonismo dell'interessato, fin dall'inizio della presa in carico, deve configurarsi, infatti, come partecipazione attiva e consenso al processo della recovery.

Percorso

La COT può entrare in gioco quando il professionista di parte sanitaria o sociale rileva problematiche che hanno la necessità, per essere più appropriatamente affrontate, di una valutazione e/o di una progettazione integrata, effettua una richiesta di valutazione per quella situazione.

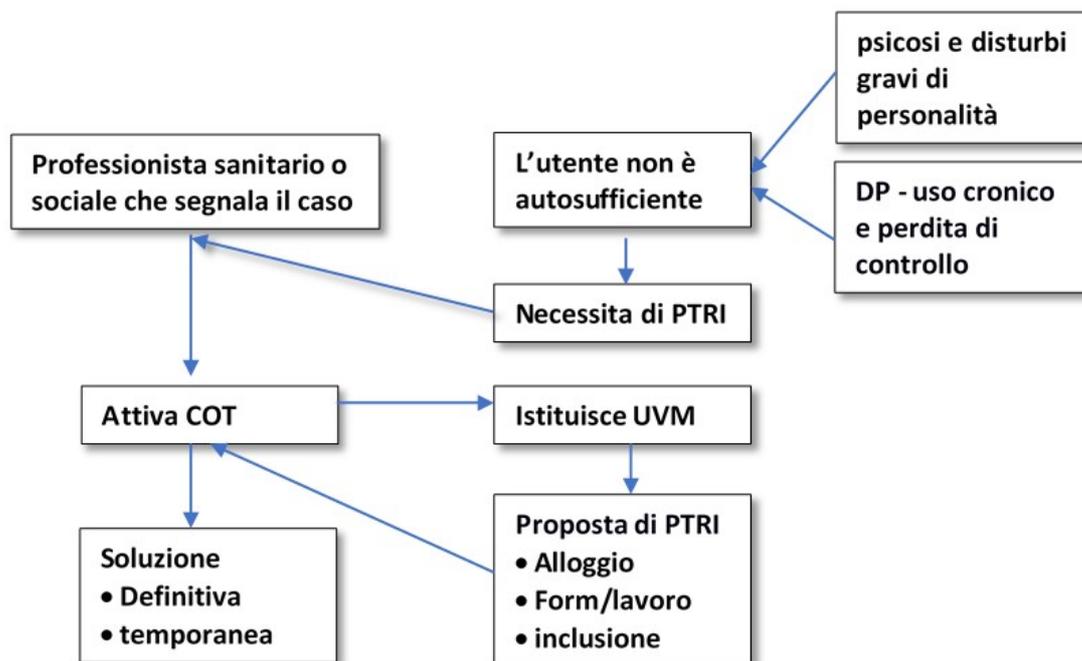
La funzione e il ruolo della COT, per l'attivazione dell'UVM, è relativa all'utenza in condizioni di non autosufficienza (anziani, adulti con patologia assimilabile all'età anziana). Tali situazioni si configurano come particolarmente complesse quando la non autosufficienza si associa alla patologia psichiatrica e/o alle dipendenze patologiche. Vi è pertanto la necessità di definire, in relazione alla tipologia di utenza, i percorsi di cura e di assistenza integrati.

Sono destinatari dei percorsi di seguito descritti assistiti:

- con diagnosi di psicosi e di disturbi gravi di personalità con ricoveri ripetuti;
- con “disturbo da uso di sostanze” caratterizzato da “uso cronico e perdita di controllo dell'uso” e i pazienti che potrebbero, se ricadessero nell'uso, avere un peggioramento delle proprie condizione cliniche.

È da parte dell'UVM che viene effettuata la prima valutazione e quindi la proposta di Progetto Personalizzato rispetto a bisogni individuati nei tre ambiti: dell'abitare, della formazione/lavoro,

della socializzazione/inclusione sociale, utilizzando strumenti di valutazione appropriati e condivisi. L'Unità di Valutazione formula quindi il progetto socio-sanitario/assistenziale con il compito di



realizzare gli obiettivi del PTRI o concorrere alla redazione del budget di salute.

In tali situazioni, pur in presenza di una situazione di non autosufficienza conclamata, vi può essere la necessità di definire l'assimilabilità all'area anziani.

Qualora la persona sia valutata assimilabile all'area anziani o comunque compatibile con i servizi per l'età anziana, potrà accedere ai percorsi residenziali e semi-residenziali per la non autosufficienza.

Condividendo l'obiettivo di ridurre i tempi di ospedalizzazione, nel periodo che precede l'ingresso nei posti accreditati a seguito di inserimento in graduatoria, la persona, potrà essere collocata:

- ✓ in un posto autorizzato presso una Casa Residenza, con progetto di sollievo o progetto individuale; in tale arco temporale verranno applicate le regole di compartecipazione economica in vigore tra i servizi.
- ✓ In un servizio residenziale (casa famiglia, casa di riposo, casa albergo, albergo per anziani, comunità alloggio); in tale arco temporale verranno applicate le regole di compartecipazione economica, come da tabella inserita nell'ART.9 del presente accordo.

Qualora non venga definita l'assimilabilità, l'utente verrà inserito in una Struttura reperita nel mercato privato.

La COT inoltre, potrebbe favorire i percorsi di dimissione, anche in condizioni di autosufficienza quando esiste, per l'assistito con problematiche di salute mentale o di dipendenza, il bisogno di attivare percorsi volti a garantire la continuità di cura e assistenza; assumerebbe quindi il ruolo di

facilitatore per i reparti rispetto alla segnalazione per coinvolgere e convocare i referenti competenti.

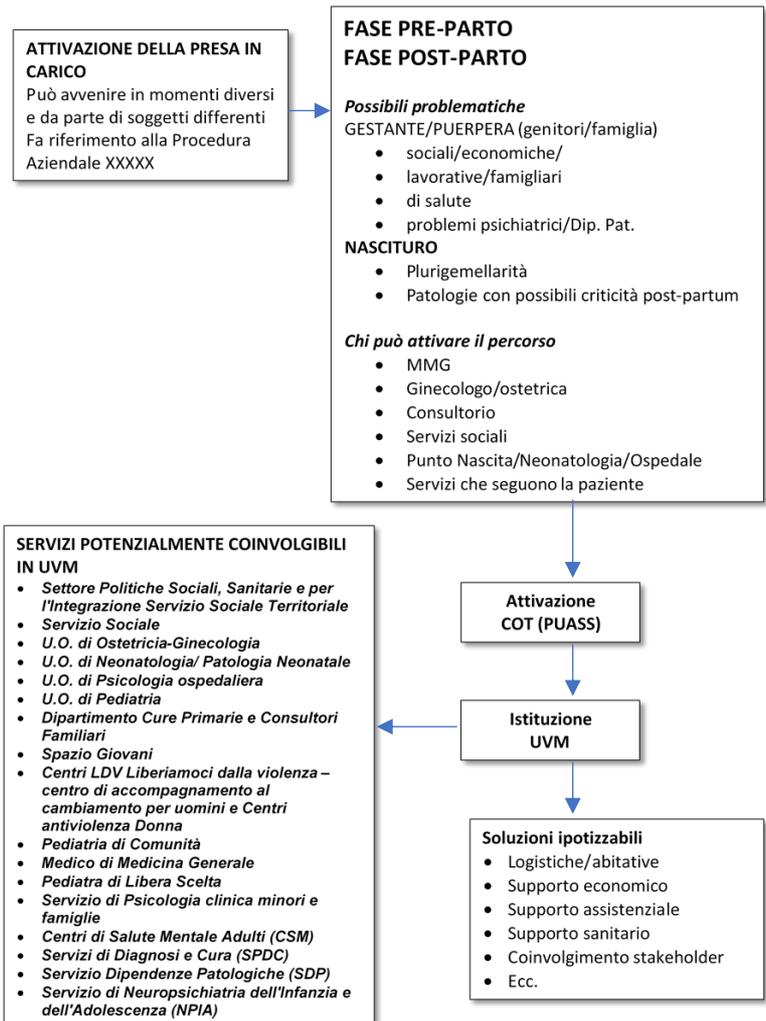
b. Gestante/puerpera e neonato con bisogni speciali

Il percorso, già in fase sperimentale in alcuni Distretti dell’Azienda sanitaria di Modena, ha lo scopo di individuare le modalità operative condivise, continuative ed efficaci, ruoli, compiti e responsabilità tra i servizi socio-sanitari del territorio e ospedali al fine di facilitare il percorso di aiuto/sostegno alle donne in gravidanza e nel post parto e ai futuri genitori che presentano problematicità di tipo sociale e sanitario.

Il percorso prevede una presa in carico integrata socio-sanitaria territoriale ed ospedaliera e la dimissione protetta delle puerpere e dei loro bambini, qualora siano presenti nei nuclei familiari condizioni di fragilità e di multiproblematicità e l’inclusione del padre e del nucleo familiare.

Lo scopo è di garantire:

- ✓ Diritto del minore di vivere e crescere all’interno della propria famiglia d’origine, quale contesto privilegiato e naturale per permettere il suo armonico sviluppo;
- ✓ Intervenire in modo preventivo per limitare lo scompensamento di condizioni e patologie preesistenti o contemporanee alla gravidanza e al parto, che possono avere importanti implicazioni socio-sanitarie soprattutto per la madre, la coppia genitoriale o per l’intero nucleo familiare di riferimento, mettendo a rischio le condizioni di protezione e sicurezza per il neonato;



- ✓ Prevenire condizioni di disagio maltrattamento/trascuratezza dei minori presenti nel nucleo;
- ✓ Supportare le capacità genitoriali

c. NEA 116117

Il sistema per le cure mediche non urgenti che farebbe capo alla Centrale Operativa NEA 116117 corrisponderebbe a un bacino d'utenza compreso tra 1 e 2 milioni di abitanti²⁴ e svolgerebbe come **funzioni primarie** quelle relative a:

NUMERO 116117 PER CURE MEDICHE NON URGENTI – SERVIZI AGGIUNTI OPZIONALI	
MACRO CATEGORIA	CATEGORIA
Integrazione sociosanitaria	Assistenza non autosufficienti Assistenza o per auxilj/protesi/alimenti Assistenza disabili/genealogici trasporto/contributi Assistenza alle dipendenze Prenotazioni/accertamenti/verifiche
Sanità Pubblica	Certificati/vaccinazioni Servizio veterinario
Anagrafe sanitaria/assistenza primaria	Isolone SP/Visura sanitaria/colte medico/fascicolo sanitario elettronico Modalità di scelta/revoca MMG/PLS Assistenza sanitaria all'estero/oggiorno temporaneo in Italia
Strutture sanitarie	Ricoveri (ordinari, day hospital/day surgery, etc.) Rilascio documentazione sanitaria
Consultorio familiare	Modalità di accesso ai servizi
Educazione e promozione alla salute	Campagne di prevenzione, formazione ed informazione
Partecipazione alla spesa: ticket/esenzioni/pagamenti/rimborsi	Esercizi per patologia, reddito/età, gravidanza, crisi tenenota, alluvione etc. Ticket/pagamenti/rimborsi Fermati gratuiti/pagamenti/generici
Visite/esami/terapie/interventi	Modalità di accesso a visite/esami/terapie/interventi Prenotazioni/cambio/defetta visite/esami urgenti, agende, tempi di attesa, presso strutture pubbliche, private accreditate in libera professione, a domicilio
Strutture sociosanitarie	Strutture e operatori sociosanitari/ital, orari, indirizzi
Salute mentale	Strutture e operatori servizi di salute mentale/ital, orari, indirizzi
Reclami	Reclami/mentale/segelazioni
Trasporto sanitario	Richiesta trasporto sanitario a mezzo ambulanza a carico SSN Richiesta trasporto sanitario a mezzo ambulanza NON a carico SSN
A.R.P.A.	Segnalazioni fenomeni di inquinamento che arrecano grave ed immediato danno all'ambiente
Fauna	Secours medico veterinario alla fauna selvatica Secours medico veterinario animali affetti/protezioni/vedditi Codice della strada modificato (art. 31 della legge 29 luglio 2010, n. 120)
Aspetti etici/deontologici	Trapianti, donatori, DAT
Altre	

- prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale (servizio ex-Guardia Medica, ndr)
- individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112.
- risposta di tipo informativo (servizio erogabile obbligatorio). Può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio consigliato) per
- modalità di accesso a MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento,
- consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del

servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118

- modalità di accesso alla Guardia medica turistica.

²⁴ DM71, all. 1

Altri servizi possono essere erogati dalle Regioni e Province Autonome, secondo quanto indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 come **funzioni accessorie** (integrazione socio-sanitaria, sanità pubblica, trasporto), come indicato nella tabella allegata²⁵.

È abbastanza evidente la possibile sovrapposizione con le COT su alcune tematiche di integrazione socio-sanitaria.

Siamo però convinti che i due Sistemi, 116117 e COT, debbano rimanere distinti, pur avendo l'obbligo e la convenienza di essere reciprocamente consultabili. Caso mai si tratterà di capire come una CO116117, di cui è prevista l'apertura 7 gg su 7, h24, possa rappresentare anche una porta d'accesso per una serie di informazioni assai difformi che, apparentemente, non trovando attuale risposta certa, vengano fatte confluire all'interno di un grande call center multitasking.

8. CONCLUSIONI



"Per aspera ad astra"...

Non c'è dubbio che la ancora attuale

pandemia abbia rappresentato una motivazione fortissima e una non più evitabile necessità per proporre un cambiamento di strumenti e obiettivi, in realtà in fase di gestazione da tempo. Crediamo che il vero baricentro si sia consolidato per la **convergenza di criticità sanitarie subentranti** (es., la crisi non più mascherabile della Medicina Generale, la grave carenza medica e infermieristica), **potenziate dall'eterogenea distribuzione delle risorse e delle capacità di risposta**, sommate a **evidenti aspetti collettivi dove isolamento e quarantena** sono diventate al tempo metafora e realtà di una regressione relazionale, economica, sociale o, meglio, occasione per slatentizzare **potenzialità negative precedentemente bloccate** da un apparente welfare e da uno "stato sociale" oscillante tra default ed espansione. Sono anche ovviamente **emersi gli elementi positivi**, non più trattenuti da goffi e superati tentativi di rimozione, come lo **sviluppo della professione infermieristica** e la forte sottolineatura di percorsi di presa in carico dei pazienti in cui prevale **l'attenzione per gli aspetti organizzativi**, comprendendo finalmente che il valore aggiunto per una sanità mediamente di buon livello clinico-assistenziale risiede in un'appropriatezza gestionale che può permettere di recuperare efficacia ed efficienza degli interventi e, con ciò, restituire un'equità sempre più sovrapposta tra sanitario e sociale. Da qui l'attenzione per le Centrali Operative come fulcro gestionale di percorsi complessi, non più solo espressione di processi tutto sommato lineari come l'Emergenza-Urgenza, per quanto di elevato valore specifico, ma come

²⁵ Agenas, *i Quaderni*, supplemento alla rivista Monitor, 2022, *Le Centrali Operative*

concentrazione di istanze diversificate, tutte tese al raggiungimento di un risultato, vero puzzle di elementi di appropriatezza clinico-assistenziale, di attenzione al timing degli interventi, di conoscenza dell'offerta socio-sanitaria e para-socio-sanitaria, di relazione con pazienti e caregiver, di monitoraggio e contenimento della spesa che, visto il generale invecchiamento della popolazione, potrebbe uscire da ogni capacità e possibilità di controllo.

La COT può rappresentare una grande sfida nell'organizzazione e strutturazione di ciò che definiamo *continuum of care*, non solo mero passaggio di consegne, ma effettiva ricerca della soluzione più appropriata nel procedere del paziente da un setting di cura/vita a un altro. Tale concetto vale innanzitutto per il paziente "fragile", in cui lo standard di cura, adeguato alla complessità socio-sanitaria del caso, deve essere gestito secondo *Transitional Care Path* preordinati e costruiti attraverso alcuni step significativi:

- conoscenza della domanda e possibilità di categorizzarla in format socio-sanitari, con le eccezioni possibili affidabili a percorsi personalizzati
- presenza e costruzione di un panel di offerte e gestione delle stesse
- necessità di rispettare, salvo eccezioni, l'obiettivo di prossimità delle cure e, al contempo, disporre di un cruscotto provinciale dell'offerta per massimizzare l'occupazione dei posti letto o per individuare percorsi specifici sovra-distrettuali
- implementare l'informatizzazione del sistema e promuovere la telemedicina tra gli strumenti abituali in uso alla gestione territoriale dei pazienti
- promuovere una formazione sulla Transitional Care (TC) fin dall'ambito universitario, quale obiettivo di tutti i Sistemi Sanitari e Sociali modulabili su fasi e livelli di intensità di presa in carico diversi
- addestrare ai percorsi TC i professionisti impegnati in tali attività, definire semplici indicatori, costruire occasioni di valutazione complessiva dei risultati e perseguire eventuali ipotesi di benchmarking con sistemi simili

Non partendo da zero, l'operazione può svilupparsi gradualmente, scandendo un gantt che in pochi anni permetta di affrontare le possibili criticità intercorrenti:

- resistenze da parte degli operatori
- ridotta offerta rispetto a una crescente domanda, con tempistiche non conformi per una gestione oculata delle risorse e soprattutto poco soddisfacente e appropriata per pazienti e caregiver

- scarsa integrazione tra COT Spoke e COT Hub, con spreco nella gestione di posti letto e risorse e costi inutilmente elevati
- insufficiente promozione di professionalità orientate alla TC, con le necessarie attività accessorie di coordinamento e audit

In tal senso, la COT rappresenta un obiettivo concreto e raggiungibile, offrendo la possibilità e forse necessitando sia di un governo “alto, strategico” di livello provinciale/aziendale e di un governo/conduzione locale.

Il SISTEMA che oggi stiamo costruendo, sempre più contaminato tra sanitario e sociale, tra istituzionale e spontaneistico (pur organizzato), necessita di un governo advanced che sappia gestire la globalità, operando sulle individualità. Solo così troveranno riconoscimento le diverse professionalità degli operatori e le differenti esigenze e sensibilità di pazienti e caregiver.

9. Ringraziamenti

Certamente la disponibilità di documenti “istituzionali” ci ha guidato nella realizzazione di questa ipotesi di lavoro. In tal senso abbiamo attinto sia da *i Quaderni di Agenas* (supplemento alla rivista Monitor, 2022) sia dal recentissimo cd. DM 71 (Schema di decreto ministeriale recante “Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale”, allegato 1 “Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, testo ufficioso pubblicato il 25 febbraio 2022 su www.quotidianosanità.it), così come dall'interessante *Rapporto OASI 2021* dell'Un. Bocconi-CERGAS.

Il Corso **Organizzazione e gestione delle Case della Comunità nell'ambito del riordino della sanità territoriale**, 2021-2022, dell'Università Cattolica di Milano, ci ha fornito un ampio panorama di informazioni, conoscenza e pratiche relative alla Sanità Territoriale. Non possiamo perciò che ringraziare i relatori di vaglia che sono intervenuti e, in modo particolare, il prof. Renato Balduzzi, per la sua sapiente presenza e regia, e il dott. Davide Servetti, per il ruolo di coordinatore del corso e il supporto assicurato in questa ultima fase.

La discussione è assai sviluppata all'interno delle Aziende Sanitarie, spronate dal PNRR che dedica interesse e investimenti da realizzare rapidamente. Questo è sicuramente un aspetto positivo, soprattutto se si saprà dare a tale iniziativa una omogeneità a cui non siamo sempre abituati da scelte regionali e anche locali che talvolta non forniscono una risposta sufficientemente uniforme a una domanda che, in questo caso, aggiunge ai valori dell'appropriatezza ed efficienza sanitarie anche un'istanza sociale collegata ai temi della non autosufficienza, della cronicità, dei caregiver, diventando, nei fatti, anche una domanda socio-politica che vede direttamente interessati non solo gli “*addetti ai lavori sanitari e sociali*”, ma anche utenti e famiglie.

Ringraziamo perciò la Direzione strategica dell'AUSL di Modena per l'opportunità concessa di partecipazione al corso **Organizzazione e gestione delle Case della Comunità nell'ambito del riordino della sanità territoriale**

Ringraziamo ancora la dott.sa Claudia Monari, che ha messo a disposizione i dati elaborati nella sua Tesi di laurea in Medicina e Chirurgia, aa 2020-2021, Università di Bologna, *Lo stress test della pandemia da COVID-19 e le Cure Intermedie*