

# Lo sviluppo di un modello integrato di cure di transizione: il caso delle aziende AOU Sant'Andrea, ASL Roma 1, ASL Roma 4 e ASL Roma 5

Andrea Barbara, Ilaria Mussetto, Camilla Cipolla, Roberta Mochi, Maria Franca Mulas, Angelica Zazzera, Daniela Donetti, Giuseppe Quintavalle\*

Il Decreto Ministeriale n. 77 del 2022 ha introdotto importanti innovazioni organizzative nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale, come le Centrali Operative Territoriali (COT), volte a migliorare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. L'articolo analizza lo sviluppo di un modello integrato per le cure di transizione nella Regione Lazio, con particolare riferimento al caso dell'AOU Sant'Andrea e delle ASL Roma 1, Roma 4 e Roma 5, esaminando il modello operativo, le sfide e i risultati preliminari, evidenziando come le COT siano un elemento chiave per garantire un percorso di cura fluido e coordinato. I primi risultati sembrerebbero evidenziare una riduzione dei tempi di degenza

e un empirico aumento della soddisfazione dei pazienti, offrendo un modello replicabile a livello nazionale.

*Parole chiave:* cure di transizione, Regione Lazio, ospedale, territorio, continuità di cura, organizzazione.

## Development of an Integrated Transitional Care Model: The Case of AOU Sant'Andrea, ASL Roma 1, ASL Roma 4, and ASL Roma 5

*The Ministerial Decree no. 77 of 2022 introduced significant organizational innovations in territorial healthcare, such as the Local Operational Centers for remote assistance (LOCs), aimed at improving care continuity between hospitals and primary care. The study examines the development of an integrated model for transitional care in the Lazio Region, focusing on the case of AOU Sant'Andrea and ASL Roma 1, Roma 4, and Roma 5, exploring the operational model, challenges, and preliminary outcomes, highlighting the crucial role of LOCs in ensuring a smooth and coordi-*

## S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Gli obiettivi del modello integrato di cure di transizione dell'AOU Sant'Andrea, ASL Roma 1, ASL Roma 4 e ASL Roma 5
3. Il contesto di riferimento
4. La realizzazione del modello operativo integrato per le cure di transizione
5. Risultati preliminari, conclusioni e prospettive future
6. Ringraziamenti

\* Andrea Barbara, ASL Roma 1. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5321-4537>.

Ilaria Mussetto, Sapienza Università di Roma.

Camilla Cipolla, AOU Sant'Andrea.

Roberta Mochi, ASL Roma 1.

Maria Franca Mulas, ASL Roma 1.

Angelica Zazzera, SDA Bocconi. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3117-6944>.

Daniela Donetti, AOU Sant'Andrea.

Giuseppe Quintavalle, ASL Roma 1.

*nated care pathway. Early results show improvements in reducing hospital stay times and increased patient satisfaction, presenting a replicable model for national implementation.*

*Keywords: transitional care, Lazio Region, hospital, primary care, Continuity of Patient Care, management.*

Articolo sottomesso: 24/09/2024,  
accettato: 04/10/2024

### 1. Introduzione

Il Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” (anche detto DM 77/2022) ha introdotto numerose innovazioni che riguardano i modelli organizzativi dell’assistenza sanitaria territoriale come le Case della Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC) e le Centrali Operative Territoriali (COT) (Ministero della Salute, 2022). Proprio queste ultime rappresentano una delle innovazioni più interessanti, rispetto alle quali il Decreto enfatizza il ruolo di gestione delle cure di transizione, tramite l’adozione di un sistema dedicato allo scambio di informazioni prima, durante e dopo il trasferimento del paziente tra servizi e strutture (informazioni sul paziente, sull’offerta disponibile, sui tempi di transizione e sugli esiti degli interventi ecc.) al fine di migliorare la cura e presa in carico del medesimo. Le COT rappresentano uno strumento per organizzare le cure di transizione, definite in letteratura come “azioni limitate nel tempo, progettate per assicurare il coordinamento e la continuità tra livelli e/o setting di cura anche di complessità

differenti all’interno di una o più strutture di offerta, dalle cure primarie fino a quelle ultra specialistiche” (Naylor *et al.*, 2011; Coleman, 2003). Tale integrazione assistenziale è particolarmente necessaria quando le procedure o le pratiche (per esempio, il rispetto dei tempi di degenza media) per inviare il paziente presso altri servizi non riescono a essere applicate per questioni relative sia alla complessità del caso (per esempio, un paziente anziano che vive solo) sia alla complessità gestionale (per esempio, tempi di accesso alle strutture o carenza di posti letto territoriali) (Ferrara *et al.*, 2021). L’obiettivo è tracciare un percorso coerente, fluido, senza soluzione di continuità per la persona, presa in carico dal sistema e non dal singolo professionista, sebbene le prove di efficacia di interventi di integrazione ospedale-territorio, soprattutto se orientati a pazienti con elevata complessità assistenziale o fragilità sociale, non siano ancora forti: una revisione sistematica con meta-analisi condotta da Lee JY *et al.* nel 2022 ha evidenziato che le cure di transizione hanno ridotto le riammissioni a 6 mesi, ma non hanno modificato in maniera significativa la mortalità o la qualità della vita degli assistiti (Lee JY *et al.*, 2022).

Il DM 77/2022 delinea alcuni standard per le COT (per esempio, una COT ogni 100.000 abitanti, operativa sette giorni su sette) che le Regioni sono tenute a implementare, mentre su alcune altre aree di programmazione il decisore nazionale lascia spazio di azione alle autonomie locali (Longo *et al.*, 2023). Nel caso delle COT, non vengono infatti definiti standard riguardo a funzioni, strumenti e target di pazienti la cui transizione viene gestita, lasciando quindi autonomia alle ASL nella definizione di questi aspetti.

Già a partire dal 2017, la letteratura nazionale sul tema delle cure di transizione e delle COT si è concentrata sia sulla definizione di un framework per analizzare le molteplici ed eterogenee configurazioni di COT (o dispositivi organizzativi con diversa denominazione ma con la funzione di gestire le cure di transizione) che stavano emergendo spontaneamente nel panorama nazionale (Zazzera *et al.*, 2021), sia approfondendo casi specifici e cogliendone le diversità legate al contesto e all'esperienza pregressa (Dalponte *et al.*, 2022). Come evidenziato da tali studi, le COT hanno da subito rappresentato una sfida per i diversi servizi sanitari regionali, in quanto non sono una struttura di offerta (come per esempio le CdC) ma un servizio che gestisce processi sia interni sia esterni all'ASL e che si occupa di armonizzare procedure e processi di presa in carico di setting diversi (Dalponte *et al.*, 2022). Il DM 77/2022 ha introdotto l'obbligo di attivazione delle COT e alcuni standard di servizio, inducendo chi non aveva le Centrali ad attivarle e chi le aveva ad allinearsi agli standard ministeriali. Il fattore tempo, la presenza di un disegno strategico regionale e l'esperienza pregressa ne hanno condizionato lo sviluppo, causando diverse velocità di implementazione delle COT e l'emergere di modelli variegati. Non sono mancate le difficoltà di implementazione delle Centrali; infatti, lo sviluppo di modelli aziendali di cure di transizione richiede la progettazione di meccanismi operativi specifici per i diversi setting da collegare e questa operazione, notevolmente complessa, si scontra con lo stato dell'arte dei sistemi già esistenti (Dalponte *et al.*, 2022; Ferrara & Dalponte, 2023). Al momento della stesura del presente articolo, tutte le aziende sanitarie del

Paese sono impegnate nell'implementazione delle COT, attivando e adottando diverse procedure e modalità operative. In questo contesto, il presente articolo ha l'obiettivo di esplorare nel dettaglio come questo stia avvenendo, approfondendo un caso studio inter-aziendale. L'articolo ha come oggetto di analisi un modello operativo adottato da quattro aziende sanitarie della Regione Lazio (ASL Roma 1, ASL Roma 4 e ASL Roma 5 e AOU Sant'Andrea), finalizzato a realizzare l'integrazione ospedale-territorio tramite le Centrali Operative Ospedaliere e Territoriali. Il contributo intende descrivere e analizzare il modello operativo, il rationale, gli obiettivi prefissati e i primi risultati raggiunti. Di seguito vengono quindi descritti: il modello operativo Lazio e il contesto di riferimento; il sistema di funzionamento delle COT aziendali, distrettuali e di coordinamento; il protocollo d'intesa tra le ASL e l'AOU Sant'Andrea per la realizzazione del modello operativo locale, esplicitando il processo di attivazione del modello integrato delle cure di transizione e i primi risultati raggiunti.

## **2. Gli obiettivi del modello integrato di cure di transizione dell'AOU Sant'Andrea, ASL Roma 1, ASL Roma 4 e ASL Roma 5**

Il modello operativo adottato in Regione Lazio dall'AOU Sant'Andrea insieme alle aziende territoriali limitrofe ASL Roma 1, Roma 4 e Roma 5 è nato con l'obiettivo di realizzare l'integrazione funzionale ospedale-territorio incoraggiata dal DM 77/2022 (*N.d.R.* e desiderata dal DM 70/2015, che non può trovare completa espressione senza una solida interconnessione con il territorio che garantisca un transito agevole del

paziente dal setting ospedaliero a quello territoriale nelle sue molteplici declinazioni) ed è stato implementato tramite la firma di un protocollo di intesa. Tale integrazione punta al superamento di una logica prestazionale, a favore di un modello focalizzato sul percorso, dove la continuità assistenziale è assicurata dalla collaborazione tra le strutture di coordinamento dell'ospedale e del territorio, rappresentate dalle Centrali Operative ospedaliere e territoriali (le cd COT previste dal DM 77/2022). Questo avviene armonizzando i processi aziendali tramite interdisciplinarietà e azioni di integrazione e coordinamento. Proprio per integrare al meglio le competenze presenti sia in ospedale sia nel territorio, è stato messo in campo un nuovo modello operativo per gestire in modo tempestivo e coerente le cure di transizione, nato in seguito allo sviluppo di una pianificazione condivisa generata nel corso di riunioni strategiche che hanno stabilito i percorsi, i tempi e i processi che iniziano dalla dimissione del paziente dal presidio ospedaliero e che continuano nella presa in carico territoriale.

Il modello integrato di cure di transizione è stato definito in quanto il passaggio da un setting ad alta intensità di cura di un policlinico universitario ad alta specializzazione quale l'AOU Sant'Andrea, a quelli post acuzie (presso strutture di cura e socio-sanitarie territoriali) o verso il domicilio, necessita di essere governato attraverso risorse e competenze che assicurano al paziente un percorso assistenziale personalizzato, fluido e coerente. Il protocollo di intesa siglato dalle aziende sanitarie (e descritto nel paragrafo 4.1) definisce infatti procedure, strumenti, risorse e metodologie per ottimizzare tempistiche e appropriatezza nei cambi di setting. Gli esiti auspicati dall'integrazione generata con l'adozione del model-

lo riguardano in primo luogo i pazienti, che ne possono beneficiare sia in termini clinici, prevenendo gli effetti indesiderati di un prolungato ricovero, come disorientamento e dissociazione, infezioni e complicanze, sia in termini di soddisfazione e qualità della presa in carico. Questa ultima, basata sul principio di continuità del percorso di cura (che non si conclude con la risoluzione dell'acuzie ma esita nella presa in carico dei bisogni mediante l'attivazione della rete di servizi territoriali) e di prossimità (soprattutto nei casi di interventi mirati per pazienti complessi dal punto di vista di fragilità socio-sanitaria). In secondo luogo, l'integrazione tramite COT permette dei vantaggi anche per le strutture ospedaliere, in termini di appropriatezza con auspicata riduzione della degenza dei pazienti alla sola fase acuta della malattia a vantaggio di una maggiore capacità di assorbimento in reparto di pazienti di Pronto Soccorso o di ricovero di pazienti in elezione. Ne consegue una riduzione del sovraffollamento delle strutture deputate all'emergenza e/o una riduzione delle liste di attesa per interventi chirurgici. Inoltre, un sistema integrato offre un supporto più efficace durante la fase di recupero, con un'attenzione specifica alla riabilitazione e alla gestione domiciliare, riducendo il rischio di recidive, di pluri accessi al Pronto soccorso e ri-ospedalizzazioni. Infine, anche le aziende territoriali ne beneficiano in quanto riacquisiscono la *governance* nella presa in carico dell'assistito, facilitandone l'accesso, anche bottom-up, in strutture per acuzie, ove necessario, e, viceversa, mediante l'identificazione chiara dei percorsi tra gli snodi della rete deputati a garantire la continuità dell'assistenza, favorendo la permanenza delle persone fragili nel proprio ambito familiare e sociale, elevando la qualità della vita

delle stesse e dei membri della famiglia, evitando fenomeni di isolamento e di emarginazione sociale, e, in termini più generali, migliorando qualità, efficienza e sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale e Nazionale.

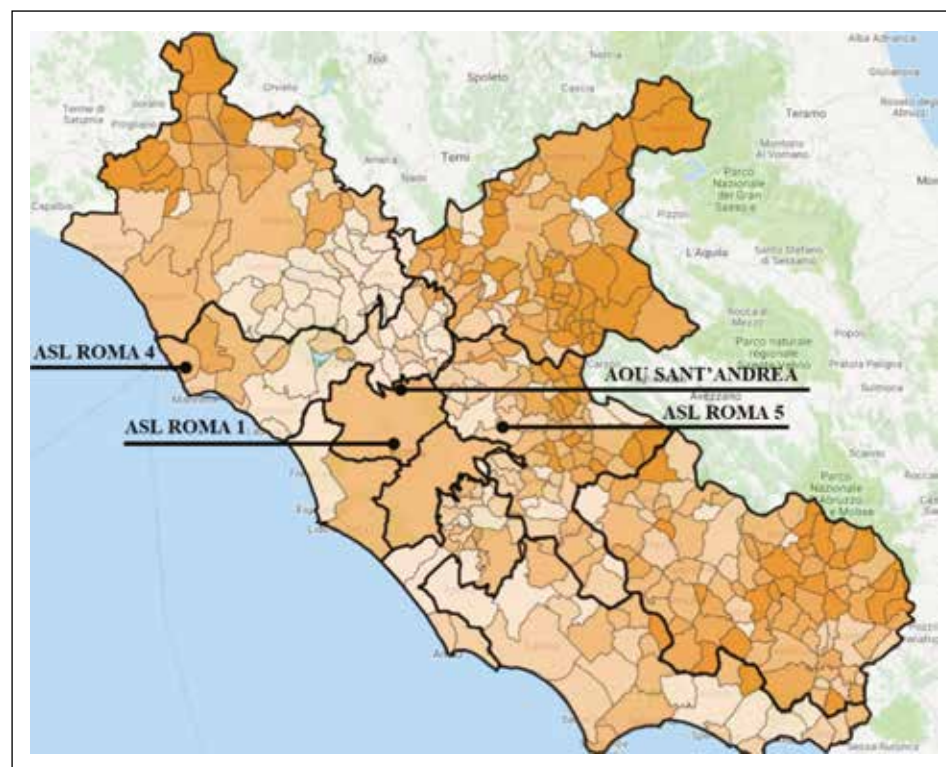
### 3. Il contesto di riferimento

3.1. Le caratteristiche dell'AOU Sant'Andrea, dell'ASL Roma 1, dell'ASL Roma 4 e dell'ASL Roma 5

Il modello integrato di cure di transizione ha coinvolto 4 realtà aziendali presenti nella Regione Lazio: l'AOU Sant'Andrea, l'ASL Roma 1, l'ASL Roma 4 e l'ASL Roma 5. Di seguito si propone una breve descrizione dei contesti aziendali, al fine di dare informazioni utili per comprendere il contesto di riferimento. Tali aziende condividono il percorso

assistenziale delle popolazioni afferenti: l'AOU Sant'Andrea, che come ospedale specialistico non ha un bacino di utenza proprio, esercita la sua attrattività prevalentemente sui pazienti residenti nelle tre ASL geograficamente adiacenti, come mostrato in Fig. 1. Questa relazione geografica ha reso pertanto naturale la necessità di collaborazione tra le tre aziende sanitarie locali e l'ospedale, considerando anche che alle strutture territoriali intermedie e ai servizi di prossimità di tali ASL rientrano i pazienti una volta dimessi dall'ospedale.

La Tab. 1 sintetizza le caratteristiche delle Aziende in termini di municipi e comuni compresi nel territorio, superficie gestita, bacino di popolazione, presidi ospedalieri e strutture territoriali e, per l'AOU Sant'Andrea, dipendenti, offerta e volumi di attività.



**Fig. 1**

Le aziende AOU Sant'Andrea, ASL Roma 1, ASL Roma 4, ASL Roma 5

Fonte: Open Salute Lazio

**Tab. 1** – Le caratteristiche delle 3 Aziende Sanitarie Locali e dell'AOU Sanm'Andrea

ASL	Municipi/ Comuni (n)	Superficie (Km <sup>2</sup> )	Popolazione (n)	Presidi Ospedalieri	Territorio
<b>ASL Roma 1</b>	6 Municipi del Comune di Roma: I, II, III, XIII, XIV e XV	524 Km <sup>2</sup> (40,8% della superficie di Roma)	994.949 residenti (36,1% della popolazione di Roma), di cui 135.348 stranieri (38,9% degli stranieri italiani)	Presidi a gestione diretta, con un totale di 624 posti letto di ricovero ordinario e 87 di ricovero in DH/DS. P.O. San Filippo Neri, P.O. Santo Spirito, P.O. monospécialistico Oftalmico, Presidio Nuova Regina Margherita, Presidio Sanm'Andrea e Centro Sanm'Anna	6 Distretti 3 Case della Salute Numerose strutture accreditate e private: 5 strutture residenziali psichiatriche, 1 struttura semiresidenziale socio-riabilitativa psichiatrica, 16 RSA, 9 Case di Cura accreditate, 23 strutture riabilitative ex art 26, 4 Hospice, centri di diagnostica per immagini e di laboratorio.
<b>ASL Roma 4</b>	28 Comuni	1.317 Km <sup>2</sup>	323.595	Molteplici strutture ospedaliere non a gestione diretta, per un totale di ulteriori 6.200 posti letto circa. Tra queste: PU Umberto I, PU A. Gemelli, AO San Giovanni Addolorata, AOU Sanm'Andrea, accreditati classificati e IRCCS privati.	Circa 1000 tra Medici di Medicina Generale (850) e Pediatri di Libera Scelta (140)
<b>ASL Roma 5</b>	70 Comuni	1.814 Km <sup>2</sup>	493.711	1 Polo Ospedaliero composto da: P.O. San Paolo di Civitavecchia, sede di DEA di I livello con 169 posti letto e P.O. Padre Pio di Bracciano con 93 posti letto	4 Distretti* 8 RSA nel Distretto 1, 1 RSA nel Distretto 2, 2 RSA nel Distretto 3, 2 RSA nel Distretto 4. Riabilitazioni territoriali: 4 nel Distretto 1, 2 nel Distretto 2, 1 nel Distretto 3, 4 nel Distretto 4
<b>AOU</b>	<b>Dipendenti (n)</b>	<b>Territorio di riferimento</b>	<b>Posti Letto (n)</b>	<b>Offerta</b>	<b>Volumi di Attività (rif. anno 2023)</b>
<b>AOU Sanm'Andrea</b>	Circa 2.000 dipendenti Sede della Facoltà di Medicina e Psicologia di Sapienza Università di Roma	Collocazione geografica a nord/nord-est di Roma. Attrattività prevalentemente sui residenti della ASL Roma 1 (sul cui territorio insiste), della ASL Roma 4 e della ASL Roma 5, ma anche di Viterbo e Rieti	Attualmente 460 posti letto	Azienda a elevata specializzazione dotata di quasi tutti i servizi. DEA di I livello assicura l'attività di emergenza-urgenza con livelli di autonomia e di prestazioni quali-quantitative paragonabili a un DEA di II livello, fungendo da riferimento regionale per diverse specialità clinico-assistenziali (cardiochirurgia, chirurgia toracica, neurologia).	41.672 accessi al Pronto Soccorso, 16.534 ricoveri ordinari complessivi, 5.432 ricoveri a ciclo diurno, 16.357 interventi chirurgici, 1.305.847 prestazioni specialistiche ambulatoriali

A.S.L. Azienda Sanitaria Locale; A.O. Azienda Ospedaliera; A.O.U. Azienda Ospedaliera Universitaria; DEA Dipartimento di Emergenza e Accettazione; IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico; P.O. Presidio Ospedaliero; P.U. Policlinico Universitario.

\* In particolare, il Distretto 4, il più esteso dell'ASL Roma 4 e quello maggiormente interessato dall'accordo di collaborazione, comprende un Consorzio di 17 comuni con una popolazione di circa 110.000 abitanti, distribuiti in modo non omogeneo. Le infrastrutture di questo Distretto sono scarsamente collegate, con una conseguente difficoltà di spostamento per raggiungere i servizi territoriali. Il Consorzio, costituito nel 2015, tra le varie funzioni si occupa di interventi e i servizi sociali, garantendo efficienza ed economicità, attraverso una politica di solidarietà e coesione sociale.

\*\* Nella rete regionale per l'emergenza l'AOU S. Andrea costituisce HUB di riferimento per il PS dell'Ospedale di Monterotondo.

A completamento del contesto di riferimento, occorre riportare la configurazione dei servizi e modelli di offerta territoriale previsti da PNRR e DM/77 nei 4 contesti aziendali oggetto di analisi. La Tab. 2 mostra lo stato dell'arte degli interventi previsti dal Piano Operativo Regionale per l'implementazione del PNRR e del nuovo modello dell'assistenza territoriale: Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità e Punti Unici di Accesso.

3.2. Il sistema di Centrali attivo nelle aziende AOU Sant'Andrea, ASL Roma 1, ASL Roma 4, ASL Roma 5

Il sistema di Centrali attivo nelle 4 aziende AOU Sant'Andrea, ASL Roma 1, ASL Roma 4, ASL Roma 5 si basa sul disegno regionale delle centrali rappresentato in Fig. 2 e definito nella determinazione regionale 28 febbraio 2023, n. G02706 (Regione Lazio, 2023), a cui le Aziende si sono allineate declinando il modello nei rispettivi assetti organizzativi (AOU Sant'An-

drea, 2023; ASL Roma 1, 2023; ASL Roma 4, 2023; ASL Roma 5, 2022). La Regione Lazio, per assicurare la *governance* del processo di *transitional care* nell'ottica della sostenibilità e dello sviluppo organizzativo in linea con le indicazioni di cui al DM 77/2022, ha previsto la realizzazione di un sistema multilivello in cui tutti gli attori sono connessi in maniera strutturata e coordinata (Regione Lazio, 2022a; Regione Lazio, 2023). Il modello organizzativo proposto prevede varie fasi nell'esercizio della transizione, funzionali a rendere fluidi i passaggi di setting. La transizione, infatti, prevede uno scambio tra interfacce diverse all'interno della rete delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere, nonché di enti accreditati presenti sul territorio, tutti chiamati a integrare competenze, servizi e risorse per rispondere in modo unitario ai bisogni di specifici target di popolazione. La funzione della transizione nel modello Lazio prevede il diretto e fattivo coordinamento tra:

**Tab. 2** – Interventi DM 77/2022 previsti nel Piano Operativo Regionale per l'implementazione del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute, Componente 1 e 2 (DGR 667/2024)

Azienda	C1 – 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona (n)	C1 – 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Centrali Operative Territoriali (COT) (n)	C1 – 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) (n)	Punto Unico di Accesso (PUA) (n)
<b>ASL Roma 1</b>	19, di cui 3 già Casa della Salute	7*	1 §	10, almeno 1 per Distretto, già attivi
<b>ASL Roma 4</b>	11	4	4	4, già attivi, per 13 sedi complessive sul territorio
<b>ASL Roma 5</b>	20	7	4	7, già attivi
<b>AOU Sant'Andrea</b>	–	1	–	–

\* Sul territorio di riferimento sono presenti anche le COT a gestione di AO San Giovanni Addolorata e AOU Policlinico Umberto I, oltre alla già sopramenzionata Centrale dell'AOU Sant'Andrea. Vi sono, inoltre, le 2 COT ospedaliere dei Presidi a gestione diretta, non ricomprese nel presente elenco di sintesi. § sul territorio di riferimento è previsto un altro ospedale di comunità a gestione AOU Policlinico Umberto I.

- i soggetti che segnalano e inviano il paziente, che, nel caso di flusso *step-down*, potranno avvalersi del Team Operativo Ospedaliero (TOH<sup>1</sup>; *N.d.R.* o, per l'appunto, la Centrale Ospedaliera), presente in ogni struttura di ricovero, mentre nel flusso *step-up* potranno essere tutti i soggetti o professionisti che operano nella filiera dei servizi territoriali;
- COT Aziendali (COT-A o COA) e COT Distrettuali (COT-D), che, attraverso il loro coordinamento su scala aziendale e interaziendale, garantiscono l'intercettazione della segnalazione e connettono i servizi aziendali, territoriali e distrettuali per la tempestiva e appropriata erogazione delle cure.

A queste si aggiunge il Coordinamento regionale COT (CR-COT), struttura operativa dell'ARES 118 già prevista sin dal 2020 (Regione Lazio, 2020), con funzione di coordinamento, verifica e governo strategico dei processi di

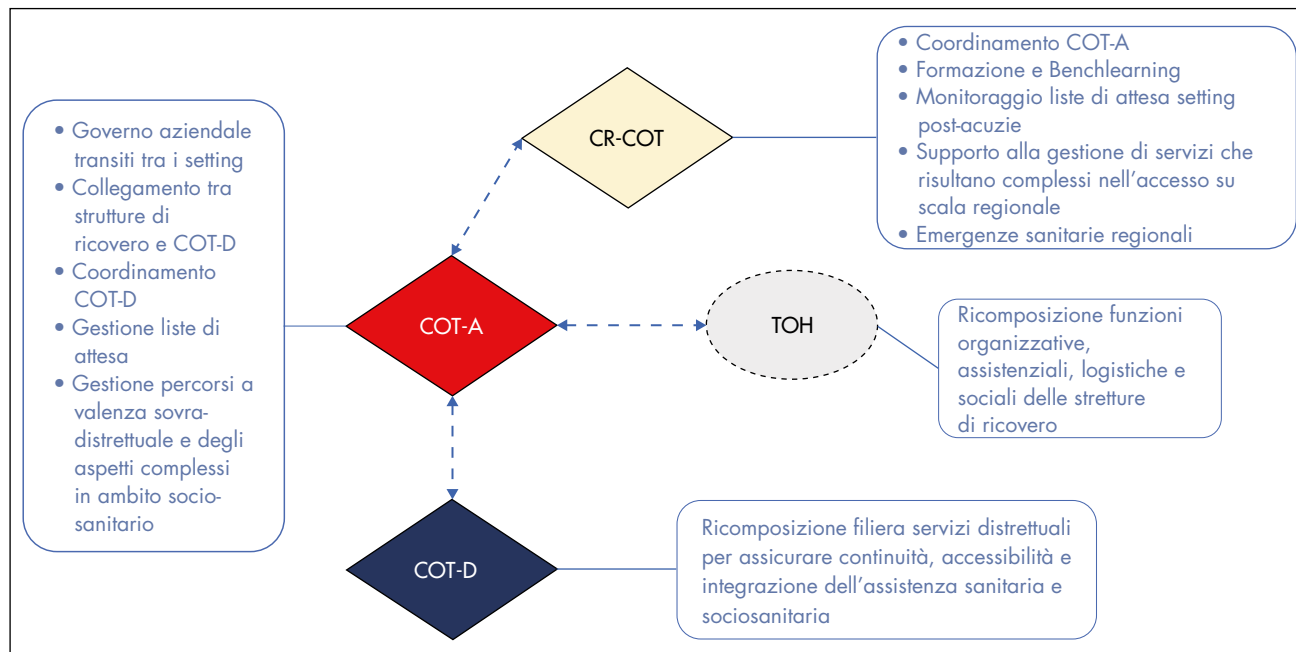
<sup>1</sup> Il Piano Regionale Gestione Flusso Ricovero e Sovraffollamento Pronto Soccorso revisionato con la Determinazione del 18 novembre 2022, n. G15959 (Regione Lazio, 2022b) prevede l'istituzione del Team Operativo Ospedaliero (TOH), secondo la complessità organizzativa a livello aziendale o ospedaliero, con la funzione di "Facilitatore dei processi di ricovero e dimissione", già prevista nella DGR n. 82 del 3 novembre 2009, e lo scopo di riunire in una struttura organica diverse funzioni organizzative, assistenziali, logistiche, sociali, e di costituire l'interfaccia dell'Ospedale con le Centrali Operative (COT-A/D) e le strutture di ricovero, presenti sul territorio, al fine di facilitare, secondo la complessità clinica l'accesso o il rientro da altri setting assistenziali. Il TOH è struttura funzionale multiprofessionale della Direzione Sanitaria con un coordinatore nominato dalla Direzione Aziendale, che opera in continuità con le Direzioni delle Professioni Sanitarie e delle UU.OO di ricovero secondo processi strutturati. Il TOH può essere supportato da figure cliniche e professionali indicate dalla Direzione Aziendale come figure di riferimento per l'appropriatezza del percorso assistenziale e la facilitazione delle relazioni professionali nel cambio di setting. Il TOH sviluppa la sua azione nella gestione del flusso di ricovero, delle condizioni di fragilità e dei servizi di trasporto e nel Piano Aziendale deve essere indicato per ciascuna area di interesse le funzioni e le attività previste, i ruoli di responsabilità e la metodologia di connessione trasversale con i diversi attori interni ed esterni.

transizione a livello regionale, integrata con le altre funzioni assistenziali, ivi compreso il numero 116117. Il CR-COT ha il ruolo di programmazione e gestione sovra-aziendale di percorsi organizzativi e assistenziali condivisi con le COT-A finalizzati a facilitare la continuità e la tempestività della presa in carico utilizzando le risorse dell'intero sistema sanitario regionale (Regione Lazio, 2023).

Di seguito si propone una descrizione del funzionamento della Centrale Ospedaliera dell'AOU Sant'Andrea e delle Centrali Operative delle Aziende Sanitarie Locali oggetto dell'accordo, con particolare riferimento a quelle della ASL Roma 1. Queste centrali sono tutte coinvolte nel modello integrato di cure di transizione presentato da questo lavoro e definito a livello regionale. Insieme concorrono alla gestione delle transizioni, attivandosi come definito nel protocollo (si veda in merito il paragrafo 4.6).

Con delibera n. 531/2023 è stata istituita la Centrale Operativa Ospedaliera dell'AOU Sant'Andrea (*N.d.R.* il TOH declinato a livello regionale) che riunisce in una struttura organica funzioni organizzative, assistenziali, logistiche, sociali e costituisce l'interfaccia ospedaliera con le COT (AOU Sant'Andrea, 2023). Questa, collocata da marzo 2024 nei nuovi locali realizzati con fondi PNRR, è composta da medico di direzione sanitaria, *care manager*, assistenti sociali, *bed manager* e personale amministrativo di supporto. Nel modello ASL Roma 1, invece, la Centrale Ospedaliera/TOH, una per ogni presidio ospedaliero maggiore a gestione diretta dell'Azienda (Santo Spirito e San Filippo Neri), è





una struttura funzionale multiprofessionale della Direzione Sanitaria che opera in continuità con le altre professioni sanitarie e con le Unità Operative di ricovero, come facilitatrice dei processi di ricovero e dimissione e interfaccia ospedaliera con le altre Centrali Operative e con le strutture intermedie (ASL Roma 1, 2023). Così come declinate, le Centrali Ospedaliere rappresentano uno snodo fondamentale per l'identificazione precoce e la gestione di fragilità socio-assistenziali critiche nel processo di dimissione del paziente dall'ospedale (*patient flow logistics*).

A livello territoriale, invece, alla luce delle emergenze e opportunità intervenute (tra tutte la pandemia da Covid-19, da ultimo i già citati PNRR e DM 77/2022), dal 2020 presso la ASL Roma 1 sono state implementate diverse e innovative soluzioni organizzative nell'ambito dei servizi di assi-

stenza sanitaria territoriale di prossimità, tra cui per l'appunto le Centrali Operative Territoriali (COT) e quella Aziendale (COT-A o COA)<sup>2</sup>, ufficialmente istituite con Delibera n. 15/2023 insieme a quelle Ospedaliere (ASL Roma 1, 2023). La rete delle COT così costituita rappresenta i

<sup>2</sup> Centrale Operativa Aziendale (COA, anche detta Centrale Operativa Territoriale Aziendale, COT-A): articolazione funzionale della UOC Committenza – Area Governo della Rete, rappresenta l'interfaccia tra realtà territoriale e ospedaliera, ovvero il "nodo" a valenza aziendale con il compito di facilitare il percorso di cura dei propri residenti/domiciliati all'interno della rete di offerta assistenziale, sanitaria e socio-sanitaria, pubblica e privata accreditata, variamente distribuita sul territorio aziendale (Deliberazione ASL Roma 1 n. 955/2019). Non si sostituisce alle attività degli specifici servizi di presa in carico ma si relaziona con le strutture di ricovero/servizi territoriali, interni ed esterni all'Azienda, nell'ottica del problem solving e della costruzione/consolidamento della rete assistenziale, facilitando la messa in correlazione delle richieste con le opportunità di presa in carico territoriali e ospedaliere, e, pertanto, con funzione di governance del cambio di setting, per consentire agli assistiti sull'intero territorio aziendale equità di accesso e di trattamento, secondo un modello omogeneo e condiviso e attraverso una gestione uniforme delle liste di attesa in base a definite condizioni di appropriatezza e priorità.

**Fig. 2**

Il sistema di centrali operative della Regione Lazio. Rappresentazione grafica sintetica con evidenza dei nodi intermodali quali centri decisionali

“nodi di interconnessione” a livello aziendale, ospedaliero e distrettuale ed è stata implementata attraverso un approccio partecipativo diffuso di tutti i professionisti coinvolti: medici, infermieri, assistenti sociali e sanitari ecc. Elementi fondanti sono multidisciplinarietà e multi-professionalità, in un’ottica di integrazione professionale “transdisciplinare” e in una logica di rete funzionale, più vicina agli assistiti. Le Centrali Operative si sono consolidate durante l’emergenza pandemica come articolazione del Distretto, “a ponte” tra le strutture Covid, i Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) e i Servizi aziendali, per migliorare la presa in carico dei pazienti SARS-CoV-2 positivi e dei contatti. Visto anche il gradimento del servizio da parte dei MMG/PLS emerso a seguito di una survey realizzata dall’Azienda sul tema a poco meno di 1 anno dalla loro attivazione (Frisicale *et al.*, 2023), nonché le successive indicazioni normative che ne hanno suggerito l’implementazione locale (le c.d. COT del DM 77/2022), queste si confermano oggi punto di riferimento nel governo della transizione tra setting, della gestione clinica e organizzativa della complessità, del supporto alla comprensione epidemiologica del territorio e della committenza (ASL Roma 1, 2023; Cifalinò *et al.*, 2023). Al fine di sperimentare concretamente il nuovo modello organizzativo deliberato, ovvero di lavorare sull’integrazione ospedale-territorio, partendo, invece, dalle azioni da intraprendere a seguito della Revisione del Piano Regionale Gestione Flusso Ricovero e Sovraffollamento Pronto Soccorso (Regione Lazio, 2022b), l’Azienda ha avviato un processo di analisi e condi-

visione di buone pratiche per la presa in carico dei così detti *frequent user* (FU)<sup>3</sup> assistiti/residenti nel territorio di competenza (Furia *et al.*, 2023), coinvolgendo sin da subito in tale attività prioritariamente le Centrali Operative, nonché anche i MMG degli assistiti, in quanto primo interlocutore con chi deve usufruire dei servizi, per favorire la presa in carico *tailored* dell’assistito identificato. L’obiettivo è quello di rispondere al bisogno di salute di tale popolazione prima dell’accesso in PS e garantire la programmazione e l’erogazione di un piano di prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali definite in base al fabbisogno del singolo individuo, ovvero una migliore presa in carico dell’assistito e una maggiore appropriatezza nell’utilizzo delle risorse, lavorando altresì sulla riduzione degli accessi inappropriati al PS e quindi sull’efficientamento e l’appropriatezza dei percorsi dell’emergenza urgenza. Nel loro complesso, le Centrali Operative così declinate si prefiggono l’obiettivo di facilitare la gestione e il governo delle fasi di passaggio tra setting, ovvero governare i processi di *transitional care* per la popolazione assistita e garantire la presa in carico globale dell’assistito. Inoltre, mappando i bisogni della popolazione e delle comunità, le Centrali supportano anche il livello programmatico in termini di capacità di orientamento dei servizi verso bisogni complessi e di prossimità, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, nonché

<sup>3</sup> I *Frequent User* sono assistiti che accedono ai PS dei presidi ospedalieri presenti sul territorio con una frequenza ripetuta (almeno 4 volte) nel corso di un periodo di tempo definito (es. 1 anno), evidenziati dall’analisi dei flussi informativi relativi all’emergenza-urgenza.

uniformità dei livelli di assistenza e pluralità dell'offerta nell'ottica dell'equità (ASL Roma 1, 2023; Cifalinò *et al.*, 2023).

#### 4. La realizzazione del modello operativo integrato per le cure di transizione

##### 4.1. Il protocollo di intesa

La partnership tra le 3 Aziende Sanitarie Locali Roma 1, Roma 4 e Roma 5 e l'AOU Sant'Andrea è stata avviata con la firma, a luglio 2023, di un protocollo di intesa finalizzato a disciplinare interventi e azioni per il consolidamento dei processi e dei percorsi di *transitional care* e integrazione della rete ospedale-territorio. Particolare attenzione è stata data alla dimissione protetta dei casi complessi provenienti dall'AOU Sant'Andrea, ai meccanismi di coordinamento della presa in carico multidisciplinare e al monitoraggio territoriale. Il protocollo ha avuto lo scopo di formalizzare modalità e forme della collaborazione per governare la transizione da un setting assistenziale all'altro attraverso procedure chiare, strumenti e criteri valutativi condivisi, che consentano una effettiva integrazione tra professionisti afferenti a strutture diverse. In particolare, il protocollo ha previsto l'attivazione di un gruppo di coordinamento territoriale per ciascuna azienda e l'impegno di rispettare le fasi e le attività del processo (descritto nel diagramma di flusso in Fig. 2). Il protocollo ha, inoltre, previsto la standardizzazione e omogeneizzazione di schede e criteri valutativi, indici predittivi e criteri di appropriatezza e prioritizzazione, nonché l'identificazione univoca di contatti operativi e degli strumenti di comunicazione.

##### 4.2. Gli strumenti, i linguaggi e le risorse adottate

Per la realizzazione e stipula del protocollo di intesa è stata fondamentale la visione e il *commitment* forte delle Direzioni Generali delle Aziende coinvolte, a cui hanno seguito diversi incontri programmati nei primi mesi di avvio del progetto da parte del *middle management* delle Aziende (dirigenti medici afferenti alle direzioni strategiche e ai servizi maggiormente coinvolti, professionisti socio-sanitari, personale degli affari generali), spesso responsabile dell'implementazione del cambiamento organizzativo. Gli incontri hanno avuto l'obiettivo di definire e attuare il modello integrato di transizione immaginato, uniformando strumenti e metodi di valutazione dei casi e, più in generale, omogeneizzando le modalità di presa in carico dell'assistito.

La condivisione di strumenti, risorse e linguaggio tra le Centrali Operative è essenziale per raggiungere gli obiettivi prefissati dal DM 77/2022. Gli strumenti condivisi si riferiscono alle piattaforme digitali e ai software utilizzati per il monitoraggio e la gestione operativa dei pazienti, ancora in corso di definizione e strutturazione a livello regionale, ma anche principalmente a indici, criteri di valutazione e schede di rilevazione. L'adozione di strumenti comuni consente alle Centrali Operative di operare in modo sinergico, assicurando che tutte le informazioni necessarie siano accessibili in tempo reale dai diversi attori che intervengono nel processo e che le modalità di gestione siano uniformi nei diversi team aziendali. Il linguaggio condiviso, invece, consente di comunicare in maniera efficace e senza fraintendimenti. Si tratta di un linguaggio tecni-

co e clinico standardizzato, che facilita lo scambio di informazioni tra professionisti afferenti ad ambiti e contesti di lavoro diversi in termini di polarità di servizi (ospedale vs territorio), tempi (acuti vs cronici), e obiettivi di cura. Questo permette una gestione integrata dei pazienti da parte di più servizi. Una standardizzazione che facilita anche la formazione di nuovi operatori, facilitando anche la diffusione di best practices e una risposta “sistemica”, efficiente, coordinata e al contempo personalizzata.

Sono stati inoltre prodotti indicatori di monitoraggio condivisi, distinti sulla base della competenza in “Indicatori ASL” ed “Indicatori Presidio Ospedaliero”, al fine di monitorare la durata della degenza, le riospedalizzazioni, gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso, la mortalità (esiti misurati a 30gg dalla dimissione), ma anche la percentuale di pazienti segnalati presi in carico dalla ASL a seguito di segnalazione da parte del TOH, il tempo mediano di presa in carico da parte della ASL, la percentuale di pazienti segnalati dimessi nel setting di destinazione territoriale e il tempo mediano di dimissione nel setting di destinazione territoriale. È stata inoltre prodotta una modulistica uniforme per ridurre al minimo il *bias* di comunicazione e raccolta delle informazioni.

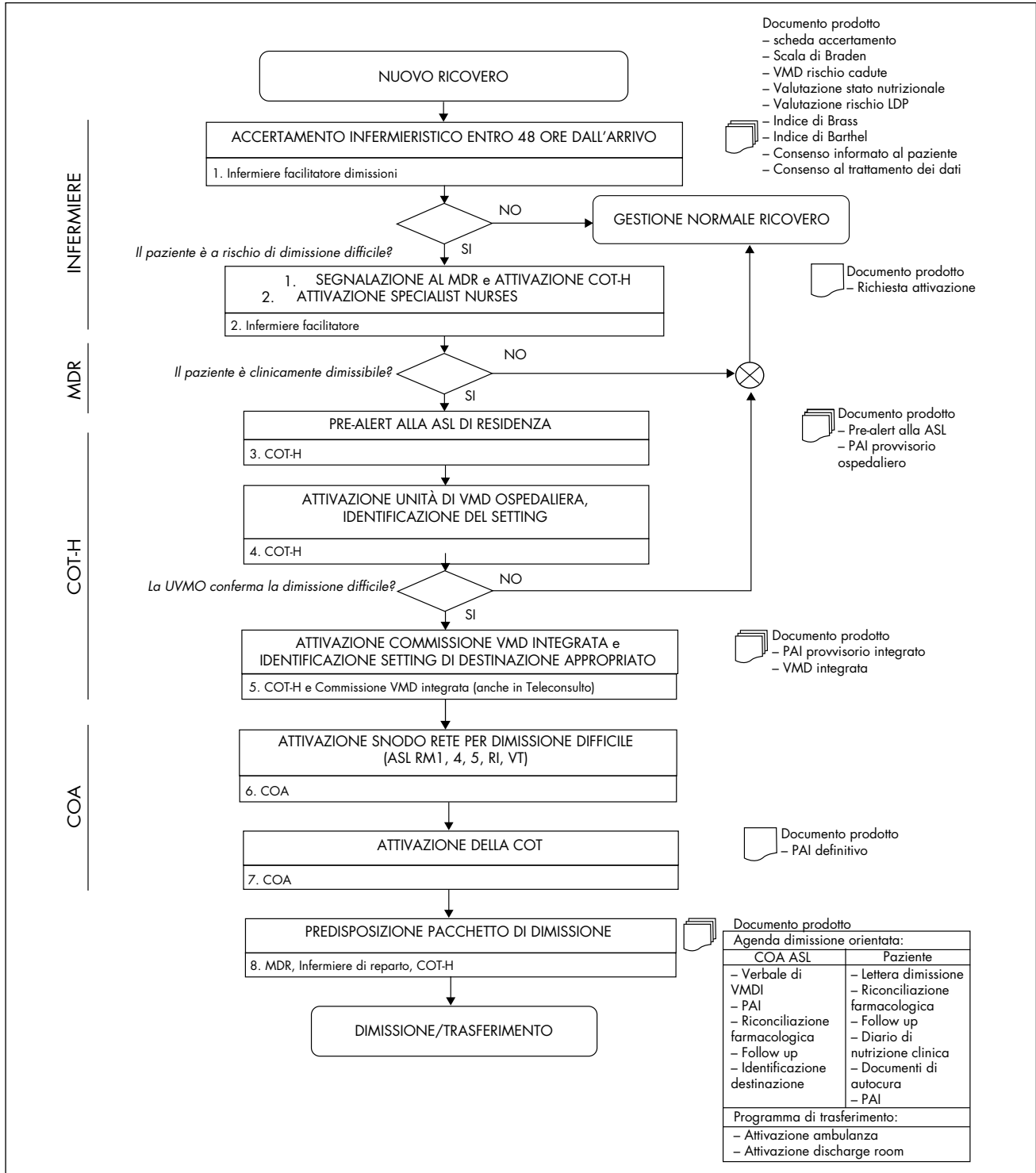
#### 4.3. Il processo di attivazione delle cure di transizione

Il diagramma di flusso in Fig. 3 descrive i passaggi del processo di attivazione delle cure di transizione.

##### 4.3.1. Ricovero e accertamento infermieristico presso l'AOU Sant'Andrea

Al fine di minimizzare i tempi di latenza tra la decisione della dimissione e

l'effettiva dimissione del paziente, entro le prime ore 48 ore dall'ingresso nella degenza dell'AOU Sant'Andrea viene effettuata una valutazione multidimensionale da parte del personale ospedaliero per stabilire il grado di difficoltà che si potrebbe incontrare nella successiva dimissione del paziente al territorio, attivando eventuali interventi utili alla riduzione della tempistica. L'accertamento infermieristico è effettuato dall'infermiere facilitatore delle dimissioni attraverso strumenti di stratificazione e valutazione del rischio, volti ad acquisire le informazioni necessarie alla gestione assistenziale durante il ricovero, rilevare bisogni di educazione terapeutica e autocura, verificare la necessità di engagement del paziente e della famiglia. L'inquadramento globale del paziente, registrato nella sezione di accertamento presente nella cartella clinica informatizzata, si basa sui modelli funzionali di Gordon e utilizza alcuni indici di rischio quali: rischio cadute, scala di Brade, scala analogica visiva per il dolore, screening nutrizionale. Qualora l'accertamento esiti in una valutazione positiva circa una possibile difficoltà di dimissione, l'infermiere invia una prima segnalazione alla COT ospedaliera attraverso la scheda di accertamento infermieristico informatizzata. Seguirà l'attivazione del *care manager* che, al letto del paziente, effettuerà una seconda valutazione utilizzando gli indici di Brass, di Barthel e/o ADL e la scheda di condizioni sociali. Se necessario, sarà attivata anche la consulenza degli assistenti sociali. Qualora la valutazione di II livello ne evidenzia la necessità, viene inviata la segnalazione di *pre-alert* alla COT di residenza e viene convocata l'Unità di Valutazione Multi-Discipli-



**Fig. 3**

Il processo per attivare le cure di transizione nel modello operativo integrato. Diagramma di flusso presente nella procedura operativa dell'AOU Sant'Andrea

nare Ospedaliera, costituita da figure professionali quali neurologo, internista, fisiatra, care manager, assistenti sociali e medici di direzione sanitaria, cui si possono aggiungere altre figure secondo le necessità cliniche (psicologo, oncologo, terapeuta del dolore ecc.). In esito al confronto su anamnesi prossima e remota, bisogni assistenziali, informazioni su risorse familiari acquisite tramite colloquio con i parenti/caregiver, l'Unità redige un verbale riportante il setting assistenziale da proporre alla ASL di residenza e un piano assistenziale individuale provvisorio con una prima ipotesi di percorso di cura alla dimissione. Il medico di reparto, quando ipotizza la data prevista di dimissione, contrassegna con una spunta sulla cartella clinica informatizzata la data presunta di dimissione, inviando il secondo *alert* alla COT ospedaliera. L'intera fase del processo è monitorata attraverso un cruscotto gestionale che registra il numero degli accertamenti effettuati, gli approfondimenti valutativi di *care management* e multidimensionale, il numero di pazienti presi in carico dalla COT ospedaliera e i dimessi verso i vari setting territoriali.

#### 4.3.2 Comunicazione tra COT e trasferimento al territorio

La seconda fase del processo è avviata con la segnalazione di dimissibilità clinica del paziente, cui segue l'attivazione a livello territoriale/distrettuale della Valutazione Multi Disciplinare Integrata, con il confronto tra TOH, COT-D e la Commissione VMD integrata, anche in teleconsulto, per la discussione del caso, la definizione del setting assistenziale di destinazione sul territorio e la formulazione del programma di cura personalizzato (Piano Assistenziale

Individualizzato, PAI). In questa fase, fondamentale è la condivisione tra Centrali Operative dei criteri valutativi e di eleggibilità, per garantire uniformità nella gestione del processo di transizione ed equità di accesso alle liste. Il PAI provvisorio redatto in sede ospedaliera, infatti, in questa fase viene rivisto e aggiornato, dando esito a un programma definitivo condiviso. Al termine della valutazione, il paziente è preso in carico dalla COT-A della ASL di residenza e dalla COT-D territorialmente competente, con eventuale trasferimento a una struttura territoriale intermedia (quale, per esempio Hospice, struttura ex art. 26 estensiva, struttura per neurorabilitazione ad alta intensità, Unità di Degenza Infermieristica (UDI), post-acuzie medica, post-acuzie riabilitativa, RSA) oppure presso il domicilio.

Seguendo tale modello, l'AOU Sant'Andrea ha provveduto a segnalare alle tre ASL coinvolte nell'accordo i pazienti residenti/domiciliati presso le stesse e/o intenzionati a essere presi in carico presso le strutture insistenti sul territorio di competenza, distinguendoli in:

- *transiti*: pazienti ritenuti idonei per entrare in percorsi di post acuzie (Codici 75, 60, 56, 28). Tali pazienti, in quanto residenti nelle ASL oggetto dell'accordo, hanno richiesto un monitoraggio tempestivo e una valutazione di eventuali percorsi da intraprendere nel contesto dell'offerta assistenziale al termine della degenza;
- *alert*: pazienti individuati potenzialmente idonei per setting inseriti nel contesto della rete dell'offerta territoriale come dimissioni a domicilio, Strutture Residenziali Assistenziali,

Cure Palliative Specialistiche, Riabilitazione ex art 26;

- *pre-alert*: pazienti non ancora dimissibili per sopraggiunte condizioni di instabilità clinica ma idonei per essere attenzionati al fine di garantire una tempestiva presa in carico al termine del nuovo quadro clinico sopraggiunto.

### 5. Risultati preliminari, conclusioni e prospettive future

Il modello di integrazione operativa ospedale-territorio messo in atto dall'AOU Sant'Andrea con le ASL Roma 1, ASL Roma 4 e ASL Roma 5 mostra i primi significativi risultati. A livello ospedaliero, i dati preliminari del periodo gennaio-giugno 2024 evidenziano come il numero dei pazienti valutati con accertamento infermieristico nelle prime 48 ore di ricovero sia stato pari all'80% e che la degenza media in Area Medica si sia ridotta di oltre 3 giorni (*N.d.R.* dato interno AOU Sant'Andrea). A livello territoriale, invece, si osserva empiricamente una riduzione dei tempi di attesa per le cure, una maggiore continuità assistenziale e una aumentata soddisfazione dei pazienti. L'integrazione con l'ospedale, inoltre, secondo gli operatori coinvolti sembrerebbe aver permesso una gestione più efficiente delle risorse e una riduzione delle ospedalizzazioni evitabili. Una valutazione di impatto più puntuale sarà realizzata attraverso gli indicatori condivisi con il Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio, dalla cui analisi ci si attende una riduzione delle ri-ospedalizzazioni, degli accessi in Pronto soccorso e della mortalità, soprattutto nei soggetti fragili. Se tali dati verranno confermati nel monitoraggio di lungo periodo, sarà possibile definire

tale modello come *best practice*, dove il coordinamento tra i diversi stakeholder, la relazione tra gli snodi funzionali nel contesto intra- e inter-aziendale e l'interazione tra team multidisciplinari rappresentano gli elementi cardine per il miglioramento della salute dei pazienti.

Appare, quindi, chiaro come il Servizio Sanitario si sta configurando sempre di più come una rete collaborativa che, attraverso una sinergica integrazione funzionale tra gli attori coinvolti, dovrebbe assicurare al paziente il percorso più appropriato, nei tempi e nei setting socio-assistenziali, evitando sovrapposizioni, sprechi, insoddisfazione del paziente, sovraccarico e inefficienza del sistema. Il modello di cure di transizione in Regione Lazio, qui soltanto parzialmente descritto, è ancora in via di sviluppo e realizzazione e rappresenta una grande sfida per la riorganizzazione della continuità delle cure. Questo, fondato sulle COT, si configura per l'appunto non solo come un mero passaggio di consegne, quanto piuttosto come la ricerca effettiva della soluzione più appropriata nel percorso del paziente da un setting di cura, e di vita, a un altro, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali, permettendo il coordinamento e il governo delle cure di transizione, favorendo una visione della sanità in grado di mettere al centro i bisogni delle persone, introducendo e sviluppando nuove logiche, approcci e processi per l'efficientamento dei servizi sanitari tanto a livello territoriale quanto a livello ospedaliero, in un'ottica di sistema (Cifalinò *et al.*, 2023; Barbara, 2024). In una prospettiva di evoluzione del modello organizzativo regionale, improntato a criteri di coordinamento e cooperazione e all'inter-

connessione tra le Aziende e gli enti e servizi del Servizio Sanitario Regionale, nonché tra tutti gli stakeholder coinvolti, strategica sarà l'estensione di tale modello a tutta la rete, oltreché la condivisione di una piattaforma informatica di comunicazione integrata e gestione del *transitional care*, che traduca in percorso digitale la presa in carico del paziente (*N.d.R.* attualmente ancora in fase di implementazione). Sotto il profilo culturale, come anche descritto da Cifalinò *et al.*, questo richiederà di superare una applicazione meramente meccanicistica del quadro normativo di riferimento, di creare un contesto valoriale autentico, non burocratico, di attraversamento dei confini territoriali, istituzionali, organizzativi, professionali e disciplinari alla continua ricerca di un soddisfacente, ancorché provvisorio, social *accomplishment* delle soluzioni di volta in volta identificate (Cifalinò *et al.*, 2022; Cifalinò *et al.*, 2023).

Il progetto di collaborazione per le cure di transizione realizzato dalle quattro Aziende della Regione Lazio sta dimostrando di essere, quindi, un modello utile per migliorare l'efficienza del Sistema e migliorare la qualità delle cure. A nostro giudizio, i risultati finora ottenuti sono stati resi possibili grazie a due fattori chiave: regole del gioco e giocatori. In primo luogo, l'esistenza di un disegno strategico Regionale definito rispetto alle configurazioni e alle funzioni delle Centrali ha fornito un quadro di riferimento chiaro e coerente per le aziende sanitarie, garantendo standard elevati e uniformità nelle pratiche assistenziali. In secondo luogo, la condivisione di una visione comune tra i manager delle quattro aziende ha facilitato l'allineamento degli obiettivi strategici, pro-

muovendo un ambiente collaborativo. L'allineamento di visioni deriva da una collaborazione maturata nel tempo e ormai consolidata, che mette alla luce l'importanza del fattore relazionale nei processi di cambiamento. La sinergia tra i team ha svolto, inoltre, un ruolo cruciale nel superare le sfide operative, favorendo uno scambio continuo di conoscenze e risorse. Il processo di definizione del modello è stato altamente inclusivo e partecipato, in quanto ha visto la condivisione e il coinvolgimento di tutti gli attori rilevanti. Queste azioni di coinvolgimento rappresentano un tentativo di costruzione di significato e puntano a un allineamento culturale degli operatori. La letteratura dimostra l'efficacia di questo tipo di azioni nel superare le resistenze al cambiamento introdotto dalle innovazioni (Cinar *et al.*, 2021), rappresentate in questo caso le COT. Il processo di cambiamento è stato, infine, percepito come occasione di formazione e apprendimento e collaborazione multi- e inter-disciplinare, potenziando ulteriormente l'innovazione introdotta e permettendo di sviluppare soluzioni mirate e personalizzate per i pazienti. Questo, nel complesso, ha significato miglioramento della capacità di presa in carico, massima riduzione della frammentazione dell'assistenza, con percorsi digitali diagnostico-terapeutico-assistenziali ben definiti, in particolare per le cronicità, perseguendo l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e sociale in modo strutturato.

Il governo delle cure di transizione mediante l'istituzione di una rete dei servizi e, in particolare, dei "nodi" rappresentati dalle Centrali Operative, risulta utile per rispondere in modo continuativo ai molteplici bisogni di



salute, secondo un approccio centrato sulla persona nell'ottica di assicurare omogeneità di trattamento, trasparenza ed equità nell'accesso alle cure. In questo contesto, la definizione di una logica adattativa "plastica", dinamica e configurazionale, fondata sul riconoscimento della necessità di perseguire logiche di cambiamento continuo e sulla capacità di operare in un'ottica *mission driven*, si configura come uno strumento essenziale. Essa consente al sistema di adattarsi dinamicamente ai cambiamenti, integrando servizi e competenze per affrontare le sfide della fragilità organizzativa. Tale approccio critico al cambiamento, incentrato sull'influenza piuttosto che sul potere, in cui, come suggerito da Lichtenstein *et al.*, prevalgono processi partecipati di *leadership* piuttosto che tradizionali tecniche di management (Lichtenstein *et al.*, 2009), mette in luce specifici pattern via via emergenti di soluzioni da prefigurare e attuare in coerenza con i diversi contesti caratterizzanti le comunità locali, intese sia come popolazioni di riferimento da assistere sia come organizzazioni. Inoltre, può fornire una direzione per affrontare le sfide presenti e future in una cornice di pensiero strategico e metodologico in grado di guidare un'assistenza sanitaria *Value Based*, basata su processi ed esiti di salute, su un *middle management* forte, motivato e ben inserito nelle posizioni aziendali e su logiche di integrazione,

sulle reti e su una collaborazione più forte tra le diverse componenti, per realizzare un Servizio sanitario universale ed equo, in grado di fornire al cittadino le risposte attese, evitando di delineare modelli e strumenti operativi standard che, se non opportunamente declinati rispetto ai contesti di riferimento, sono forieri di rischi di riduzionismo della complessità dei fenomeni in atto (Barbara, 2024; Cifalino *et al.*, 2023; Del Vecchio, 2020; Meyer *et al.*, 1993; Michael *et al.*, 2014).

In sintesi, il successo di questo progetto sottolinea non solo l'importanza di un approccio coordinato e integrato nella gestione delle cure di transizione. Con le dovute accortezze, questo offre anche un modello replicabile per future iniziative di collaborazione tra aziende sanitarie, promuovendo così un Servizio Sanitario più efficace, efficiente e centrato sul paziente e sui suoi bisogni.

## 6. Ringraziamenti

Si ringraziano le Aziende Sanitarie Locali Roma 4 e Roma 5 per la preziosa collaborazione e la verifica delle informazioni che ne descrivono il contesto e le attività.

Si ringraziano Lavinia Camilla Barone, Mirko Di Martino e Adele Lallo per la condivisione di materiale utile alla stesura del presente articolo e per la rilettura critica del medesimo.

## BIBLIOGRAFIA

- ASL Roma 1 (2023). Deliberazione del Direttore Generale n. 15 del 12/01/2023 con oggetto Istituzione delle Centrali Operative ASL Roma 1 in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 – Approvazione del “Documento tecnico esplicativo Centrali Operative ASL Roma 1”.
- ASL Roma 4 (2023). Deliberazione del Direttore Generale n. 586 del 17/07/2023. Istituzione e Regolamento attuativo – La Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT-A) della ASL Roma 4 e le Centrali Operative Territoriali Distrettuali (COT-D).
- ASL Roma 5 (2022). Deliberazione del Direttore Generale n. 2288 del 29/12/2022. DGR 111 del 30/11/2022 – Approvazione “Protocollo Operativo COT “0” – Strategica – ASL Roma 5”.
- AUO Sant’Andrea (2023). Deliberazione del Direttore Generale n. 531 del 10 maggio 2023. Istituzione COT-H Aziendale Sant’Andrea.
- Barbara A. (2024). *Assistenza sanitaria territoriale di prossimità e telemedicina nella Asl Roma 1 alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: un modello di gestione della complessità in contesto urbano metropolitano*. Sapienza Università di Roma.
- Cifalinò A., Lisi I.E., Gorli M., Scaratti G. (2022). Managing boundaries through strategy maps in pluralistic contexts. *Management Decision*, 60(13): 153-72.
- Cifalinò A. et al. (2023). *Prefigurare e agire il management della salute di prossimità nelle aree metropolitane nel SSN. Position Paper a cura di CERISMAS, AUSL di Bologna, ATS Milano Città Metropolitana, ASL Roma 1 e ASL Napoli 1 Centro*. Milano: Vita e Pensiero.
- Cinar et al. (2021). An international exploration of barriers and tactics in the public sector innovation process. *Public Management Review*, 23(3): 326-353.
- Coleman E. A., & Boulc C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4).
- Dalponete F., Ferrara L., Zazzera A. & Tozzi V. (2022). COT tra indicazioni nazionali e declinazioni territoriali. In: *Rapporto OASI 2022* (pp. 433-464). Milano: Egea.
- Del Vecchio M., Romiti A. (2020). *Governare le aziende sanitarie in cambiamento. Top e middle management alla prova delle nuove dimensioni*. Milano: Egea.
- Ferrara L., Tozzi V., & Zazzera A. (2021). Il management della transizione: COT e non solo COT. In: *Rapporto OASI 2021* (pp. 489-517). Milano: Egea.
- Ferrara L., Dalponete F. (2023). Funzioni e geografie della COT e la gestione della transizione. In: F. Longo, V. Tozzi (a cura di). *Management della Cronicità: Logiche aziendali per gestire i nuovi setting sanitari finanziati dal PNRR*, cap. 7, pp. 149-170. Milano: Egea.
- Frisicale E.M., Barbara A., Perilli A., Carini E., Grossi A., Simonetti L. et al. (2023). The district operation centres in one of the largest local health authorities in Italy to manage COVID-19 surveillance and homecare: first implementation and results of a survey addressed to general practitioners. *BMC Health Serv Res*, 23(1), 1218. Disponibile su: /pmc/articles/PMC10629134/.
- Furia G., Vinci A., Colamesta V., Papini P., Grossi A., Cammalleri V. et al. (2023). Appropriateness of frequent use of emergency departments: A retrospective analysis in Rome, Italy. *Front Public Health*, 11, 1150511.
- Lee J.Y., Yang Y.S., Cho E. (2022). Transitional care from hospital to home for frail older adults: A systematic review and meta-analysis. *Geriatr Nurs*, 43: 64-76. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2021.11.003.
- Lichtenstein B.B., Plowman D.A. (2009). The leadership of emergence: A complex systems leadership theory of emergence at successive organizational levels. *Leadership Quarterly*, 20(4): 617-30.
- Longo F., Guerra F., & Zazzera A. (2023). La trasformazione dell’assistenza territoriale e gli spazi di autonomia locali: le variabili strategiche. *Mecosan*, 123.
- Meyer A.D., Tsui A.S., Hinings C.R. (1993). Configurational approaches to organizational analysis. *Academy of Management Journal*, 36(6): 1175-95.
- Michael A., Mruganka K. (2014). *Change Management in Healthcare: Literature Review*. Monieson Centre for Business Research in Healthcare – Queen’s University.
- Ministero della Salute (2022). Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la defi-

nizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (22G00085) (GU Serie Generale n. 144 del 22-06-2022). -- Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>.

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.

Regione Lazio (2020). Determinazione 25 settembre 2020, n. G10994. Approvazione del documento inerente all'Integrazione Ospedale – Territorio denominato: “Centrale Operativa Aziendale e – Centrale Operativa Regionale Acuzie e Post-Acuzie”.

Regione Lazio (2022a). Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643. Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77”.

Regione Lazio (2022b). Determinazione 18 novembre 2022, n. G15959. Revisione del “Piano Regionale per la Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso” (DCA U00453/2019).

Regione Lazio (2023). Determinazione 28 febbraio 2023, n. G02706. Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022.

Zazzera A., Ferrara L., & Tozzi V. D. (2021). Care transition for complex patients: a framework to analyse and develop the Operating Centres for Transition. *Journal of integrated care*, 29(4): 425-438.