Un modello di cambiamento organizzativo: dai Nuclei Continuità Ospedale Territorio alle Centrali Operative Territoriali nell'AUSL della Romagna

L'articolo evidenzia le potenzialità delle COT per garantire la continuità assistenziale, in percorsi caratterizzati da traiettorie diverse (ospedale-territorio, territorio-ospedale, territorio-territorio) ma accomunati da complessità dei bisogni e fragilità. Per realizzare una valutazione e un accompagnamento di tipo globale è fondamentale un'équipe di carattere multidisciplinare, in cui la figura dell'assistente sociale fornisca uno sguardo complementare a quello delle figure sanitarie.

Di Catia Benelli *(assistente sociale specialista, responsabile Area Sociale Interdipartimentale Dipartimento cure primarie medicina di comunità, presidi ospedalieri e distretti AUSL della Romagna)*, Felicia Suriano *(assistente sociale AUSL della Romagna, membro dell'équipe COT provinciale Ravenna)*

Il tema delle dimissioni protette è stato affrontato in due precedenti articoli, fra loro collegati: il primo (Silvani, 2024) ha evidenziato la necessità di inserire la figura dell'assistente sociale nell'équipe multiprofessionale delle Centrali Operative Territoriali (COT), con un'ottica nazionale; il secondo (Briani, 2024) ha presentato l'esperienza dell'Emilia-Romagna, ponendo in luce lo sviluppo dei percorsi di continuità assistenziale in una regione con molti punti di forza e tappe significative nell'assistenza territoriale e nell'integrazione socio-sanitaria. Qui, attraverso un meccanismo di progressiva lente di ingrandimento, verrà analizzato un percorso specifico che ha interessato il territorio di una Azienda USL.

Attivazione e senso dei NuCOT

La gestione della continuità ospedale-territorio è caratterizzata da **diverse configurazioni aziendali e modelli di *transitional care,* oggetto di specifici studi e approfondimenti** che hanno posto a confronto esperienze realizzate in diverse regioni (Ferrara, *et al.,* 2017).

Nel 2018 l'AUSL della Romagna, attraverso la procedura aziendale n. 145 denominata "Percorso Dimissioni Protette: attività del Nucleo Continuità Ospedale Territorio", ha attivato i **Nuclei di Continuità Ospedale-Territorio**, denominati NuCOT: si è trattato di **centrali con ambito di competenza provinciale, adibite alla gestione della dimissione protetta di pazienti con fragilità di tipo sanitaria, assistenziale, sociale e difficoltà dimissoria**. La procedura PA 145/2018 ha contribuito alla riorganizzazione della rete per la gestione del paziente tra ospedale e territorio, riducendo la frammentazione degli interventi e strutturando un percorso nell'ottica della personalizzazione delle cure e dell'assistenza.

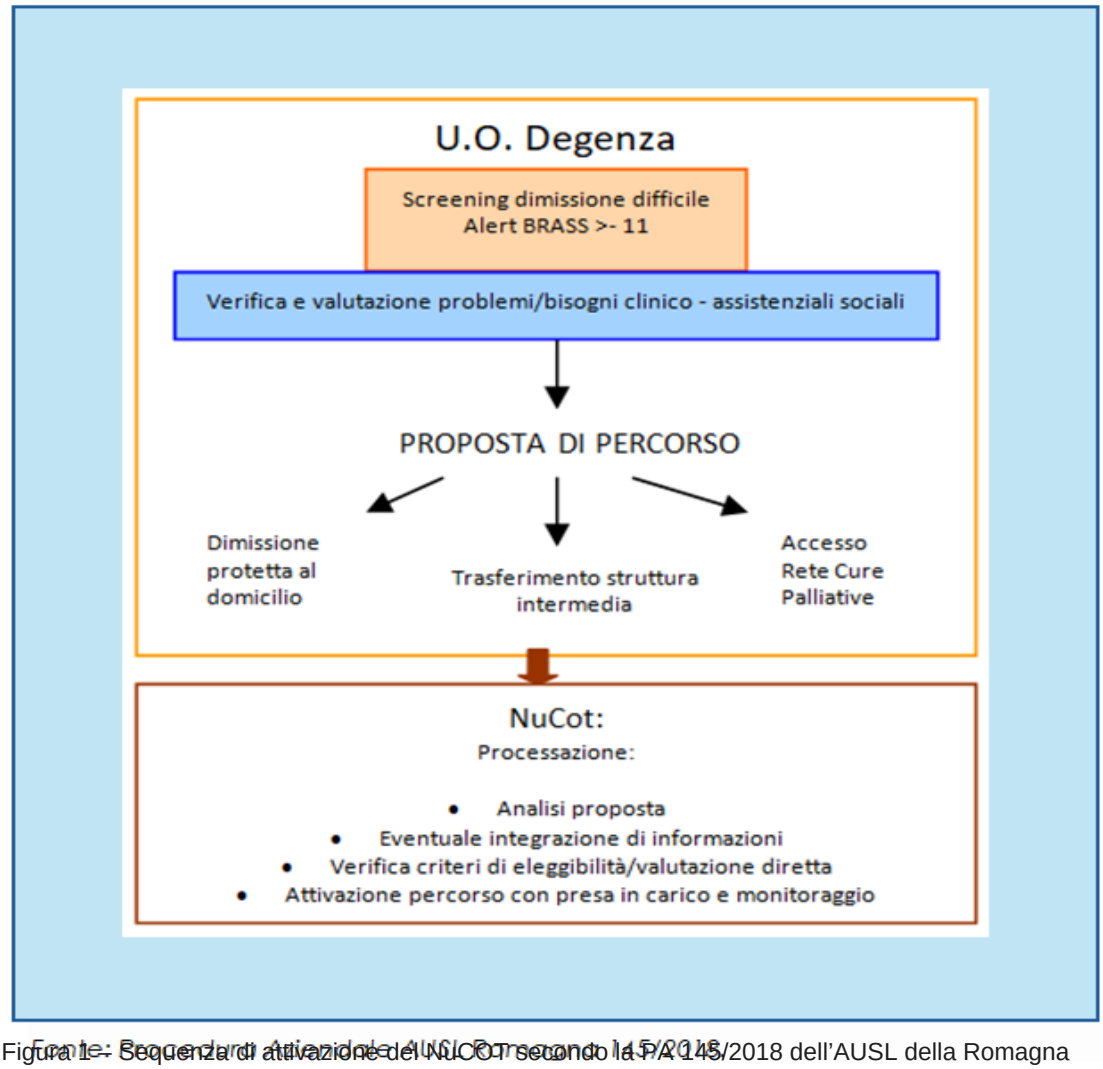

Figura 1 – Sequenza di attivazione del NuCOT secondo la PA 145/2018 dell'AUSL della Romagna

I NuCOT hanno gestito la transizione step-down (ospedale-territorio) verso le cure intermedie, i posti letto sociosanitari ad alta attività assistenziale e il domicilio. Hanno rappresentato la principale forma di coordinamento tra le province dell'AUSL della Romagna e negli anni hanno reso possibile la transizione dei pazienti, prenotando i servizi richiesti dai setting invianti (previa integrazione della valutazione e conferma del bisogno e del setting individuato dall'unità operativa inviante) (Dalponte, *et al.,* 2022).

Principi e metodologia dei NuCOT

Nell'AUSL della Romagna il team del NuCOT ha coordinato i flussi in uscita dall'ospedale, nel pieno rispetto dell'appropriatezza dei setting assistenziali, oltre che dei principi cardine della dimissione protetta per il paziente e la sua famiglia; tale attività è stata garantita attraverso una stretta collaborazione con i *Bed Manager*, per ottimizzare la gestione complessiva dei flussi dei pazienti in entrata e uscita dall'ospedale. **Uno dei principi cardine della dimissione protetta è la pianificazione della dimissione**, ossia un processo dinamico che vede includere diverse azioni:

- pianificazione precoce;
- individuazione dei pazienti fragili a verosimile difficoltà dimissoria;
- individuazione delle aree di complessità dei bisogni;

- individuazione del percorso più opportuno;
- comunicazione con i servizi territoriali;
- comunicazione con i familiari.

I **principi fondamentali del funzionamento del NuCOT** sono rappresentati da:

- centralizzazione della raccolta/processazione delle proposte di dimissioni protette;
- multidimensionalità della valutazione e personalizzazione delle cure;
- monitoraggio dei percorsi;
- disponibilità di un sistema informatico unico;
- utilizzo di indicatori comuni.

La metodologia utilizzata per la valutazione dei bisogni delle persone si identifica nella valutazione multidimensionale, ritenuta la più efficace per la gestione del paziente anziano fragile e/o disabile, con pluripatologie croniche, in grado di fornire un approccio globale alla persona nella sua complessità bio-psico-sociale, con un'attenzione particolare alla sfera funzionale e sociale. Nel modello sociale l'attenzione è centrata sulle dimensioni soggettive e sul comprendere quelle che sono le esigenze, le preferenze e le risorse della persona e della rete di riferimento: è il fulcro dell'intervento che, in ambito ospedaliero, è finalizzato a sostenere la persona e il caregiver nell'accettare le difficoltà e spesso nel riorganizzare la propria vita a causa dell'evento patologico e della malattia.

È di importanza rilevante che, insieme alla figura del medico specialista, nell'équipe di valutazione sia presente anche l'assistente sociale, così da completare e integrare la valutazione per la presa in carico, trasformandola da solamente clinica e sanitaria a presa in carico globale, attenta ai bisogni complessivi della persona e della famiglia e sempre più finalizzata a migliorare la qualità di vita. Questo è possibile perché l'assistente sociale ha specifica conoscenza dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari e dei processi aziendali che sostengono i diversi percorsi di cure; opera in molti casi con la tempestività e l'urgenza tipica dell'intervento sanitario, permettendo il riconoscimento di quei bisogni propri della dimensione sociale e relazionale delle persone, che difficilmente sono colti dal personale sanitario (CNOAS, 2024).

Nell'AUSL della Romagna il processo di individuazione della dimissione protetta ha inizio entro due giorni dal ricovero, attraverso l'accertamento infermieristico nelle unità operative ospedaliere, completato con la rilevazione della scheda BRASS che identifica l'eventuale complessità dimissoria (indice di rischio medio o alto = punteggio ? 11 alla Scala di BRASS). Valutati i bisogni clinico assistenziali da parte del referente infermieristico e del medico di riferimento, ciascuno per le proprie competenze, è possibile attivare un percorso di dimissione protetta al domicilio o di invio presso strutture intermedie.

Nel caso sia stata ipotizzata nelle unità operative ospedaliere una vulnerabilità o complessità di tipo sociale che richieda approfondimenti, **l'infermiere case manager richiede una consulenza all'assistente sociale del NuCOT**. L'attività dell'assistente sociale in questo caso assicura la valutazione tecnico professionale in modo da intercettare precocemente i bisogni socio assistenziali; contribuisce, inoltre, alla pianificazione della proposta dei percorso dimissorio a favore del paziente fragile, promuovendo interventi socio-sanitari integrati di sostegno per la gestione di pazienti fragili, anche favorendo percorsi di accesso alla rete dei servizi per la non autosufficienza e accompagnando il caregiver nel percorso di continuità assistenziale.

A seguito della valutazione sociale, il referente medico e il referente infermieristico – elaborata la proposta di percorso dimissorio, tenendo conto di tipologia e complessità dei bisogni e dei criteri di invio per ciascun setting – inviano la scheda di proposta dimissoria al NuCOT tre giorni lavorativi prima della presunta data di dimissibilità o trasferibilità della persona.

Ricevuta la proposta, l'équipe del NuCOT provvede alla sua processazione attraverso una prima analisi della scheda, con verifica della corretta e completa compilazione delle informazioni previste, integrandole – se necessario – con ulteriori informazioni sanitarie e sociali, attraverso la consultazione di archivi informatici, contatti con la famiglia, con il caregiver o attraverso ulteriori contatti con l'unità operativa di riferimento; se necessario, vengono consultati e coinvolti anche i servizi sociali territoriali.

Una volta verificati i criteri di eleggibilità al setting identificato (domicilio o struttura intermedia oppure invio alla rete delle cure palliative), viene attivato il percorso di dimissione protetta con presa in carico; il progetto di invio viene monitorato dall'équipe del NuCOT fino alla sua chiusura ed eventuale passaggio della presa in carico ai servizi territoriali. In questa fase di processo, l'assistente sociale incontra il paziente, il familiare o caregiver o amministratore di sostegno per condividere il percorso di continuità assistenziale; nel caso di inserimento presso una struttura intermedia monitora il progetto, garantendo accessi settimanali programmati, anche attivando e partecipando all'unità di valutazione multidimensionale / multidisciplinare per accedere agli interventi della rete dei servizi per la non autosufficienza e disabilità.

È bene sottolineare come **la figura dell'assistente sociale rivesta un ruolo determinante nella realizzazione del progetto assistenziale personalizzato**. Gli interventi della rete territoriale variano in funzione degli aspetti sociali, ambientali ed economici che l'assistente sociale riscontra in fase di valutazione: è pertanto in grado di proporre interventi condivisi con la famiglia e con i servizi territoriali per la continuità assistenziale, rispondendo in maniera appropriata e puntuale ai bisogni della persona. La valutazione sociale avviene tramite uno scambio continuo di informazioni tra gli attori coinvolti (persona, caregiver, familiari, medico di medicina generale, infermiere, assistenti sociali territoriali, ecc.) e svolge un ruolo fondamentale per delineare il progetto assistenziale personalizzato.

La Centrale Operativa Territoriale

Considerato il DM Salute 77/2022, che ha definito i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, **nell'AUSL della Romagna i NuCOT sono evoluti in Centrali Operative Territoriali (COT)**. Le COT, finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), costituiscono un innovativo modello organizzativo di centrale che svolge funzioni di coordinamento sia della presa in carico della persona, diventata integrata e coordinata, che del raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere; inoltre dialogano con la rete dell'emergenza-urgenza. Nel DM Salute 77/2022, allegato 1 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", punto 8, lo standard di dotazione delle COT è definito in 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti (o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore); il relativo standard di personale è indicato come 1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto.

Considerato l'imminente cambiamento organizzativo previsto dal DM 77/2022, l'AUSL della Romagna ha promosso per i professionisti aziendali una **formazione con CERGAS Bocconi, individuando tre laboratori specifici: COT, Ospedali di Comunità, presa in carico delle cronicità**. Un'attenta analisi aziendale del sistema di funzionamento dei NuCOT ha consentito di evidenziare, attraverso una struttura valutativa condivisa, gli elementi caratterizzanti del modello di servizio, delle funzioni erogate e delle condizioni organizzative presenti nei singoli contesti aziendali. Il gruppo di lavoro CERGAS Bocconi ha analizzato le possibili transizioni integrando i modelli già esistenti con nuovi percorsi di transizione, non previsti ma ritenuti strategici dagli attuali assetti organizzativi legati alle singole pratiche assistenziali e ai percorsi di transizione attualmente presenti all'interno delle singole aziende sanitarie.

Alla luce dei risultati del laboratorio CERGAS Bocconi e seguendo le indicazioni previste nel DM 77/2022, l'AUSL della Romagna ha attivato 11 COT, una per distretto ad eccezione dei distretti di Forlì, Cesena e Rimini, con un numero maggiore per le loro caratteristiche orografiche; la figura 2 evidenzia le COT inserite nel territorio distrettuale in

rete con le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e i presidi ospedalieri.

Figura 2 – Le COT dell'AUSL della Romagna

Rispetto al precedente sistema di centrali provinciali, **l'AUSL della Romagna ha colto l'opportunità di ridisegnare il sistema COT potenziando le azioni trasversali e gli strumenti necessari per favorire le connessioni con i servizi sociali competenti territorialmente e con i servizi sanitari specialistici territoriali**; inoltre, sviluppando un sistema informativo dedicato alle COT, con un cruscotto digitalizzato per monitorare le transizioni (includendo in prospettiva anche i servizi sociali).

Transizioni

Fino ad oggi **il lavoro delle centrali si è concentrato sulla transizione principale, ovvero quella step-down (ospedale-territorio); il cambiamento ha previsto l'aggiunta delle transizioni step-up (territorio-ospedale) e territorio-territorio** (Agenas, 2022). Il *Transitional Care Model* rappresenta la metodologia di riferimento per l'implementazione dei percorsi di continuità assistenziale tra i diversi setting.

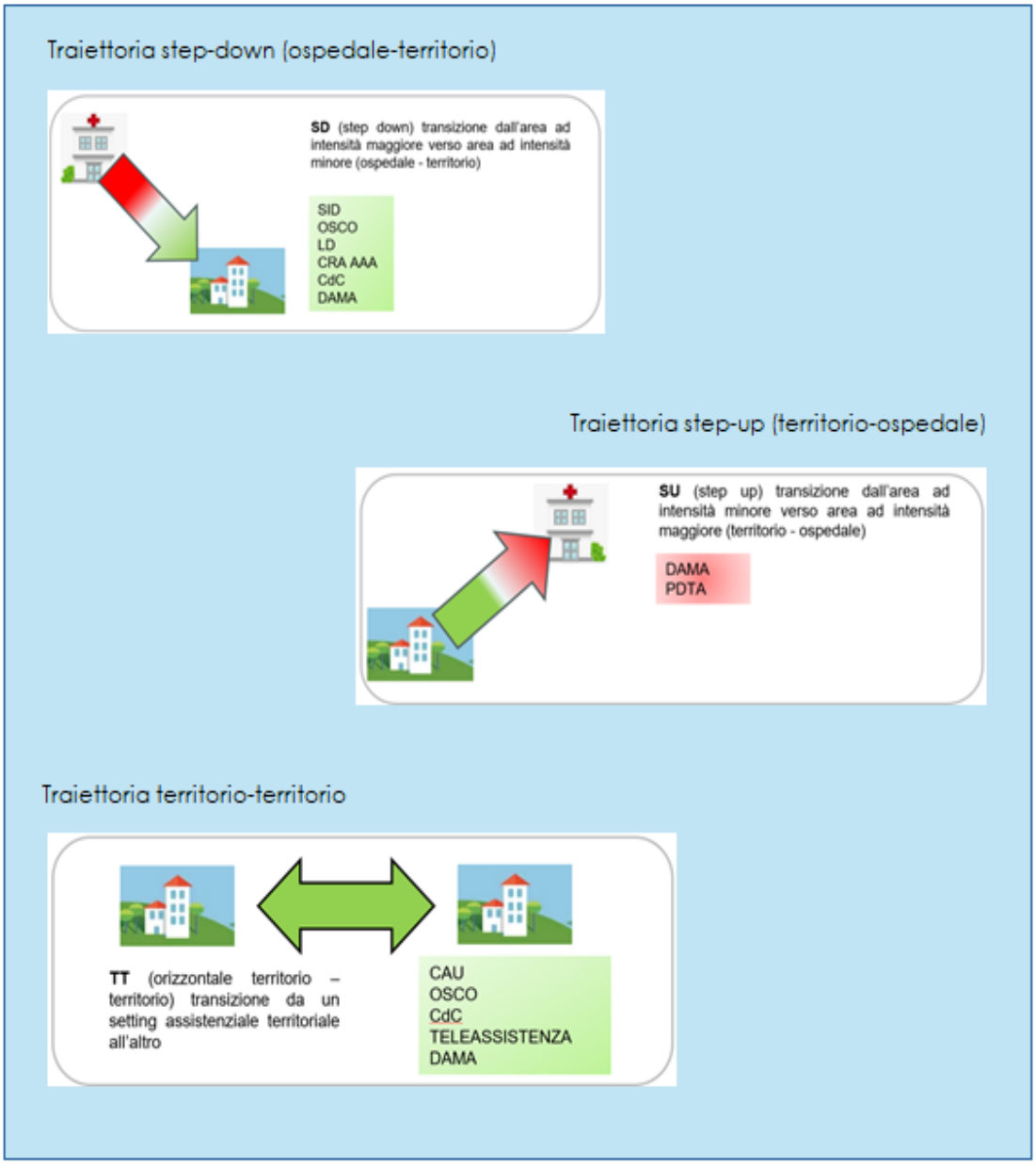

Figura 3 – Traiettorie di continuità assistenziale

Riguardo alla **dotazione del personale**, a livello nazionale (DM 77/2022) non viene indicata la figura dell'assistente sociale all'interno delle COT; questo nonostante la figura dell'assistente sociale nelle COT possa essere considerata fondamentale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione appunto è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione (Pesaresi, 2022).

A livello regionale, la DGR 2221/2022 sostanzialmente recepisce le indicazioni del DM 77/2022, riportandole alla realtà dell'Emilia-Romagna, e premettendo che saranno previsti provvedimenti successivi per definire più approfonditamente i singoli ambiti rispetto all'organizzazione territoriale. Recentemente è stata approvata la DGR 796/2024 che, nel confermare obiettivi e impianto nazionale di istituzione delle COT, **sottolinea la centralità del contributo dell'assistente sociale**: *"A garanzia dell'integrazione socio-sanitaria, resta inteso che la figura dell'assistente sociale, del servizio sanitario regionale e/o degli enti locali, deve essere garantita in presenza o mediante stretto collegamento funzionale."* (punto 3.4, dotazione di

personale) (Briani, 2024).

Valutando le competenze acquisite negli anni dall'équipe multiprofessionale dei NuCOT, **l'AUSL della Romagna ha stabilito di mantenere tale figura all'interno delle COT, ritenendo l'assistente sociale un valore aggiunto, capace di contribuire attivamente nell'integrazione socio-sanitaria**, per costruire percorsi di continuità assistenziale adeguati ai bisogni della persona e del suo caregiver (considerato elemento essenziale nel definire il progetto socio assistenziale), collaborando anche in stretto raccordo con i PUA. Il riferimento normativo è la DGR 2161/2023.

Già dal 2019 la direzione aziendale ha attribuito agli assistenti sociali aziendali specifici incarichi di funzione, tre dei quali – responsabile area sociale interdipartimentale dipartimento cure primarie medicina di comunità e presidi ospedalieri, servizio sociale interdipartimentale non autosufficienza dimissioni protette punto unico, servizio sociale interdipartimentale residenzialità socio-sanitaria – afferenti al direttore delle attività socio sanitarie. Gli incarichi di funzione organizzano a livello trasversale l'operatività del servizio sociale a supporto di persone non autosufficienti, con particolare riferimento alla continuità assistenziale, attraverso la promozione di percorsi e protocolli interni al servizio e con altri servizi della rete aziendale e territoriale, a garanzia di percorsi di integrazione territorio-ospedale negli aspetti sociali; inoltre, garantiscono l'interfaccia con gli enti locali nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria. **Negli ambiti territoriali aziendali afferiscono alle COT 20 assistenti sociali aziendali a tempo indeterminato**; il responsabile dell'area sociale interdipartimentale assicura l'ottimizzazione allocativa degli assistenti sociali afferenti alle COT e cura a livello trasversale l'organizzazione delle attività sociali e la gestione dei percorsi sociali.

Infine, **negli ultimi anni l'AUSL della Romagna ha sviluppato, nei tre ambiti provinciali aziendali, dei percorsi di collaborazione tra COT e unità operative di pronto soccorso, attraverso la figura professionale dell'assistente sociale afferente alla COT**, per una gestione appropriata del percorso di persone che giungono in pronto soccorso per problematiche socio assistenziali sanitarie e/o ad alto rischio di esclusione sociale. Lo scopo di tale collaborazione è quello di valutare un progetto socio assistenziale in pronto soccorso/OBI (osservazione breve intensiva) per persone con necessità socio assistenziali a verosimile difficoltà dimissoria, tramite una precoce pianificazione della dimissione, con la finalità di evitare ricoveri impropri e di accompagnare la persona alla rete dei servizi sociali territoriali, favorendo percorsi di continuità assistenziale in fase di dimissione.

Per concludere

Occorre sottolineare come **le riforme in atto implicano una profonda revisione dei modelli organizzativi alla base del sistema salute, in cui la portata innovativa è nel riconoscimento dei determinanti sociali della salute** che comportano, per il servizio sociale, l'avvio dei percorsi di innovazione, costruzione e rafforzamento di spazi e competenze professionali specifiche. Pertanto il ruolo dell'assistente sociale nel "nuovo sistema salute" prevede una presenza professionale nella continuità assistenziale, sia essa ospedale-territorio, territorio-ospedale o territorio-territorio, che richiede specifiche competenze.

La continuità assistenziale e l'accompagnamento nella transizione nei setting di cura tendono a creare una circolarità tra sistemi che supera la tradizionale teoria organizzativa per strutture, con una tensione verso un'azione per processi. Oggi si configura sempre più un **sistema salute che supera l'impostazione di un "ospedale oltre le mura" (ovvero la proiezione organizzativa dell'ospedale sul territorio) e si orienta verso la costruzione di un sistema in cui ospedale e territorio evolvono insieme in un approccio organizzato e gestionale integrato, in cui la sanità territoriale ha una propria infrastruttura organizzativa**. Questo nuovo approccio configura sempre più le funzioni dell'assistente sociale in sanità, non solo e non tanto per la sua presenza nei reparti, quanto per la sua azione nei percorsi di cura e assistenziali delle persone (CNOAS, 2024).

Riferimenti normativi

DM Salute 23/5/2022 n. 77, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.*

DGR Emilia-Romagna 12/12/2022 n. 2221, *Primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del DM 77/2022.*

DGR Emilia-Romagna 12/12/2023 n. 2161, *Linee guida per la progettazione e l'implementazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) e la definizione degli accordi di programma in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità*.

DGR Emilia-Romagna 14/5/2024 n. 796, *Linee di indirizzo per l'attuazione delle Centrali Operative Territoriali in Emilia-Romagna.*

Riferimenti bibliografici

Agenas Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (2022), *La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione,* I Quaderni, supplemento alla rivista semestrale Monitor.

Briani M.C. (2024), *Dimissioni protette in Emilia-Romagna: sviluppo di percorsi assistenziali a tutela della non autosufficienza,* in I luoghi della cura, n. 3.

CNOAS Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali (2024), *Il servizio sociale professionale nei processi di continuità assistenziale. Un approfondimento sul servizio sociale professionale negli ospedali e nelle COT.*

Dalponte F., Ferrara L., Zazzera A., Tozzi V.D. (2022), *COT tra indicazioni nazionali e declinazioni territoriali,* in CERGAS Bocconi, a cura di, *Rapporto OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano) 2022,* Egea.

Ferrara L., Morando V., Tozzi V.D. (2017), *Configurazioni aziendali e modelli di transitional care: la gestione della continuità ospedale-territorio,* in CERGAS Bocconi, a cura di, *Rapporto OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano) 2017,* Egea.

Pesaresi F. (2022), *Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale. La norma, gli approfondimenti, le valutazioni,* welfare ebook, n. 7.

Pesaresi F. (2022), *Le Centrali Operative Territoriali (COT). Come saranno,* in I luoghi della cura, n. 3.

Silvani M. (2024), *Dal LEPS dimissioni protette alle COT, quale futuro per la non autosufficienza? Il contesto nazionale e le questioni aperte,* in I luoghi della cura, n. 2.