

Organizzare l'azienda sanitaria di Latina alla luce del DM 77: analisi ed esperienze*

Manuela Lombardi, Marzia Ventura, Concetta Lucia Cristofaro, Rocco Reina, Sabrina Cenciarelli, Sergio Parrocchia, Giuseppe Ciarlo, Assunta Lombardi**

Negli ultimi anni, il contesto sanitario italiano è soggetto a profondi cambiamenti e trasformazioni, determinati sia dall'evoluzione delle esigenze della popolazione, sia dalle sfide imposte dalla pandemia, che hanno accelerato l'adozione di innovazioni tecnologiche. In particolare, le Aziende Sanitarie Locali (ASL) sono chiamate a rimodulare e ridefinire i modelli organizzativi di Assistenza Territoriale. Questi cambiamenti hanno un impatto sui diversi elementi del contesto sanitario italiano, anche rispetto alle comunità di professionisti, che si devono interrogare sui nuovi ruoli e sulle nuove opportunità di servizio rispetto ai bisogni dei pazienti.

* Si ringrazia l'ASL di Latina e il suo Gruppo Dirigente per aver messo a disposizione documenti e dati, senza i quali la redazione del presente articolo non sarebbe potuta avvenire.

** Manuela Lombardi, Dirigente Medico di Distretto, Asl di Latina; Referente Asl di Latina per il monitoraggio del DM\77 Regione Lazio.

Marzia Ventura, PhD, Università "Magna Græcia" di Catanzaro.

Concetta Lucia Cristofaro, PhD, Università e-Campus.

Rocco Reina, PhD, Università "Magna Græcia" di Catanzaro.

Sabrina Cenciarelli, Commissario Straordinario, Asl di Latina.

Sergio Parrocchia, Direttore Sanitario, Asl di Latina.

Giuseppe Ciarlo, Capo Dipartimento attività distrettuali, Asl di Latina.

Assunta Lombardi, Capo Dipartimento Staff, Asl di Latina.

In linea con le indicazioni ministeriali, DGR n. 643 del 2022, è stato approvato il documento denominato "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 (PNRR)...", che si inserisce nel quadro delle azioni di transizione digitale previsti dalla Missione 6 Salute.

Su tali stimoli, l'ASL di Latina ha avviato fin dal 2023 i relativi processi di organizzazione e ri-organizzazione, descritti nel presente contributo. Sull'analisi organizzativa di tale modello di intervento sulla Sanità Territoriale Laziale, sono state sviluppate alcune considerazioni sia di sistema sia operative, tutte finalizzate all'evidenziazione di pratiche disponibili per futuri confronti.

Parole chiave: modello organizzativo, DM 77, Assistenza Territoriale, ASL di Latina.

Organize the Local Health Unit of Latina in light of DM 77: Analysis and Experiences

In recent years, the Italian healthcare context has undergone profound changes and transformations, determined both by the

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Il modello di assistenza sanitaria emergente per l'efficacia organizzativa
3. L'Azienda Sanitaria Locale di Latina: analisi di contesto e organizzativa
4. Il modello organizzativo adottato
5. Le risorse professionali coinvolte
6. Analisi dell'impatto
7. Considerazioni di sintesi

evolution of the population's needs and by the challenges imposed by the pandemic, which have accelerated the adoption of technological innovations. In particular, the Local Health Unit (in Italian Azienda Sanitaria Locale – ASL-) are called to remodel and redefine the organizational models of Territorial Assistance. These changes have an impact on various elements of the Italian healthcare context, including with respect to the communities of professionals, who must question themselves on the new emerging roles and new service opportunities with respect to the needs of patients. In line with ministerial indications, DGR 643 of 2022, the document "General Guidelines for the programming of territorial reorganization interventions of the Lazio Region in application of the activities envisaged by the National Recovery and Resilience Plan (PNRR)... " was approved, which is part of the digital transition actions envisaged by Mission 6 -Salute-

On these stimuli, the Local Health Unit of Latina has started the related organization and re-organization processes since 2023, described in this contribution. On the organizational analysis of this intervention model on the Lazio Territorial Health, some systemic and operational considerations have been developed, all aimed at highlighting practices available for future comparisons.

Keywords: organizational model, DM 77, Territorial Assistance, local health unit of Latina.

Articolo sottomesso: 30/10/2024,
accettato: 06/11/2024

1. Introduzione

A meno di 50 anni dal processo di riforma della Sanità Pubblica, il Sistema

Sanitario Nazionale sta affrontando una serie di sfide che ne stanno minando la stabilità: aumento significativo dell'aspettativa di vita, aumento delle cronicità (anche rispetto alle generazioni più giovani), disuguaglianza nell'accesso alle cure (Italia al 7° posto nella graduatoria europea), rilevanza della vulnerabilità sociale (una delle cause determinanti della salute), bisogni assistenziali crescenti, definanziamento costante del Sistema Sanitario Pubblico. Tutte queste sfide impattano sulle organizzazioni sanitarie che sono obbligate ad attivare processi di *ri-organizzazione*. Davanti a tali bisogni l'obiettivo è quello di rispondere alle esigenze emergenti considerando le risorse scarse disponibili, facendo riferimento specifico alla dotazione qualitativa del personale, delle risorse cognitive e di competenze disponibili. Se tutte queste attenzioni nel tempo hanno privilegiato l'analisi e il sostegno alla singola Azienda Sanitaria, i processi attivati – nella visione del DM 77 – finiscono per non riguardare una sola realtà sanitaria, nella sua unicità e specificità, ma anche le relazioni esistenti tra le diverse organizzazioni sanitarie facenti parte della rete sanitaria territoriale; ossia concentrare l'attenzione sui modelli di complementarietà necessariamente presenti tra le Organizzazioni del Sistema Sanitario: ospedali ad alta specializzazione, servizi socio-sanitari territoriali, enti del terzo settore. Per rispondere però a queste esigenze emergenti bisogna riflettere su una necessaria *ri-organizzazione*, che tenga conto dell'integrazione tra Cure Primarie e Offerta Specialistica Ospedaliera, della valorizzazione dei team multidisciplinari e, soprattutto, porre l'attenzione verso una Sanità in rete per favorire la prossimità e la proat-

tività nonché la prevenzione e la personalizzazione delle cure.

Pertanto, ri-organizzare la Sanità in rete significa considerare non la singola azienda ma tutte le organizzazioni sanitarie insistenti sul territorio, tutte interdipendenti e finalizzate rispetto la salute del paziente. In tale nuova situazione, l'indicatore del posto letto ospedaliero, da sempre considerato elemento principale attraverso il quale misurare la performance organizzativa dell'Azienda Sanitaria, finisce per essere limitato nella logica del sistema a rete anticipato e scarsamente rappresentativo della qualità percepita dei servizi offerti al paziente. Su tale lunghezza d'onda si inserisce il DM 77, evidenziando il ruolo attivo delle politiche centrate sull'organizzazione e offerta dell'assistenza sul territorio. La volontà dell'Amministrazione è stata infatti la ricerca di un modello di assistenza e la definizione di standard organizzativi comuni per garantire una distribuzione omogenea a livello nazionale dei servizi, elemento questo sì di innovazione e significatività per l'assistenza territoriale. Se questi sono gli obiettivi dichiarati, la loro realizzazione richiede una serie di decisioni che devono essere assunte "sul posto" e in maniera contingente. Infatti, i cambiamenti introdotti dalla normativa nazionale lasciano spazi di autonomia che devono essere gestiti e organizzati dalle Organizzazioni della Salute. Tali aree di indeterminatezza del Decreto, lasciano lo spazio a decisioni specifiche rispetto alla vocazione e al target dei servizi propri delle strutture o dei modelli organizzativi, del sistema delle responsabilità nella gestione dei nuovi setting di cura, dell'organizzazione delle interdipendenze, delle forme di collaborazione da mettere in atto e della programmazione dei processi operativi.

Su tali stimoli – e rispetto le esigenze della normativa cogente – il presente contributo vuole evidenziare quanto fatto sul territorio dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Latina, impegnata fin da subito nell'implementazione operativa delle novità presenti nel DM 77, nelle sfide indotte dalla Sanità in rete, partendo dalle caratteristiche della Comunità servita.

2. Il modello di assistenza sanitaria emergente per l'efficacia organizzativa

Dall'analisi di quanto indicato nel DM 77 appare evidente come uno dei principali obiettivi richiamati sia costituito dalla necessità di riequilibrare e rafforzare i processi di integrazione tra Assistenza Ospedaliera e Assistenza Territoriale, anche per effetto della necessità di confrontarsi con un contesto in cambiamento. Così l'Unità Organizzativa Ospedale finisce per essere dedicata alla gestione delle cronicità e delle acuzie e deve essere capace di colloquiare con le Unità Organizzative dell'Assistenza Primaria e Ambulatoriale, per poter gestire i pazienti nelle diverse fasi della cura; proprio tali input finiscono per suggerire la possibilità di individuare Unità Organizzative Intermedie idonee a sviluppare quella continuità assistenziale utile al Paziente che necessita. Occorre pertanto immaginare processi di integrazione crescenti tra le diverse Unità Organizzative coinvolte, attraverso meccanismi di coordinamento e di governance a livello territoriale, finalizzati a prendersi cura delle persone. Il modello organizzativo dell'Assistenza dovrà pertanto privilegiare l'attenzione alle persone, durante tutto il continuum delle cure, piuttosto che focalizzarsi sulle singole prestazioni erogate.

L'assistenza centrata sul paziente (PCC) è stata descritta da Balint (1969)¹ come “*understanding the patient as a unique human being*”, divenendo durante tutto il XX secolo un elemento centrale dei sistemi sanitari, con attenzione crescente alla soddisfazione del paziente e al miglioramento della performance organizzativa². Studi specifici a livello internazionale hanno collegato le pratiche della PCC con miglioramenti nelle condizioni di salute, una maggiore aderenza nelle cure, un minore utilizzo dell'assistenza sanitaria, migliori valutazioni e migliore qualità dell'assistenza finale. Pertanto, la PCC si estende oltre la fornitura della semplice assistenza sanitaria, comprendendo l'istruzione medica, la legislazione sanitaria e il miglioramento della qualità. La maggior parte degli studiosi e policymaker concorda sul fatto che PCC rappresenti un passaggio da un approccio tradizionale, guidato dal fornitore e incentrato sulla malattia, a uno che integra completamente le percezioni, i bisogni e le esperienze del paziente, in ogni fase della consulenza medica, del trattamento e del follow-up³. Lo studio condotto da Mead e Bower (2000)⁴ descrive la PCC attraverso cinque dimensioni: a) la prospettiva biopsicosociale, vista come la volontà di essere coinvolti nell'intera gamma di problemi che i pazienti evidenziano, piuttosto che solo quelli biomedici; b)

il paziente come persona, come un individuo piuttosto che come l'oggetto della malattia; c) la condivisione di potere e responsabilità nella relazione medico-paziente egualitaria, che differisce dalla relazione “paternalistica” e deferente del paziente rispetto all'autorità medica; d) l'alleanza terapeutica e il legame personale tra medico e paziente, che dà valore all'empatia, alla considerazione positiva incondizionata e alla percezione del medico come premuroso, sensibile e comprensivo; e) l'ultima dimensione riguarda l'influenza delle qualità personali del medico, il medico-come-persona dove medico e paziente si influenzano in continuazione e non possono essere considerati separatamente.

Per consentire un'implementazione efficace di modelli come quelli da ultimo suggeriti, occorre progettare strutture di raccordo che facciano della continuità assistenziale il loro riferimento essenziale, superando i confini delle singole organizzazioni, come le Centrali Operative territoriali (COT). Infatti, all'interno della riforma della Rete Territoriale contenuta nel DM 77/2022, il ruolo specifico della COT viene individuato quale “un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza”. Per poter svolgere al meglio tale ruolo la COT deve operare in rete con gli altri servizi territoriali, come il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA) e il Punto Unico di Accesso (PUA) (Fig. 1).

Tali collegamenti, in particolare, dovranno essere codificati e strutturati nel

¹ Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1969; 17: 269-276 (*comprensione del paziente come essere umano unico*).

² McMillan S.S., Kendall E., Sav A. et al. Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Med Care Res Rev.* 2013; 70: 567-596.

³ Epstein R.M., Street R.L. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med.* 2011; 9: 100-103.

⁴ Mead N., Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000; 51: 1087-1110.

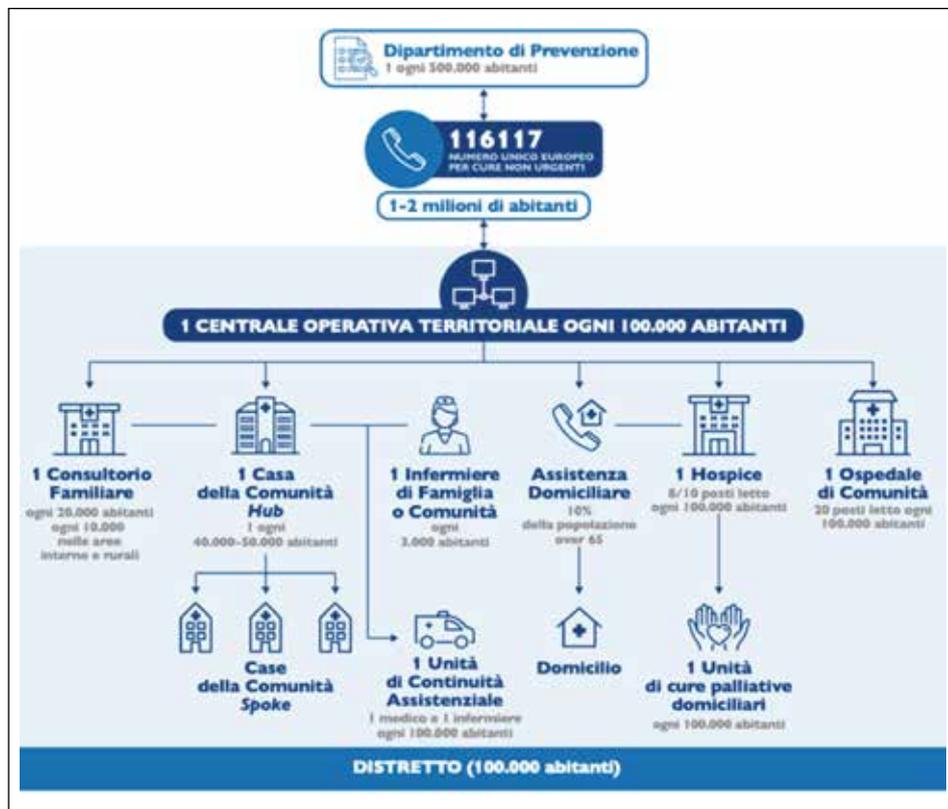


Fig. 1
Le Centrali Operative Territoriali – dimensione Organizzativa

documento di programmazione delle COT da elaborarsi da parte di ciascuna Regione, in modo tale da consentire la presa in carico globale dei bisogni sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali delle persone con cronicità complesse e/o fragili insistenti sul territorio di afferenza del distretto della COT. Fonti AGENAS al giugno del 2024 indicano n. 362 Centrali Operative Territoriali attive sul territorio nazionale, che sono destinate a raddoppiare nel giro di pochi mesi.

3. L'Azienda Sanitaria Locale di Latina: analisi di contesto e organizzativa

L'Azienda Sanitaria Locale di Latina si sviluppa su un territorio che si estende su una superficie di oltre 2200 km²,

comprendendo n. 33 Comuni. La sua popolazione, composta da n. 566.485 abitanti (Istat, 2024), risiede prevalentemente in pianura e in collina, dove si concentrano le fasce più giovani e, per una parte residuale in montagna e nelle isole, dove prevale la popolazione superiore a 65 anni. Nella Tab. 1, viene riportata la riorganizzazione del territorio dell'ASL in Distretti Sanitari, così come la descrizione delle caratteristiche orografiche e di popolazione presenti, con i Comuni coinvolti.

Se dal contesto di riferimento, passiamo al modello organizzativo adottato dall'ASL di Latina si evidenzia come lo stesso utilizza sia strutture a gestione diretta sia strutture accreditate, nelle differenti articolazioni di servizi sanitari offerti. I processi di riprogrammazione e

Tab. 1 – Caratteristiche ASL Latina – Contesto

Distretto	Caratteristiche Territorio/Comunità	Comuni di afferenza
Distretto 1	Territorio prevalentemente pianeggiante; popolazione giovane con un'elevata presenza di stranieri	Aprilia, Cisterna di Latina, Cori, Roccamassima
Distretto 2	Territorio prevalentemente pianeggiante; maggiormente popoloso, con maggiore presenza di stranieri residenti	Norma, Latina, Sermoneta, Sabaudia, Pontinia
Distretto 3	Territorio prevalentemente collinare; la presenza di popolazione immigrata giovane impatta sull'età media della popolazione	Sezze, Priverno, Roccagorga, Roccasecca dei Volsci, Bassiano, Maenza, Prossedi, Sonnino
Distretto 4	Territorio prevalentemente pianeggiante;	San Felice Circeo, Terracina, Monte San Biagio, Fondi, Sperlonga, Lenola, Campodimele
Distretto 5	Territorio prevalentemente collinare; popolazione a forte componente anziana	Gaeta, Formia, Minturno, Santi Cosma e Damiano, Itri, Castelforte, Spigno Saturnia, Ponza e Ventotene;

Fonte: Documentazione aziendale disponibile

riorganizzazione attivati rispetto la rete di offerta sanitaria e socio-sanitaria, così come rispetto l'intera filiera dei servizi, fino alla definizione dell'assetto organizzativo, hanno privilegiato lo spostamento dell'asse di cura dall'Ospedale al Territorio. In tal modo sono state garantite le logiche della prossimità, della presa in carico del paziente e della continuità delle cure, attraverso la presenza di servizi di riferimento per l'assistenza ai cronici (presidi territoriali, poliambulatori, cure intermedie, riabilitazione, consultori ecc.), l'orientamento e l'accesso dei pazienti ai servizi territoriali, il coordinamento dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, la continuità di assistenza e integrazione funzionale tra servizi territoriali e ospedalieri e tra servizi sanitari e sociali, il raccordo e la sistemazione della rete degli operatori accreditati in ambito sanitario (ospedali, ambulatori ecc.) e socio-sanitario (RSA, RSD, CAD ecc.). Un'analisi verticale delle strutture sanitarie coinvolte e insistenti sul territorio dell'ASL di Latina

dimostra come le stesse siano rappresentate *in primis* dai n. 4 Presidi Ospedalieri a gestione diretta, come l'Ospedale "S. Maria Goretti" di Latina, l'Ospedale "A. Fiorini" di Terracina, l'Ospedale "S. Giovanni" di Fondi, l'Ospedale "Dono Svizzero" di Formia.

Le ulteriori strutture implementate dall'ASL di Latina – anche per stimolo indotto dalla normativa ministeriale – vengono riportate nella Tab. 2.

Il confronto operabile attraverso l'uso della tabella, permette di evincere come una delle innovazioni importanti avanzate dal DM 77, viene rappresentato proprio dalle Centrali Operative Territoriali (COT), vere responsabili e depositarie della gestione ottimale dei pazienti, perni e snodi della rete dei servizi di assistenza sul territorio. Completano l'offerta di servizi al Territorio, i Punti Unici di Accesso Comunali (PUA C) istituiti presso i Comuni, capaci di interfacciarsi direttamente con i PUA Distrettuali (PUA D). All'interno dei Punti Unici



Fig. 2
Distribuzione Distretti
Fonte: Sito Aziendale Asl di Latina

di Accesso, oltre alle figure professionali indicate, è presente una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), destinata a valutare bisogni socio-sanitari di tipo complesso (compresenza del bisogno sanitario e sociale), finalizzata all'individuazione – nell'ambito delle risorse disponibili – degli interventi che meglio rispondono alle effettive esigenze della persona, prendendo in considerazione, oltre l'eventuale pato-

logia acuta e cronica, le condizioni di disabilità che condizionano l'attività della vita quotidiana, la rete delle relazioni sociali del soggetto e le sue risorse economiche.

Lo scopo della valutazione multidimensionale è quello di conseguire un giudizio globale sullo stato funzionale della persona. L'UVMD, attraverso la valutazione multidimensionale e multiprofessionale (sanitaria, sociale, relazionale e ambientale) elabora il

Tab. 2 – Caratteristiche ASL Latina – Articolazione organizzativa

Strutture presenti ante DM 77	Strutture in attuazione con il DM 77
n. 3 Case della Salute (CdS)	n. 15 Case di Comunità (CdC)
n. 2 Ospedali di Comunità	n. 6 Ospedali di Comunità
n. 1 Dipartimento di Salute Mentale	n. 5 Centrali Operative Territoriali (COT)
n. 1 Dipartimento di Prevenzione	
n. 1 Dipartimento della Fragilità	
n. 1 Dipartimento delle Attività Distrettuali	
n. 12 Unità Cure Primarie	
n. 8 Punti di Assistenza Territoriali	
n. 7 Punto Unico di Accesso (PUA) per ogni distretto (a cui afferiscono i PUA Comunali)	
n. 1 Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale	

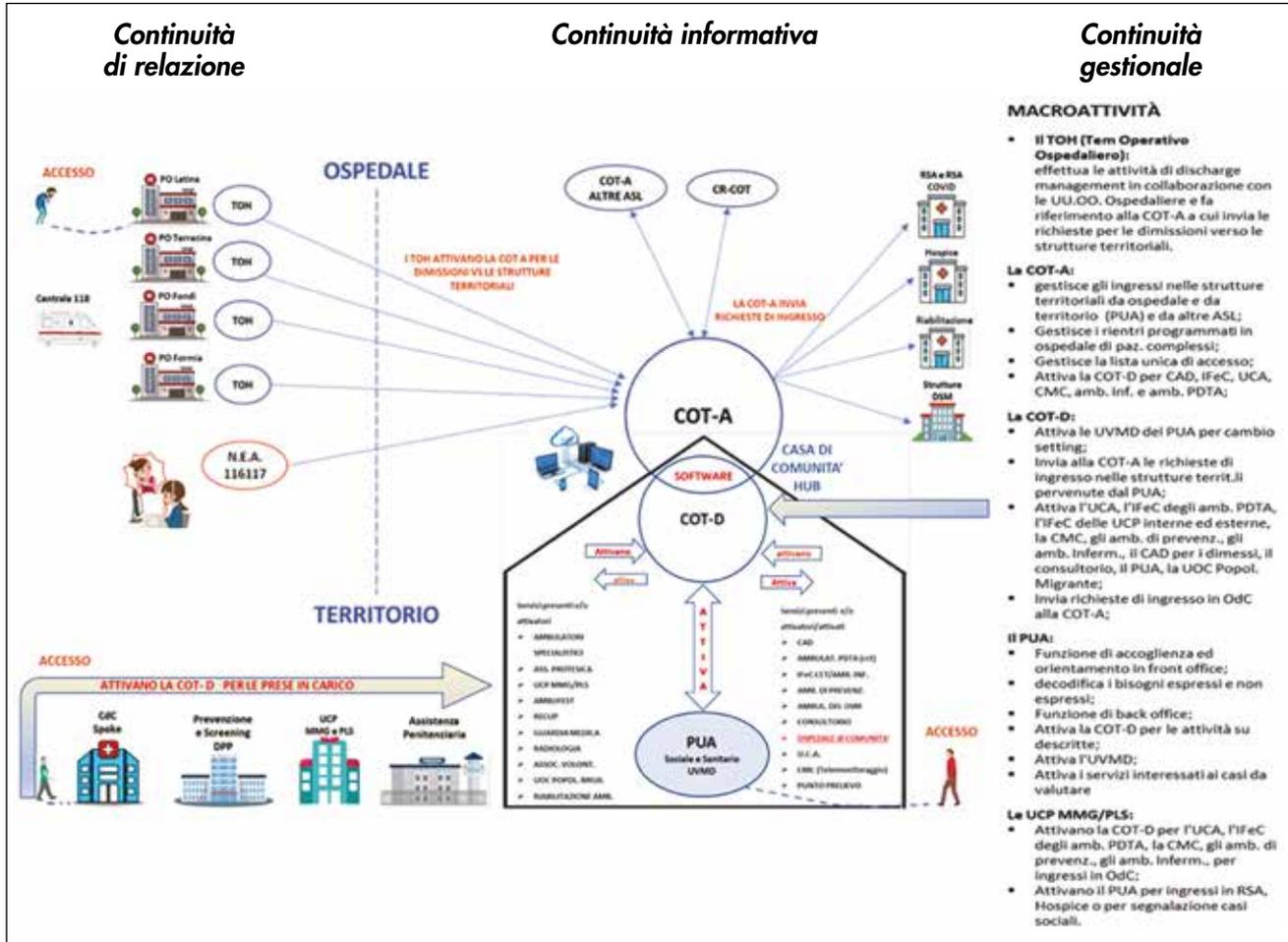
Fonte: Documentazione aziendale disponibile

Piano Personalizzato di Assistenza (di seguito PPA), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili quali: professionisti, prestazioni, servizi, in che misura, con quali modalità e per quanto tempo. Il Piano Personalizzato di Assistenza (PPA) è predisposto, d'intesa con la persona, con il suo tutore legale o eventualmente con i suoi familiari, dal servizio sociale professionale, in collaborazione con le competenti strutture dell'ASL. Il PPA in concreto è il riferimento per il lavoro condiviso e organico dell'UVMD, che fotografa i bisogni della persona e li traduce in setting assistenziali (servizi/interventi) e, nel corso della durata dell'intervento assistenziale, può subire dei correttivi orientati a perfezionare il raggiungimento degli obiettivi fissati. La segnalazione di un caso sociale, sanitario e socio-sanitario deve pervenire ai PUA D o ai PUA C in forma scritta, dalla persona interessata, da un suo familiare e da tutti i soggetti delegati, dai PUA C, dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Professionisti a Libera Scelta (PLS), dai medici operanti all'interno di strutture socio-sanitarie e assistenziali, pubbliche e private, o dai medici dei reparti ospedalieri per il tramite dei Team Operativi ospedalieri (TOH). Nell'Asl di Latina sono presenti n. 7 PUA, distribuiti nei n. 5 Distretti di: Aprilia, Latina, Sezze e Priverno, Fondi e Terracina e Gaeta. Tutti i Distretti hanno concordato e firmato protocolli d'intesa con gli Uffici di Piano dei Comuni Capofila al fine di garantire a ciascun cittadino, soprattutto a quelli in stato di fragilità, adeguata assistenza socio-sanitaria.

4. Il modello organizzativo adottato

Il modello organizzativo in sviluppo presso l'ASL di Latina ha previsto – coerentemente con quanto indotto dalla normativa di riferimento – un processo strutturato in grado di individuare precocemente le fragilità sociali e sanitarie dei pazienti ricoverati, al fine di intervenire in maniera anticipata per la gestione della dimissione qualora quest'ultima possa ritenersi difficile in termini di ricollocamento del paziente a domicilio. L'obiettivo è quello di individuare il setting assistenziale-territoriale più appropriato per pazienti fragili/compleksi/cronici e non autosufficienti anche attivando reti familiari, sociali e del terzo settore, evitando allungamenti nei tempi di ricovero.

L'esperienza è partita già nel 2023, riportando significativi risultati in termini di diretta e precoce presa in carico dei pazienti in dimissione dagli ospedali, con attivazione tempestiva di assistenza a domicilio o agevolazione dell'accesso presso altre strutture di assistenza residenziale come gli Hospice, le RSA o i Centri di Riabilitazione. La continuità, l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza tra servizi e professionisti (professionisti della salute che operano all'interno delle istituende Case di Comunità, delle future Unità di Continuità Assistenziale (UCA), gli operatori dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), i MMG/PLS che operano nelle diverse tipologie di residenze/centri diurni e nelle strutture ospedaliere (professionisti che operano nei servizi sociali e socio-sanitari) viene assicurata dalle Centrali Operative Territoriali (COT), inserite all'interno di un siste-



ma multilivello in cui tutti gli attori sono connessi in maniera strutturata e coordinata. La COT interviene nella gestione dei processi di transizione, per tutti gli assistiti del suo territorio con bisogni clinico-assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e cronici ad alta complessità, sia tra servizi in setting di offerta diversi sia nel passaggio da un livello clinico assistenziale all'altro, anche all'interno dello stesso setting. Il modello organizzativo delle COT implementato nell'ASL di Latina, descrive nel dettaglio le attività, le pro-

cedure e i meccanismi operativi utilizzati, con i differenti livelli di Continuità Assistenziale, come la "continuità di relazione" ovvero il rapporto tra paziente & professionisti, che erogano assistenza in modo coerente e organico; la "continuità informativa", quindi il trasferimento delle informazioni del paziente tra operatori che afferiscono a diversi setting assistenziali, ampliando le conoscenze del paziente; la "continuità gestionale", cioè l'azione di coordinamento e integrazione dei servizi/professionisti coinvolti nel sistema di offerta assistenziale, l'adattabilità al

Fig. 3
Modello Organizzativo delle COT nell'ASL di Latina
Fonte: Documenti Aziendali Interni

MEGOSAN - ISSN 1121-6921, ISSNle 2384-8804, 2024, 129 DOI: 10.3280/mesca2024-129oa19009

cambiamento e la valutazione continua dei percorsi assistenziali. Nello schema riportato, sono contenuti i diagrammi di flusso utili a comprendere le azioni, i servizi e le strutture che intervengono nella gestione di ogni setting a partire dalla richiesta fino al completamento della transizione. È stata elaborata, inoltre, apposita modulistica e previste le forme di comunicazione tra strutture e servizi sia interni che esterni.

Con delibera del Direttore Generale n. 739 del 13/06/2023 sono state istituite la COT-A e le COT-D dei Distretti 1-2-4; con delibera del Direttore Generale n. 1059 del 07/09/2023 è stato approvato il modello organizzativo delle COT A e D; con determina del Direttore UOC Direzione Medica DEA I, F e T n. 1789 del 12/10/2023 sono stati istituiti i Team Operativi Ospedalieri (TOH) dei presidi di Terracina, Fondi e Formia; con delibera del Direttore Generale n. 370 del 18/03/2024 sono state istituite le COT-D dei Distretti 3 e 5; con determine precedenti sono stati istituite le Unità Valutative Multidisciplinari Ospedaliere (UVMO) nei presidi di Latina, Terracina-Fondi e Formia con competenza sugli utenti ricoverati in collaborazione con i PUA Distrettuali di riferimento; di fatto le UVMO sostituiscono quelle territoriali al fine di anticipare i tempi di valutazione del paziente. Attualmente nell'ASL di Latina sono attive:

- n. 1 Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT-A);
- n. 5 Centrali Operative Territoriali Distrettuali (COT-D) dei Distretti 1, 2, 3, 4, 5;
- n. 4 Team Operativi Ospedalieri (TOH) degli ospedali di Latina, Fondi, Terracina e Formia.

Le Centrali Operative Territoriali Distrettuali (COT-D) incardinate nei Distretti Socio-Sanitari, all'interno delle istituende Case di Comunità, oppure con esse integrate almeno funzionalmente, collaborano direttamente per tutti gli assistiti del loro territorio. Si interfacciano in maniera integrata con i PUA Socio-Sanitari (al cui interno sono presenti anche i Servizi Sociali Professionali del Comune di riferimento) per le attività di UVM in caso di soggetti fragili, complessi anche cronici, non autosufficienti e con disabilità segnalati da COT-A o da altri servizi distrettuali e enti esterni. Inoltre si occupano di attivare i servizi infermieristici di presa in carico dei pazienti cronici inseriti o da inserire nei PDTA aziendali, di attivare la centrale di Telemonitoraggio su richiesta dei Medici Specialisti territoriali o ospedalieri e nel futuro anche da parte dei MMG.

5. Le risorse professionali coinvolte

Diverse sono le risorse professionali coinvolte nell'attivazione del modello organizzativo previsto dalla nuova normativa di riferimento sul Territorio. La Tab. 3 riporta di seguito le diverse figure professionali presenti, a partire da quello presente nei Punti Unici di Accesso, seguendo una logica di processo.

Il personale della COT è multiprofessionale e composto da Infermieri, Personale Amministrativo, Personale Medico in consulenza e Assistenti Sociali. Il personale individuato per la COT-A e le COT-D di tutti i distretti è costituito per n. 2/3 da Infermieri Case Manager operativi in h12; per le attività socio-sanitarie si avvalgono della collaborazione dei servizi sociali

presenti nei PUA distrettuali ove insistono le COT. Le figure professionali presenti nelle COT Distrettuali sono riportate nella Tab. 4.

Le attività delle COT (Aziendale e Distrettuali) sono rese possibili grazie alla rete di relazioni che si sono stabilite sia formalmente – tramite procedure e protocolli – sia informalmente – tramite collaborazioni ed esperienze precedenti – con i diversi attori coinvolti. L'attuale COT-A è il risultato di un'esperienza consolidata, partita nel 2019 nell'ambito di un progetto più ampio denominato "Progetto Centrale di Continuità Assistenziale (CCA) e istituzione ope-

rativa di n. 1 Centrale di Continuità Ospedale-Territorio (CCOT) e n. 2 Centrali di Continuità Territoriali (CCT)" che prevedeva la gestione delle transizioni dal presidio ospedaliero di Latina verso le strutture territoriali aziendali ed extra aziendali mediato da una Centrale Ospedale-Territorio.

L'Ambulatorio Infermieristico di Comunità (IFeC) opera con tutti i cittadini, sani e malati. Nell'ottica dell'equità, identifica sul proprio territorio le fasce di popolazione ritenute più fragili su cui attivare con focus primario progetti personalizzati di promozione della salute, prevenzione e cura. In conside-

Tab. 3 – Personale professionale coinvolto

Figure professionali coinvolte	Ruoli e funzioni
Responsabile medico	Coordina gli aspetti organizzativi; coordina e favorisce l'integrazione tra il PUA D di riferimento e i PUA C; assegna i casi complessi agli operatori o servizi competenti e nomina il case manager (responsabile del caso); individua i componenti e convoca l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (di seguito UVMD); coordina il monitoraggio periodico del caso; intrattiene contatti finalizzati alla gestione del caso con gli stakeholder (portatori di interessi), formali e informali; promuove in sinergia con i referenti dei servizi sociali e sanitari iniziative per la promozione del PUA; riferisce all'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario in relazione alle singole competenze e/o criticità.
Infermiere (front&back office)	Accoglie, informa e orienta la persona attraverso l'ascolto attivo delle richieste e dei bisogni, sociali e sanitari; fornisce l'informazione relativa a risorse, prestazioni e agevolazioni sanitarie; sviluppa orientamento verso servizi e strutture appropriate alla richiesta espressa; fornisce risposte tempestive e adeguate ai bisogni sanitari semplici; partecipa alle riunioni dell'UVMO; riceve la segnalazione da parte dei presidi ospedalieri di utenti con fragilità socio-sanitarie, e ove necessario, contatta il MMG per segnalare il caso e/o per reperire ulteriori informazioni; partecipa alla rilevazione dei bisogni di salute della persona e della collettività formulando i relativi obiettivi; provvede al bisogno sanitario di base, definisce nel dettaglio le richieste e le esigenze; condivide, con altri professionisti, gli strumenti indispensabili per la valutazione dei bisogni del paziente; cura la realizzazione, tenuta e archiviazione del fascicolo sanitario cartaceo e informatico; condivide i bisogni sanitari e assistenziali del paziente con il referente ospedaliero della dimissione; supporta la famiglia nell'analisi della situazione.

(segue)

Figure professionali coinvolte	Ruoli e funzioni
Assistente sociale nel PUA D	Collabora con il responsabile medico dei PUA nell'attività di coordinamento e di integrazione tra il PUA D di riferimento e i PUA C; accoglie, informa e orienta la persona attraverso l'ascolto attivo delle richieste e dei bisogni, una prima lettura del bisogno espresso; l'informazione relativamente a opportunità, risorse, prestazioni e possibili agevolazioni, nonché sul sistema dei servizi esistenti e accessibili; l'orientamento nell'utilizzo dell'informazione fornita verso il canale più adatto per ottenere una risposta adeguata da altri servizi; fornisce risposte tempestive e adeguate ai bisogni semplici; avvia percorsi di monitoraggio dei casi; promuove una corretta e diffusa informazione sugli interventi e sui servizi sociali, sanitari e socio-sanitari al fine di favorire l'accesso e l'uso responsabile delle risorse, a vantaggio di tutte le persone; effettua colloqui con la persona interessata e/o con la rete formale (istituzioni e terzo settore) e informale (familiari, amici e vicini di casa) per analizzare, decodificare e valutare il bisogno espresso dalla stessa al fine di fornire la risposta adeguata al bisogno emerso; intrattiene contatti finalizzati alla gestione del caso con gli stakeholder, formali e informali; collabora nelle attività di programmazione e di progettazione distrettuale e nella redazione dei Piani Sociali di Zona, partecipando anche ai tavoli tematici; realizza e aggiorna la mappa dei servizi e delle risorse del territorio; raccoglie e studia le procedure e la modulistica per l'accesso ai servizi e alle prestazioni della rete formale; si interfaccia con il terzo settore, le organizzazioni sindacali e le risorse informali presenti sul territorio, al fine di favorire processi di auto-aiuto e di reciprocità.
Personale amministrativo	Supporta le diverse attività amministrative del PUA D; predispone atti amministrativi; collabora con la direzione distrettuale nelle attività amministrative del PUA D; recepisce, registra, protocolla e archivia documenti e atti amministrativi; partecipa alle riunioni dell'UVMD con funzioni di segretario verbalizzante; recepisce le normative aziendali, regionali e nazionali condividendole con gli operatori del PUA D; verifica, cura e contabilizza i costi relativi alle attività; garantisce l'applicazione delle norme vigenti e il flusso delle informazioni da e per le UVMD; garantisce la verifica, in stretta collaborazione con gli uffici competenti, della correttezza delle procedure di caricamento della contabilità aziendale e dei processi di liquidazione.

Fonte: Documenti aziendali interni

razione dell'azione dell'IFeC articolata sui livelli individuale, familiare e comunitario, tenuto conto dei dati epidemiologico-demografici e della variabilità geografico-territoriale nel contesto della ASL di Latina, risulta opportuno identificare – pur nella non esclusività legata al ruolo specifico e comunitario

del professionista IFeC – i seguenti target prioritari di intervento in base ai bisogni di salute caratterizzanti i contesti territoriali provinciali, con tre livelli di implementazione:

- 1) livello ambulatoriale, come punto di incontro in cui gli utenti possono

Tab. 4 – Distribuzione del Personale sul Territorio

COT DISTRETTUALE 1 APRILIA (COT-D1)	Personale infermieristico e Sociale, 2 infermieri e 1 assistente sociale reso disponibile dal PUA socio-sanitario in caso di problematiche/valutazioni sociali
COT DISTRETTUALE 2 LATINA (COT-D2)	Personale infermieristico e Sociale, 3+3 infermieri e 1 assistente sociale reso disponibile dal PUA socio-sanitario in caso di problematiche/valutazioni sociali
COT DISTRETTUALE 3 SEZZE (COT-D3)	Personale infermieristico e Sociale, 3 infermieri e 1 assistente sociale reso disponibile dal PUA socio-sanitario in caso di problematiche/valutazioni sociali
COT DISTRETTUALE 4 TERRACINA (COT-D4)	Personale infermieristico e Sociale, 3 infermieri e 1 assistente sociale reso disponibile dal PUA socio-sanitario in caso di problematiche/valutazioni sociali
COT DISTRETTUALE 5 GAETA (COT-D5)	Personale infermieristico e Sociale, 2 infermieri e 1 assistente sociale reso disponibile dal PUA socio-sanitario in caso di problematiche/valutazioni sociali

Fonte: Documentazione aziendale interna

- recarsi per ricevere informazioni e orientare i cittadini ai servizi sanitari e sociali aziendali, fornire prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione collettiva, alla sanità pubblica, e all'assistenza di base (DPCM del 12 gennaio 2017), inclusi interventi di educazione alla salute;
- 2) livello domiciliare, per valutare i bisogni del singolo e della famiglia e organizzare l'erogazione dell'assistenza nelle forme più appropriate;
 - 3) livello comunitario, con attività trasversali di promozione ed educazione alla salute, integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale, mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali.

Per i suddetti setting assistenziali di attività dell'IFeC, in considerazione dell'attuale dotazione organica presente e tenuto conto delle attività già messe in campo, nel seguito vengono indicate in relazione a ogni contesto le azioni avviate e il cronoprogramma di completamento.

A livello ambulatoriale, le attività hanno luogo presso gli ambulatori infermieristici di comunità per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali. Le attività erogate iniziano con l'accertamento e la presa in carico proattiva (PDTA), l'attivazione delle risorse e il monitoraggio fino all'educazione terapeutica. Nella Tab. 5 sono riportate le strutture ambulatoriali presenti nelle Case di Comunità, già attive presso l'ASL di Latina.

Nel piano di acquisizione di nuovo personale, sono previste n. 84 nuove assunzioni di infermieri, per le attività delle COT e UCA, per implementare le attività e i giorni di apertura degli Ambulatori di Comunità esistenti, sia per l'attivazione di altri ambulatori, come da programmazione aziendale; inoltre, compatibilmente con il piano assunzionale in corso, si prevede, l'implementazione delle attività di infermieristica ambulatoriale, con assegnazione di personale specialistico, per come riportato in tabella. Dal 2023, comunque, nel programma di rialloca-

Tab. 5 – Rete degli Ambulatori Infermieristici di Comunità – luglio 2024

Comune	Struttura erogante	Personale impiegato (non esclusivo)	Personale specialistico impiegato (non esclusivo)	Personale da assegnare (esclusivo)
APRILIA	Casa di Comunità	2	1	3
CISTERNA	Poliambulatorio Territoriale	2	1	3
LATINA	Poliambulatorio Territoriale Casa di Comunità	3	1	4
SEZZE	Poliambulatorio Territoriale Casa di Comunità	2		3
PRIVERNO	Casa di Comunità	2		2
SABAUDIA	P.A.T. Casa di Comunità	2		2
PONTINA	Casa di Comunità	2		2
TERRACINA	Casa di Comunità	2	1	2
GAETA	Casa di Comunità	2	1	2
MINTURNO	Poliambulatorio Territoriale	2		3
SS. COSMA E D.	Casa di Comunità	2		1
ITRI	Casa di Comunità	2		1
PONZA	Ambulatorio territoriale	2		2
VENTOTENE	Ambulatorio Territoriale	2		2
CORI	Poliambulatorio Territoriale			2
NORMA	Casa di Comunità			1
FONDI	Casa di Comunità			2
FORMIA	Casa di Comunità			2

Fonte: Documentazione aziendale

zione dell'offerta ambulatoriale e dell'implementazione dell'offerta di infermieristica di prossimità, è stata programmata l'apertura di Ambulatori Infermieristici presso i Comuni con difficoltà di collegamento rispetto le strutture sanitarie territoriali competenti. Sono stati individuati i Comuni, con la disponibilità delle relative sedi, capaci di offrire le medesime attività che si svolgono presso gli Ambulatori Infermieristici delle Case di Comunità

e i PAT (Punto di Assistenza Territoriale). La Tab. 6 ne identifica l'organizzazione.

Nell'analisi della offerta ambulatoriale infermieristica, dall'analisi di contesto, è emersa la necessità di fornire alla popolazione di alcuni Comuni – privi di assistenza sanitaria – un punto di riferimento sanitario facilmente raggiungibile presidiato da un Infermiere di Comunità, in collaborazione con MMG e PLS. Tali Comuni sono quelli

Tab. 6 – Distribuzione Ambulatori Infermieristici Comunali

Comune	Struttura erogante	Personale coinvolto
ROCCAMASSIMA	Sede comunale	2 IFeC équipe Cori
BASSIANO	Sede comunale	2 IFeC équipe Sezze
ROCCAGORGA	Sede comunale	
MAENZA	Sede comunale	
SONNINO	Sede comunale	2 IFeC équipe Priverno
PROSEDI	Sede comunale	
ROCCASECCA DEI VOLSCI	Sede comunale	

Fonte: Documentazione aziendale

Tab. 7 – Potenziamento della Rete Ambulatoriale Infermieristica

Comune e Residenti	Struttura erogante	Personale da impiegare	Personale da assegnare
SERMONETA (10.005 Ab)	Individuare struttura comunale o UCP se presente	2 IFec	2 IFeC
SAN FELICE (10.171 Ab)	Individuare struttura comunale o UCP se presente	3 IFeC	3 IFeC
MONTE SAN BIAGIO (6.053 Ab)	Individuare struttura comunale o UCP se presente	2 IFeC	2 IFeC
LENOLA (4.066 Ab)	Individuare struttura comunale o UCP se presente	1 IFeC	1 IFeC
CAMPODIMELE (564 Ab)	Individuare struttura comunale o UCP se presente		Aggregare a ITRI
SPERLONGA (3.041 Ab)	Individuare struttura comunale o UCP se presente	1 IFeC	1 IFeC
SPIGNO SATURNIA (2.869 Ab)	Individuare struttura comunale o UCP se presente	1 IFeC	1 IFeC

Fonte: Documentazione aziendale

che, pur avendo strutture sanitarie aziendali limitrofe, hanno una popolazione maggiormente anziana da prendere in carico. La Tab. 7 identifica i Comuni con le esigenze di spazi e personale da soddisfare.

Nell'ASL di Latina l'Assistenza Domiciliare è erogata dalle Ditte Private Accreditate su richiesta del MMG nonché a seguito di valutazione delle UVM Distrettuali o Ospedaliere su pazienti gestibili a domicilio. Il Servi-

zio delle Cure Domiciliari ha a disposizione il personale Infermieristico dipendente nelle postazioni ADI nei Distretti, che effettuano tutte le attività amministrativo-assistenziali riguardo i pazienti coinvolti. Non ultimo la verifica delle prestazioni rese nell'ambito del PAI deciso per ogni paziente. Attualmente non c'è una offerta di attività dell'IFeC presso i domicili dei Pazienti, se non la gestione del teleconsulto/telemonitoraggio da parte

della Centrale di teleconsulto/telemonitoraggio attiva presso il Distretto 2 – Casa di Comunità di Latina, che segue i pazienti presi in carico h12 per 6 giorni settimanali, effettuando chiamate di controllo e verifica e rilevando i parametri di controllo. Insieme al Direttore UOC Assistenza Domiciliare si sta effettuando un'analisi della fattibilità di collaborazione per la presa in carico da parte dell'IFeC dei pazienti fragili per cui non vi siano più le condizioni per essere considerati pazienti ADI, nonché per l'implementazione delle azioni di controllo/consulenza sulle attività rese dalle ditte accreditate. Entro fine anno l'ASL di Latina sarà capace di proporre uno strumento di valutazione – sulla base delle Linee Guida regionali – volto a valutare il grado di autonomia del paziente e le sue necessità di salute, per poter effettuare le prime visite domiciliari con le seguenti finalità:

- rilevare anche i bisogni inespressi e concordare con l'utente e la famiglia/caregiver le azioni necessarie per la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia, evitando il ricorso alle strutture di ricovero;
- favorire l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita e l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale;
- promuovere la salute valutando il livello di conoscenza sulla patologia e sulla sua gestione ottimale;
- valutare i bisogni socio-assistenziali espressi e inespressi;
- sostenere e fornire informazioni ai caregiver e al nucleo familiare per favorire la possibilità di permanenza a domicilio delle persone.

Per istituire l'Unità di Continuità assistenziale (UCA), le cui attività saranno prevalentemente erogate a domicilio, al fine dell'individuazione degli infermieri, è in corso di espletamento una manifestazione di interesse.

Attualmente non vi è un'offerta di Infermieristica di Comunità strutturata a livello comunitario. In accordo con il Dipartimento di Prevenzione, sono stati attivati gli Ambulatori della Prevenzione, ove opera personale infermieristico con adeguate competenze, che in collaborazione con un Medico della Prevenzione effettua attività di educazione terapeutica, educazione su stili di vita salutari e sulla prevenzione delle malattie croniche. Nel piano delle attivazioni su tutta la provincia di questi ambulatori è prevista l'assegnazione di ulteriore personale infermieristico con particolari competenze comunicative e valutative. Sempre in accordo con il Dipartimento di Prevenzione, si stanno valutando azioni da intraprendere presso le scuole secondo un programma di educazione sanitaria in base alle fasce di età degli studenti. Attualmente, si sta procedendo anche a un'analisi dei dati di ingresso ai Pronto Soccorso aziendali e in particolare rispetto ai *frequent user*, per identificare residenza, fasce di età e patologie ricorrenti. Lo scopo è programmare un'offerta di assistenza infermieristica capace di diminuire questo fenomeno e garantire un servizio alla cittadinanza. Inoltre, in attesa delle indicazioni della Regione, si stanno predisponendo degli strumenti per l'individuazione precoce di problemi sanitari e sociali, presso gli utenti dei centri anziani e case di riposo.

Nell'ambito delle attività consultoriali presenti all'interno delle istituende

Case di Comunità *Hub & Spoke* dell'ASL di Latina è in corso d'implementazione un modello "a gestione ostetrica", caratterizzato da autonomia decisionale, in applicazione del modello di ostetricia di famiglia e di comunità. Con la Deliberazione n. 221/2023 l'Azienda Sanitaria di Latina ha infatti approvato il Progetto "Midwifery care: l'ostetrica a casa", al fine di promuovere percorsi differenziati (dal fisiologico al rischio), garantendo sostegno alla genitorialità anche attraverso visite domiciliari, interventi precoci nelle situazioni di disagio sociale e/o di vulnerabilità, promuovendo il contrasto delle disuguaglianze di salute attraverso il "programma di Home Visiting" (WHO 2015). I bisogni di cura e le problematiche principali riscontrate sono state: accudimento e gestione del neonato, allattamento materno e quello con formula, decorso post-operatorio, problematiche di carattere socio-sanitario. Nel futuro sarà possibile implementare le attività in area materno infantile con l'arricchimento delle équipes presenti nelle COT con le diverse figure professionali, tra cui l'Ostetrica e con il ricorso alla Tele-ostetrica, per un'assistenza attivabile con le nuove tecnologie e fruibile da una più ampia platea di assistiti.

6. Analisi dell'impatto

Se quanto riportato nel paragrafo precedente voleva descrivere il complesso delle Organizzazioni presenti e disponibili nella Rete dei Servizi per la cura e la salute delle persone della Comunità servita, in coerenza con gli obiettivi di riordino dell'assistenza territoriale ex DM 77, ulteriore attenzione deve essere riposta nella gestione dei processi concretamente applicabili per la sua corretta implementazione.

Il processo inizia con la valutazione precoce del paziente al fine di intercettare una dimissione difficile (schede di valutazione informatizzate RAD SICA e Triage sociale; somministrate dall'infermiere di Unità Operativa entro 24 ore del ricovero e a ogni cambiamento dello stato di salute del paziente). Il Team Operativo Ospedaliero è presente in ogni Ospedale dell'azienda ed è costituito da personale sanitario e socio-assistenziale. Esso in collaborazione con i reparti ospedalieri, ha la funzione di valutare precocemente i pazienti ricoverati al fine di prevedere i giusti tempi di dimissione e attivare velocemente i servizi di assistenza territoriale evitando quindi il prolungamento dei tempi di ricovero. Questo Team collabora attivamente con le Centrali Operative Territoriali che provvedono a ricollocare i pazienti nei servizi o strutture indicate. I setting stabiliti sono: RSA, Hospice, Ospedale di Comunità, Riabilitazione Territoriale ex art. 26, di cui gestisce la lista d'attesa centralizzata per assicurare l'equità di accesso. Per tale centralizzazione la Regione Lazio ha implementato la piattaforma informatica "SIATESS *Transitional Care*" a cui accedono tutte le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate regionali. L'accesso avviene tramite gli operatori delle COT e dei TOH, per le strutture di ricovero pubbliche, oppure per il tramite degli operatori sanitari delle strutture private accreditate individuati da queste ultime. L'inserimento delle richieste di cambio setting, la scelta delle strutture fino al completamento della transizione/trasferimento dei pazienti sono effettuate tramite supporto informatico. Infatti, l'inserimento delle richieste di cambio setting provenienti da

domicilio/case alloggio/cambi setting per pazienti già inseriti in RSA/Hospice/Riabilitazione Territoriale/Ospedali di Comunità su richiesta del PUA, avviene attraverso la piattaforma informatica indicata, che provvede a tutte le attività di presa in carico socio-sanitaria, alla valutazione del paziente tramite UVMD, con trasmissione della richiesta alla COT-D per la prima parte della transizione e poi con la Centrale Operativa Territoriale Aziendale per l'inserimento nella lista di attesa centralizzata. La COT-A di Latina ha la funzione di coordinare e mediare il percorso di dimissione dei pazienti, che presentano bisogni clinico assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e cronici ad alta complessità, dai presidi ospedalieri aziendali verso le strutture pubbliche o private e accreditate residenziali anche extra ASL o verso il domicilio. La gestione della lista di attesa dei ricoveri nelle strutture territoriali include anche i pazienti provenienti da domicilio/case alloggio/cambi setting per pazienti già inseriti in RSA/Hospice/Riabilitazione Territoriale/Ospedali di Comunità. Inoltre, la COT-A gestisce direttamente le richie-

ste di rientro in Ospedale per prestazioni programmate per utenti fragili/complexi/non autosufficienti. Attiva direttamente le prestazioni online su richiesta delle strutture di ricovero extra aziendali, nel caso di paziente dimesso verso il domicilio, al fine di garantire la continuità assistenziale e terapeutica. Per la valutazione della qualità dei servizi, la COT-A ha il compito di monitorare i processi di transizione anche in termini di tempi di attesa dei pazienti in lista, di congruità delle richieste in collaborazione con le Unità Valutative Multidisciplinari (UVM) ospedaliere e distrettuali. Volendo fare un'analisi di quanto ottenuto dalla organizzazione e riorganizzazione della Rete dei Servizi Sanitari dall'ASL di Latina, all'indomani dei processi attivati ex DM 77, nella Tab. 8 appare possibile verificare la gestione delle transizioni dei pazienti dai diversi setting assistenziali, dal Presidio Ospedaliero di Latina DEA di II livello, verso le strutture del territorio in un arco temporale compreso dal 2020 al 2024 (mese di luglio). Come appare possibile evincere dalla lettura dei dati rilevati, le serie storiche delle prestazioni effettuate in termini

Tab. 8 – Serie storiche prestazioni ASL Latina

Attività COT A	CAD	Hospice	Riabilitazione	RSA	Strutture COVID	UDI	Rad SICA	Richieste Totali
2020	7	25	26	7			292	357
2021	234	253	309	94	158	3	1.503	2.554
2022	304	317	409	164	28		2.136	3.358
2023	439	401	540	183	1	5	2.665	4.234
2024 (ge-lu)	288	224	215	84	0	0	1.308	2.119
<i>Totali</i>	<i>1272</i>	<i>1220</i>	<i>1499</i>	<i>532</i>	<i>187</i>	<i>8</i>	<i>7904</i>	<i>12622</i>

Fonte: Documenti Aziendali interni

complessivi dalla Centrale Operativa Aziendale di Latina ne evidenziano poche centinaia con riferimento al primo anno di attività (il 2020) fino a ottenere oltre 12mila prestazioni complessive erogate, considerando i dati di luglio del 2024. Quanto riportato, dimostra l'importanza dell'attivazione della Rete dei Servizi sul Territorio e il valore prodotto per l'intera Comunità servita, che ne ha fruito in maniera differente a seconda del bisogno emergente. Se tali numeri rappresentano quanto fatto in termini di prestazioni sul Territorio da uno dei 4 Ospedali della Provincia di Latina, l'insieme dei servizi erogati attraverso la Rete Territoriale dall'intera ASL sarebbero sicuri testimoni del grande valore offerto alla Comunità dell'ASL di Latina. Ovviamente la possibilità di riconoscere e attribuire valore all'azione sviluppata dall'ASL, dipende dalla sua capacità di monitorare gli sforzi e gli effetti prodotti; così in termini programmatici, prossimi step operativi saranno costituiti dalla rilevazione delle attività a valore prodotte nei Punti Unici di Accesso e nelle Centrali Operative presenti sul Territorio, al fine di conoscere e riconoscere quantità e qualità del valore prodotto, sulla base del quale operare per migliorare i livelli di servizi per la salute erogati.

7. Considerazioni di sintesi

L'articolo rappresenta l'occasione per riflettere sul processo di cambiamento che il PNRR e il DM 77 hanno avviato; l'interesse nasce dai contenuti che animano questo cambiamento, incentrato sulla rete delle cure territoriali, ma anche dal modo con il quale esso avviene. Con l'implementazione del DM 77 nell'ASL di Latina si è avviato un percorso che sta definendo un nuovo

sistema di welfare socio-sanitario integrato, per rispondere in modo universale ai bisogni di cura promuovendo un modello di sanità di prossimità, vicina alle persone. Il modello organizzativo disegnato ruota intorno al Distretto sanitario che va a costituire il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL di Latina e che rappresenta il baricentro e il motore per l'assistenza territoriale, quale struttura di coordinamento tra le strutture e i professionisti sanitari e sociali coinvolti. All'interno del Distretto operano le Casa di Comunità che rappresentano il fulcro della nuova rete territoriale dal momento che è il luogo dove i cittadini possono trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana, con un'équipe multidisciplinare costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di famiglia e tutti gli altri professionisti coinvolti nel processo di cura. Nello specifico, il modello organizzativo si basa su un approccio integrato, focalizzato su una valutazione costante del bisogno di salute che genera interventi clinico assistenziali e servizi di supporto *ad hoc*, dove si garantisce la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali.

Per migliorare il processo e la qualità dell'impatto sul Territorio e la Comunità, alcune osservazioni si impongono in ottica di miglioramento continuo; nello specifico: 1) appare necessario avvicinare la visione clinica, nelle sue varie componenti e quella manageriale, per superare la visione segmentata e discontinua della malattia e la conseguente verticalizzazione del sistema organizzativo e dei processi assistenziali specifici (la prevenzione,

l'assistenza territoriale, l'ospedale ecc.); 2) affermare logiche di governance clinico-assistenziale e manageriale implica l'assunzione di un "paradigma sistemico" basato sulla contaminazione di punti di vista e di saperi in grado di rivedere l'attuale quadro di offerta in ottica di integrazione e continuità dell'assistenza; 3) la necessità di realizzare strategie di comunicazione e informazione efficaci per il Territorio e la Comunità di riferimento, al fine di aumentare il livello di consapevolezza e di cultura della Salute (*health literacy*); 4) la necessità di realizzare infrastrutture tecnologiche capaci di assicurare la condivisione delle informazioni tra i diversi professionisti della Salute coinvolti, necessaria alla gestione del paziente tra le diverse professionalità coinvolte e richiamate; 5) la necessità di rivedere, non solo, il fabbisogno del personale partendo da una visione prospettica che tenga conto della tipologia e complessità

delle strutture sanitarie, della tipologia di assistenza e delle nuove tecnologie, ma capace di intravedere la necessità di pianificare attività formative specifiche per il Personale sanitario (Medico e Infermieristico), già coinvolto, rispetto ai nuovi ruoli in definizione e alle competenze utili ad affrontare le sfide che il DM 77 individua; 6) infine ma non per ultimo, appare altrettanto fondamentale in tale processo considerare e mettere in luce le potenzialità e le prospettive di miglioramento quali-quantitativo del lavoro dei professionisti, nel cambiamento in atto. Rispetto tali punti, l'Azienda Sanitaria di Latina si è posta in maniera pro-attiva, operando nel rispetto e sullo stimolo delle indicazioni ministeriali attivando la Rete dei Servizi Territoriali e predisponendo tutti quei processi organizzativi idonei a consentire quella maggiore capacità di servizio, necessario ad assicurare al Sistema Paese una Sanità Pubblica migliore e possibile.

BIBLIOGRAFIA

Agenas (2022). La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione. *Quaderno di Monitor 2022*. Testo disponibile al sito https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/COT/Lettura_digital_Quaderno_COT.pdf [09/12/2024].

Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82): 269.

Bobini, M., Cinelli, G., Del Vecchio, M., Longo, F., Meda, F., Oprea, N., Tozzi, V., & Zazzera, A. (2022). *Il PNRR e i sistemi sanitari regionali: Modelli di governance e processi di change management. Rapporto OASI 2022*. Milano: Egea.

Borgonovi, E., & Noto, G. (2024). PNRR-DM 77 e nuovi ACN: l'«eresia sistemica» contro l'«integrazione retorica». *Mecosan*, 126. DOI: 10.3280/ mesa2023-126oa17278.

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2): 100-103. DOI: 10.1370/afm.1239.

McMillan SS, Kendall E, Sav A. *et al.* (2013). Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Med Care Res Rev*. 70: 567-596. DOI: 10.1177/1077558713496318.

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7): 1087-1110. DOI: 10.1016/s0277-9536(00)00098-8.

Ministero della Salute (2023), *Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità*. Testo disponibile al sito https://www.osservatorio-cronicita.it/images/Manuale_Operativo_PON_Cronicita_2023_web_14_09.pdf [09/12/2024].

WHO (2023). *Regional technical meeting on integrated care delivery. Report: Virtual meeting, 8 December 2022*. World Health Organization, Regional Office for Europe. Testo disponibile al sito <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366676/WHO-EURO-2023-7017-46783-68186-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [09/12/2024].