

**Collana CERGAS**

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

## Rapporto OASI 2023 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

In una finestra storica caratterizzata da una nuova austerità della spesa sanitaria e a importanti opportunità di investimento consentite dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il rinnovamento dei sistemi sanitari è più che mai al centro del dibattito politico e scientifico.

Con OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS si conferma punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano. Allo stesso tempo, vuole offrire una piattaforma di interazione tra mondo accademico e operatori del SSN.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2023

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo in ottica comparativa nazionale e internazionale. Vengono inoltre approfonditi il ruolo del privato accreditato nel SSN, i consumi privati di salute, il sistema di offerta di servizi sociosanitari;
- analizza le principali sfide che attendono il SSN: il divario tra bisogni e risposte di salute e le direzioni di fondo per la trasformazione dei servizi; la sostenibilità ai diversi livelli istituzionali; i nuovi modelli di organizzazione del territorio derivanti dal DM 77/22; le riforme regionali dell'emergenza urgenza e i modelli di servizio centrati sul paziente e sostenuti dalle tecnologie digitali;
- discute le soluzioni adottate dalle aziende per fronteggiare lo shortage di personale medico; il tema del governo dei costi nelle strutture territoriali; il ruolo della funzione di audit; i cambiamenti nel procurement e nella regolazione del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

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

ISBN 978-88-238-4763-7



9 788823 847637

€ 75,00

[www.egeaeditore.it](http://www.egeaeditore.it)

Rapporto OASI 2023

CERGAS - Bocconi



a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2023

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università  
Bocconi

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

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT



# 10 L'implementazione del DM77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie

di Gianmario Cinelli, Federica Dalponte, Lucia Ferrara,  
Valeria D. Tozzi, Angelica Zazzera<sup>1</sup>

## 10.1 Introduzione

La pandemia da COVID-19 ha messo in luce come la mancanza di coordinamento tra *setting* e servizi sanitari e la frammentazione nei modelli di assistenza possano rendere i sistemi vulnerabili di fronte alle emergenze. Di conseguenza, numerosi Paesi europei hanno avviato delle riforme per promuovere lo sviluppo dell'assistenza di prossimità e l'integrazione dei servizi (WHO, 2023).

Il governo italiano ha previsto, nell'ambito della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che un'intera componente fosse dedicata alle «reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale», il cui obiettivo è «allineare i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti», e rafforzare «le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari». Più in dettaglio, la componente è composta da tre linee di investimento proponendo una sorta di riforma complessiva dell'assistenza territoriale. Le tre linee di investimento riguardano: i) le Case della Comunità (CdC) e la presa in carico della persona; ii) la «Casa come primo luogo di cura» e la telemedicina; iii) il rafforzamento dell'assistenza intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità, OdC). Dopo un lungo percorso di negoziazione tra i diversi attori coinvolti (Ministero, AGENAS, Conferenza Stato-Regioni), nel giugno 2022 è entrato in vigore il Decreto Ministeriale nr.77 (DM77) che definisce standard strutturali, organizzativi (in termini di personale e servizi

---

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 10.1 e 10.3.2 sono da attribuire a Gianmario Cinelli, i §§ 10.2 e 10.3.1 a Federica Dalponte, i §§ 10.3.1 e 10.3.3 ad Angelica Zazzera, i §§ 10.3.3 e 10.4 a Lucia Ferrara e il § 10.5 a Valeria D. Tozzi.

Si ringraziano i referenti regionali per la loro disponibilità: Camillo Odio di Regione Abruzzo, Francesco Noto di Regione Campania, Fabia Franchi di Regione Emilia-Romagna, Eleonora Alimenti di Regione Lazio, Federica Segato di ATS Milano per Regione Lombardia, Antonella Caroli di Regione Puglia, Anna Beltrano e Simona Dei per la Regione Toscana, Franco Ripa di Regione Piemonte, Massimo Annichiarico di Regione Veneto.

da erogare) e tecnologici omogenei per le strutture territoriali sviluppate con gli investimenti previsti dal PNRR.

Il programma di investimenti e il potenziamento dell'assistenza territoriale sono interventi con finalità diverse che richiedono azioni e competenze differenti. Entrambi gli interventi toccano direttamente il modello di offerta dei servizi territoriali delle regioni. Tuttavia, nel primo caso gli sforzi del livello regionale sono compiuti per programmare e realizzare opere infrastrutturali e acquisti in tecnologie e apparecchiature nei tempi e nelle modalità previste. Nel secondo caso, invece, l'efficace attuazione della riforma richiede la trasformazione dei servizi, la revisione dei processi e lo sviluppo delle competenze attese nel nuovo modello di assistenza territoriale attraverso la realizzazione di un processo di *change management* (Bobini *et al.*, 2022).

Il DM77 evidenzia il ruolo delle politiche definite a livello centrale e nazionale sull'organizzazione e offerta dell'assistenza territoriale. Infatti, il governo centrale ha definito un modello di assistenza e degli standard organizzativi comuni al fine di garantire una distribuzione omogenea delle strutture sul territorio. Questi standard organizzativi nazionali rappresentano una novità significativa per l'assistenza territoriale. Prima del DM77, il ruolo del livello centrale era fondamentalmente concentrato sulla definizione dei LEA, mentre lo sviluppo dell'assistenza territoriale era affidato all'autonomia delle regioni. Pur ampliando il potere del livello centrale, il DM77 lascia degli spazi di autonomia alle regioni e alle aziende sanitarie locali: infatti, non sono stati definiti la vocazione e il target dei servizi, il sistema di ruoli e responsabilità, l'organizzazione delle interdipendenze, le forme di collaborazione da mettere in atto e la programmazione dei processi operativi (§3.2). Di conseguenza, il ruolo delle regioni va oltre la mera implementazione e comprende la definizione dei contenuti delle politiche regionali dell'assistenza territoriale e la relazione con le aziende sanitarie all'interno delle quali i processi di trasformazione dei servizi devono avvenire.

Per analizzare l'efficacia delle politiche regionali di sviluppo dell'assistenza territoriale è rilevante sottolineare alcune questioni (Bobini *et al.*, 2022).

In primo luogo, l'entità degli aggiustamenti richiesti rispetto alle esperienze preesistenti e all'effettivo grado di determinatezza e cogenza del modello disegnato a livello centrale. Infatti, i sistemi sanitari regionali, oltre a presentare modelli di assistenza territoriale eterogenei, hanno anche un grado di sviluppo degli stessi molto differente. Se in alcuni casi, infatti, hanno già adottato quanto il DM77 propone, altri sistemi ne sono completamente a digiuno. In virtù di questi due elementi, all'interno del SSN si trovano, da un lato, alcune regioni con un grado di sviluppo del territorio forte e un modello di assistenza simile a quello delineato dal PNRR e dal DM77 e, dall'altro, altre regioni con uno sviluppo del territorio debole e ancora lontano da quello prospettato.

In secondo luogo, le differenze in termini di capitale istituzionale e capacità

manageriali dei sistemi sanitari regionali sono molto varie, considerando che tutti gli interventi previsti dovranno trovare attuazione con le risorse disponibili a legislazione vigente.

In terzo luogo, le complessità derivanti dalle interdipendenze fra il programma di investimenti e il processo di riforma dell'assistenza territoriale vedono nella trasformazione delle politiche in contenuti di management a livello aziendale un elemento cruciale. Nelle prerogative del livello nazionale, il programma di investimenti dovrebbe rappresentare il volano per innescare il rafforzamento dell'assistenza territoriale. Tuttavia, i due interventi hanno tempistiche e sistemi di incentivi differenti, e sono frequentemente coordinati da diversi gruppi di lavoro sia a livello regionale che aziendale. In questo contesto vi è il rischio che gli investimenti, soggetti a un monitoraggio incisivo del livello nazionale, precedano il processo di trasformazione dei servizi, risultando in ultima istanza disfunzionali.

## 10.2 Obiettivi e metodi

Alla luce dello scenario appena introdotto, la ricerca persegue il duplice obiettivo di:

- ▶ comprendere in che modo le indicazioni del DM77 sono state interpretate e recepite dalle regioni italiane, intuendo le strategie emergenti a livello regionale per lo sviluppo dell'assistenza territoriale;
- ▶ esplorare il rapporto tra regioni e aziende sanitarie nella formulazione e declinazione delle scelte regionali e nella definizione del documento di recepimento del DM77.

A questo scopo, all'interno del capitolo sono stati analizzati dieci contesti regionali (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana e Veneto), selezionati con l'obiettivo di toccare tutte le aree geografiche del Paese (Nord-ovest, Nord-est, Centro, Sud e Isole).

Dal punto di vista metodologico, sono stati utilizzati metodi di ricerca di tipo qualitativo che associano all'analisi della documentazione regionale l'organizzazione di un focus group. A seguito dell'illustrazione dei metodi, nel capitolo vengono presentate e discusse le indicazioni fornite dalle regioni, seguite da alcune riflessioni e sui processi di cambiamento avviati.

### 1) *Analisi desk della documentazione regionale di recepimento del DM77*

Il primo passaggio metodologico ha previsto l'analisi *desk* dei documenti regionali che recepiscono e declinano le indicazioni del DM77 nelle regioni analizzate tramite un *framework* di analisi elaborato ad hoc. È opportuno sot-

tolineare che ai fini di questo capitolo sono stati considerati esclusivamente i documenti di recepimento del DM77 pubblicati dalle regioni entro dicembre 2022<sup>2</sup>, i quali restituiscono una lettura parziale della programmazione regionale in termini di assistenza territoriale, ma che consentono di disporre di una base di materiali comparabili tra le diverse regioni allo scopo di scorgere il percorso intrapreso.

Le dimensioni di analisi del *framework* adottato includono: i) grado di «sovrapposizione» tra il testo del DM77 e ciascun documento regionale di recepimento (analisi testuale<sup>3</sup> per rintracciare porzioni di testo del documento originario all'interno delle versioni regionali); ii) presenza/assenza nel documento regionale di ciascuno dei 14 temi affrontati nel DM77 (stratificazione popolazione; Distretto Socio-sanitario; CdC; IFeC; UCA; COT; CO116117; assistenza domiciliare; OdC; cure palliative; salute dei minori, donne, coppie e famiglie; prevenzione; telemedicina; sistemi informativi); iii) peso dei contenuti del DM77 all'interno del documento regionale (questa voce indaga il peso dei temi del DM77 all'interno dei documenti regionali di recepimento, sia in maniera aggregata rispetto al totale del documento, sia per ciascun tema in maniera relativa rispetto agli altri); iv) presenza di elementi aggiuntivi rispetto ai contenuti del DM77 (come riferimento a esperienze regionali di interesse, riferimento a temi non presenti nel DM77, cronoprogramma del processo implementativo, indicatori di monitoraggio); v) presenza di una mappatura dell'*as is* a livello regionale sull'assistenza territoriale: per ciascun tema, si indaga la presenza di riferimenti alla normativa precedente e la ricognizione dell'offerta presente (ad esempio con indicazione del numero di strutture o posti letto); vi) presenza di indicazioni su come riadattare l'*as is* alle innovazioni proposte dal DM77; vii) indicazioni su chi ha lavorato alla creazione dei contenuti del documento regionale di recepimento.

Una volta esaminate le dimensioni del *framework* per caratterizzare e inquadrare gli atti di programmazione, l'analisi ha approfondito i contenuti attraverso alcuni modelli interpretativi. Per cogliere le scelte delle regioni e quindi le indicazioni per le aziende sanitarie, sono stati individuati alcuni temi cruciali nei processi implementati, denominati trade-off, relativi alla definizione

<sup>2</sup> I documenti considerati per le singole Regioni sono: DGR n. 773 del 13/12/2022 per Regione Abruzzo, DGR n. 682 del 13/12/2022 per Regione Campania, DGR n. 2221 del 12/12/2022 per Regione Emilia-Romagna, DGR n. 643 del 26/07/2022 per Regione Lazio, DGR n. XI/7592 del 15/12/2022 per Regione Lombardia, Deliberazione del Consiglio n. 257 - 25346 del 20/12/2022 per Regione Piemonte, DGR n. 1868 del 14/12/2022 per Regione Puglia, DGR n. 591 del 16/12/2022 per Regione Sicilia, DGR n. 1508 del 19/12/2022 per Regione Toscana. Al momento della scrittura del contributo (luglio 2023), non risulta ancora ufficializzato il documento di recepimento del DM77 della Regione Veneto (le informazioni raccolte sulla Regione Veneto derivano dal focus group), pertanto la documentazione regionale analizzata fa riferimento alle restanti 9 Regioni.

<sup>3</sup> La comparazione dei documenti è stata effettuata attraverso il programma Copyleaks (<https://copyleaks.com/>).

Tabella 10.1 **Framework di analisi dei documenti regionali di recepimento del DM77**

i) Grado di sovrapposizione con il DM77	
ii) Presenza dei 14 temi del DM77	
iii) Peso dei temi del DM77 sull'intero documento	
iv) Presenza di elementi aggiuntivi rispetto a DM77	Riferimento a esperienze regionali di interesse
	Riferimento a temi non presenti nell'indice DM77
	Cronoprogramma
	Indicatori monitoraggio
v) Mappatura as is	Ricognizione normativa
	Ricognizione offerta
vi) Indicazioni per riadattare as is	
vii) Attori coinvolti nel processo di redazione del documento	

Fonte: elaborazione degli autori

di vocazioni e target prioritari dei servizi su alcuni setting o aree tematiche strategiche promossi dal DM77. Tali scelte sono denominate trade-off poiché, in assenza di un orientamento fornito dalla regione, ciascuna azienda sanitaria dovrà affrontarle in autonomia.

## 2) *Conduzione del Focus Group con referenti regionali*

Il *focus group* si è svolto il 31 maggio 2023 e ha visto la partecipazione di referenti regionali di tutte le regioni oggetto della ricerca<sup>4</sup>. Dal punto di vista metodologico, il focus group è stato gestito seguendo la *Nominal Group Technique* (NGT) (Gallagher *et al.*, 1993). Si tratta di una tecnica di consenso utilizzata per strutturare le interazioni all'interno del gruppo che permette di raccogliere le diverse opinioni incoraggiando la generazione di nuove idee. L'incontro è stato condotto virtualmente, registrato e trascritto. L'obiettivo è stato quello di condividere con i partecipanti le informazioni emerse dall'analisi documentale e integrarle, indagando come le regioni fossero giunte all'elaborazione del loro documento di recepimento e come avessero condotto l'eventuale confronto con gli stakeholder regionali tra i quali si è posta particolare attenzione a quelli provenienti dalle aziende sanitarie.

A ciascun partecipante è stato inviato preventivamente il *framework* di ana-

<sup>4</sup> Il focus group ha visto la partecipazione di Camillo Odio di Regione Abruzzo, Francesco Noto di Regione Campania, Fabia Franchi di Regione Emilia-Romagna, Eleonora Alimenti di Regione Lazio, Federica Segato di ATS Milano per Regione Lombardia, Antonella Caroli di Regione Puglia, Anna Beltrano di USL Toscana Sud Est per Regione Toscana, Massimo Annichiarico di Regione Veneto. Si ringraziano inoltre Franco Ripa di Regione Piemonte, che non potendo partecipare al focus group è stato intervistato separatamente, e Simona Dei di USL Toscana Sud Est, che ha fornito un'ulteriore intervista per Regione Toscana.

lisi dei documenti compilato con le informazioni di tutte le regioni. Ai partecipanti è stato chiesto di analizzare il *framework* e validare le informazioni riportate. Inoltre, durante l'incontro sono state poste ai partecipanti 3 domande relative a: i) la presenza di altri documenti/atti regionali di programmazione territoriale oltre al documento di recepimento del DM77; ii) l'adozione di altri strumenti di progettazione/co-progettazione per definire la programmazione territoriale; iii) l'attivazione di processi di confronto/co-progettazione con le aziende sanitarie. Durante l'incontro, ogni partecipante ha risposto alle tre domande relativamente al proprio contesto, per poi prendere parte a una discussione di gruppo. Quanto emerso è stato utilizzato per integrare le informazioni del *framework* di analisi (Tabella 10.2) e sintetizzato nella Tabella 10.4 (paragrafo 10.3.3), che esplicita le modalità e il momento del coinvolgimento delle aziende sanitarie da parte delle regioni.

### 10.3 Risultati

I risultati della ricerca vengono illustrati in 3 sezioni: i) la prima restituisce gli esiti dell'analisi *desk* della documentazione regionale di recepimento del DM77 attraverso il *framework* di cui sopra; ii) la seconda analizza se i trade-off strategici contenuti nel DM77 sono stati affrontati nella delibera regionale di recepimento; iii) la terza esplora la relazione tra regioni e aziende sanitarie attraverso i processi di coinvolgimento di queste ultime nella formulazione delle scelte regionali e nella definizione del documento.

#### 10.3.1 Principali differenze nei documenti regionali di recepimento del DM77

La Tabella 10.2 introduce il *framework* popolato dalle informazioni desunte dai documenti regionali allo scopo di cogliere le principali differenze fra gli stessi.

La prima voce di analisi fa riferimento alla percentuale di testo del DM77 rintracciato in quello regionale di recepimento. Dei 9 documenti regionali, quelli di Lazio, Lombardia e Toscana mostrano un importante grado di rielaborazione con una sovrapposizione inferiore al 10%. Per i documenti di Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna e Sicilia la percentuale è tra il 10 e il 30%, mentre per quelli di Piemonte e Puglia supera il 30%<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Occorre evidenziare che Agenas ha condiviso con le Regioni alcune indicazioni riguardanti la struttura del documento regionale, definita come segue: i) introduzione e analisi del contesto regionale; ii) riorganizzazione della rete territoriale (Distretto, Medicina Generale, recepimento e attuazione degli standard previsti dal DM77 per i vari servizi, integrazione con altri servizi non delineati nel DM77 come RSA, salute mentale, ecc.); iii) fabbisogno di personale per il

Tabella 10.2 Il framework di comparazione del DM77

	Abruzzo	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Lombardia	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana
i) Grado di sovrapposizione con DM77	10-30%	10-30%	10-30%	<10%	<10%	>30%	>30%	10-30%	<10%
ii) Presenza dei 14 temi del DM77	13/14	12/14	11/14	10/14 <sup>1</sup>	13/14	14/14	13/14	14/14	14/14
iii) Peso dei temi del DM77 sull'intero documento	27%	61%	29%	76%	63%	60%	52%	45%	46%
iv) Presenza elementi ag- giuntivi rispetto a DM77	X			X		X		X	X
v) Riferimento a temi non pre- sentati nell'indice DM77	X	X	X	X	X	X		X	X
vi) Cronoprogramma	X		X	X	X	X		X	X
vii) Indicatori monitoraggio				X			X		X
viii) Mappatura as is	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Tutti i temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Tutti i temi
ix) Ricognizione normativa	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Tutti i temi	Alcuni temi	Tutti i temi	Alcuni temi
x) Ricognizione offerta	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Tutti i temi	Tutti i temi	Alcuni temi	Tutti i temi	Alcuni temi
xi) Indicazioni per riadattare as is		X		X	X			X	X
xii) Attori coinvolti nel processo di redazione del documento				X		X			X

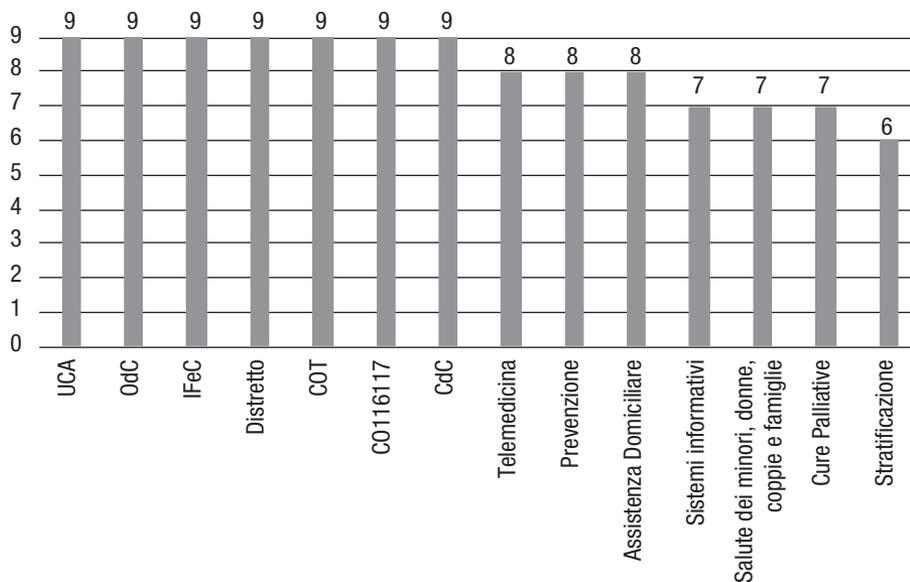
<sup>1</sup> Con riferimento ai temi non trattati all'interno della DGR n. 643 del 26/07/2022 (ovvero, Assistenza Domiciliare; cure palliative; salute dei minori, donne, coppie e famiglie; prevenzione), va sottolineato che essi sono affrontati nella Determinazione n. G18206 del 20 dicembre 2022, Allegato 1 – «Atto di programmazione regionale quale recepimento del DM 77/2022 ad integrazione della DGR 643/2022».

Fonte: elaborazione degli autori

La seconda voce analizza la presenza o meno dei 14 temi che compongono l'indice del DM77 (presentati nel paragrafo 10.2). Piemonte, Sicilia e Toscana affrontano nel documento di recepimento tutti i temi che compongono l'indice del DM77, mentre le restanti ne affrontano un numero variabile tra 10 e 13. Assumendo invece una vista trasversale rispetto ai temi, si può notare come alcuni temi siano affrontati da tutte le regioni (in particolare, UCA, OdC, IFeC, Distretto, COT, CO116117 e CdC), mentre il tema della stratificazione della popolazione è approfondito in 6 regioni, come mostrato in Figura 10.1.

La terza voce del *framework* riguarda il livello di approfondimento dei temi del DM77 all'interno dei documenti regionali di recepimento, sia in maniera aggregata rispetto al totale del documento, sia per ciascun tema in maniera relativa rispetto agli altri. In primo luogo, è interessante notare la variabilità del peso attribuito ai 14 temi (inteso come numero di pagine dedicate): si va infatti da una percentuale minima del 27% dell'intero documento regionale per l'Abruzzo a un massimo del 76% per il Lazio. Analizzando il numero di

Figura 10.1 **Presenza dei temi che compongono l'indice del DM77 all'interno dei documenti regionali (numero di regioni che affrontano ciascun tema)**



Fonte: elaborazione degli autori

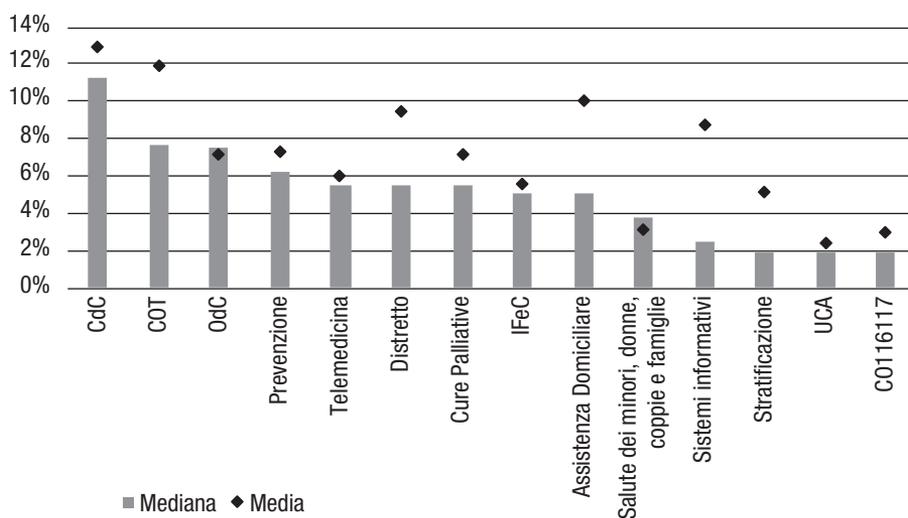
funzionamento dei servizi e piani di formazione; iv) sintesi delle azioni e cronoprogramma delle attività; v) modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione. Delle 9 regioni analizzate, soltanto due sono rimaste strettamente legate alla struttura proposta da Agenas, mentre le altre hanno individuato sezioni dedicate a temi ritenuti rilevanti nella riorganizzazione dell'assistenza sanitaria.

pagine dedicate a ciascuno dei 14 temi, si osserva una diversa sensibilità delle regioni ai temi presenta nell'«agenda» del DM77: in particolare, la prevenzione per l'Abruzzo (19%), la COT per la Campania (23%), la CdC per l'Emilia Romagna (22%), la transizione digitale per il Lazio (42%) e la Sicilia (18%), l'assistenza domiciliare per la Lombardia (48%), il Distretto per il Piemonte (24%) e la Toscana (23%), le cure palliative per la Puglia (27%).

Adottando, anche in questo frangente, una prospettiva per temi e in particolare calcolando il valore mediano e medio di pagine dedicate ad ogni tema, è possibile individuare quali siano quelli maggiormente approfonditi. Dal valore mediano si deduce che il tema maggiormente approfondito sia quello della CdC (11%), seguito da quello della COT (8%) e dell'OdC (8%), come mostrato in Figura 10.2. Il dato medio mostra alcune «punte» che si discostano da quello mediano quando i temi sono trattati da alcune regioni in maniera particolarmente approfondita rispetto ad altri. È il caso della COT, a cui si dedica molto spazio in Campania (23%) e Puglia (23%), del Distretto in Piemonte (24%) e Toscana (23%), dell'assistenza domiciliare in Lombardia (48%), della transizione digitale in Lazio (42%) e della stratificazione in Campania (19%).

Va debitamente sottolineato che alcuni temi non presenti o poco approfonditi nei documenti analizzati dalla ricerca sono stati affrontati in altri atti formali coevi o successivi o erano già stati oggetto di formalizzazione da parte della regione (in questo caso vengono spesso citati nel documento, come evi-

Figura 10.2 **Livello di approfondimento di ciascun tema del DM77 all'interno dei documenti regionali di recepimento (mediana e media)**



Fonte: elaborazione degli autori

denziato nell'analisi della macroarea sulla ricognizione normativa). È questo il caso, ad esempio, della Regione Piemonte che accompagna il proprio atto di recepimento del DM77 con altri 11 atti formali, o della Regione Lombardia che prevede di affrontare con delibera futura ad hoc il tema della presa in carico della cronicità, o ancora della Regione Lazio che integra la DGR 643/2022 con la Determinazione n. G18206 del 20 dicembre 2022 e inserisce nella Determinazione n. G02706 del 28 febbraio 2023 una declinazione di maggior dettaglio e specificità della programmazione contenuta in tale DGR. È evidente che la fotografia rappresentata in Figura 10.2 potrebbe subire variazioni se si considerassero gli altri atti normativi regionali che affrontano separatamente i temi del DM77. Tuttavia, come anticipato nel paragrafo 10.2, si è deciso di restringere l'analisi al documento di recepimento del DM77, al fine di rendere tra loro comparabili le regioni.

La quarta macroarea del *framework* riguarda la presenza di elementi aggiuntivi rispetto a quelli che compongono l'indice del DM77. In primo luogo, si osserva l'ampio riferimento a esperienze aziendali già attive prima del DM77 nell'ambito dell'assistenza territoriale, citate da 5 regioni delle 9. Alcune regioni fanno riferimento a esperienze attivate da singole realtà aziendali: è il caso dell'Abruzzo, che cita l'Agenzia di Integrazione e Continuità Ospedale-Territorio (AgICOT) dell'ASL di Teramo e della Sicilia che menziona le AFT nell'ASP di Ragusa. Altre regioni citano esperienze regionali o diffuse tra le aziende: il Lazio riserva ad ognuno degli oggetti del documento – CdC, OdC, IFeC, telemedicina, COT e sistemi informativi – una sezione dedicata al censimento delle esperienze già attive nelle 10 ASL, il Piemonte cita l'esperienza dello sviluppo dei Piani Locali per la Cronicità, la Regione Toscana, infine, menziona il progetto «a casa in buona compagnia» avviato nell'ambito dell'assistenza domiciliare. In merito a temi specifici che compaiono all'interno del documento regionale di recepimento del DM77, si osserva quello della presa in carico della cronicità (trattata nei documenti di Abruzzo, Lazio, Piemonte e Toscana), della salute mentale e dipendenze (presente in Abruzzo, Lombardia, Sicilia e Toscana), dell'integrazione con i servizi sociali (di cui scrivono in Lombardia e Toscana), della digitalizzazione e del fascicolo sanitario elettronico (Campania, Abruzzo e Sicilia), oltre ad alcuni approfondimenti particolari come la gestione delle emergenze pandemiche e delle farmacie territoriali (Abruzzo), la figura dello psicologo di base (Toscana) e il ciclo dell'audit (Lazio). È utile ricordare che alcuni di questi temi, seppur non presenti nei documenti regionali di recepimento del DM77 oggetto di esame, sono affrontati dalle regioni all'interno di altri atti normativi separati e quindi non rappresentati nella presente analisi.

Relativamente alla presenza di un cronoprogramma delle azioni delineate e agli indicatori di monitoraggio, emerge che il primo non è presente in 2 regioni e in 3 è riportato lo stesso contenuto nei Contratti Istituzionali di

Sviluppo<sup>6</sup> sottoscritti a maggio 2022. In taluni casi sono presenti dei cronoprogrammi dedicati ad alcuni oggetti specifici come la realizzazione della Centrale 116117 (Abruzzo), gli interventi di transizione digitale (Lazio) o lo sviluppo dell'ADI (Lombardia). Anche gli indicatori di monitoraggio non trovano grande spazio nel documento e non sono presenti nella maggior parte degli atti regionali. Se ne trovano solo alcuni esempi su temi specifici come IFeC, COT, qualità e priorità degli interventi in Lazio, mentre nelle altre regioni sono presenti riferimenti generali al processo di monitoraggio o alla tipologia di variabili da monitorare (Campania ed Emilia Romagna), oppure alcuni esempi di indicatori da sviluppare ulteriormente (Sicilia).

La quinta voce del *framework* si riferisce alla mappatura dello stato dell'arte offrendo una panoramica sia dal punto di vista dell'offerta di servizi, sia degli atti normativi prodotti nel tempo dalla regione. Il lavoro sul recepimento del Decreto è, infatti, stata occasione per mettere a sistema una rappresentazione dell'intera filiera di servizi regionali di assistenza territoriale. In tutte le 9 regioni esaminate è presente una mappatura degli atti normativi precedenti a quello in esame che descrivono l'offerta territoriale. Il Piemonte e la Toscana strutturano il loro documento in modo che per ciascun tema trattato ci siano i principali riferimenti normativi, mentre le altre regioni riportano gli atti normativi solo per alcuni temi (AFT e UCCP in Sicilia, Distretto e CdC in Lombardia, ecc.). Allo stesso modo, il documento di recepimento è stata l'occasione per presentare l'offerta complessiva dei servizi territoriali preesistente al DM77, con il conteggio di strutture e posti letto disponibili (principale voce censita rispetto alla dotazione). Questa mappatura viene compiuta in modo esteso in Piemonte, Lombardia e Sicilia, mentre le altre regioni la concentrano su alcuni oggetti come le forme organizzate della medicina generale (in Lazio, Abruzzo e Campania), i consultori (in Abruzzo, Campania, Piemonte, Toscana e Puglia), e le CdS/PTA (in Sicilia, Emilia Romagna e Puglia).

Infine, le ultime due voci del *framework* riguardano la presenza di indicazioni su come «riadattare» lo stato dell'arte dei servizi/strutture alle innovazioni proposte dal DM77 e l'indicazione delle persone che hanno contribuito alla realizzazione del documento. La presenza di indicazioni su come adeguare l'offerta esistente alla futura configurazione introduce il tema cruciale della gestione del cambiamento. Gli sforzi fatti in questo senso sono principalmente relativi a come trasformare le strutture che diventeranno le CdC. Rispetto alla seconda voce, solo in Lazio e in Piemonte viene esplicitato chi ha preso parte alla definizione del documento, mentre per gli altri contesti è molto difficol-

<sup>6</sup> Il Contratto istituzionale di Sviluppo tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province Autonome rappresenta uno degli strumenti di programmazione identificato dalla normativa nazionale per la Missione 6 Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza - PNRR (art. 56 del Decreto Legge 31 maggio 2021 n. 77). Tutti i 21 CIS previsti sono stati sottoscritti dal Ministero della Salute e dalle Regioni e Province Autonome a fine maggio 2022.

tosu ricostruire quali figure regionali ed eventualmente aziendali sono state coinvolte in questo processo. Per approfondire questo aspetto e analizzare i processi di coinvolgimento delle aziende è stato svolto il *focus group* i cui risultati sono presentati successivamente.

### 10.3.2 I trade-off strategici del DM77: programmazione regionale o autonomia aziendale

Il DM77 prospetta alcuni rilevanti cambiamenti nella filiera dei servizi territoriali la cui implementazione richiede una serie di decisioni che regioni e aziende sanitarie sono chiamate a compiere. I cambiamenti introdotti dai quadri normativi nazionali lasciano spazi di autonomia che possono essere gestiti sia dalla regione che dalle singole aziende. Tali aree di indeterminatezza del Decreto sono relative a temi quali la vocazione e il target dei servizi delle strutture o modelli organizzativi proposti, il sistema delle responsabilità nella gestione dei nuovi setting di cura, ecc. L'analisi dei documenti regionali è stata condotta intercettando alcune di queste scelte strategiche; vengono denominati in questa sede *trade-off* perché tali scelte non sono state compiute dal livello nazionale e quindi costituiscono spazi di autonomia per le regioni e per le aziende (Longo *et al.*, 2023).

La ricerca quindi ha ricostruito se i *trade-off* strategici contenuti nel DM77 siano stati affrontati effettivamente dalle regioni, attraverso gli atti formali di programmazione (e in quali casi con il coinvolgimento delle aziende sanitarie), o piuttosto lasciati all'autonomia delle aziende. Più in dettaglio, il contributo ha analizzato la definizione di vocazioni e target prioritari dei servizi su alcuni setting o aree tematiche strategiche promossi DM77: i) la stratificazione della popolazione e la sanità di iniziativa; ii) le Case della Comunità (CdC); iii) Le Centrali Operative Territoriali (COT); iv) gli Ospedali di Comunità (OdC). L'ipotesi di fondo è che l'identificazione di vocazioni e target di riferimento sia sintomatica di una visione strategica sul processo di cambiamento e di un orientamento determinato rispetto a specifici fini di tutela della salute. Si ricorda che per quanto riguarda le vocazioni e i target prioritari dei servizi, soltanto per gli OdC il Decreto individua i possibili target<sup>7</sup>. In questo caso, la prioritizzazione dei target, all'interno dei quattro gruppi definiti dal livello nazionale, può rappresentare un orientamento di questo modello di offerta rispetto a fabbisogni specifici e contingenti del contesto regionale o aziendale. Negli altri casi, il Decreto non individua vocazioni e target dei servizi. Si pensi ai target

<sup>7</sup> I target dell'OdC sono: a) pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio; b) pazienti affetti da multimorbilità provenienti da una struttura ospedaliera; c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi; d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo

prioritari per la stratificazione della popolazione e la sanità di iniziativa. La stratificazione della popolazione, e il conseguente reclutamento dei pazienti, possono essere realizzati sulla base di metriche profondamente differenti, come ad esempio: a) gruppi di patologia; b) stadio di patologia; c) grado di aderenza alla terapia; d) livello di educazione sanitaria; e) condizioni socio-economiche (Tozzi *et al.*, 2023). Attraverso la combinazione di queste metriche è possibile definire target di pazienti oggetto degli interventi di sanità di iniziativa e presa in carico della cronicità anche molto differenti. L'indeterminatezza del DM77 riguarda anche le CdC e le COT: nel primo caso, il DM77 individua i servizi obbligatori e facoltativi, lasciando indeterminato il portafoglio di servizi specialistici e l'intensità degli interventi oltre al target di riferimento. Regioni e aziende hanno di conseguenza ampie possibilità di definire la vocazione delle CdC, tra i due estremi di «presidio sanitario» e «presidio di comunità» (Del Vecchio *et al.*, 2022). Nel caso delle COT, il Decreto stabilisce che coordinino il trasferimento dei pazienti fra setting e il team dedicato ad esse. Tuttavia, 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 è di una certa complessità e si scontra con lo stato dell'arte dei sistemi già esistenti (Dalponte *et al.*, 2022; Ferrara & Dalponte, 2023). La Tabella 10.3 mostra se le regioni hanno definito le vocazioni e i target prioritari dei servizi attraverso gli atti analizzati, permettendo di fare alcune considerazioni.

In primo luogo, il coinvolgimento delle aziende sanitarie nei contenuti della declinazione regionale del DM77 ha seguito logiche profondamente differenti nei diversi SSR. Abruzzo, Campania, Lazio, Lombardia e Toscana, con intensità differente, hanno definito le vocazioni e i target prioritari dei servizi nelle linee guida regionali di adozione del DM77. Al contrario, Emilia-Romagna, Piemonte, Puglia e Sicilia non hanno affrontato questi trade-off strategici nel Decreto regionale analizzato. Nel caso di queste ultime regioni, dietro all'assenza di indicazioni regionali si osservano due approcci alternativi. In alcuni casi, come in Emilia Romagna, le regioni hanno supportato le aziende attraverso strumenti meno direttivi, come la condivisione di buone pratiche o momenti formativi (si veda il paragrafo 3.3) che spesso al momento della pubblicazione dell'atto regionale di recepimento del DM77 erano ancora in corso. In altri casi, le regioni hanno attribuito implicitamente alle aziende sanitarie il compito di affrontare i trade-off strategici.

In secondo luogo, le regioni analizzate hanno proposto modelli di assistenza differenti, individuando vocazioni e target prioritari diversi per i servizi promossi dal DM77. Per quanto riguarda la stratificazione della popolazione e la sanità di iniziativa, soltanto Lazio e Lombardia hanno indicato le metriche attraverso cui sviluppare i *cluster* di pazienti target, richiamando, in entrambi i casi, metodologie regionali precedenti al Decreto. Le due Regioni adottano approcci differenti visto che in Lombardia la stratificazione avviene per ora

esclusivamente sulla base di informazioni di tipo sanitario (gruppi o stadi di patologia)<sup>8</sup>, mentre in Lazio cominciano ad essere considerati anche indicatori sociali o ambientali, come l'indice di deprivazione o il livello di inquinamento.

Nel caso delle CdC, Campania, Lazio, Lombardia e Toscana hanno definito dei modelli regionali di riferimento. Questi modelli in alcuni casi divergono per target di pazienti e tipologia di servizi: ad esempio, la Campania, in cui i servizi territoriali sono storicamente più deboli, ha promosso un modello di riferimento nella direzione del «presidio sanitario», focalizzato su servizi specialistici, mentre la Toscana, ha privilegiato servizi legati alla sanità di iniziativa e allo sviluppo di reti sociali, ispirandosi maggiormente al modello del «presidio di comunità».

Le COT costituiscono il servizio su cui la programmazione regionale è stata maggiormente incisiva. Abruzzo, Campania, Lazio, Lombardia hanno definito flussi e target prioritari delle transazioni, mentre la Toscana si è limitata ad individuare i primi. Le COT rappresentano anche il servizio su cui appare in maniera più marcata la differenza tra regioni, in particolare nell'individuazione dei target prioritari dei pazienti. Abruzzo e Lombardia hanno individuato i pazienti cronici indipendentemente dallo stadio della patologia, mentre Campania e Lazio hanno stabilito che le COT devono gestire prioritariamente le transizioni dei cronici ad alta complessità. La Lombardia, inoltre, ha adottato un approccio maggiormente estensivo individuando anche gli anziani non autosufficienti fra i target di pazienti. In sintesi, la cronicità è il target prioritario della transizione attraverso le COT e (ad eccezione dell'Abruzzo) Campania, Lazio, Lombardia e Toscana si focalizzano o ammettono a tale forma di transizione la complessità clinico assistenziale.

In ultimo, nel caso degli OdC, nessuna delle Regioni analizzate ha specificato i target di pazienti prioritari all'interno dei quattro gruppi definiti dal DM77. In questo caso, saranno le aziende sanitarie a stabilire le vocazioni dei singoli OdC sulla base delle caratteristiche dei contesti locali.

### **10.3.3 I processi di coinvolgimento degli attori nella programmazione territoriale**

Il focus group ha permesso di cogliere il coinvolgimento delle aziende sanitarie di erogazione dei servizi nelle attività relative alla definizione del documento di recepimento del DM77. La Tabella 10.4 sintetizza i principali risultati emersi con una attenzione particolare al coinvolgimento delle aziende sanitarie relativamente a: modalità di coordinamento adottato, natura formale o informale del coinvolgimento, ampiezza dei soggetti coinvol-

<sup>8</sup> Il documento regionale indica a tendere l'inclusione di indicatori socio-economici (indice di deprivazione, indicatori di qualità dell'aria, nucleo familiare) nella stratificazione

Tabella 10.3 I trade-off strategici del DM77: programmazione regionale o autonomia aziendale

Aree strategiche	Trade-off	Abruzzo	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Lombardia	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana
Stratificazione della popolazione e sanità di iniziativa	La regione ha individuato dei criteri per clusterizzare la popolazione?	-	-	-	- Fattori clinici - Fattori socio-economici - Fattori ambientali	- Fattori clinici	-	-	-	-
Casa della Comunità	La regione ha individuato delle vocazioni/modelli di riferimento per le CoC?	-	- Salute (servizi specialistici) - Assistenza primaria - Accesso e case mgmt	-	- Accesso e case mgmt - Prevenzione - Salute minori e donna - Presa in carico cronici - Comunità e reti sociali - Salute (servizi specialistici)	- Prevenzione - Assistenza primaria - Salute (servizi specialistici) - Comunità e reti sociali	-	-	-	- Accesso e case mgmt - Prevenzione - Presa in carico cronici - Valutazione del bisogno - Comunità e reti sociali
Opedate di Comunità	La regione ha individuato target di pazienti prioritari fra i 4 cluster individuati dal DM?	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COT	La regione ha individuato i flussi (step-up & step-down)?	Step-up & Step-down	Step-up & Step-down	-	Step-up & step-down	Step-up & Step-down	-	-	-	step-up & step-down
	La regione ha individuato i target di pazienti prioritari?	- Pazienti con fragilità sanitaria e/o sociale - Pazienti cronici	- Pazienti con fragilità sanitaria e/o sociale - Pazienti cronici ad alta complessità	-	- Pazienti con fragilità sanitaria e/o sociale - Anziani non autosufficienti - Pazienti cronici ad alta complessità	- Pazienti con fragilità sanitaria e/o sociale - Anziani non autosufficienti - Pazienti cronici	-	-	-	-

Fonte: elaborazione degli autori

ti (ampiezza del coinvolgimento) e momento in cui esso è avvenuto (prima o dopo la pubblicazione dell'atto regionale).

La declinazione del DM77 a livello regionale ha visto nella maggior parte dei casi (8 regioni su 10) il coinvolgimento delle aziende sanitarie. Tuttavia, esso è avvenuto con diversi strumenti riassumibili in tre tipologie: a) cabine di regia/tavoli di coordinamento; b) gruppi di lavoro/tavoli tecnici; c) incontri informativi. Nel primo caso, si fa riferimento a uno strumento che svolge prevalentemente una funzione di orientamento strategico e di indirizzo in cui il coinvolgimento delle aziende riguarda prevalentemente referenti della direzione strategica (ad esempio, il DG). Nel secondo caso, si tratta di un gruppo di coordinamento su temi specifici a cui viene demandato il ruolo di svolgere approfondimenti e/o analisi specifiche rispetto al contesto regionale o delle aziende sanitarie. In questa fattispecie, il contributo offerto dalle aziende sanitarie è robusto e spesso arriva da professionisti con specifiche *expertise* (ad esempio, direttori di distretto). Nel terzo caso si fa riferimento a uno strumento meno strutturato in cui i livelli aziendali sono stati coinvolti in un processo di condivisione della linea strategica regionale.

Per comprendere il livello di coinvolgimento aziendale è inoltre utile osservare se questi strumenti siano stati istituiti con atti formali o se avessero natura più informale, spesso legata a iniziativa del singolo referente regionale o a routine pregresse nella relazione regione-aziende. Il coinvolgimento delle aziende è definibile anche come esteso o ristretto a seconda di quanto l'invito a partecipare alla definizione del documento regionale sia stato allargato a più

Tabella 10.4 **Le tipologie di coinvolgimento delle aziende**

Regioni <sup>1</sup>	Modalità di coinvolgimento	Formale / Informale	Esteso / Ristretto	Momento rispetto a pubblicazione atto regionale
Abruzzo	Cabina di regia	Informale	Ristretto	Dopo
Campania	Incontri (informativi)	Informale	Ristretto	Dopo
Emilia-Romagna	Gruppi di lavoro	Formale	Esteso	Prima
Lazio	Cabina di regia e gruppi di lavoro	Formale	Esteso	Prima
Lombardia	Cabina di regia e tavoli tecnici	Formale	Esteso	Prima
Piemonte	Tavolo di coordinamento	Informale prima, poi formalizzato	Esteso	Prima e dopo
Puglia	ND	ND	Ristretto	Dopo
Toscana	Incontri (informativi)	Informale	Esteso	Dopo
Veneto	Cabina di regia e gruppi di lavoro	Formale	Esteso	Dopo

<sup>1</sup> Nella tabella non è presente la Regione Sicilia in quanto non è stato possibile raccogliere le informazioni puntuali sulle modalità e sul momento del coinvolgimento delle aziende.

componenti. In questo lavoro consideriamo come «coinvolgimento ristretto» la sola partecipazione di referenti regionali (compresa l'agenzia, se presente), dell'azienda zero (ove presente) insieme alle direzioni strategiche aziendali. Per «coinvolgimento esteso» si intende una cabina di regia/tavolo/gruppo composto da rappresentanti regionali (compresa l'agenzia, se presente), dell'azienda zero (ove presente), il top management aziendale, il middle management aziendale, ed eventualmente altri referenti identificati a seconda del tema in oggetto (ad esempio direttori di distretto o di dipartimento).

Infine, attraverso il focus group, è emersa una differenza tra regioni rispetto al momento del coinvolgimento delle aziende: quando le aziende sono state coinvolte prima della pubblicazione del documento regionale, il loro contributo è stato funzionale alla definizione di alcuni contenuti, viceversa, il coinvolgimento ex-post ha avuto lo scopo di illustrare alle aziende le decisioni regionali, raccogliendo feedback e facendo un'operazione di gestione del consenso.

Per quanto riguarda la modalità del coinvolgimento, è difficile ricondurle a categorie definite, in quanto le scelte regionali hanno risentito delle prassi di scambio con le aziende già consolidate. Tuttavia, nel tentativo di sintesi del presente lavoro, è possibile delineare alcuni tratti distintivi. Laddove è stata identificata solo una cabina di regia (come nel caso della Regione Abruzzo), questa era composta da referenti regionali e dai quattro direttori generali delle ASL, si è incontrata frequentemente ma in maniera informale e non è stata coinvolta nei lavori di stesura del documento ma ha avuto più un ruolo di *consultant*. Dove la cabina di regia è stata affiancata da gruppi di lavoro (Lazio, Lombardia e Veneto), questa ha definito i temi a cui dare priorità nel documento, inquadrandone fini e interpretando le funzioni, con un lavoro di allineamento dei significati di fondo. I gruppi di lavoro (in Lombardia definiti «tavoli tecnici») hanno poi avuto un ruolo più operativo fino alla stesura del documento, declinando le indicazioni di massima della cabina di regia, a cui poi veniva fornita la versione finale per approvazione. Tali gruppi hanno dovuto riflettere su questioni più di dettaglio (senza mai definire un modello unico uguale per tutti i contesti locali) preservando la specificità di ogni contesto, priorità fortemente riconosciuta in tutte le regioni. Nei casi in cui sono presenti solo gruppi di lavoro (come nella Regione Emilia Romagna) essi si sono dedicati al ragionamento sia sul DM77 sia su altri temi identificati come rilevanti. Infatti, partendo da un modello di offerta territoriale molto simile a quello previsto nel DM77, la regione ha colto l'occasione del lavoro sul nuovo atto programmatico territoriale per rendere più omogenee le esperienze già in essere, riconducendole a maggiore unitarietà e attivando un'ampia concertazione e dialogo con tutti gli stakeholder interni ed esterni alla regione, percorso che si è sostanziato nei cosiddetti «Stati Generali». Infine, il tavolo di coordinamento di Regione Piemonte ha avuto una natura più ibrida a metà tra le cabine di regia e i gruppi di lavoro, riunendosi (prima informalmente e poi con il supporto di un atto

formale) su temi diversi a seconda delle priorità identificate e coinvolgendo diverse figure a seconda del tema.

In tutte le regioni le cabine di regia/tavoli di coordinamento e i gruppi di lavoro hanno avuto luogo prima della pubblicazione del documento, proprio per la loro natura funzionale alla definizione dello stesso. Nei casi in cui il coinvolgimento è avvenuto tramite incontri informativi (Campania e Toscana), essi sono stati organizzati in modo informale dopo la pubblicazione del documento in maniera più o meno estesa a seconda delle persone coinvolte. Occorre precisare che in queste due regioni, il tema del DM77 si è inserito nei modelli tradizionali di confronto tra regione e aziende sanitarie (tutte, non solo quelle territoriali) con una evidente asimmetria in termini di soggetti coinvolti per via delle diverse configurazioni dell'assetto istituzionale regionale. Nel contesto toscano, infatti, gli incontri periodici tradizionalmente calendarizzati tra regione e direzioni delle aziende sanitarie sono stati l'occasione per omogeneizzare alcune differenze esistenti tra le 3 AUSL sugli oggetti del DM77, partendo dalla percezione condivisa che molti di essi fossero già presenti (come ad esempio, le ACOT che precedevano le COT). Dal focus group è emerso inoltre che un'ulteriore modalità di coinvolgimento aziendale frequentemente adottata è stata l'organizzazione di momenti formativi sui contenuti del DM77 rivolti alle ASL ed erogati o direttamente dalla regione o da provider esterni.

#### **10.4 Discussione: tre posture nella declinazione regionale del DM77 e tre approcci nel coinvolgimento delle aziende sanitarie**

Dalle informazioni raccolte sembrano emergere tre posture diverse nell'impianto del primo atto di recepimento del DM77, considerando non solo il contenuto del documento ma anche l'iter di dialogo con le aziende sanitarie per la sua realizzazione e diffusione. Tali posture non rappresentano un giudizio di merito né una valutazione sui reali processi di cambiamento che deriveranno da un insieme ampio di sforzi e interventi da leggersi soprattutto in fasi più avanzate di implementazione del Decreto (e del PNRR). Quello che descrivono sono modalità differenti di avviare la fase di contestualizzazione locale dei cambiamenti voluti dal DM77.

- a. Regioni in cui il documento regionale è prevalentemente l'atto formale di recepimento del DM77 (Puglia, Emilia-Romagna). Il caso dell'Emilia-Romagna è paradigmatico in quanto, a fronte di esperienze territoriali già molto sviluppate e non dovendo impegnarsi in uno sforzo programmatico ingente rispetto alla parte infrastrutturale (Longo *et al.*, 2023), usa il documento regionale di recepimento del DM77 per delineare a livello macro alcuni indirizzi e lascia la definizione di scelte più puntuali ad altri atti o a momenti di

concertazione con le aziende, anche per non perdere il patrimonio di esperienze già maturate dalle diverse ASL. La Regione Puglia, invece, ribadisce in larga parte i contenuti del Decreto collocandoli nel quadro di norme che hanno delineato il modello di offerta territoriale pugliese e ribadendo la centralità di alcune esperienze avviate nella fase emergenziale (come il ruolo delle USCA per plasmare le neonate COT o quello di alcune forme di telemedicina).

- b. Regioni con documenti particolarmente incentrati sulla descrizione del modello territoriale in essere come quelli di Toscana, Abruzzo, Sicilia e Piemonte. Si tratta di documenti che, attraverso la trattazione dei temi principali del DM77, costruiscono una rappresentazione, una sintesi dell'attuale modello regionale di assistenza territoriale mettendo a sistema quanto la regione ha già fatto su ciascun tema trattato. Viene costruita una sorta di lettura unitaria e ufficiale dello stato dell'arte della rete dei servizi territoriali esplicitando la *baseline* sulla quale si inseriscono i contenuti del Decreto e dalla quale è possibile dedurre delle forme di prioritizzazione.
- c. Regioni con documenti con un elevato grado di rielaborazione dei temi del DM77 (Campania, Lazio, Lombardia). Si tratta dei contesti in cui molti dei trade-off strategici discussi in precedenza sono stati affrontati in modo esplicito all'interno del documento regionale con un diverso grado e modo di coinvolgimento delle aziende sanitarie. Si intravede un tentativo di orientare i processi di cambiamento che sono già in corso all'interno dei contesti aziendali.

Come anticipato, tra gli scopi del contributo c'è quello di conoscere il rapporto regione - aziende sanitarie nella realizzazione della riforma dei servizi territoriali indotta dal DM77: si è fatto riferimento al primo «passo» formale rappresentato dall'atto regionale di recepimento, immaginando che esso possa fare luce su questo tema sia attraverso il suo processo di formulazione che i contenuti veicolati. È possibile osservare tre tipologie di processo di coinvolgimento delle aziende sanitarie:

- a. Approccio a larga inclusione: Emilia Romagna, Lazio, Lombardia e Piemonte hanno illustrato un modello di scambio tra regione e aziende sanitarie che passa per momenti di confronto diretto con le direzioni delle aziende sanitarie e (in alcuni casi) con i professionisti delle aziende su specifici temi funzionale all'elaborazione dei contenuti del documento. Questo è avvenuto in modo formalizzato e precedente alla pubblicazione del documento regionale. Le informazioni derivano non solo dallo studio del documento stesso ma anche (soprattutto nel caso dell'Emilia Romagna) dalla ricostruzione del processo avviato. Attraverso questo approccio sembra emergere un modello cogenerativo dei contenuti che in alcuni casi il documento regionale rappre-

senta (Lazio, Lombardia e Piemonte), mentre nel caso emiliano-romagnolo anticipa solamente.

- b. Guida regionale del processo di trasformazione dei servizi aziendali: Abruzzo e Veneto, con modalità diverse, hanno previsto il coinvolgimento esteso delle aziende solo dopo la pubblicazione dell'atto di adozione del DM77 promuovendo una sorta di processo informativo e di generazione di consenso con i soggetti che localmente sono chiamati a implementare i contenuti della riforma. A queste si associa anche il Piemonte che abbina ad un dialogo con le aziende sanitarie ex ante anche momenti di confronto seguenti alla pubblicazione. In tutti i tre casi, i contenuti del DM77 hanno attivato momenti formali di coinvolgimento delle aziende sanitarie (cabina di regia, ecc.).
- c. Relazione istituzionale: l'analisi dei casi di Campania e Toscana sottolinea che il tema dell'adozione regionale del DM77 non ha attivato modelli nuovi di dialogo tra regione e aziende sanitarie, ma è stato gestito nel binario dei consueti momenti di scambio. Questo spiega l'informalità di tali momenti di confronto che hanno coinvolto le direzioni strategiche delle aziende sanitarie. La principale differenza tra questi due casi è il numero delle realtà aziendali coinvolte: infatti, se nel caso toscano è prassi che vi siano dei momenti stabili di confronto con tutte le realtà aziendali (si consideri l'assetto istituzionale di riferimento con tre sole AUSL), in quello campano sono i contenuti a definire i partecipanti agli incontri (nel caso del DM77, le ASL).

I diversi approcci non sono cristallizzati ma possono subire trasformazioni nel tempo come il caso del Piemonte testimonia chiaramente. Soprattutto quando si osservano modelli nuovi di relazione regione-azienda o dedicati al DM77 regionale è immaginabile che possano mutare gli approcci quando cambiano le persone nei ruoli regionali coinvolti, oppure si diffonde la conoscenza di pratiche nuove che inducono comportamenti mimetici.

In generale, è possibile osservare una naturale centralità della regione sul tema del DM77 che arriva a compiere scelte puntuali su quelle aree di indeterminatezza a cui si faceva riferimento nei paragrafi precedenti come dimostrano i seguenti 4 casi:

- ▶ Abruzzo, Campania, Lazio, Lombardia e Toscana arrivano a definire target e vocazioni per una buona parte dei servizi trattati producendo interpretazioni «regionali» sui temi del DM77 derivanti dalla contestualizzazione nel modello esistente (eccezionale è invece il fatto che in alcun contesto venga data priorità a uno o più dei target degli OdC);
- ▶ Lazio e Lombardia riprendono il tema dell'analisi di popolazione per arrivare a forme di stratificazione. Anche in questo caso, la scelta nasce da una forma di raccordo con il patrimonio di esperienze regionali già sviluppate: l'esperienza sul tema maturata dal Dipartimento Epidemiologico del Lazio

e dall'Osservatorio Epidemiologico della Lombardia è ripresa e sintonizzata rispetto alle nuove modalità di offerta dei servizi;

- ▶ Campania, Lazio, Lombardia e Toscana definiscono un modello di riferimento per la CdC in coerenza con il resto della filiera delle cure esistenti. La CdC è stata preceduta dalle esperienze e dal dibattito sulla Casa della Salute che ne ha anticipato le prerogative rendendola meno sconosciuta delle altre innovazioni organizzative (COT, IFoC, ecc.). Nonostante ciò, alla CdC viene dedicato ampio spazio nei documenti regionali. Oltre ad esserci un tema di raccordo con quanto già avviato da ciascuna regione, c'è quello di integrazione con le nuove unità di offerta come gli OdC e i nuovi modelli di transizione quali le COT;
- ▶ Abruzzo, Campania, Lazio e Lombardia oltre a definire il target almeno prioritario delle COT trattano il tema del flusso della transizione. La cronicità appare il grande target di riferimento con una grande attenzione ai processi di dimissione dagli ospedali per la casistica a maggiore complessità clinica e/o assistenziale.

Per quel che riguarda le altre regioni, non si può che far riferimento al fatto che gli atti analizzati rappresentano solo il primo passo formalmente compiuto nel processo di implementazione a livello locale del DM77 dal quale traspare come i contenuti del Decreto siano un nuovo importante oggetto della relazione regione-aziende e che in molti contesti il ruolo delle aziende sanitarie sia stato cruciale anche in questa prima fase di recepimento.

## 10.5 Conclusioni

La ricerca rappresenta l'occasione per riflettere sul processo di cambiamento che il PNRR e il DM77 hanno avviato: l'interesse nasce non solo dai contenuti che animano questo cambiamento, incentrato sulla rete delle cure territoriali, ma anche dal modo con il quale esso avviene per via della commistione tra le due disposizioni e della pluralità di soggetti che coinvolge in un arco temporale molto lungo.

In primo luogo, si osserva la rilevanza della relazione regione-azienda sanitaria indotta dalla *governance* multilivello per il PNRR e il DM77. La declinazione regionale del DM77 risente della gestione del PNRR per almeno due motivi, sebbene i fini siano molto diversi: in primis, si osserva che gran parte dei contenuti della Missione 6 si ritrovano all'interno del DM77. Questo crea in alcuni casi una certa confusione nella gestione dei due atti e delle competenze attivate principalmente nelle regioni (si ricordi quella rilevata nel cronoprogramma di alcuni documenti regionali che si rifacevano alle scadenze del Piano). Inoltre, viene alimentato il fabbisogno di coordinamento tra le scelte com-

piute sul piano infrastrutturale (contenuto principale degli interventi previsti nel Piano) e quelle relative all'offerta dei servizi su cui si concentra il Decreto. Il secondo motivo è che entrambi gli atti interessano sia le regioni (che hanno avviato interlocuzioni specifiche con le ASL per l'elaborazione del Piano) che le aziende chiamate a riorganizzare l'intera filiera delle cure per via delle innovazioni introdotte dal Decreto. La varietà delle posture regionali osservate si inserisce (e si spiega) all'interno di un quadro ampio di elementi che toccano la relazione tra regione e aziende sanitarie:

- ▶ La riforma dei servizi territoriali si inserisce nella *governance* multilivello<sup>9</sup> che caratterizza le politiche europee nel tentativo di raccordare il modo con il quale i diversi livelli istituzionali operano e nel bilanciamento tra la traduzione di scelte politiche in soluzioni per la comunità, i fabbisogni contingenti delle comunità e delle istituzioni interessate dalle politiche stesse. È una contingenza nuova quella che vede il rispetto di quadri, orientamenti e obblighi di rilievo internazionale, oltre che nazionale, proprio su quel segmento della filiera delle cure che si caratterizza per la maggiore vicinanza al cittadino (in termini non solo di bisogni ma anche di attese) quali sono i servizi territoriali. Le regioni e al loro interno le aziende hanno trovato spesso proprio nelle scelte di organizzazione dei servizi e nei modelli di cura territoriale alcuni dei loro elementi più distintivi. Armonizzare, nei diversi contesti, il sistema di offerta già esistente con quello da implementare sia in ottemperanza al Piano che al Decreto passa necessariamente da una interrelazione tra regione e aziende sanitarie.
- ▶ L'adozione locale del DM77 riguarda scelte relative ai processi tecnici, organizzativi ed economici capaci di realizzare i fini di tutela della salute che regioni e aziende sanitarie interpretano (funzione amministrativa). Essi si sviluppano a valle di funzioni a valenza politica che traducono le finalità astratte e generali in fini specifici e storicamente attualizzati (funzione di governo). A tre anni dall'avvio del PNRR e a molti mesi dalla versione definitiva del Decreto (funzionali sono state anche le versioni preliminari sulla creazione del consenso) si osserva un largo consenso sui contenuti specifici e una grande attenzione sulle funzioni più di tipo am-

<sup>9</sup> Governance multilivello è di solito associata alle politiche dell'Unione Europea e molti dei contributi sia di matrice giuridica che di politiche pubbliche è a tali contenuti che fanno riferimento in modo prioritario (Jordan, 2001; George, 2004). Nelle analisi delle politiche pubbliche il concetto di governance è utilizzato per designare l'attività concreta di governo più che le istituzioni di governo formalmente identificate, facendo quindi riferimento alle dinamiche, ai procedimenti effettivi e ai concreti partecipanti al processo di policy making (cioè il processo durante il quale una politica pubblica viene formulata e attuata), e non solo a ciò che è formalmente previsto a priori dalle norme di riferimento.

ministrativo che le amministrazioni pubbliche stanno mettendo in campo. È in questo specifico frangente che si inserisce la relazione regione-aziende sanitarie funzionale alla trasformazione dei servizi territoriali.

In secondo luogo, i contenuti e la natura delle due disposizioni mettono in tensione il sistema a debole connessione (*loosely coupled system*) del SSN (Weick K. E., 1976; Borgonovi E., 2005). La sanità pubblica in Italia è uno splendido esempio di *loosely coupled system* sia per la configurazione di tipo Beveridge sia per la riforma del Titolo V della Costituzione. Tali sistemi si caratterizzano per importanti processi adattivi agli ambienti di riferimento nel perseguire fini omogenei: coniugare la contingenza e la specificità della filiera dei servizi territoriali, all'interno di un quadro di relazioni istituzionali che arriva a coinvolgere il livello europeo, nella fase in cui le funzioni amministrative delle amministrazioni pubbliche sono in corso, passa attraverso un ulteriore stress nella relazione regione-aziende sanitarie. Se le regioni rappresentano l'interlocutore diretto (e quindi il livello di responsabilità) dei livelli sovraordinati rispetto ai processi di recepimento, le aziende sanitarie sono il livello istituzionale in cui si giocano i processi di cambiamento sul piano gestionale, organizzativo ed operativo. Il sistema dei vincoli che fa da cornice rispetto alla riforma dei servizi territoriali proposta dal DM77 induce a riorganizzare i modelli di organizzazione delle cure già esistenti non essendo praticabile alcuna strategia additiva. Quindi, il tema della gestione del cambiamento dei modelli locali (anche la configurazione dei distretti socio sanitari differisce tra le ASL della medesima regione) passa da un dialogo tra regione e aziende su un oggetto nuovo (in tutti i contesti analizzati il DM77 è un tema centrale in tale relazione) e/o con modalità nuove (alcune regioni gestiscono il nuovo tema all'interno dei modelli tradizionali di relazione con le aziende, mentre altre hanno avviato modalità nuove e in alcuni casi originali).

Le tre posture e i tre approcci descritti rappresentano le diverse modalità con le quali i sistemi regione-aziende sanitarie stanno sviluppando processi adattivi all'ambiente di riferimento che si è arricchito di elementi di complessità che perdureranno nel tempo. In questo sforzo, l'autonomia delle aziende (nei processi trasformativi degli assetti tecnici e operativi e di cambiamento degli ambienti di riferimento) e l'armonizzazione dei quadri amministrativi che la regione può produrre (sia per dar corso ai processi di cambiamento locale che per integrare il quadro delle politiche pregresse sui medesimi temi) rappresentano due elementi cruciali per evitare che vi sia una distrazione dai fini che tali cambiamenti devono produrre per la tutela della salute delle comunità locali. Infatti, è un rischio proprio dei sistemi a debole connessione che i processi adattivi sviino dai fini di riferimento delle istituzioni al crescere della complessità (Fusarelli L. D., 2002; Meyer H.D., 2002). Questo è un rischio a cui non si può non far riferimento in questa sede: è singolare osservare che spesso venga

cercato il fine della CdC (che è diverso dal target o dalla vocazione) piuttosto che quello della COT. In realtà, occorrerebbe interrogarsi su come l'interazione tra una pluralità di strumenti (resa più ampia dal DM77/2022) produca dei fini per via della loro interazione. L'assenza di una riflessione in questa direzione (presente solo nella documentazione del Lazio) risulta preoccupante proprio per la natura dei sistemi a debole connessione che rischiano l'eterogeneità dei fini. Ciò per via di alcune caratteristiche intrinseche dei sistemi a debole connessione: a) nei contesti sanitari esiste una pluralità di mezzi che possono produrre il medesimo risultato (quindi è legittimo e doveroso interrogarsi in termini di obiettivi di salute per target specifici per le CdC, ad esempio); b) non vi sono forme di coordinamento stabili e continuative (nelle burocrazie professionali i modelli gerarchici non trovano terreno fertile); c) si osserva l'assenza di regole e regolamenti unitariamente interpretabili; d) tutte le istituzioni pubbliche (tra cui le aziende e le regioni) partecipano a reti di ruoli, istituzioni e aziende con tempi di feedback molto lenti.

Questa ricerca non presenta risultati definitivi, ma intende introdurre una chiave di lettura dei fenomeni in corso proponendo riflessioni e punti di attenzione che emergono proprio dal modo con il quale si legge quanto sta accadendo alla filiera dei servizi territoriali per via del PNRR e del DM77.

## 10.6 Bibliografia

- 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*, pp. 348–379, Egea.
- Borgonovi, E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea.
- Dalponte, F., Ferrara, L., Zazzera, A., & Tozzi, V. (2022), «COT tra indicazioni nazionali e declinazioni territoriali», *Rapporto OASI 2022*, pp. 433–464, Egea.
- Del Vecchio, M., Giudice, L., Preti, L. M., & Rappini, V. (2022), «Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell'implementazione», *Rapporto OASI 2022*, pp. 407–432, Egea.
- Ferrara, L., & Dalponte, F. (2023), «Funzioni e geografie della COT e la gestione della transizione», In V. Tozzi & F. Longo (a cura di), *Management della cronicità*, Egea.
- Fusarelli, L. D. (2002), «Tightly coupled policy in loosely coupled systems: Institutional capacity and organizational change», *Journal of Educational Administration*, 40(6), pp. 561-575.
- Gallagher, M., Hares T. I. M., Spencer J., Bradshaw C., & Webb I. A. N. (1993),

- The nominal group technique: a research tool for general practice?, *Fam. Pract.*, vol. 10, no. 1, pp. 76–81.
- George, S. (2004), Multi-level governance and the European Union. *Multi-level governance*, 107-126.
- Jordan, A. (2001), The European Union: an evolving system of multi-level governance... or government?, *Policy & Politics*, 29(2), 193-208.
- Longo, F., Guerra, F., & Zazzera, A. (2023), «La trasformazione dell'assistenza territoriale e gli spazi di autonomia locali: Le variabili strategiche», *ME-COSAN*, 2022/123.
- Meyer, H. D. (2002), «From “loose coupling” to “tight management”? Making sense of the changing landscape in management and organization theory», *Journal of Educational Administration*, 40(6), pp. 515-520.
- Tozzi, V., Listorti, E., & Ferrara, L. (2023), «Epidemiologia della cronicità: Dalla popolazione alle popolazioni», In V. Tozzi & F. Longo (a cura di), *Management della cronicità*, Egea, pp. 13–46, Disponibile a questo link, <https://www.egeaeditore.it/ita/prodotti/sanita-e-salute/management-della-cronicita-.aspx>
- Weick, K. E. (1976), «Educational organizations as loosely coupled systems», *Administrative science quarterly*, pp. 1-19.
- WHO. (2023), *Regional technical meeting on integrated care delivery. Report: Virtual meeting, 8 December 2022*, World Health Organization, Regional Office for Europe.

