

L'equilibrio tra risorse, aspettative e bisogni di salute:
esperienze e sfide per il management

PRESENTAZIONE RAPPORTO OASI

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

GESTIRE IL CAMBIAMENTO AL TEMPO DEL PNRR E DEL DM77: IL CASO DELLE COT

LUCIA FERRARA
CERGAS, SDA Bocconi

Milano, 3 dicembre 2024



Università
Bocconi

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

La Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è stata identificata dal PNRR e dal D.M. 77/2022 come modello di riferimento per la gestione delle cure di transizione.



Investimenti PNRR:

- 278 milioni di euro (M6C1 I 1.2.2) della Componente 1
- 480 COT



Standard DM77:

- 1 COT ogni 100.000 abitanti o a livello distrettuale per bacini di utenza più ampi.
- 1 Coordinatore Infermieristico, da 3 a 5 Infermieri e 1-2 unità di Personale di Supporto.

Funzioni

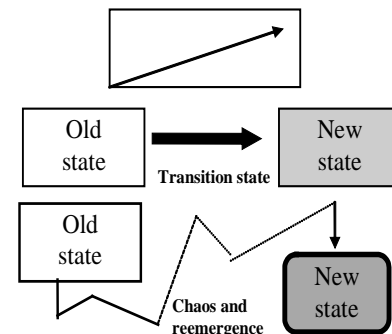


- coordinamento della presa in carico tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali;
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete
- monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso strumenti di telemedicina



Gestire il cambiamento al tempo del PNRR e del DM77: il caso delle COT

1. L'implementazione degli investimenti e dei modelli organizzativi che derivano da PNRR e DM77 è un **processo di change management**
2. Attivare i processi di cambiamento organizzativo è molto complesso:
 - Il **tasso di fallimento** in diversi Paesi è $\geq 70\%$ (Angehrn-Atherton, 1998; Beer-Nohria, 2000; Zackrisson-Freedman, 2003)
 - L'**inerzia organizzativa**: preferenza per la continuità, la rigidità e ripetitività del funzionamento come fattore di economia di risorse nel raggiungere uno scopo dato (Rebora, 2007)



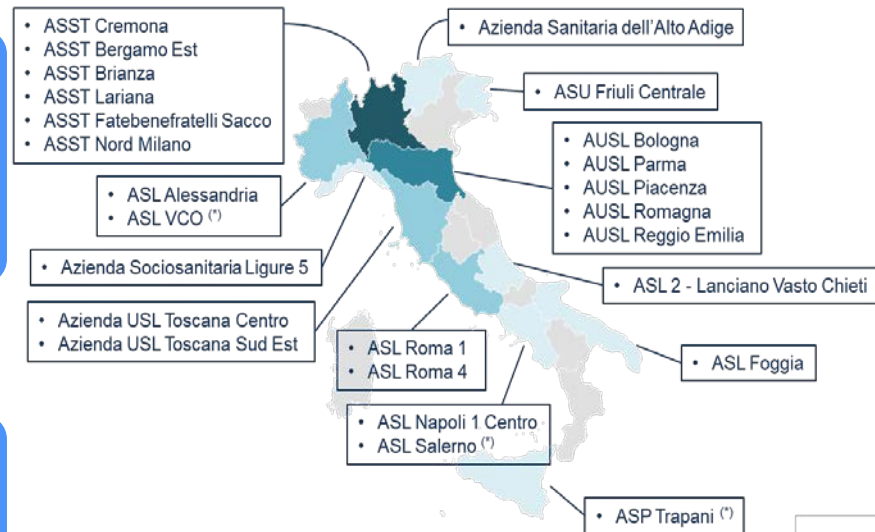
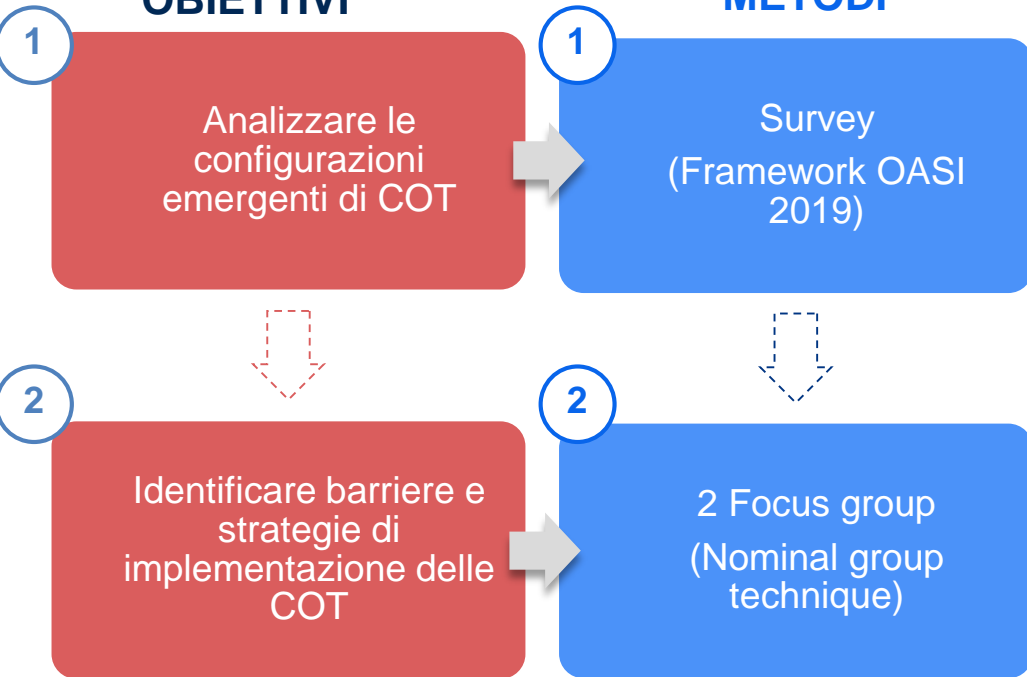
Studiare i processi di cambiamento sull'oggetto delle COT è interessante perché la loro **progettazione e implementazione risulta essere particolarmente complessa sotto il profilo gestionale**: servizio "interno" alle ASL, eterogeneità dei bisogni di integrazione, differenti velocità di adozione ed esperienze pregresse



Obiettivi e metodi di ricerca

OBIETTIVI

METODI



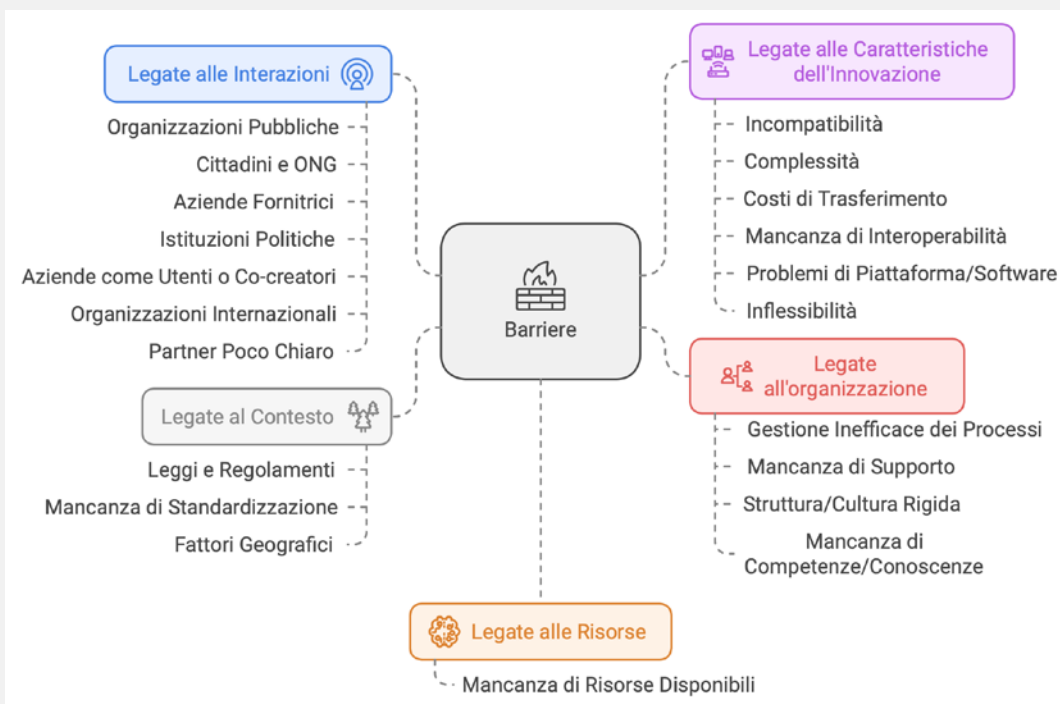
24 Aziende sanitarie

- 12 con esperienza pregressa di COT
- 12 senza esperienza pregressa di COT

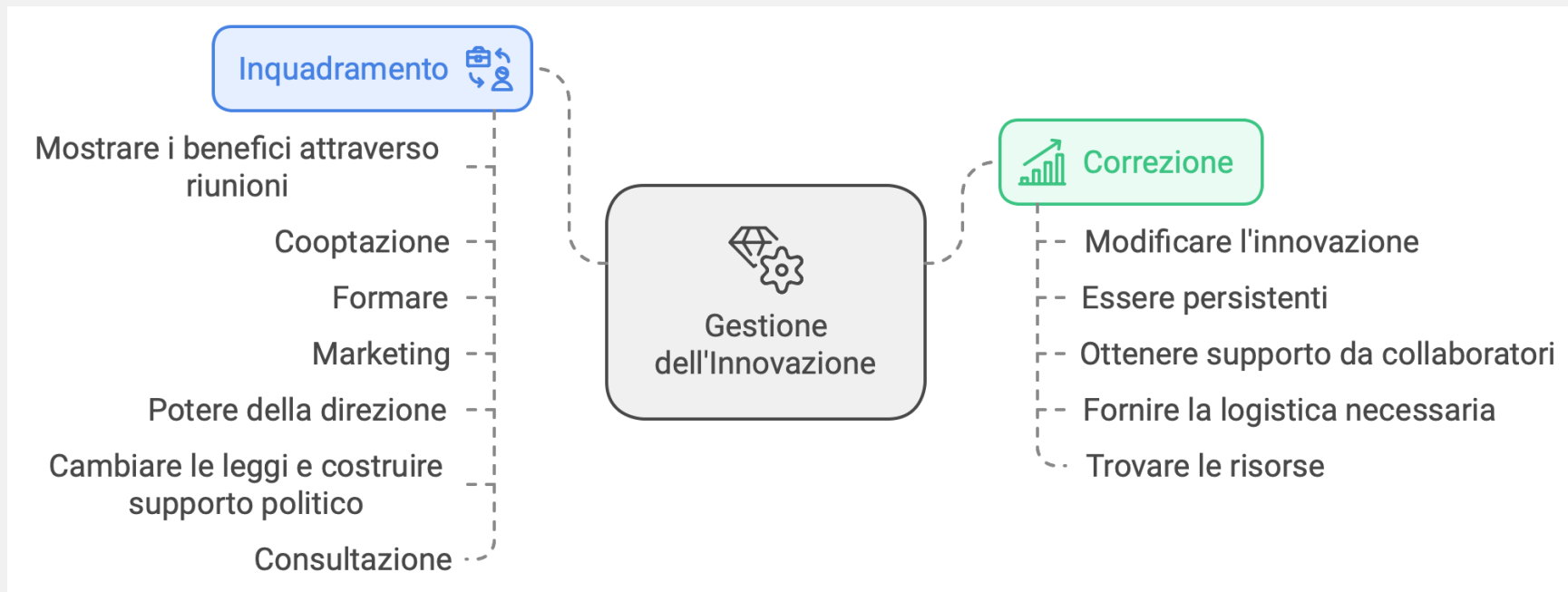
12 Regioni



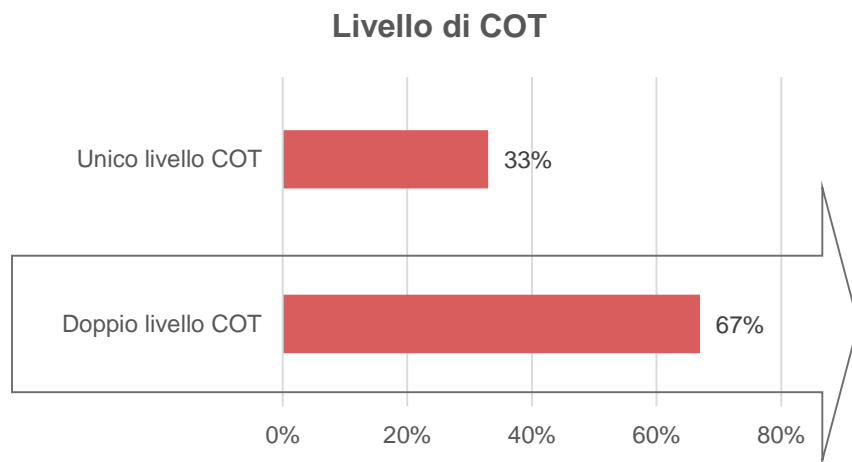
Il framework di analisi - barriere



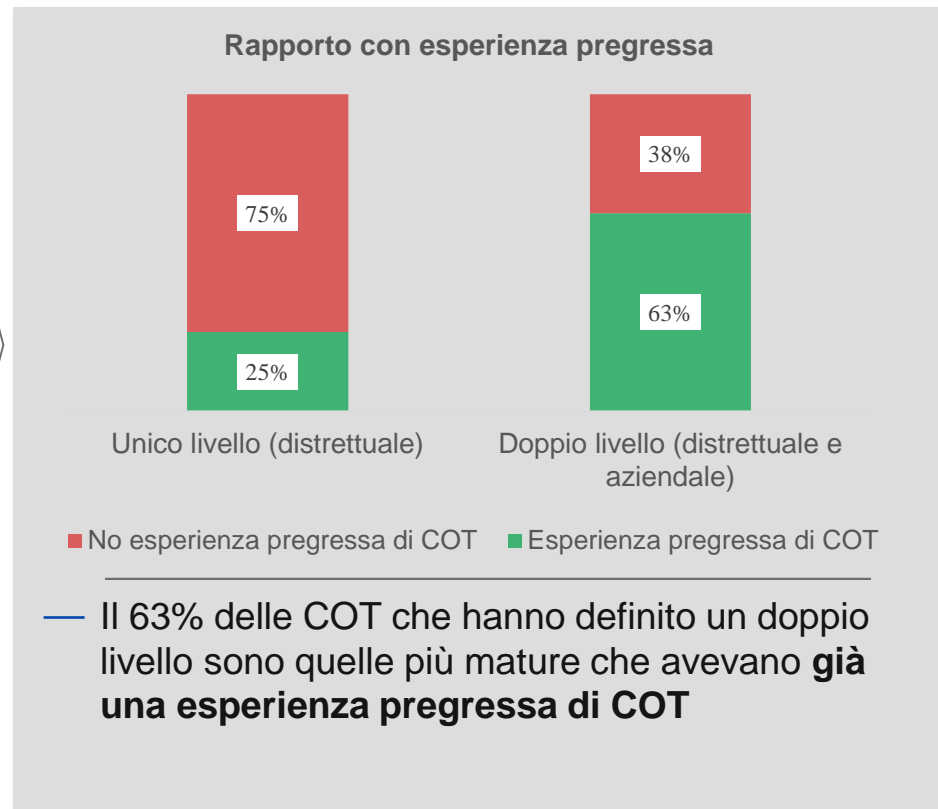
Il framework di analisi - tattiche



Le configurazioni emergenti di COT: livelli COT



- 67% delle aziende sanitarie ha definito un **doppio livello di COT** (distrettuali e aziendali), il 33% delle aziende prevede un unico livello (solo COT distrettuali)



- Il 63% delle COT che hanno definito un doppio livello sono quelle più mature che avevano **già una esperienza pregressa di COT**



Le configurazioni emergenti di COT

Funzioni

- 58% delle aziende tutte le COT **svolgono le stesse funzioni**
- il 42% prevede forme di specializzazione su flussi/funzioni (non per target)

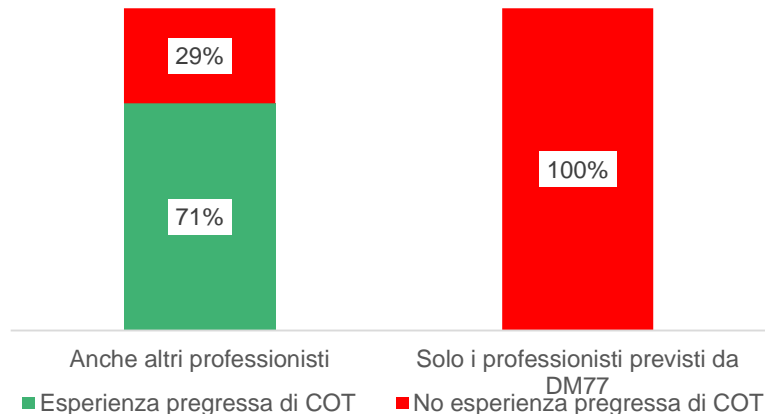
Collocazione delle COT

- 83% delle COT distrettuali collocate in **CdC**,
- 46% nella sede del Distretto,
- 29% in Presidi ospedalieri,
- 17% in altri luoghi

Professionisti

- 29% delle aziende coinvolge solo i professionisti previsti dal D.M. 77/22
- 71% coinvolge anche altri professionisti (assistenti sociali, medici, fisioterapisti).

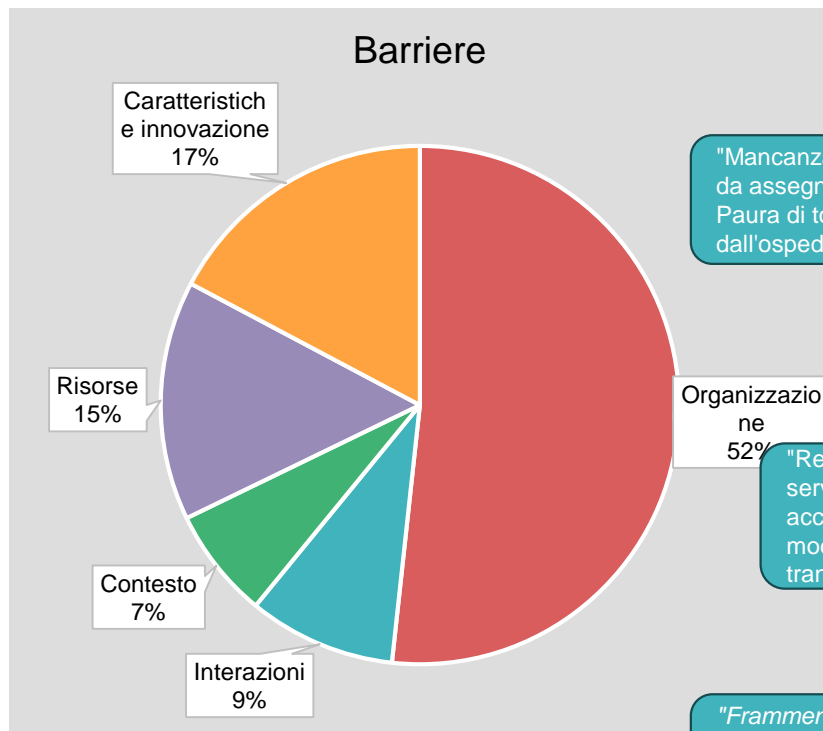
Professionisti ed esperienza pregressa



Università
Bocconi

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

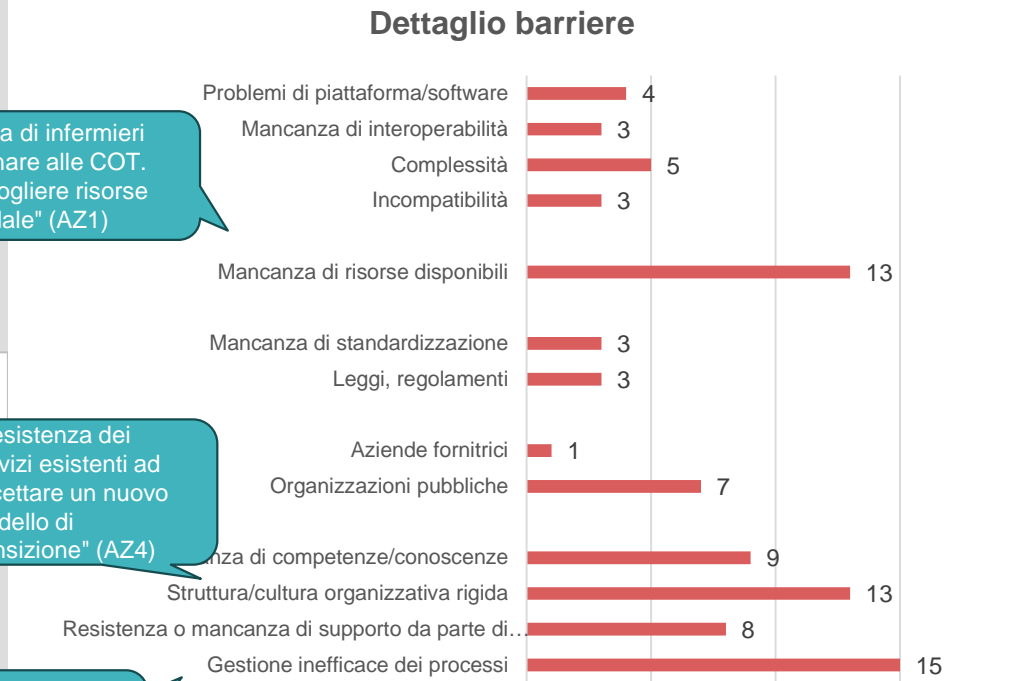
Le barriere all'implementazione delle COT



"Mancanza di infermieri da assegnare alle COT. Paura di togliere risorse dall'ospedale" (AZ1)

"Resistenza dei servizi esistenti ad accettare un nuovo modello di transizione" (AZ4)

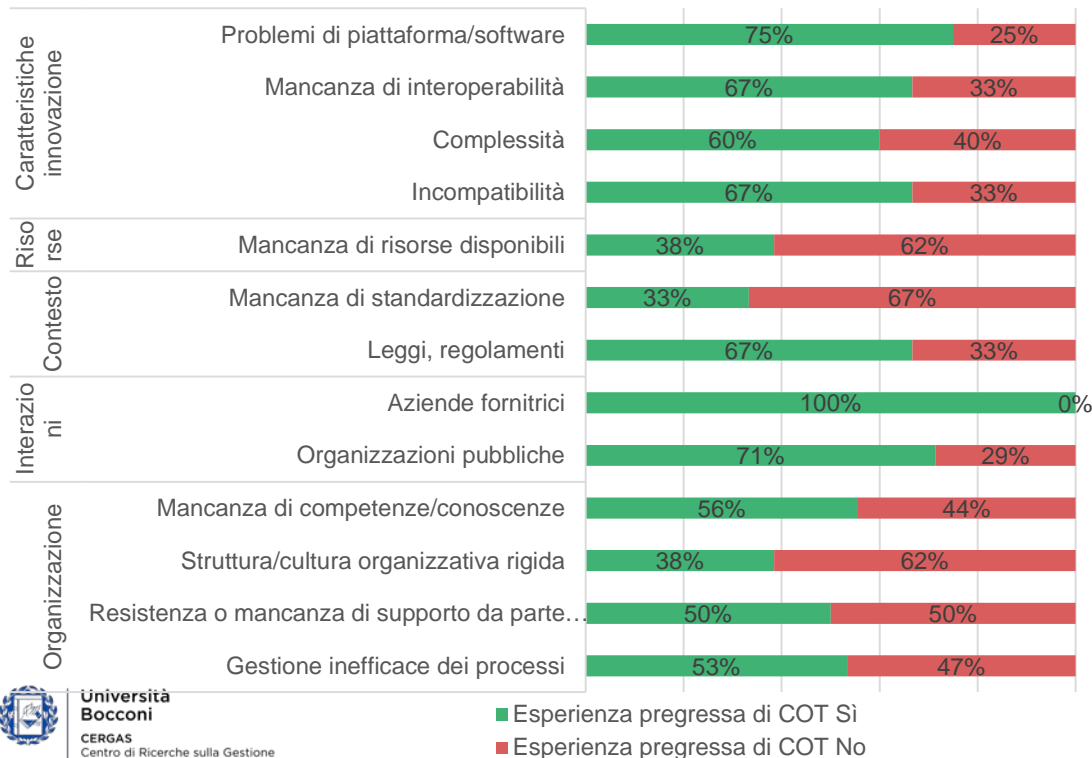
"Frammentazione dei percorsi operativi nelle transizioni" (AZ12)



87 barriere citate



La relazione tra barriere ed esperienza pregressa di COT



- **Esperienza pregressa di COT:** principali barriere
 - Caratteristiche dell'innovazione
 - Interazioni con altri attori extra-aziendali
- **No esperienza pregressa di COT**
 - Mancanza di risorse disponibili
 - Mancanza di standardizzazione
 - Struttura / cultura organizzativa rigida

No polarizzazione tra chi aveva esperienza pregressa e chi non aveva COT



Le tattiche per superare le barriere

Inquadramento (Framing)

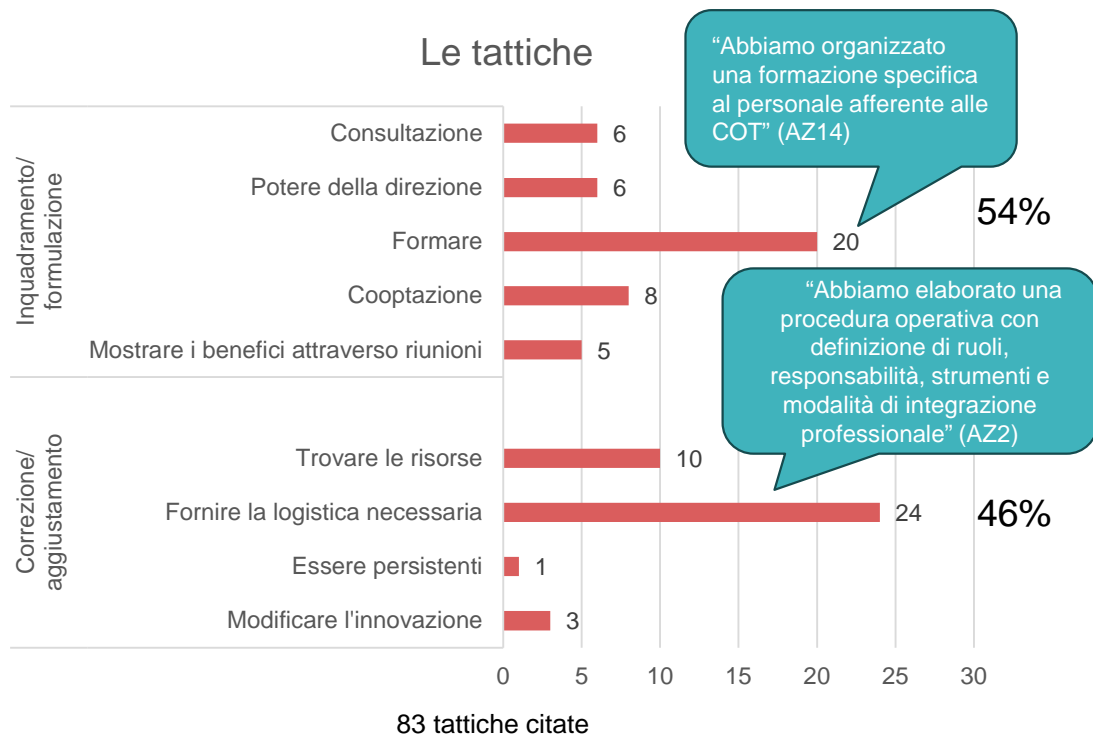
- *Processo «relazionale»*

Agisce sulla cultura aziendale, sulla formazione dei professionisti, sul coinvolgimento dei vari stakeholder

Correzione (Fixing)

- *Processo «tecnico»*

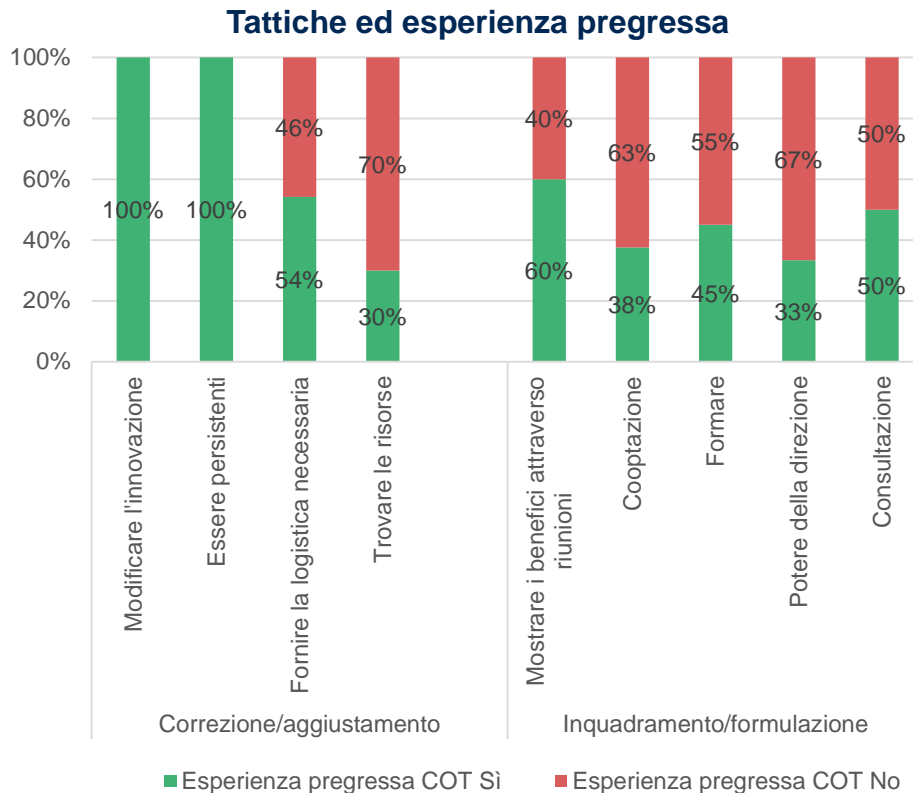
Interviene sull'innovazione in modo da renderla più adatta al contesto



La relazione tra tattiche ed esperienza pregressa di COT

- **Esperienza pregressa di COT**
 - Modificare l'innovazione
 - Essere persistenti
- **No esperienza pregressa di COT**
 - Trovare le risorse
 - Potere della direzione
 - Cooptazione

Tutti investendo su "Fornire la logistica necessaria", "Formare" e "Consultare"



Quali barriere per quali tattiche

		Legata all'organizzazione				Legata alle interazioni	Legata al contesto	Legata alle risorse	Legata alle caratteristiche dell'innovazione			Totale complessivo
		Gestione inefficace dei processi	Resistenza o mancanza di supporto da parte di specifici attori	Struttura / cultura organizzativa rigida	Mancanza di competenze /conoscenze	Organizzazioni pubbliche	Mancanza di standardizzazione	Mancanza di risorse disponibili	Complessità	Problemi di piattaforma/software	Incompatibilità	
Correzione / aggiustamento	Modificare l'innovazione				1			1	1			3
	Essere persistenti							1				1
	Fornire la logistica necessaria	7			2		1	5	3	5	1	24
	Trovare le risorse			1	2			5			2	10
Inquadramento/ formulazione	Mostrare i benefici attraverso riunioni		2	3								5
	Cooptazione	2	1	4		1						8
	Formare	1	4	6	9							20
	Potere della direzione	3		2				1				6
	Consultazione	1		1		3		1				6
Totale complessivo		14	7	17	14	4	1	14	4	5	3	83

Diverse tipologie di tattiche possano essere utilizzate per certe tipologie di barriere



Quali barriere per quali tattiche

		Legata all'organizzazione			Legata alle interazioni	Legata al contesto	Legata alle risorse	Legata alle caratteristiche dell'innovazione				
		Gestione inefficace dei processi	Resistenza o mancanza di supporto da parte di specifici attori	Struttura / cultura organizzativa rigida	Mancanza di competenze /conoscenze	Organizzazioni pubbliche	Mancanza di standardizzazione	Mancanza di risorse disponibili	Complessità	Problemi di piattaforma/software	Incompatibilità	Totale complessivo
Correzione / aggiustamento	Modificare l'innovazione				1			1	1			3
	Essere persistenti							1				1
	Fornire la logistica necessaria	7			2		1	5	3	5	1	24
	Trovare le risorse			1	2			5			2	10
Inquadramento/ formulazione	Mostrare i benefici attraverso riunioni		2	3								5
	Cooptazione	2	1	4		1						8
	Formare	1	4	6	9							20
	Potere della direzione	3		2				1				6
	Consultazione	1		1		3		1				6
Totale complessivo		14	7	17	14	4	1	14	4	5	3	83

Diverse tipologie di tattiche possano essere utilizzate per certe tipologie di barriere



Conclusioni

La COT sarà il dispositivo organizzativo che intercetterà maggiormente la complessità nella fruizione delle cure (bisogni non solo sanitari che bloccano i circuiti)

- 1. Prontezza e impegno nel disegno delle COT come mai in passato:** tra valorizzazione dell'esperienza pregressa e progettazione ex novo
 - Convergenza evolutiva e riduzione del divario tra aziende con o senza esperienza di transizione
 - Grande fabbisogno di confronto con altre realtà ed esperienze
- 2. Il processo implementativo non tocca ancora alcuni dilemmi nel funzionamento operativo delle COT:** equità distributiva e accesso ai servizi, necessità di integrare domanda complessa e vincoli attuali
 - Implementare la COT significa o stabilizzare quanto già accade, innervando il sistema di **maggiore velocità** nella risposta, oppure **selezionare ex ante** quali sono i target e i bisogni a cui dare risposta che adesso non entrano nel sistema delle cure.



Conclusioni

3. Costante **sfida al modello burocratico** che le aziende sanitarie stanno vivendo con processi di adattamento e di determinazione dei fini
4. In tutti i casi si sta lavorando a una **costruzione di senso**, che passa o per la rilettura dell'oggetto (COT) per adattarlo al proprio contesto (fixing, processo tecnico) o per l'esplicitazione del suo ruolo e contributo nel sistema (framing, processo relazionale)
5. Il passaggio dalla fase implementativa a quella della routinizzazione deve far interrogare sui **fini complessivi** del ridisegno dei servizi a seguito del PNRR e DM77: questo non potrà essere fatto sui singoli oggetti, ma su obiettivi generali d'azienda

***Dopo aver costruito e immesso nel sistema tutte le innovazioni del PNRR e del D.M. 77
quali saranno i risultati in termini di processo e di esito?***



Team di Ricerca



Gianmario Cinelli



Federica Dalponte



Lucia Ferrara



Valeria Tozzi



Angelica Zazzera



Università
Bocconi

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

GRAZIE PER L'ATTENZIONE
lucia.ferrara@unibocconi.it

CERGAS Bocconi
Via Sarfatti 10 | 20136 Milano – Italia |
| www.cergas.unibocconi.it