

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

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

## 11.1 Introduzione

### 11.1.1 L'implementazione delle Centrali Operative Territoriali

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. In particolare, il PNRR ha previsto un sub-investimento di 278 milioni di euro (M6C1 I 1.2.2) della Componente 1 per la realizzazione di almeno 480 Centrali Operative Territoriali (COT)<sup>2</sup>. Il D.M. 77/2022 ha delineato gli standard delle COT e le funzioni di interconnessione nel seguente modo: i) coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali; ii) coordinamento/ottimizzazione degli interventi attivando soggetti e risorse della rete assistenziale; iii) tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro; iv) supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali; v) monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso strumenti di telemedicina e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona. Gli standard prevedono una COT ogni 100.000 abitanti o a livello distrettuale per bacini di utenza più ampi. Il personale ideale comprende un

---

<sup>1</sup> Il capitolo è frutto di un lavoro comune degli autori, in particolare i §§ 11.1 e 11.2 sono da attribuire a Gianmario Cinelli, il § 11.3.1 a Federica Dalponte, il § 11.3.2 ad Angelica Zazzera, il § 11.3.3 a Lucia Ferrara e il § 11.4 a Valeria D. Tozzi. Il capitolo sintetizza alcuni dei risultati del progetto di ricerca "Lo stato di attuazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) in Italia" gestito dal Cergas – SDA Bocconi grazie al supporto di Roche. Si ringraziano tutti i referenti aziendali che hanno partecipato alla ricerca.

<sup>2</sup> <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5875&area=PNRR-Salute&menu=investimenti>

Coordinatore Infermieristico, da 3 a 5 Infermieri e 1-2 unità di Personale di Supporto.

La progettazione e l'implementazione delle COT risultano essere particolarmente complesse sotto il profilo gestionale per diverse ragioni (Ferrara *et al.*, 2021). In primo luogo, le COT si differenziano da altre strutture territoriali come le Case della Comunità (CdC) o gli Ospedali di Comunità (OdC) poiché operano come un servizio “interno” all'ASL, accessibile attraverso vari operatori sanitari anziché direttamente dai pazienti. La mancanza di uniformità tra le varie Aziende sanitarie rende le indicazioni del D.M. 77/2022 solo “di riferimento”, richiedendo un'interpretazione e una “costruzione di senso” su base aziendale e regionale. In secondo luogo, le COT affrontano le esigenze di integrazione che ostacolano l'accesso ai servizi in presenza di una strategia clinica già definita, ma l'implementazione specifica tra servizi erogati in luoghi diversi è complessa. Le soluzioni organizzative per le transizioni si concentrano principalmente su quelle occasionali e l'etichetta “centrale” viene spesso abusata per descrivere unificazioni procedurali che conducono a modelli centralizzati di gestione di specifici servizi. Infine, prima dell'esperienza pandemica, solo alcune regioni avevano sviluppato soluzioni simili alle COT. Inoltre, sistemi sanitari regionali (SSR) stanno manifestando anche delle differenti velocità di adozione del D.M. 77. In virtù di questi 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 D.M. 77, e dall'altro, altre regioni con uno sviluppo del territorio debole e ancora lontano da quello prospettato (Cinelli & Fattore, 2024). Da qui il fabbisogno di inquadrare il processo di cambiamento in corso nelle Aziende sanitarie per l'implementazione delle COT, che rappresenta uno tra gli oggetti più innovativi del PNRR e del D.M.77.

Il capitolo si struttura come segue: dopo un'introduzione teorica sulla letteratura di *change management* in ambito organizzativo (§11.1.2), vengono presentati obiettivi e metodi della ricerca (§ 11.2); il paragrafo 11.3 descrive i risultati e infine vengono illustrate discussioni e implicazioni manageriali (§ 11.4).

### **11.1.2 L'implementazione delle Centrali Operative Territoriali: le barriere e le tattiche per l'implementazione delle COT**

Il processo di implementazione degli investimenti e dei modelli organizzativi che derivano da PNRR e D.M. 77 può essere concettualizzato come un processo di *change management*. Secondo Reborà (Reborà & Minelli, 2007), il cambiamento organizzativo può essere definito come un “passaggio di stato” dell'organizzazione, ossia un processo di transizione da uno “stato attuale (o A)” ad uno “stato nuovo (o B)” entro una certa unità di tempo. Seguendo questa impostazione, il modello organizzativo delineato dal D.M. 77 rappresenta

lo “stato nuovo” che i diversi SSR devono raggiungere a partire dai rispettivi “stati attuali”. Si sottolinea come, per ciascun contesto aziendale e regionale, prefigurare lo stato nuovo nel rispetto delle indicazioni nazionali già citate è un’operazione in corso mentre il cambiamento avviene.

L’implementazione dei processi di cambiamento organizzativo è molto complessa: il tasso di fallimento dei progetti di cambiamento formalizzati e condotti all’interno delle organizzazioni in diversi Paesi è vicino o superiore al 70% (Angehrn & Atherton, 1998; Beer & Nohria, 2001). Le difficoltà implementative sono spesso associate all’inerzia organizzativa, concepita come una caratteristica naturale e fisiologica delle organizzazioni, che induce le sue parti a una preferenza per la continuità, la rigidità e ripetitività del funzionamento come essenziale fattore di economia di risorse nel raggiungere uno scopo dato (Rebora & Minelli, 2007). La letteratura più recente descrive i processi di cambiamento come processi di rottura della *path-dependency* (Stache & Sydow, 2023) e si concentra sugli eventi esogeni (come shock) ed endogeni che spingono le organizzazioni a deviare dalle routine e rigidità per formarne di nuove e diverse.

Comprendere le barriere implementative che emergono durante il processo di cambiamento rappresenta un elemento essenziale e imprescindibile per innestare il processo di cambiamento. Cinar e colleghi (2019; 2021) offrono una prospettiva approfondita su queste barriere, fornendo un quadro utile per superare le sfide più comuni. In un primo studio (Cinar *et al.*, 2019), gli autori identificano cinque tipologie di barriere relative ai seguenti ambiti: i) Organizzazione; ii) Interazioni extra-aziendali; iii) Mancanza di risorse; iv) Contesto; v) Caratteristiche dell’innovazione. Le barriere legate all’organizzazione rappresentano l’ostacolo più comune all’interno del processo di innovazione nei servizi pubblici: una gestione inefficace dei processi è spesso causa di una mancata risposta, o erronea o parziale, ai bisogni dei cittadini. Altre difficoltà interne includono la resistenza o la mancanza di supporto da parte di specifici attori, una cultura organizzativa rigida e la mancanza di competenze o conoscenze necessarie. Questi fattori limitano significativamente la capacità di implementare innovazioni. Le interazioni extra-aziendali costituiscono un’altra categoria di barriere, dove le relazioni con altre organizzazioni pubbliche e imprese fornitrici possono influenzare negativamente l’adozione dell’innovazione. Tali relazioni complesse possono aumentare il livello di difficoltà ed ostacolare la cooperazione necessaria per sviluppare e implementare nuove idee. Il contesto in cui operano le organizzazioni può anch’esso rappresentare un ostacolo al cambiamento, ad esempio con leggi e regolamenti che impongono restrizioni, limitando la flessibilità necessaria per l’innovazione. Inoltre, le specificità contingenti e la variabilità nei fattori socioeconomici possono emergere come ostacoli che rallentano il processo innovativo a livello aggregato, rendendo difficile l’adozione di pratiche innovative in modo uniforme e coerente. La

manca di risorse disponibili, sia finanziarie che umane, costituisce un'altra barriera significativa. Le risorse insufficienti possono impedire alle organizzazioni di investire nel processo di innovazione, limitando la capacità di sviluppare e implementare nuove soluzioni. Infine, le caratteristiche intrinseche dell'innovazione stessa possono rivelarsi come barriere notevoli. L'incompatibilità tra nuove soluzioni e sistemi esistenti, la complessità delle innovazioni e i problemi legati all'interoperabilità, possono tutti ostacolare l'implementazione delle innovazioni. Questi problemi di piattaforma o software possono creare difficoltà tecniche che rallentano il processo e aumentano i costi associati.

In un secondo studio (Cinar *et al.*, 2021), gli autori identificano anche le tattiche per superare le barriere relative all'implementazione delle innovazioni. In particolare, lo studio individua due tipologie di tattiche: i) Correzione / aggiustamento (o "*fixing*"); ii) Inquadramento/formulazione (o "*framing*"). Le tattiche di correzione e aggiustamento comprendono una serie di azioni che mirano a risolvere direttamente i problemi che impediscono l'implementazione dell'innovazione. Modificare l'innovazione è una delle tattiche principali, che prevede l'adattamento della soluzione innovativa per renderla più compatibile con il contesto specifico in cui deve essere applicata. Questo può includere cambiamenti nel design, nella funzionalità o nei metodi operativi. La persistenza è un'altra tattica chiave, che si sostanzia in azioni tramite le quali gli innovatori continuano a incentivare l'implementazione nonostante le difficoltà che incontrano, superando le resistenze e mantenendo il focus sugli obiettivi. La fornitura della logistica necessaria è fondamentale per garantire che tutte le risorse materiali e operative siano disponibili e adeguatamente gestite, così da supportare l'innovazione. Infine, trovare le risorse necessarie, sia finanziarie che umane, rappresenta un passo essenziale per colmare eventuali lacune che potrebbero ostacolare il progresso dell'innovazione. Le tattiche di inquadramento e formulazione si concentrano sulla gestione delle percezioni e delle relazioni all'interno e all'esterno dell'organizzazione per facilitare l'adozione dell'innovazione. Mostrare i benefici attraverso riunioni è una tattica che punta a convincere i diversi attori coinvolti dell'utilità e dell'impatto positivo dell'innovazione, spesso mediante presentazioni e discussioni strutturate. La cooptazione prevede l'inclusione dei gruppi resistenti nel processo decisionale o nella governance dell'innovazione, con l'obiettivo di trasformare l'opposizione in supporto. La formazione è utilizzata per migliorare le competenze degli attori coinvolti, garantendo che abbiano le conoscenze necessarie per utilizzare efficacemente l'innovazione. Il potere della Direzione rappresenta l'utilizzo dell'autorità manageriale per promuovere e sostenere l'innovazione, affrontando le resistenze attraverso decisioni top-down. Infine, la consultazione è una tattica che coinvolge il dialogo e il confronto con i diversi stakeholders per ottenere il loro supporto e per adattare l'innovazione in modo da rispondere meglio alle loro esigenze e preoccupazioni. L'adozione com-

binata di queste tattiche può contribuire significativamente al superamento delle barriere che si frappongono all'implementazione delle innovazioni. La correzione permette di affrontare direttamente le difficoltà tecniche e operative, mentre l'inquadramento aiuta a gestire le relazioni umane e istituzionali, creando un ambiente più favorevole per il cambiamento. Insieme, queste tattiche offrono un approccio bilanciato che può essere adattato a diversi contesti e tipologie di innovazioni, aumentando le probabilità di successo nel settore pubblico.

Gli studi di Cinar e colleghi suggeriscono anche che le barriere e le tattiche per superarle possono variare significativamente a seconda del tipo di innovazione in questione, come innovazioni digitali o sociali. Inoltre, è importante notare che le sfide cambiano in base allo stadio implementativo dell'innovazione: mentre le barriere organizzative tendono a prevalere nelle fasi iniziali di sviluppo e progettazione, quelle legate alle interazioni specifiche diventano più rilevanti durante l'implementazione. Questa comprensione dinamica è cruciale per adottare le tattiche appropriate e garantire il successo dell'innovazione nel contesto pubblico.

Il framework qui proposto appare agli autori di particolare interesse nell'affrontare il tema del processo di implementazione delle COT, che avviene in presenza di alcune indicazioni formali su scala nazionale, con la contingenza di adeguarle a contesti aziendali con diversi fabbisogni sul tema delle cure di transizione.

## 11.2 Obiettivi e metodi

L'obiettivo di ricerca del seguente capitolo è analizzare l'implementazione delle COT nelle Aziende Sanitarie. In particolare, il capitolo persegue due obiettivi di ricerca:

1. L'analisi delle configurazioni emergenti delle COT (che permette di concettualizzare l'oggetto del cambiamento);
2. Lo studio delle barriere e delle tattiche, per comprendere il processo di implementazione delle COT.

Per rispondere alle domande di ricerca sono stati impiegati due metodi di ricerca: i) survey; ii) focus group. I destinatari delle survey e dei focus group includono una composizione eterogenea di profili: il 50% sono infermieri, il 34% medici e il 13% personale amministrativo, con una piccola rappresentanza di assistenti sociali (3%). Circa un terzo dei rispondenti proviene dalla Direzione Strategica (19%) o è composto da Direttori di Distretto (13%). Le strutture organizzative di appartenenza dei partecipanti sono molto diverse, a

dimostrazione del fatto che le COT sono un servizio caratterizzato da elevate interdipendenze.

In primo luogo, è stata condotta una survey usando il framework sviluppato da Ferrara *et al.* nell'edizione 2021 del Rapporto OASI. Il framework analizza le configurazioni delle COT sulla base di tre dimensioni: i) i modelli di servizio; ii) le funzioni; iii) le condizioni organizzative. La survey è stata somministrata al personale delle Aziende Sanitarie. In secondo luogo, sono stati realizzati due focus group secondo la *Nominal Group Technique* (NGT)<sup>3</sup>. Il primo focus group ha riguardato le barriere relative all'implementazione delle COT, il secondo le tattiche che posso essere impiegate per superare le barriere. Le Aziende Sanitarie partecipanti sono state suddivise in quattro gruppi e ogni gruppo di lavoro è stato coordinato da un ricercatore dello studio. I gruppi sono stati costituiti considerando la localizzazione geografica e includendo sia aziende che avevano già implementato le COT sia quelle che non avevano ancora avviato il servizio. In particolare, ogni focus group è stato costituito da quattro fasi: i) riflessione individuale (o "*silent idea generation*"); ii) "*round robin*" in piccoli gruppi in cui ogni partecipante ha descritto la propria idea; iii) discussione in gruppo delle idee proposte e raggruppamento all'interno di alcune macro-categorie di idee; iv) votazione individuale / prioritizzazione delle idee e presentazione agli altri gruppi di lavoro. Successivamente, i ricercatori coinvolti nello studio hanno riclassificato le barriere e le tattiche relative all'implementazione secondo il framework sviluppato da Cinar *et al.* I risultati di ogni gruppo di lavoro sono stati riclassificati in modo indipendente da due autori, il coordinatore del gruppo e un altro ricercatore. In un secondo momento, gli autori si sono confrontati sulla riclassificazione delle barriere e delle tattiche e in caso di divergenze hanno definito in modo consensuale la riclassificazione finale.

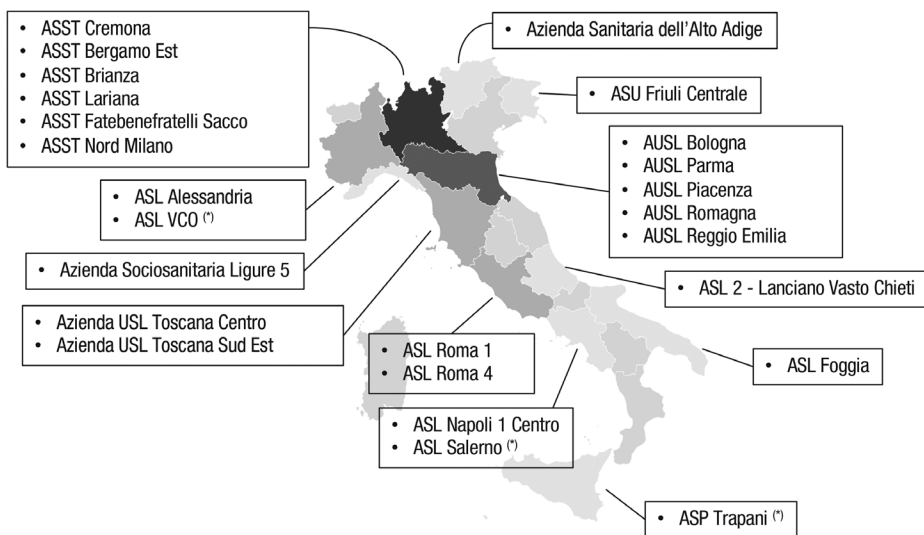
I casi studio analizzati nella ricerca riguardano le esperienze di 25 Aziende Sanitarie appartenenti a 12 Regioni (Figura 11.1).

## 11.3 Risultati

### 11.3.1 Le configurazioni emergenti di COT

Le risposte alla survey (N = 24) hanno fatto emergere come esattamente in metà delle Aziende rispondenti erano già attive prima del D.M. 77/22 una o più COT (o dispositivi aziendali con simile funzione). La maggior parte delle

<sup>3</sup> La NGT è un metodo strutturato per generare idee e prendere decisioni in gruppo ed è progettata per garantire che ogni voce sia ascoltata e che tutte le idee siano prese in considerazione. È un metodo utilizzato per raggiungere il consenso del gruppo sulla priorità da assegnare ad una lista di problemi-soluzioni prodotta dagli stessi partecipanti.

Figura 11.1 **Le Aziende Sanitarie partecipanti alla ricerca**

(\*) Si precisa che la ASL VCO e l'ASP Trapani hanno compilato la survey ma non hanno partecipato al FG, mentre l'ASL Salerno ha partecipato al FG ma non ha compilato la survey.

esperienze pregresse si concentra nelle Regioni Emilia-Romagna e Toscana, in particolare: 4 Aziende con esperienza pregressa in Emilia-Romagna; 2 in Toscana; 1 in Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Liguria, Lazio e Puglia. Questo dato è in linea con precedenti ricerche condotte nell'ambito del Rapporto OASI (Ferrara *et al.*, 2017; Ferrara *et al.*, 2021), che avevano evidenziato come in Italia ci fossero già delle esperienze di cure di transizione (CT) prima del D.M. 77/22 sebbene poco diffuse.

Le configurazioni di COT che stanno emergendo nelle Aziende prese in considerazione sono molto eterogenee in termini di modello di servizio, condizioni organizzative e funzioni svolte. Questo è abbastanza fisiologico, in quanto i fabbisogni di transizione tra servizi di *setting* diversi a cui le COT rispondono sono contingenti e specifici per i singoli territori.

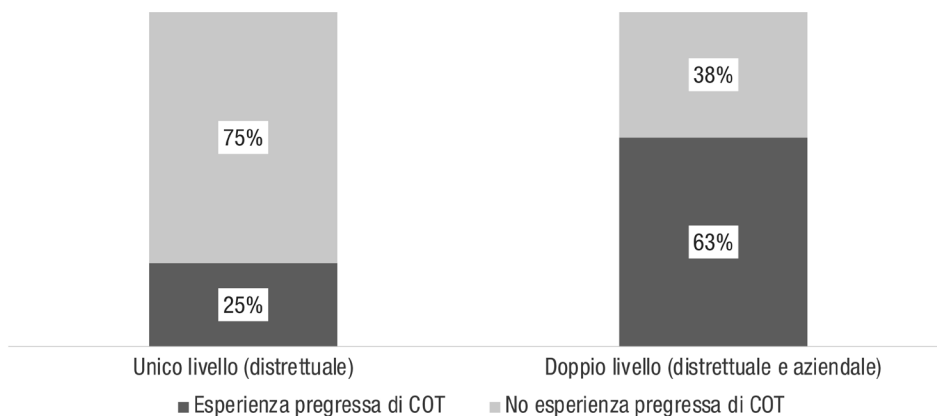
### Modello di servizio

Nel 67% delle Aziende sanitarie mappate è previsto un doppio livello di COT (nel 63% dei casi con COT distrettuali e aziendali, nel 4% con COT distrettuali e provinciali), mentre il 33% delle Aziende prevede un unico livello, solo con COT distrettuali. Nel campione di Aziende considerato, le Regioni si dividono nettamente tra adozione di un livello unico (Sicilia, P.A. di Bolzano, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Liguria) o di un doppio livello (Campania, Puglia, Toscana, Lazio, Emilia Romagna), non mostrando variabilità intra-regionali, fatta eccezione per Lombardia e Piemonte (in cui alcune Aziende hanno defi-

nito un doppio livello di COT e alcune un livello unico). Come mostrato in Figura 11.2, l'esperienza pregressa sembra influire sulle scelte aziendali rispetto al livello: un unico livello di COT è previsto principalmente da Aziende senza esperienza pregressa di COT (75%), mentre un doppio livello è previsto principalmente da Aziende con esperienza pregressa (63%), sovraordinato che fa da «antenna» e coordinamento dei recettori locali.

Per quanto riguarda i modelli di COT previsti, il 58% delle Aziende prevede un modello unico di COT, ovvero tutte le COT svolgono le stesse funzioni e/o gestiscono gli stessi flussi di transizione e/o gli stessi target di pazienti. Il restante 42% prevede invece un modello differenziato, con forme di specializzazione delle COT su specifici flussi (es. solo *step down* o solo *step up*) o funzioni. In particolare, vi sono casi di modelli differenziati tra funzioni e flussi gestiti tra COT sovra distrettuali e COT distrettuali, e casi di modelli differenziati tra COT dello stesso livello con alcune «generaliste» e alcune «specialistiche». Il primo è il caso, ad esempio, dell'AUSL di Bologna, dove è prevista una COT sovra distrettuale che gestisce e monitora la transizione nel flusso *step-down* da un setting per acuti al setting post-acuzie e di cure intermedie e 9 COT distrettuali che gestiscono e monitorano la presa in carico territoriale e le transizioni *step-up* dal territorio ad un setting a maggiore intensità assistenziale. Il secondo è il caso, ad esempio, dell'ASST Brianza, dove sono previste 5 COT distrettuali e 3 COT specialistiche che sono specializzate nelle transizioni verso specifici setting: Hospice o Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e Residenze sanitario assistenziali per disabili (RSD), cure primarie e salute mentale. Laddove sono previste COT a doppio livello, è più probabile che queste ultime siano specializzate (Figura 11.3), dove ai due livelli vengono attribuite specifiche funzioni

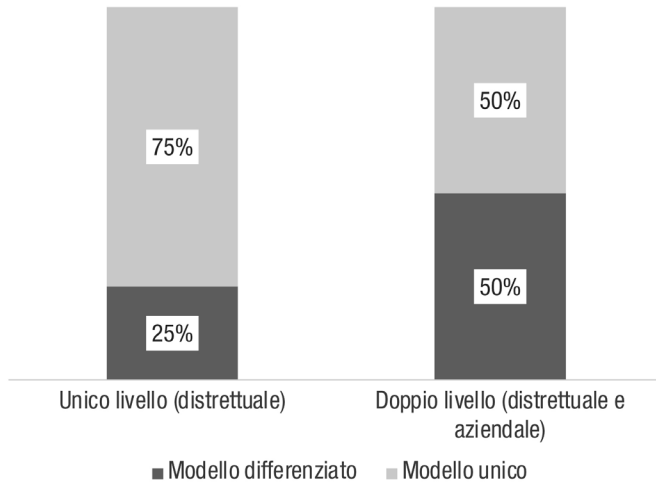
Figura 11.2 **Livello e esperienza pregressa di COT: percentuale di Aziende con e senza esperienza pregressa di COT per livello di COT previsto**



Fonte: elaborazione autori su dati survey.



Figura 11.3 **Livello e modello di COT: percentuale di Aziende con modello unico e differenziato per livello di COT previsto**



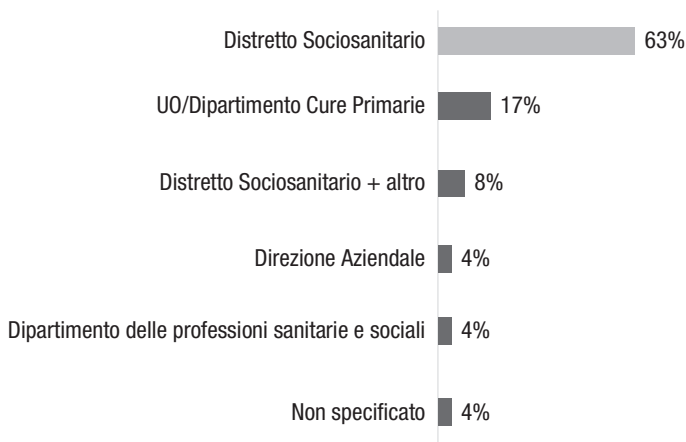
Fonte: elaborazione autori su dati survey.

o specifici flussi da gestire. Non si osservano, invece, forme di specializzazione per target di pazienti gestiti dalle COT: nella maggior parte dei casi (92%) tutte le COT nel medesimo perimetro aziendale gestiscono lo stesso target, mentre un solo caso (quello dell'ASST Brianza precedentemente citato) presenta alcune COT che gestiscono un target specifico. Nel campione osservato, le scelte regionali relative alla specializzazione delle COT si distribuiscono come di seguito: modello differenziato in Abruzzo; modello unico in Sicilia, P.A. di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Campania, Puglia, Liguria, Piemonte; situazioni miste tra modello unico e differenziato in Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Lombardia.

#### *Condizioni organizzative*

In termini di afferenza organizzativa, nella maggior parte dei casi (63%) la COT afferisce esclusivamente al Distretto Sociosanitario (DSS), mentre nel restante 37% dei casi afferisce a U.O./Dipartimento di Cure Primarie (17%), alla Direzione aziendale (4%) o al Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali (4%), come mostrato in Figura 11.4. L'8% delle Aziende in cui la COT afferisce sia al DSS che ad altro, fa riferimento a contesti con un doppio livello di COT, con la COT distrettuale che afferisce al DSS e la COT aziendale che afferisce alla U.O.C. Committenza o Direzione Sanitaria. Anche in questo caso, le regioni si dividono equamente tra DSS (Sicilia, Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia, Campania, Puglia, Liguria, Piemonte) e altre afferenze organizzative (P.A. di Bolzano, Lazio), con solo Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia in cui le Aziende presentano afferenze organizzative miste tra DSS e altro.

Figura 11.4 **Afferenza organizzativa delle COT: percentuale di Aziende per afferenza organizzativa\***



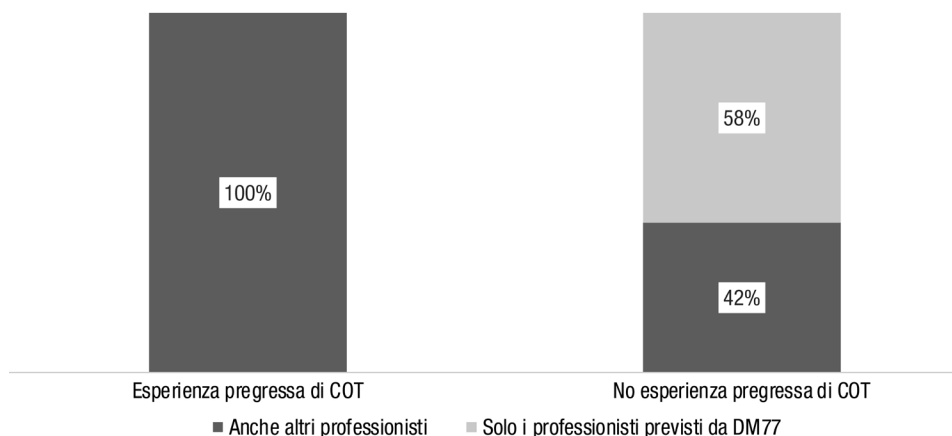
\* Il caso "Distretto Sociosanitario più altro" ricorre in casi in cui è previsto un doppio livello con COT distrettuali e sovra distrettuali. In particolare, altro è rappresentato da U.O.C. Committenza e Direzione Sanitaria.

Fonte: elaborazione autori su dati survey.

Per quanto riguarda la collocazione fisica delle COT, l'83% delle COT distrettuali sono collocate nelle Case della Comunità (CdC), il 46% nella sede del Distretto, il 29% in Presidi ospedalieri (PO), il 17% in altri luoghi (sedi indipendenti, sede del servizio domiciliare, edificio attiguo alla sede del Distretto). La collocazione fisica della COT può agevolare la costruzione di relazioni dirette con alcuni professionisti o strutture di offerta, così come l'intercettazione precoce di alcuni target di riferimento in maniera congiunta con il PUA e il coinvolgimento di alcuni professionisti.

In termini di professionisti che operano all'interno della COT, il 29% delle Aziende coinvolge solo i professionisti previsti dal D.M. 77/22 (coordinatore infermieristico, infermieri e personale amministrativo), mentre il 71% coinvolge anche altri professionisti. Scomponendo il dato a seconda del livello di esperienza pregressa, si evince come tutte le Aziende con un'esperienza pregressa di COT coinvolgono altri professionisti (Figura 11.5), a dimostrazione di come nella progettazione delle nuove COT le Aziende stiano valorizzando le esperienze già messe in campo nel passato, evitando che lo sforzo di progettare le nuove COT deprima e non valorizzi quanto già sviluppato. Le Aziende senza esperienza pregressa, invece, nel 58% dei casi hanno coinvolto solo personale in linea con le indicazioni del D.M. 77, mentre nel 42% dei casi stanno coinvolgendo anche altro personale oltre a quello previsto, in modo da adattare il modello di COT alla visione aziendale. Nello specifico, il personale aggiuntivo previsto è rappresentato da assistenti sociali (100%), medici (41%) e da fisioterapisti (12%). Nell'88% delle Aziende rispondenti, il profilo del coordinatore

Figura 11.5 **Professionisti coinvolti e esperienza pregressa di COT: percentuale di Aziende con e senza esperienza pregressa di COT per estensione di professionisti coinvolti**



Fonte: elaborazione autori su dati survey.

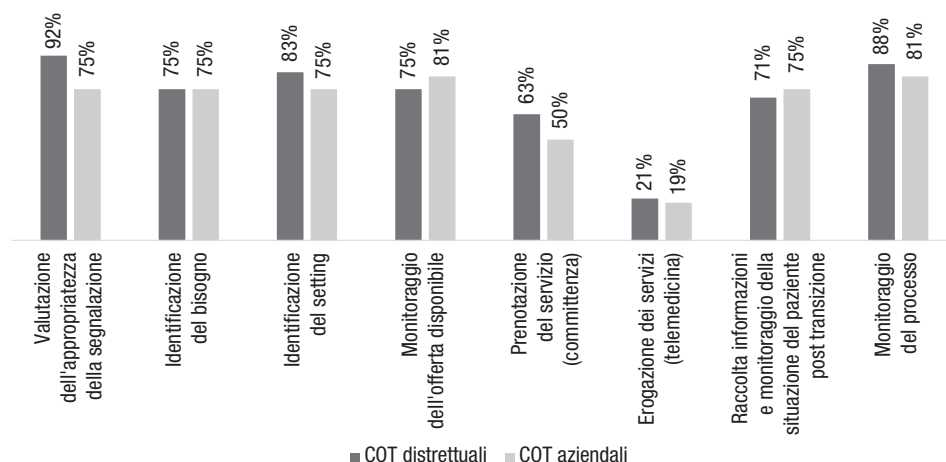
della COT è di tipo infermieristico (nei restanti casi è un medico o assistente sociale).

Infine, la maggior parte delle Aziende del campione (83%) afferma di finanziare le COT previste con fondi PNRR, mentre il restante 17% finanzierà alcune delle COT previste con fondi extra PNRR.

### *Funzioni*

Per quanto riguarda le funzioni svolte dalle COT, non si osservano differenze significative tra COT aziendali e distrettuali (Figura 11.6). Con riferimento alle COT distrettuali, previste in tutte le Aziende mappate, le funzioni svolte sono: valutazione dell'appropriatezza della segnalazione (92% di Aziende); monitoraggio del processo (88%); identificazione del setting (83%); identificazione del bisogno (75%); monitoraggio dell'offerta disponibile (75% – assente, nel campione di Aziende considerato, in Liguria); raccolta delle informazioni e monitoraggio della situazione del paziente post transizione (71% – assente in Abruzzo e Sicilia); prenotazione del servizio (committenza) (63% – assente in Liguria e Puglia); ed erogazione dei servizi (telemedicina) (21% – assente in Toscana, Liguria, Puglia, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, P.A. di Bolzano e Sicilia). Mettendo in relazione le funzioni svolte dalle COT distrettuali con la presenza di esperienza pregressa in tema di COT, non emergono differenze rilevanti. Lo stesso vale mettendo in relazione le funzioni svolte dalle COT distrettuali con i professionisti coinvolti, dove le percentuali di Aziende con e senza professionisti extra D.M. 77/22 in cui viene svolta ogni funzione sono del

Figura 11.6 **Funzioni svolte dalle COT: percentuale di Aziende in cui viene svolta ciascuna funzione, per COT distrettuali e aziendali**



Fonte: elaborazione autori su dati survey.

tutto simili per ciascuna delle funzioni, ad eccezione della raccolta di informazioni e monitoraggio della situazione del paziente post transizione, che viene svolta di più (82% vs. 43%) nei casi in cui la COT coinvolge anche altri professionisti oltre a quelli previsti dal D.M. 77/22.

### 11.3.2 Le barriere all'implementazione delle COT

Come mostra la Tabella 11.1, la codifica delle idee espresse dai referenti secondo le categorie (macro e micro) dello studio di Cinar *et al.* (2019) ha come risultato la presenza di 87 barriere all'implementazione delle COT<sup>4</sup>, suddivise come segue: 45 barriere che riguardano l'organizzazione, 15 barriere che riguardano le caratteristiche dell'innovazione, 13 barriere legate alle risorse, 8 barriere che emergono dalle interazioni con attori extra-aziendali, 6 barriere che dipendono da fattori di contesto. Le barriere più comuni appaiono essere quelle legate all'organizzazione in cui l'innovazione è implementata, che nel presente lavoro è rappresentata dall'Azienda sanitaria di appartenenza della COT. Il 17% delle barriere è infatti relativo alla sottocategoria "gestione inefficace dei processi" aziendali, che fa riferimento a procedure, strumenti opera-

<sup>4</sup> Sulle 21 sottocategorie totali del paper di Cinar *et al.* (2019) sono state rilevate barriere appartenenti solo a 13 sottocategorie. Sono assenti le seguenti: i) Interazioni extra-aziendali: Cittadini e ONG, Istituzioni politiche, Imprese come utenti o co-creatori, Organizzazioni internazionali, Partner poco chiaro; ii) Contesto: Mancanza di standardizzazione; Geografia; iii) Caratteristiche dell'innovazione: Costi di trasferimento; Inflexibilità.

Tabella 11.1 **Barriere relative all'implementazione delle COT**

Macro categoria	Barriera	Frequenza		Esempi
		n.	%	
Organizzazione	Gestione inefficace dei processi	15	17%	"Frammentazione dei percorsi operativi nelle transizioni" (AZ12)
	Resistenza o mancanza di supporto da parte di specifici attori	8	9%	"Scarsa volontà da parte dei professionisti di aderire all'evoluzione del modello COT che prevede maggiore integrazione professionale" (AZ2)
	Struttura/cultura organizzativa rigida	13	15%	"Resistenza dei servizi esistenti ad accettare un nuovo modello di transizione" (AZ4)
	Mancanza di competenze/conoscenze	9	10%	"Mancanza di competenze specifiche nella valutazione e identificazione di ruoli professionali e identificazione percorsi" (AZ21)
Interazioni extra-aziendali	Organizzazioni pubbliche	7	8%	"Scarsa conoscenza dei servizi territoriali e della loro organizzazione con conseguenti aspettative non realistiche" (AZ15)
	Imprese fornitrici	1	1%	"Difficoltà nella comunicazione e comprensione tra società informatica e gruppo tecnico regionale per sviluppo software dedicato" (AZ3)
Contesto	Leggi, regolamenti	3	3%	"Blocco privacy per la condivisione delle informazioni con strutture accreditate" (AZ10)
	Mancanza di standardizzazione	3	3%	"Ogni territorio è a sé per logistica e offerta di professionalità" (AZ5)
Risorse	Mancanza di risorse disponibili	13	15%	"Mancanza di infermieri da assegnare alle COT. Paura di togliere risorse dall'ospedale" (AZ1)
Caratteristiche innovazione	Incompatibilità	3	3%	"Disomogeneità con i vecchi modelli organizzativi fortemente radicati" (AZ7)
	Complessità	5	6%	"Necessità di definizione di pacchetti di risposta territoriale allineati ai bisogni del paziente" (AZ20)
	Mancanza di interoperabilità	3	3%	"Scarsa interoperabilità della piattaforme e bassa alfabetizzazione" (AZ16)
	Problemi di piattaforma/software	4	5%	"Limiti operativi dei sistemi di gestione digitale" (AZ24)
Totale		87	100%	

Fonte: elaborazione autori su dati focus group.

tivi e prassi organizzative che ostacolano l'attivazione o il funzionamento della COT. Ciò accade perché i processi non sono uniformi, o non sono adeguati a supportare le attività della COT, o addirittura sono assenti. Tali elementi denotano la mancanza di coordinamento e integrazione intra-aziendale (tra servizi e professionisti), che porta a disallineamenti di tipo operativo. In questa categoria rientrano anche gli ostacoli legati alla governance delle COT e alla comunicazione interna all'Azienda. La seconda sottocategoria più frequentemente osservata (15% delle osservazioni) è la "Struttura/cultura organizzativa rigida" e si riferisce alle resistenze al cambiamento introdotto dall'innovazione (la COT) da parte dell'organizzazione. Le resistenze sono dovute sia alla struttura aziendale, come la difficoltà di modificare le procedure preesistenti

e riconvertire i servizi, sia alla sfera culturale delle persone. I professionisti mostrano diffidenza rispetto agli impatti della COT, resistenza nell'adozione e apprendimento di nuove modalità lavorative, che non vengono vissute come un investimento ma come un appesantimento del carico di lavoro, o come un'imposizione normativa di cui non si colgono i vantaggi. La terza sottocategoria di barriere più spesso riportata (15% delle osservazioni) fa riferimento alla "Mancanza di risorse", che possono essere sia umane (infermieri e più in generale personale della COT), sia risorse IT (prerequisito per garantire lo svolgimento di alcune funzioni della COT), sia risorse della filiera dei servizi. Emerge come ci sia di frequente una difficoltà relativa all'indisponibilità a ricevere il paziente da parte dei setting individuati dalla COT, a causa di una carenza di capacità produttiva (es. posti letto). La quarta tipologia di barriere rilevata è la "Mancanza di competenze e conoscenze" (10% delle barriere), sia da parte dei professionisti che devono inviare alla COT e non ne conoscono il modello operativo, sia degli operatori COT nella valutazione dei pazienti, identificazione dei setting, ed esecuzione del ruolo di coordinamento della COT. La "Resistenza o mancanza di supporto da parte di specifici attori" (9%) è la quinta barriera più osservata e si riferisce ai professionisti ospedalieri o altri professionisti come i MMG<sup>5</sup>. Essi appaiono reticenti ad accettare le decisioni proposte dalla COT o ad essere da lei coinvolti in determinate fasi. I dati mostrano anche l'esistenza di barriere relative alle interazioni extra-aziendali e più nello specifico con altre "Organizzazioni pubbliche" (8% dei casi) come Aziende Ospedaliere o Enti Locali, derivanti da diversi linguaggi e prassi organizzative e non conoscenza del modello COT. Il 6% delle barriere riguarda più propriamente vincoli legati alla "Complessità" della COT; si tratta, ad esempio, della difficoltà di conoscere e mappare l'offerta del territorio o di definire gli adeguati percorsi per i pazienti. Sempre relativamente all'oggetto dell'innovazione, ovvero la COT, altre barriere sono legate a "Problemi di piattaforma/software" (5%) o all' "Incompatibilità" (3%) della COT nel contesto in cui si inserisce (si intende, ad esempio, il fatto che la COT attivi dei percorsi che non possono essere realizzati perché non supportati dall'attuale organizzazione dei servizi) e la "Mancanza di interoperabilità (3%) della COT dovuta ad una scarsa o assente integrazione dei sistemi informatici. Sono meno frequenti barriere relative al contesto come "Leggi e regolamenti" o "Mancanza di standardizzazione", entrambe osservate nel 3% dei casi. Le prime fanno riferimento sia alle indicazioni del D.M. 77/22 (ad esempio sugli standard di personale), sia alle normative sulla privacy. Le seconde raccontano di una forte frammentazione e disomogeneità dei servizi extra-aziendali che la COT attiva.

<sup>5</sup> Si precisa che, nonostante la natura contrattuale dei MMG, ai fini del presente lavoro sono stati considerati come professionisti che afferiscono all'azienda sanitaria, pertanto le barriere in cui venivano citati sono state inserite nella categoria "Organizzazione".

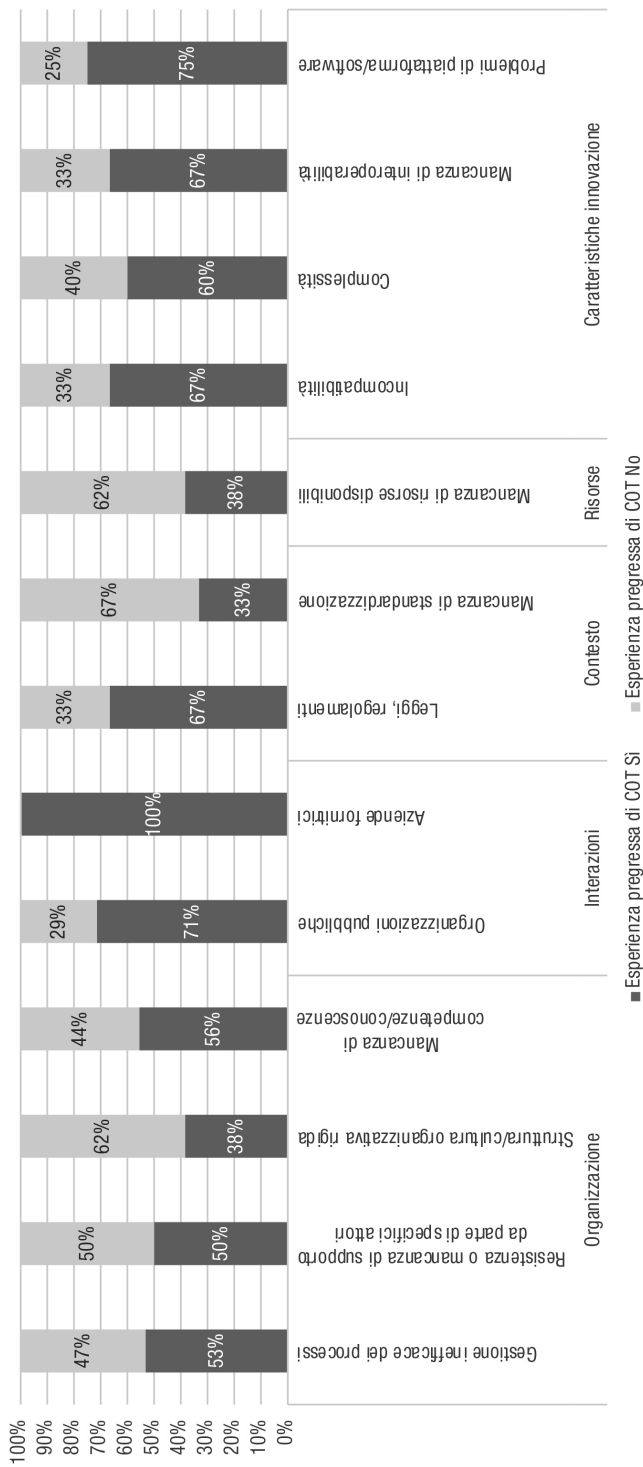
Infine, un'osservazione concerne la barriera di interazioni extra-aziendali con Imprese fornitrici per la creazione del software della COT.

La Figura 11.7 mostra, per ciascuna sottocategoria di barriera, la percentuale di Aziende con un'esperienza di COT pregressa, rispetto al totale delle Aziende che hanno dichiarato quella barriera. Come suggerisce la letteratura, si potrebbe ipotizzare che chi è nella fase di progettazione delle COT stia affrontando delle barriere diverse da chi ha già attivato le COT e adesso è impegnato nella riconversione e aggiornamento del modello precedente. Tuttavia, le osservazioni del nostro campione non mostrano una forte polarizzazione in questo senso, in quanto tutte le barriere vengono citate sia da chi aveva un'esperienza di COT sia da chi non la aveva. Non sembra, quindi, che avere attivato la COT prima del D.M. 77/22 abbia impedito il manifestarsi di alcune barriere. Ciò potrebbe essere spiegato anche dal fatto che è presente una certa variabilità tra le Aziende del nostro campione rispetto all'esperienza pregressa di COT sia per quanto riguarda la maturità delle COT (l'attivazione delle COT può essere stata più o meno recente), sia per quanto riguarda il contesto regionale (alcune Aziende hanno attivato le COT su input della regione, beneficiando di una condivisione di indicazioni e strumenti, mentre altre Aziende hanno attivato le COT come esperienze isolate a livello regionale).

Si possono tuttavia fare alcune osservazioni; ad esempio, le barriere che concernono le interazioni extra-aziendali sono state segnalate di più da chi aveva già una COT (71%), lo stesso accade per ciascuna delle barriere relative alle caratteristiche dell'innovazione. Ciò è coerente con l'idea che il tempo e l'utilizzo prolungato della COT abbiano fatto emergere le difficoltà legate alle caratteristiche della COT stessa. Le uniche barriere che sono riportate di più da chi non aveva una COT pregressa riguardano la struttura o cultura organizzativa rigida, la mancanza di standardizzazione e la mancanza di risorse disponibili e afferiscono rispettivamente alla sfera organizzativa, di contesto e di risorse. Pertanto, è verosimile che chi ha un'esperienza di COT pregressa abbia già superato le resistenze al cambiamento, trovato il modo di reperire le risorse mancanti e gestito gli ostacoli legati al contesto esterno. Questo appare indicare come la percezione delle barriere cambi a seconda del momento in cui l'innovazione viene applicata, modificando la prospettiva da criticità legate all'esterno o all'organizzazione, a criticità legate all'innovazione stessa.

Infine, la Tabella 11.2 mostra l'esito della votazione svolta dai partecipanti nell'ultima fase della NGT in cui ognuno ha assegnato un voto da 1 (poco importante) a 5 (molto importante) alle cinque barriere più rilevanti, tra il totale delle barriere emerse dal gruppo. La Tabella 11.2 mostra, per ciascuna barriera, la somma dei voti di tutti i 4 gruppi (espressa nella colonna "Punteggio") e il numero di volte in cui è stata votata (colonna "Frequenza"). Le barriere più rilevanti per i referenti aziendali che hanno partecipato alla ricerca risultano essere: "Gestione inefficace dei processi", "Struttura/cultura organizzativa

Figura 11.7 **Barriere ed esperienze pregresse di COT**



Fonte: elaborazione autori su dati survey e focus group.



Tabella 11.2 **Il peso attribuito alle barriere**

Macro categoria barriera	Sottocategoria barriera	Votazione	
		Punteggio	Frequenza
Organizzazione	Gestione inefficace dei processi	82	26
Organizzazione	Struttura/cultura organizzativa rigida	59	21
Risorse	Mancanza di risorse disponibili	52	17
Organizzazione	Mancanza di competenze/conoscenze	46	15
Organizzazione	Resistenza o mancanza di supporto da parte di specifici attori	43	13
Interazioni	Organizzazioni pubbliche	40	12
Caratteristiche innovazione	Complessità	25	8
Caratteristiche innovazione	Mancanza di interoperabilità	24	8
Caratteristiche innovazione	Incompatibilità	22	6
Caratteristiche innovazione	Problemi di piattaforma/software	22	10
Contesto	Mancanza di standardizzazione	6	2
Contesto	Leggi, regolamenti	4	2
Interazioni	Aziende fornitrici	2	1

Fonte: elaborazione autori su dati focus group.

rigida”, “Mancanza di risorse disponibili”, “Mancanza di competenze/conoscenze” (queste quattro barriere hanno complessivamente ottenuto 238 punti, ovvero oltre la metà del totale dei punti). Come mostra il paragrafo successivo, sono proprio queste le barriere che le Aziende stanno provando a superare. Infine, si nota come alcune barriere abbiano un peso basso (non sono percepite il problema più importante) ma sono state votate molte volte (sono diffuse), come i problemi di piattaforma/software o la mancanza di interoperabilità.

### 11.3.3 Le tattiche per superare le barriere

Le Aziende coinvolte nella rilevazione stanno adottando tattiche<sup>6</sup> diverse per superare le barriere all’implementazione delle COT identificate nel paragrafo precedente: nel 46% dei casi (38) si tratta di tattiche che mirano ad intervenire sull’innovazione in modo da renderla più adatta al contesto (cosiddette di “fixing” o di “correzione, aggiustamento”), mentre nel 54% (45) si tratta di tattiche che vanno ad agire sulla cultura aziendale, sulla formazione dei professionisti, sul coinvolgimento dei vari stakeholder, in particolare quelli più resistenti al cambiamento e non motivati, per creare quel contesto in cui le barriere possono essere minimizzate (cosiddette di “framing” o di “inquadramento/formulazione”) (Tabella 11.3, Tabella 11.4).

<sup>6</sup> Rispetto alle categorie totali di tattiche del paper di Cinar *et al.* (2021) non sono state rilevate tattiche relative a “Ottenere supporto dai collaboratori”, “Marketing (Promozione dell’innovazione attraverso i media)” e “Cambiare le leggi e costruire il supporto politico”.

Tabella 11.3 **Le tattiche per superare le barriere**

Categoria	Tattica	Frequenza		Esempi
		n.	%	
Correzione/ aggiustamento	Modificare l'innovazione	3	4%	"Abbiamo previsto a livello aziendale l'inserimento in COT di figure extra DM77 (es. assistente sociale per ogni COT, afferente all'Azienda sanitaria). Prevedere l'inserimento della figura del fisioterapista in COT per valutazione appropriatezza percorsi. Prevedere coordinamento della COT da parte di un medico di distretto" (AZ3)
	Essere persistenti	1	1%	"Abbiamo individuato dei setting assistenziali alternativi in caso di mancanza offerta" (AZ13)
	Fornire la logistica necessaria	24	29%	"Abbiamo elaborato una procedura operativa con definizione di ruoli, responsabilità, strumenti e modalità di integrazione professionale" (AZ2)
	Trovare le risorse	10	12%	"Abbiamo avviato il reclutamento interno con avviso di mobilità interna e colloquio con titolo preferenziale per il personale inidoneo all'attività assistenziale" (AZ8)
Inquadramento/ formulazione	Mostrare i benefici attraverso riunioni	5	6%	"Abbiamo coinvolto tutti in modo attivo, dimostrando anche i risultati (successi, fallimenti, proposte) (AZ7)
	Cooptazione	8	10%	"Audit/coinvolgimento nella fase di costruzione/definizione modelli organizzativi con tutti gli attori del processo per la condivisione delle procedure da adottare" (AZ14)
	Formare	20	24%	"Abbiamo organizzato una formazione specifica al personale afferente alle COT per acquisire le peculiari competenze cliniche/gestionali delle attività da svolgere con le altre UU.OO." (AZ14)
	Potere della Direzione	6	7%	"Mandato forte Direzione strategica e funzioni di monitoraggio e reportistica" (AZ8)
	Consultazione	6	7%	"Abbiamo previsto periodiche giornate di affiancamento con i professionisti esterni alla COT (non interni alla ASL) per illustrare i punti di vista dei diversi servizi coinvolti sullo stesso problema / paziente /tema" (AZ22)
<b>Totale</b>		<b>83</b>	<b>100%</b>	

Fonte: elaborazione autori su dati focus group.

L'analisi di dettaglio rivela che le principali tattiche adottate dalle Aziende che rientrano nel primo gruppo, intervenendo sull'innovazione, hanno a che fare con:

- "Fornire la logistica necessaria" (29%) ovvero assicurarsi che tutte le infrastrutture, i processi operativi e di supporto siano disponibili e funzionanti per supportare l'implementazione delle COT. Nello specifico, questo include la definizione di chiare procedure e modalità operative condivise tra i vari attori coinvolti nel processo di transizione, la definizione di strumenti di valutazione dei bisogni e di modelli organizzativi interdisciplinari, l'adozione di sistemi informativi integrati con le piattaforme regionali, oltre a

Tabella 11.4 Le varie tattiche usate per le diverse tipologie di barriere

	Legata all'organizzazione			Legata alle interazioni		Legata al contesto	Legata alle risorse		Legata alle caratteristiche dell'innovazione		
	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 tattica	
<b>Correzione/aggiustamento</b>											
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					10
Mostrare i benefici attrattivi verso riunioni	2	3									5
Cooperazione	2	4		1							8
Formare	1	6	9								20
Potere della Direzione	3	2				1					6
Consultazione	1	1		3		1					6
<b>Totale tattiche / barriere</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>		<b>83</b>

Fonte: elaborazione autori su dati focus group.

software di gestione, piattaforme di comunicazione e di monitoraggio del percorso dei pazienti. Si tratta di una tattica usata per rispondere in maniera trasversale a numerose barriere legate sia all'organizzazione (mancanza di processi di supporto e di competenze), che al contesto (mancanza di standardizzazione) e alle specificità dell'innovazione (complessità, problemi di piattaforma, incompatibilità);

- ▶ “Trovare le risorse” (12%) è una tattica che viene espletata attraverso il reclutamento di personale interno da dedicare alla COT con avvisi di mobilità e colloqui motivazionali, ma anche facendo sinergia tra personale del PUA e COT e delle varie COT. Tale tattica risponde sia a resistenze legate alla cultura organizzativa e alle competenze, sia alla mancanza di risorse umane disponibili da impiegare nelle COT, sia a problemi di incompatibilità con l'attuale disponibilità dei servizi e delle risorse tecnologiche;
- ▶ “Modificare l'innovazione” (4%): interviene sugli standard minimi di personale previsti dal D.M. 77/22. In alcuni casi, infatti, si prevede l'inserimento in COT di figure professionali extra D.M. 77/22, come assistenti sociali e fisioterapisti, o la semplificazione del processo valutativo tramite teleconsulto e teleassistenza. Queste tattiche rispondono a barriere connesse con la mancanza di risorse e con la complessità dell'innovazione e sono state più frequentemente riportate dalle Aziende con una esperienza pregressa di COT, segnalando come tali Aziende stiano mantenendo alcune specificità e cercando di preservare quanto già precedentemente sviluppato adattandolo ai nuovi standard ministeriali;
- ▶ Infine, l'ultima tattica riportata in questo gruppo, sebbene meno frequentemente, è collegata con l'“Essere persistenti” (1%) e implica il perseverare nella ricerca di una soluzione, quali per esempio dei setting assistenziali alternativi, anche a fronte di difficoltà, come la mancanza di offerta. Tale tattica risponde in particolare alla carenza di risorse.

Nell'ambito delle tattiche di “inquadramento e formulazione” dell'innovazione a livello aziendale, la principale tattica usata è la “formazione” (24%) sia specifica per il personale delle COT, essenziale per acquisire competenze gestionali sul funzionamento della COT e sui flussi da gestire, sia più generale e rivolta ai numerosi professionisti e soggetti coinvolti nel processo di transizione. Oltre ai momenti formativi tradizionali e frontali, numerosi sono gli esempi di formazione sul campo o attraverso dei gruppi di miglioramento. Un'ulteriore tattica associata ai momenti formativi è rappresentata dal “Mostrare i benefici” della COT (6%) presentando i risultati ottenuti, sia in termini di successi che di fallimenti. Si tratta in entrambi i casi di tattiche che mirano a superare le barriere legate all'organizzazione: resistenza da parte dei professionisti, cultura organizzativa rigida o mancanza di competenze.

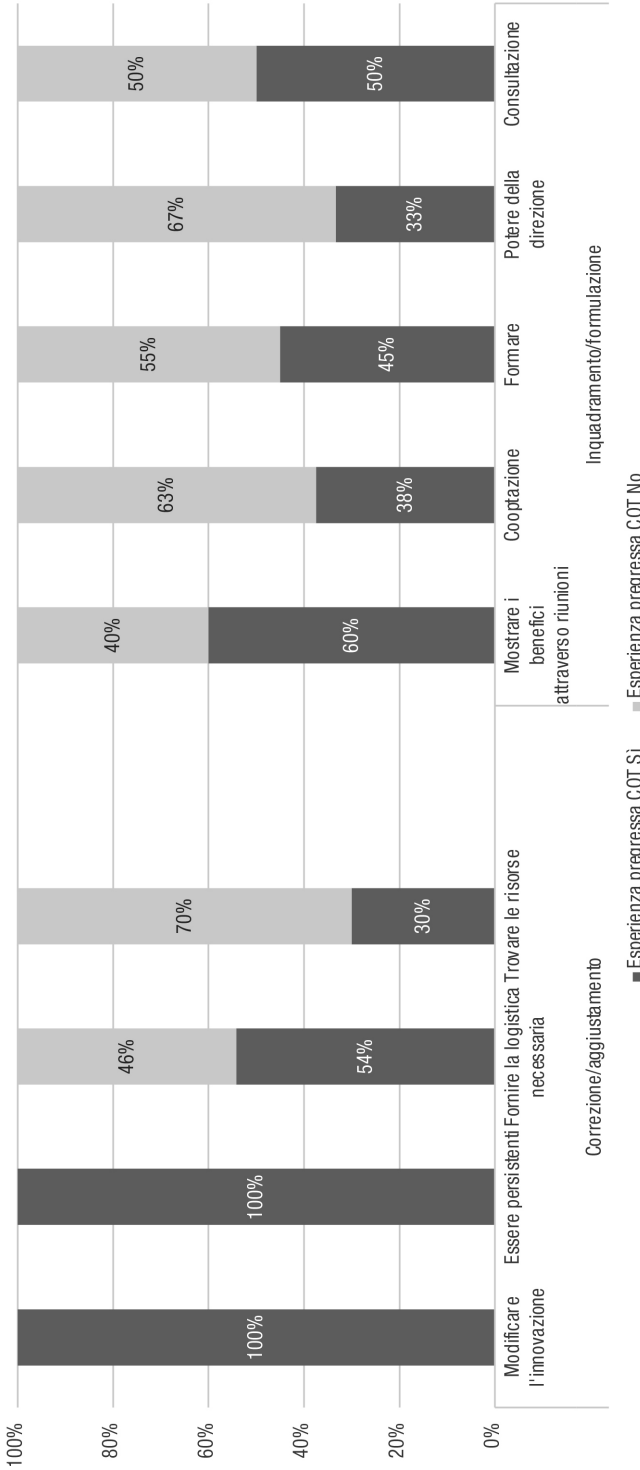
Ulteriori tattiche di coinvolgimento dei vari attori sono la “Cooptazione”

(10%) e la “Consultazione” (7%). Entrambe fanno ricorso a momenti di incontro allargati con la partecipazione dei vari professionisti. Nel primo caso, mirano al coinvolgimento dei vari attori in tavoli e gruppi di lavoro per sviluppare dei piani di lavoro e dei modelli organizzativi strutturati e condivisi e rispondono prevalentemente a barriere legate sia all’organizzazione (gestione inefficace dei processi, la resistenza da parte di alcuni attori o una cultura organizzativa rigida) sia alla relazione con attori esterni. Nel secondo caso, mirano all’ascolto delle diverse prospettive e punti di vista e, pertanto, risultano più trasversali alle varie barriere sia legate all’organizzazione che alla relazione con altri attori, che alla mancanza di risorse. Infine, l’uso della leva gerarchica e del “Potere della Direzione” (7%) sembra giocare un ruolo chiave nella fase della strutturazione del modello organizzativo aziendale delle COT e nel coinvolgimento di alcuni attori, pertanto risponde prevalentemente a barriere di tipo organizzativo e alla resistenza di alcuni attori.

La Tabella 11.4 mostra le tattiche per ogni categoria di barriera e rivela come diverse tipologie di tattiche possano essere utilizzate per certe tipologie di barriere. La tabella, letta in orizzontale, mette in evidenza come una singola tattica possa essere specificamente mirata a superare una determinata barriera o possa essere applicata in modo trasversale per affrontare più barriere. Per esempio, la tattica “essere persistenti” risponde specificatamente alla mancanza di risorse disponibili, mentre tattiche come “fornire la logistica necessaria” e “formare” sono esempi di soluzioni che possono agire su più fronti, affrontando simultaneamente diverse barriere. Se invece la tabella viene letta in verticale, si concentra sulle singole barriere, offrendo una panoramica delle tattiche adottate dalle Aziende sanitarie coinvolte nello studio per affrontare ciascuna di esse.

La Figura 11.8 mostra, per ciascuna tattica, il diverso ruolo giocato dall’esperienza pregressa. Sia chi aveva esperienza pregressa di COT sia coloro che si affacciano per la prima volta al tema delle COT stanno investendo su tattiche come “Fornire la logistica necessaria” (54% vs 46%), “Formare” (45% vs 55%) e la “Consultazione” (50% vs 50%). Tuttavia, si osservano differenze significative tra le due categorie di Aziende nell’uso di altre tattiche: chi ha già esperienza di COT e di gestione della transizione tende a mostrare maggiormente i benefici attraverso i meeting (60% vs 40%), a essere “Persistente” nel voler raggiungere l’obiettivo (100% vs 0%) e a “Modificare l’innovazione” (100% vs 0%). Di contro, sebbene trovare nuove risorse o definire il modello delle COT siano temi comuni a tutte le Aziende, si tratta di tattiche più sentite come rilevanti per le Aziende senza esperienza di COT (70% vs 30% e 63% vs 38% rispettivamente). Infine, l’uso della leva gerarchica e del potere della Direzione sembra essere prevalentemente una tattica citata dalle Aziende senza esperienza pregressa (67% vs 33%), le quali sottolineano l’importanza di una chiara direzione e di un mandato forte da parte della Direzione strategica nelle fasi

Figura 11.8 Tattiche in funzione dell'esperienza pregressa di COT



Fonte: elaborazione autori su dati survey e focus group.

Tabella 11.5 **Il peso attribuito alle diverse tattiche**

Categoria	Tattica	Punteggio	Frequenza
Correzione/ aggiustamento	Fornire la logistica necessaria	123	40
Inquadramento/ formulazione	Formare	117	37
Inquadramento/ formulazione	Cooptazione	45	14
Inquadramento/ formulazione	Potere della Direzione	42	10
Inquadramento/ formulazione	Consultazione	28	12
Correzione/ aggiustamento	Trovare le risorse	24	9
Correzione/ aggiustamento	Modificare l'innovazione	21	8
Inquadramento/ formulazione	Mostrare i benefici attraverso riunioni	17	7
Correzione/ aggiustamento	Essere persistenti	2	2

Fonte: elaborazione autori su dati focus group.

di avvio del cambiamento e di implementazione delle COT. Il mix di tattiche usate dalle Aziende sottolinea come le tattiche a disposizione sono molteplici e possono essere usate in maniera diversa e combinata a seconda della fase di sviluppo dell'innovazione, dell'esperienza pregressa dell'Azienda e dei fini che si vogliono perseguire.

Infine, la Tabella 11.5 mostra quanto i partecipanti ritengono rilevanti le varie tattiche e quelle ritenute complessivamente prioritarie per rispondere alle barriere identificate precedentemente. Come emerge, le prime quattro tattiche più rilevanti per i partecipanti comprendono “Fornire la logistica necessaria”, “Formare”, usare la “Cooptazione” e il “Potere della Direzione”. Queste quattro tattiche hanno complessivamente ottenuto il 78% dei voti e sono anche quelle su cui c'è più accordo tra i partecipanti.

## 11.4 Discussioni e conclusioni

Il capitolo ha analizzato i processi di cambiamento nelle ASL relativamente all'implementazione di una delle innovazioni più singolari tra quelle proposte all'interno del PNRR e del DM 77: la COT sintetizza il tema delle cure di transizione che fino a poco fa conoscevano esplicitamente solo alcuni contesti e che proprio grazie a queste due disposizioni stanno entrando nel vocabolario (prima) e nell'esperienza (poi) delle Aziende sanitarie italiane.

La ricerca descrive la prontezza e l'impegno nel disegno delle COT in tutte le Aziende coinvolte come mai in passato. Il processo di implementazione delle COT sta riguardando tutti i contesti aziendali, costretti all'interno di un iter procedurale e di un ritmo specifici dettati dalle scadenze del PNRR e del DM77: chi già ne aveva esperienza è stato chiamato a rieditarle valorizzando l'esperienza pregressa (ad esempio, il team della COT è spesso più vario rispetto agli standard di riferimento); chi deve progettarle ex novo, attinge ad

esperienze spesso nate di recente e nel clima dell'emergenza, come le USCA, manifestando un grande fabbisogno di confronto con altre realtà. Questo è un tratto emerso con grande forza, giustificato sia dalla scarsa conoscenza sul tema delle cure di transizione che dal grande sforzo di cambiamento da fare considerando che le Aziende dovranno attivare tra le 3 e le 6 COT.

Il processo implementativo non tocca ancora alcuni dilemmi nel funzionamento operativo delle COT. Quello principale è sull'equità distributiva delle risorse per i casi presi in carico: come organizzare la risposta quando i setting di destinazione non sono accessibili o per una questione di tempi o per una questione di capacità di offerta? Se la COT si concentra sui casi a maggiore complessità clinico assistenziale, quanta della domanda dovrebbe essere capace di intercettare? Come la COT potrà garantire un accesso più equo ad alcuni setting di offerta non equamente distribuiti nei territori? Soprattutto, come potrà gestire quella domanda che adesso, secondo una selezione involontaria, il sistema delle cure non prende in carico per la presenza di una serie di vincoli spesso legati alla disponibilità delle risorse? Una delle scommesse più crude che il sistema di tutela della salute sta facendo è quello di organizzare dei connettori di servizi (quali sono le COT) che riceveranno una serie di richieste a cui non si riesce a dare risposta. Quindi, 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. È evidente che la via percorribile sarà un mix tra le due opzioni, ma occorrerà capire chi già accede e chi no. E questa è una domanda a cui in pochi contesti si riesce a rispondere in modo puntuale.

Le due tipologie di tattiche descritte testimoniano la sfida al modello burocratico. Le ASL sono esempi di burocrazie professionali con configurazioni assai diverse nei contesti locali e regionali: che il 45% delle barriere sia rappresentato dall'organizzazione esistente e che per il 15% siano legate alle caratteristiche della COT riflette la contraddizione di un processo di cambiamento (indotto in modo esogeno) che tocca i gangli più sottili del funzionamento aziendale. Le tattiche osservate (spesso combinate nei singoli contesti anche solo longitudinalmente) rappresentano lo sforzo di rispettare gli standard del PNRR e del D.M. 77, rispondendo ai fabbisogni di integrazione della filiera delle cure che sono di per sé molto diversi da contesto a contesto. Diverse non sono solo la disponibilità dei servizi e delle risorse, ma l'interpretazione del modello di servizio che ciascuna partizione d'Azienda è capace di produrre. A parità di rete di offerta, alcuni fabbisogni di continuità delle cure, ad esempio tra ospedale e territorio, vengono già gestiti dalle figure di case manager mentre in altri no. Non esiste niente di più profondo e specifico dei fabbisogni di integrazione tra parti della medesima Azienda e le tattiche, sia di fixing che di framing, stanno costruendo il senso di questa operazione all'interno del quadro formale del modello burocratico.



Conseguenza di questo ragionamento è che non dovremo stupirci di configurazioni diverse di COT e di processi implementativi diversi. Il tema su quale siamo tutti chiamati a riflettere è quello dei fini: 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? Al termine della stagione del PNRR dovremmo poterci dire che le ospedalizzazioni non necessarie si sono ridotte o che la continuità delle cure sui target cronici è migliorata. Questi sono obiettivi non di un singolo oggetto del PNRR o del D.M. 77 ma saranno il frutto della loro efficace interazione.

A partire dal 2021, il PNRR e il D.M. 77 hanno gettato le basi per la ricostruzione dell'identità delle ASL (nelle diverse declinazioni regionali). Se il 46% delle Aziende è impegnata nel fixing e il 54% nel framing, possiamo dire che in entrambi i casi sono alle prese con un'operazione di costruzione di senso: nel primo caso, questa operazione passa per la rilettura dell'“oggetto” COT per adattarlo alla propria contingenza, nel secondo per l'identificazione del suo ruolo e del suo contributo rispetto alle altre interfacce del sistema. La grande differenza sta nel processo avviato: il primo è più tecnico e spesso gestito dal gruppo di lavoro e dalle professionalità che sono state chiamate ad occuparsi della COT in Azienda, mentre il secondo è più relazionale, passa per la ricostruzione delle attese e la gestione delle inerzie. La scelta tra le due tattiche non dipende tanto dalle specificità delle COT quanto dal vissuto e dal modo in cui il middle management dell'Azienda è solito gestire il cambiamento.

Rispetto a quanto osservato nel contributo OASI 2021, che proprio sulle COT fece uno dei primi affondi, è in corso una sorta di convergenza evolutiva come quelle che si osservano in natura. Wikipedia la sintetizza in questo modo: «si definisce convergenza evolutiva il fenomeno per cui specie diverse che vivono nello stesso tipo di ambiente, o in nicchie ecologiche simili, sulla spinta delle stesse pressioni ambientali, si evolvono sviluppando determinate strutture o adattamenti che li portano ad assomigliarsi moltissimo. Tali specie sono dette convergenti». Infatti, iniziano a vedersi alcune specie convergenti di COT che si somigliano rispetto al funzionamento o alla loro architettura: ad esempio, se in passato solo i contesti che avevano già esperito le cure di transizione avevano sviluppato il doppio livello di COT (aziendale e distrettuale) adesso osserviamo una maggiore vicinanza tra esperienze nuove e consolidate. Tale fenomeno è stato naturalmente indotto dal ritmo e dalla coerenza che il PNRR ha imposto al sistema.

Il PNRR e il DM77 rappresentano un grande cantiere di cambiamento che sta stimolando alcune convergenze verso una rielaborazione concettuale dei modelli di assistenza. Occorre iniziare a pensare a come mantenere questo ritmo e questa tensione al cambiamento per finalizzare quanto le due disposizioni stanno inducendo. Finalizzare in senso ampio: non solo portare a compimento e rendere ordinario ciò che nel 2026 sarà ancora embrionale, ma anche orientare rispetto ai fini.

## 11.5 Bibliografia

- Angehrn, A. A., & Atherton, J. E. M. (1998). *A Conceptual Framework for Assessing Development Programmes for Change Agents*.
- Beer, M., & Nohria, N. (2001, April 16). *Breaking the Code of Change*. HBS Working Knowledge. <http://hbswk.hbs.edu/item/breaking-the-code-of-change>
- Cinar, E., Trott, P., & Simms, C. (2019). A systematic review of barriers to public sector innovation process. *Public Management Review*, 21(2), 264–290. <https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1473477>
- Cinar, E., Trott, P., & Simms, C. (2021). An international exploration of barriers and tactics in the public sector innovation process. *Public Management Review*, 23(3), 326–353. <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1668470>
- Cinelli, G., & Fattore, G. (2024). The 2022 community-based integrated care reform in Italy: From *desiderata* to implementation. *Health Policy*, 139, 104943. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104943>
- Ferrara, L., Tozzi, V., & Zazzera, A. (2021). *Il management della transizione: COTenon solo COT*. Egea. <https://iris.unibocconi.it/handle/11565/4045385>
- Rebora, G., & Minelli, E. (2007). Il change management. Un modello di lettura e interpretazione. *Studi Organizzativi*, 2007/1. [https://www.francoangeli.it/riviste/Scheda\\_rivista.aspx?IDArticolo=28602](https://www.francoangeli.it/riviste/Scheda_rivista.aspx?IDArticolo=28602)
- Stache, F., & Sydow, J. (2023). Breaking a Path by Creating a New One: How Organizational Change Boosts Children’s Cancer Care. *Organization Studies*, 44(3), 351–376. <https://doi.org/10.1177/01708406221103965>