

**28-30 SETTEMBRE 2022**  
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

**6° Forum**  
Mediterraneo  
2022 in Sanità®

## **VARIABILI DI PROGETTAZIONE DEL PNRR E DM 77**

**Lucia Ferrara, PhD, MSc**

*Lecturer, Government Health & Not for profit Division  
CERGAS SDA Bocconi, School of Management*

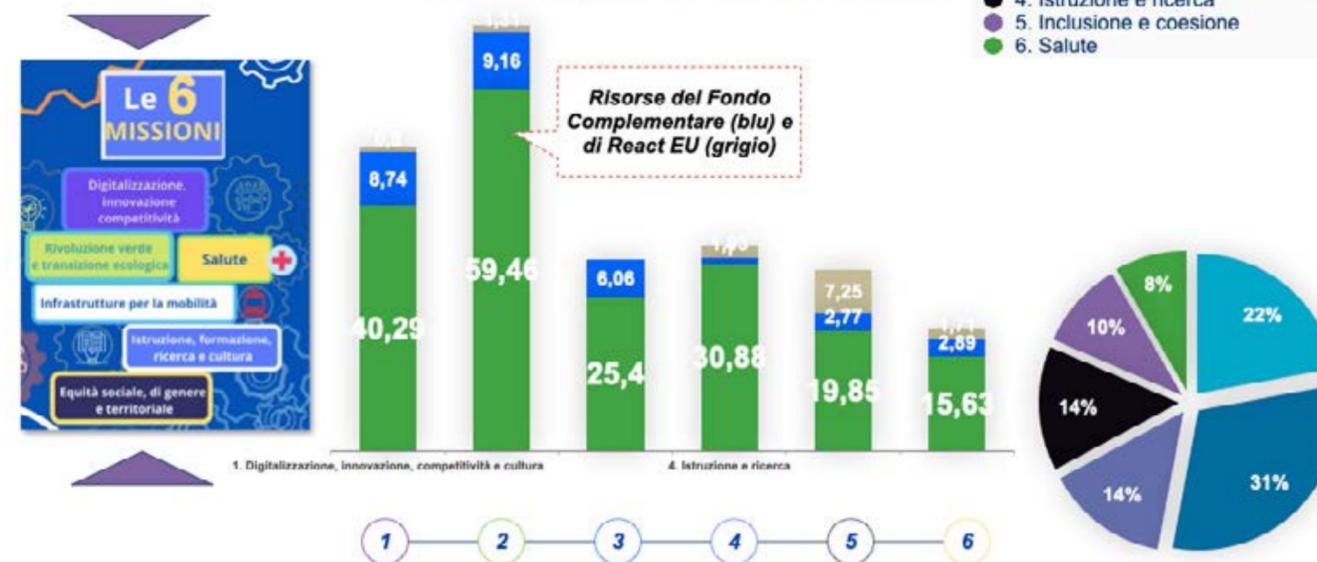
@ForumRisk   [www.forummediterraneosanita.it](http://www.forummediterraneosanita.it)

## IL PNRR DESTINA CIRCA 20,3 MILIARDI € ALLA MISSIONE 6 (SALUTE)

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

Risorse del PNRR allocate per missione, mld € e % sul totale

- 1. Digitalizzazione, innovazione, competitività
- 2. Rivoluzione verde e transizione ecologica
- 3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile
- 4. Istruzione e ricerca
- 5. Inclusione e coesione
- 6. Salute



## I FONDI DELLA MISSIONE 6 (M6): DESTINAZIONE

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

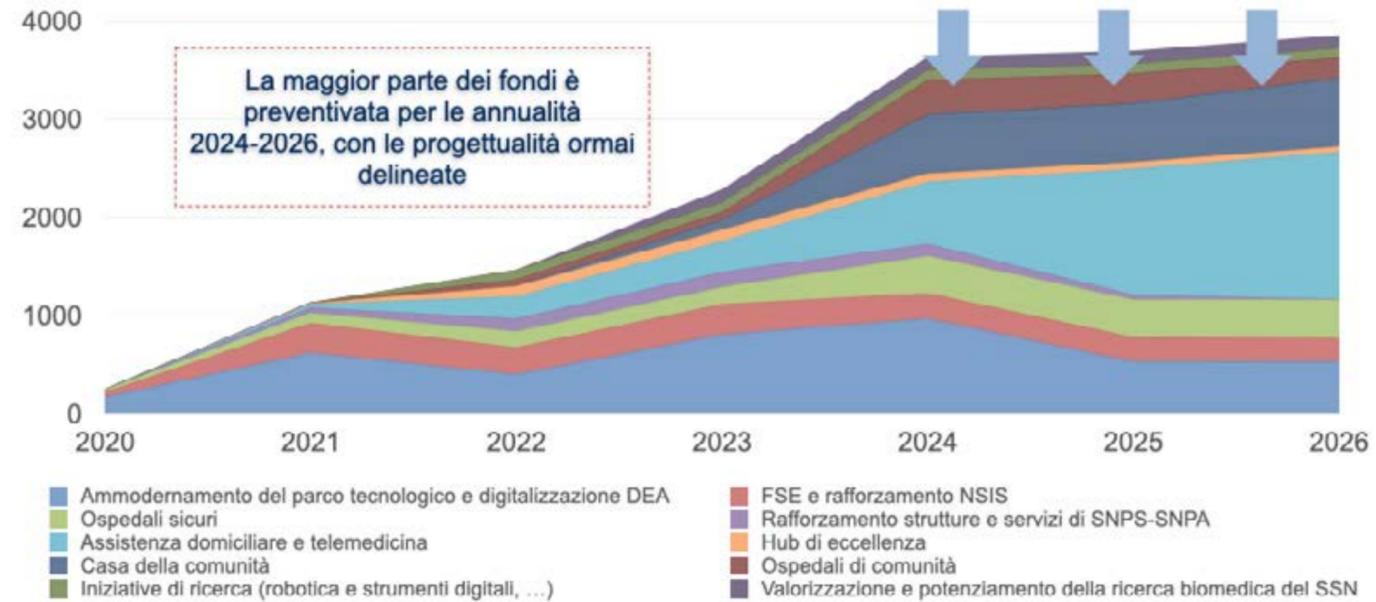
Missione e componente	Interventi	Importo intervento	Importo componente
M6.1	Casa della Comunità	2 mld €	<b>7 mld €</b>
M6.1	ADI e telemedicina, COT	4 mld €	
M6.1	OSCO	1 mld €	
M6.2	Parco tecnologico e digitale, DEA, TI	4,05 mld €	<b>8,63 mld €</b>
M6.2	Infrastrutture ospedaliere (sicurezza)	1,64 mld €	
M6.2	Infrastrutture tecnologiche (FSE)	1,67 mld €	
M6.2	Potenziamento ricerca	0,52 mld €	
M6.2	Formazione	0,74 mld €	

Si aggiungono circa 4 mld di fondi complementari

## I FONDI M6: CRONOPROGRAMMA

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

Fondi erogati annualmente (milioni di €)



## **UN' INTERPRETAZIONE ECONOMICO – AZIENDALE DEL PNRR**

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

- 1. È debito → solo investimenti in conto capitale**
  - L'importo degli investimenti è significativo (oltre il 30% delle risorse in conto capitale investite nel SSN tra 2000 e 2017)
  - Non sono previste risorse di parte corrente aggiuntive (es. personale)
  - Grazie agli investimenti dobbiamo **aumentare la produttività della spesa corrente data** → ricollocare personale, riqualificare spesa privata
- 2. Si delinea una matrice innovazione muri/innovazione dei processi:** i primi sono semplici da inquadrare, i processi sono controversi da misurare e complessi da cambiare.
- 3. I processi** riguardano il front office (format dei servizi) e il back office (relazioni tra professionisti e tra setting).

## COME AUMENTARE LA PRODUTTIVITÀ DELLA SPESA CORRENTE?

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

- **Concentrare** le casistiche complesse e **specializzare** i centri dedicati.
- **Allineare maggiormente i servizi diffusi all'epidemiologia emergente:** cronicità e fragilità rafforzando l'ottica per processi da valutare in termini di risultati clinici e risposta al bisogno.
- **Reclutare agli esordi e in modo proattivo i pazienti.**
- **Ridurre la variabilità** dei consumi di percorso per pazienti omogenei.
- **Semplificare** il *patient journey* per evitare prestazioni ridondanti.
- **Non sotto-impiegare le competenze professionali** (*skill mix change*)
- **Sviluppare sistemi automatizzati**, digitali e personalizzati per i processi amministrativi di accettazione, refertazione, case management

AREE DI INDETERMINATEZZA → AUTONOMIA STRATEGICA DEL  
PNRR

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

L'indeterminatezza del PNRR offre **ampi gradi di autonomia** ai singoli contesti regionali e aziendali

**3 Aree di indeterminatezza:**

1. Standard finanziati dal PNRR vs. standard programmatori
2. Standard programmatori vs. strutture esistenti
3. Le indisponibilità di personale sul mercato che impongono scelte di prioritizzazione

**LE STIME DI SPESA CORRENTE LEGATE AL DM 77 OLTREPASSANO  
 AMPIAMENTE GLI INVESTIMENTI DEL PNRR**

SDA Bocconi  
 SCHOOL OF MANAGEMENT

«DM 77»	Offerta già attiva	Offerta mancante	Personale Infermieristico necessario
2.400 Case della Comunità – CdC (1/25.000 ab.)	553 (cfr. OASI 2021)	1.847	Nessuno – le CdC inglobano servizi già esistenti o avviati grazie al PNRR
600 Ospedali di Comunità – ODC (1/100.000 ab.)	177 (cfr. OASI 2021)	423	9 infermieri per OSCO: <b>3.807</b>
602 Centrali Operative Territoriali - COT	60 (stima prudenziale)	542	5 infermieri per COT: <b>2.710</b>
23.000 Infermieri di Comunità (1/2.000-3000 ab.)	3.000 (1/20.000 ab., cfr. Rapporto Corte dei Conti 2021)	20.000	<b>20.000</b>
Copertura ADI progressiva del 10% degli over65 (Hp 2h/settimana, continuativamente: 104 ore annuali)	Copertura 6% over65 con 12h/anno (Annuario stat. 2019 Minsal), corrispondente al <b>7,2% delle ore necessarie</b> per coprire il target e a 4.500 infermieri impiegati (38hr settimana)	Il 93% delle ore annuali	<b>70.026</b>
			<b>96.543</b>

**28-30 SETTEMBRE 2022**  
**BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**

**6° Forum**  
**Mediterraneo**  
**2022 in Sanità®**

Partner logo

**SDA Bocconi**  
SCHOOL OF MANAGEMENT

**CDC, ODC, COT, DISTRETTO:  
TRA DISEGNO E SFIDE DELL'IMPLEMENTAZIONE**

**28-30 SETTEMBRE 2022**  
**BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**

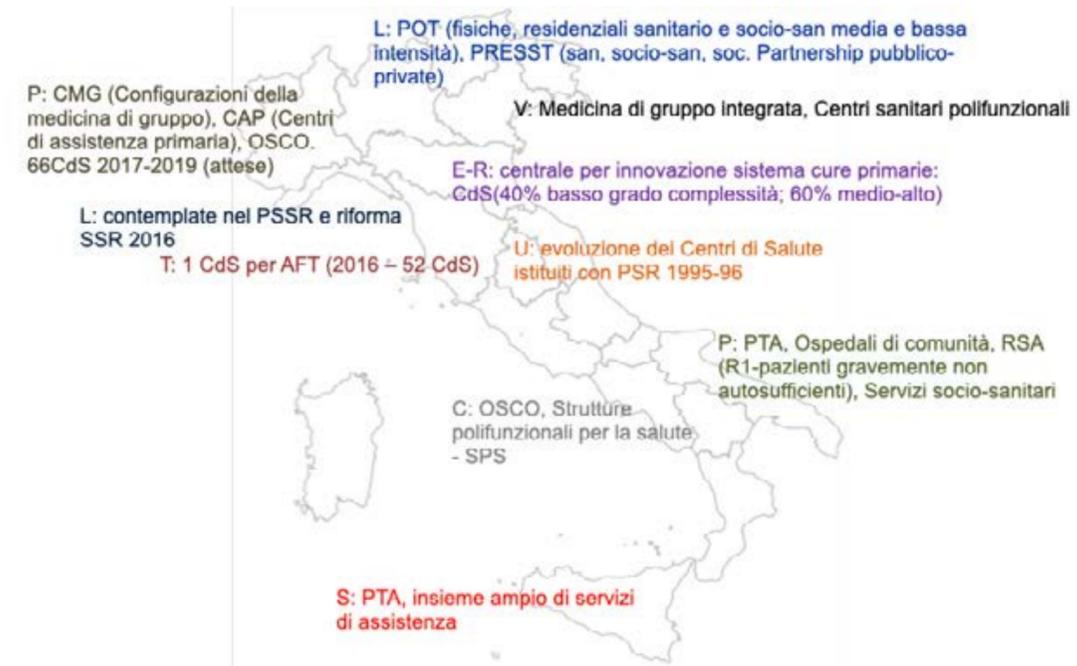
**6° Forum**  
**Mediterraneo**  
**2022 in Sanità®**

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

## 1) CASE DELLA COMUNITÀ

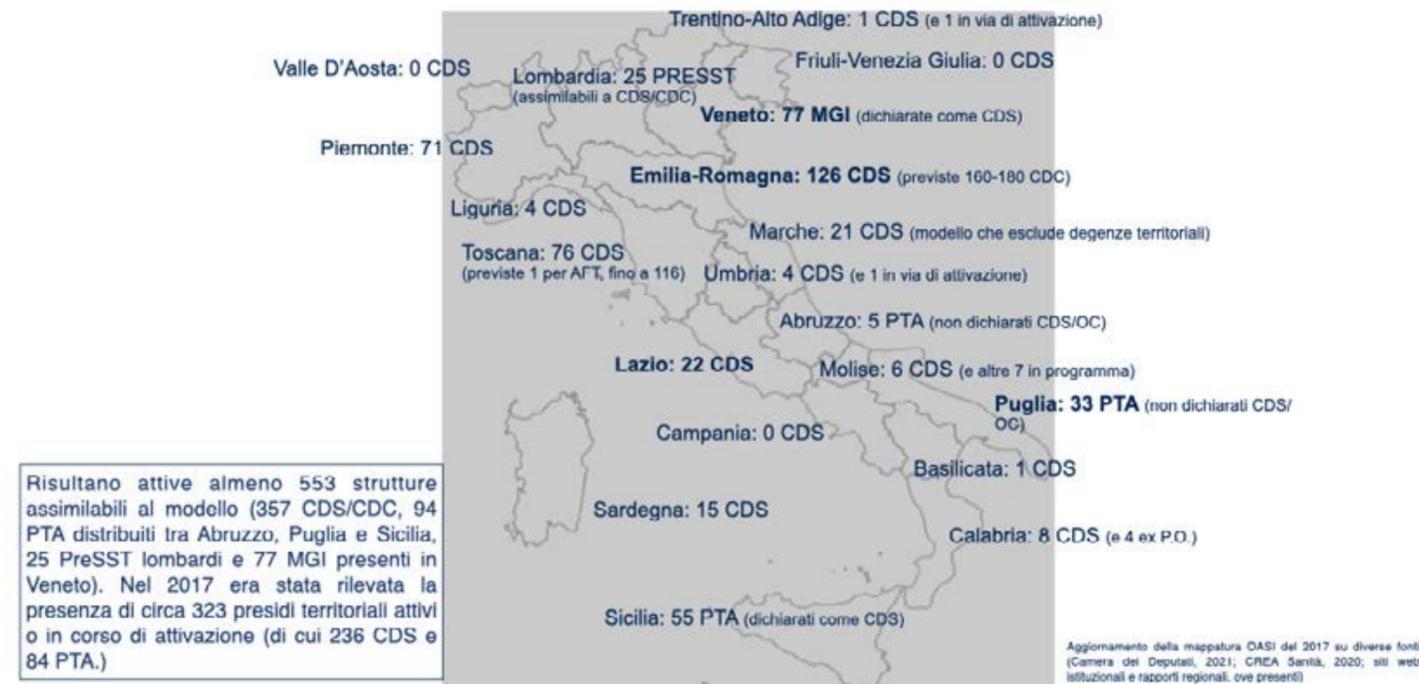
LA DIFFUSIONE DELLE CDS E DI STRUTTURE SIMILI IN  
ITALIA (OASI,2017): 350

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT



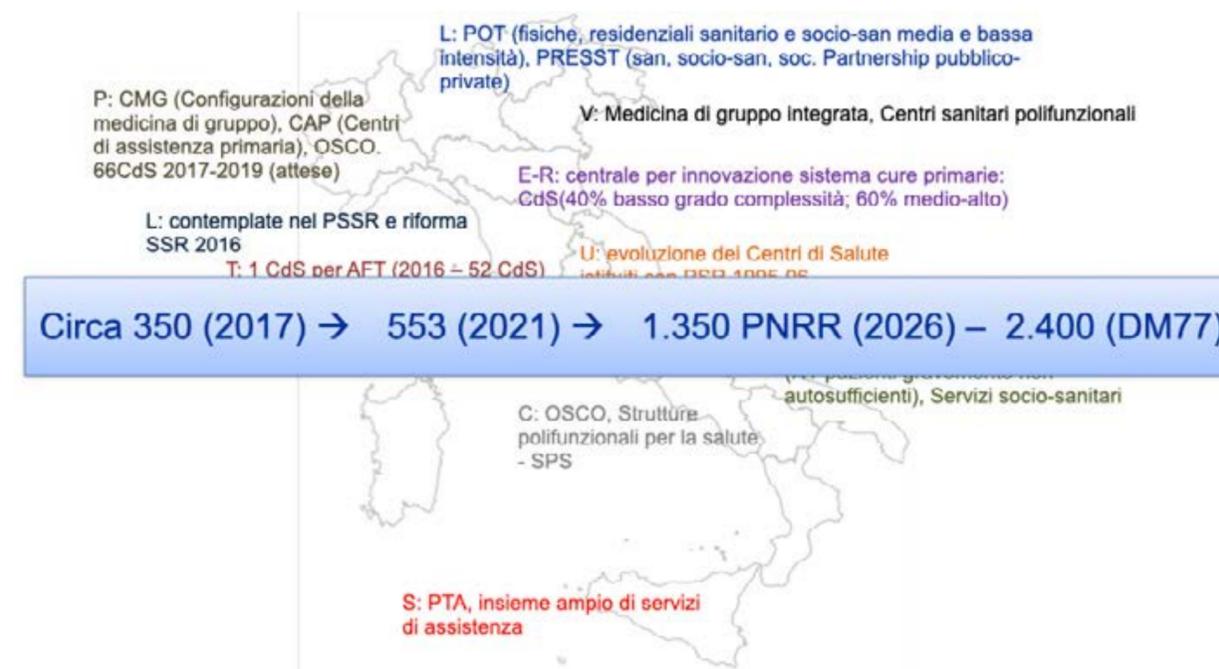
AGGIORNAMENTO DELLA MAPPATURA AL 2021: 553 CDS

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT



## LA DIFFUSIONE DELLE CDS E DI STRUTTURE SIMILI IN ITALIA (OASI, 2017)

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT



## TRADE-OFF E VARIABILI RILEVANTI

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

### Scelte di posizionamento strategico

### Variabili rilevanti

- |  |   |
|--|---|
| 1. Target (esteso vs ristretto)                      | Risorse disponibili                         |
| 2. Focalizzazione (generaliste vs specializzate)     | Bisogni emergenti (epidemiologia)           |
|  | Densità di offerta (pubblica e privata)     |
|  | Telemedicina                                |
| -----  |   |
| 3. Vocazione (sanitaria – sociosanitaria – comunità) | Capitale istituzionale                      |
|  | Capitale sociale                            |
|  | Cultura e strutture organizzative           |
|  | Risorse disponibili                         |
| -----  |   |
| 4. Integrazione (fisica vs virtuale)                 | Densità abitativa                           |
|  | Cultura organizzativa                       |
|  | Diffusione forme associative/aggregative MG |
|  | Telemedicina                                |

## CRITICITÀ E VARIABILI RILEVANTI

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

### Criticità

- Medicina generale

---

- Personale

---

- Costi in conto capitale

### Variabili rilevanti

- Cultura organizzativa
- Diffusione forme associative
- Diffusione forme aggregative funzionali e strutturali
- Turnover generazionale

---

- Risorse disponibili
- Motivazione
- Formazione

---

- Frammentazione dell'offerta
- Stato dei presidi pre-esistenti
- Disponibilità di altre strutture

**28-30 SETTEMBRE 2022**  
**BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**

**6° Forum**  
**Mediterraneo**  
**2022 in Sanità®**

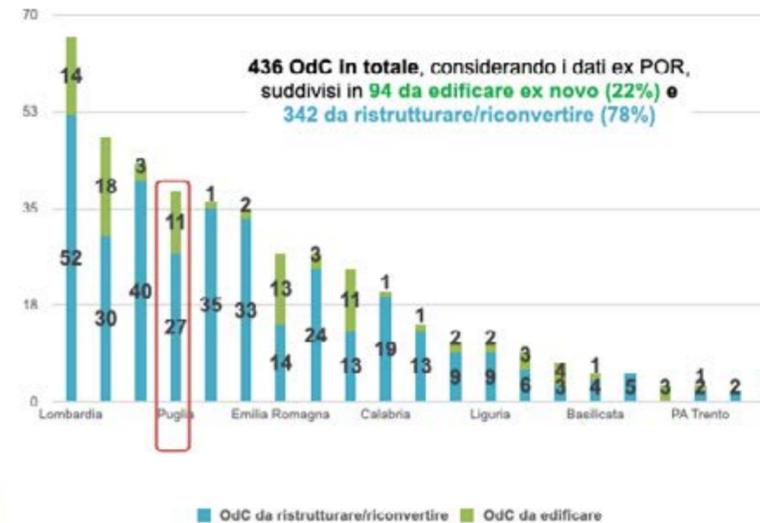
SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

## 2) OSPEDALI DI COMUNITÀ

## I PIANI OPERATIVI REGIONALI (OASI 2022)

SDA Bocconi  
 SCHOOL OF MANAGEMENT

Dall'analisi dei Piani Operativi Regionali (allegato al CIS MinSal – Regioni quale strumento di programmazione per la Missione 6)...



Nel PNRR, tra gli obiettivi della Missione Salute:  
 >1 mld€ per la realizzazione di 400 OdC entro il 2026  
 Nel DM 77/23 maggio 2022, tra gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale  
 >1 OdC con 20 PL ogni 100.000 ab

## REQUISITI DM77 PER LE CURE INTERMEDIE

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

**Dotazione** • 1 OdC di 20 PL ogni 100.000 abitanti

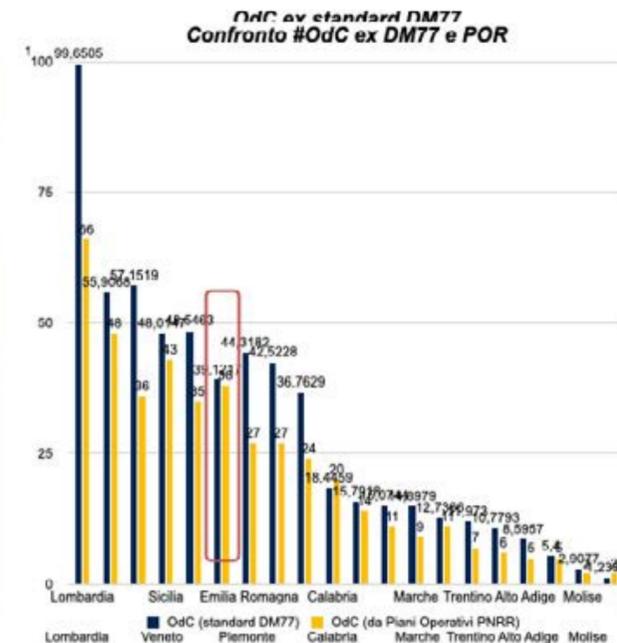
**PL** • 0,2 PL ogni 1.000 abitanti  
• Per ogni OdC, 15-20 PL con possibile estensione fino a due moduli (massimo 40 posti letto)

**Personale** • 7-9 infermieri (di cui 1 coordinatore infermieristico)  
• 4-6 operatori socio-sanitari  
• 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative  
• 1 medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7

**Mission e funzione dell'OdC** Funzione **intermedia** tra domicilio e ricovero ospedaliero, per **evitare ricoveri ospedalieri impropri e favorire dimissioni protette** in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio

**Target di pazienti**

- pazienti fragili e/o cronici**, provenienti dal **domicilio**, il cui ricovero in ospedale risulta inappropriato;
- pazienti con multi morbidità** provenienti da **struttura ospedaliera** clinicamente dimissibili ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- pazienti che necessitano di **assistenza nella somministrazione di farmaci/gestione di presidi**, di interventi di **affiancamento/educazione** anche per il **caregiver** prima del ritorno al domicilio;
- pazienti che necessitano di **supporto riabilitativo-rieducativo**, ad os. supporto ed educazione terapeutica, **interventi fisioterapici** nell'ambito di Percorsi/PDTA già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.



## TRADE-OFF, CRITICITÀ

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

### Scelte di posizionamento

- Target (esteso vs ristretto)

- Integrazione vs «cattedrale nel deserto»

- Modello DM77 «unico» vs eterogeneità territoriali

- Personale

### Variabili rilevanti

- Bisogni emergenti
- Offerta disponibile
- Risorse disponibili

- Risorse umani e professionali
- Cultura e riconoscimento del valore da parte degli utenti

- Esperienze pregresse
- Dotazioni
- Localizzazione
- Ruolo MMG

- Risorse disponibili (quantitativo vs qualitativo)
- Cultura organizzativa (*skill mix change*)

**28-30 SETTEMBRE 2022**  
**BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI**

**6° Forum**  
**Mediterraneo**  
**2022 in Sanità®**

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

### 3) CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

## ALCUNE PREMESSE SULLE COT

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

*Il tema della COT appare quello più controverso sul piano definitorio rispetto a tutte le altre innovazioni territoriali proposte dal PNRR e dal DM 77/22 per una serie di ragioni:*

- Le COT **non sono una struttura di offerta (fisica)** ma un servizio "interno" all'ASL, attivabile da diverse strutture di offerta o da professionisti sanitari ma non dal pz, con lo scopo di gestire i fabbisogni di integrazione per i casi che con più difficoltà «navigano» nella rete dei servizi → integrazione tra servizi è un tema **contingente nei diversi territori e meno generalizzabile**
- **Molte aziende e alcune regioni** (Veneto e Toscana) avevano sviluppato soluzioni riconducibili alla configurazione COT
- L'esperienza delle **USCA** (coordinate tramite *command centre* aziendale) ha consentito di sperimentare modelli di integrazione nuovi tra servizi e professionisti
- La COT rappresenta **una delle possibili configurazioni di transizione**

*Le premesse alla progettazione delle COT nei diversi contesti regionali e aziendali sono molto diverse*

## LE ESPERIENZE DI COT (OASI 2022)

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

### COT PRE PANDEMIA

#### SIMILITUDINI

- Target pazienti fragili, con complessità socio-sanitaria e non autosufficienti
- Gestione principale flusso step down
- Prevalente di back office
- Funzioni più diffuse: valutazione appropriatezza segnalazione, identificazione setting, prenotazione servizio
- Funzioni meno diffuse: monitoraggio percorsi transizione e offerta
- Doppio livello (aziendale – distrettuale)
- Assenza sistemi informativi ad hoc
- Modello non statico ma in evoluzione

#### DIFFERENZE

- Ampiezza filiera di servizi
- Collocazione fisica
- Bacino di riferimento
- Personale



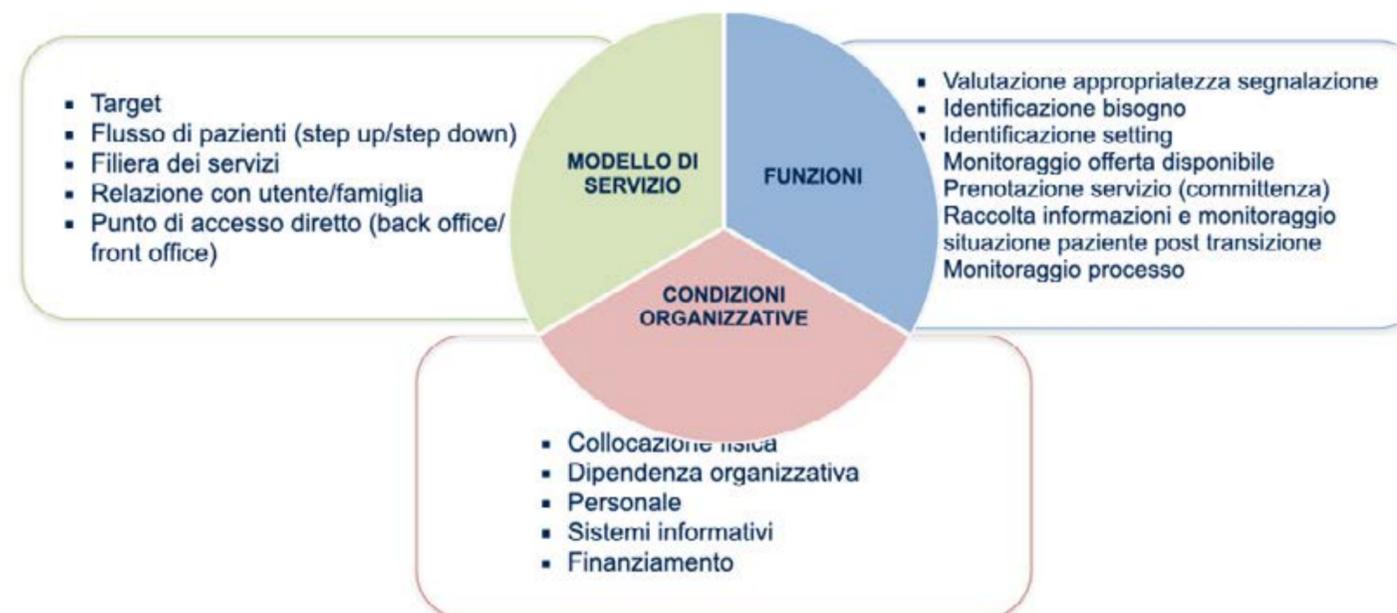
### COT DURANTE PANDEMIA

- **ASST LODI:** 1 Centrale di Sorveglianza (H Sant'Angelo Lodigiano) per tamponi e monitoraggio pz Covid a domicilio
- **ASL RM 6:** 1 Centrale per telemedicina Dipartimento Area Medica, 1 Centrale per gestione pz Covid (ora dedicata a pz BPCO), 1 Centrale per gestione emergenza Ucraina
- **ASL FG:** 1 COT per cronici e fragili poi dedicata a pz Covid
- **ASL Bari:** 2 Centrali operative per monitoraggio pz Covid (una su delibera regionale, altra aziendale)



## SCELTE DI POSIZIONAMENTO

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT



Fonte: Ferrara et al, 2021 (Rapporto OASI)

#### 4) DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

## LA RINNOVATA CENTRALITÀ DEL DSS

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

- La Missione 6 del **PNRR** e il **DM77/2022** arricchiscono la filiera di offerta territoriale (CdC, OdC, UCA), enfatizzano il ruolo degli IFoC, introducono nuovi modelli di relazioni tra paziente e sistema di offerta (116117) e rafforzano la connessione tra servizi (COT)
- **I processi di fusione tra aziende sanitarie** hanno aumentato il territorio, la rete di offerta e la popolazione di riferimento per i DSS (Distretto Socio Sanitario)
- **Esiste una cultura regionale** sul DSS frutto di politiche sull'assistenza territoriale e di scelte specifiche sugli assetti istituzionali e organizzativi delle aziende territoriali
- **L'esperienza pandemica** ha promosso il rafforzamento dell'offerta territoriale (poiché di prossimità) e indotto l'unica regione che non aveva un DSS da 229/99 a riproporlo (Lombardia)

## LE 4 FUNZIONI EMERGENTI DEL DSS (OASI 2022)

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

Stanno emergendo alcune **funzioni** (tra loro non in contraddizione) **del DSS in ragione della nuova filiera di servizi** prevista da DM77/2022



Dalponte, Ferrara, Tozzi (OASI; 2022)

## ALCUNE CONCLUSIONI E IMPLICAZIONI

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

- Il DM 77/22 è il documento di più ampio respiro che interviene sull'assistenza territoriale dopo il Dgls. 229/99. Cosa è cambiato?
  - **non abbiamo più un modello unitario di azienda** e l'eterogeneità istituzionale tra le Asl reinterpreta i fini d'azienda e delle principali macro articolazioni aziendali;
  - in 20 anni gli interventi nazionali sull'assistenza territoriale hanno riguardato prevalentemente gli accordi nazionali per i professionisti in convenzione e il PNC (2016) mentre la scelta sulla configurazione dell'offerta è stata definita dalle Regioni (ad es., CdC, COT e OdC). Il DM/77 **tenta una sintesi tra quanto maturato nelle diverse regioni.**
- **Implementazione significa interpretazione.** Rischio di interpretazione meccanicistica dei processi di *policy implementation* in un contesto nazionale molto variegato non solo tra regioni ma anche all'interno di ciascuna di esse.
- **Il ruolo del direttore del DSS appare critico** sullo sviluppo delle nuove funzioni da sostenere primariamente attraverso sistemi operativi e staff/tecnostrutture nuove
- **Evitare approccio «voglio tutto e subito!».** Scelte strategiche di prioritizzazione: target dei pazienti, personale, vocazioni, funzioni

Partner logo

**SDA Bocconi**  
SCHOOL OF MANAGEMENT

**Grazie per l'attenzione**

lucia.ferrara@unibocconi.it

### **Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]**

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

**[Torna all'inizio](#)**