

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2020

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale e la recente crisi sanitaria causata dall'epidemia da Covid-19 ne ha acuito rilevanza ed essenzialità. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2020:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale, con considerazioni legate anche alla crisi sanitaria da Covid-19;
- approfondisce questioni di *governance* e organizzazione dei servizi rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende. Tra queste, le possibili evoluzioni della relazione Regione-Azienda, le spinte al cambiamento nella rete ospedaliera indotte dal DM 70/2015 e il profilo dei piccoli ospedali, il contemperarsi di logiche di governo clinico e di gestione operativa nei percorsi ambulatoriali complessi, le possibili configurazioni organizzative delle unità specialistiche di patologia, le lezioni apprese dalla gestione del pronto soccorso nell'emergenza Covid-19;
- si focalizza su ruolo ed evoluzione di alcune funzioni strategiche aziendali, approfondendo le politiche di gestione del personale del SSN, le innovazioni nei sistemi di controllo aziendale, gli impatti generati dalla centralizzazione degli acquisti, l'efficacia e gli impatti organizzativi delle disposizioni anticorruzione e il ruolo delle tecnologie nell'innovare i servizi nel contesto imposto da Covid-19.

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

ISBN 978-88-238-5162-7



9 788823 851627

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2020

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2020

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT





11 L'offerta ambulatoriale per la popolazione cronica tra governo clinico e gestione operativa

di Lorenzo Fenech, Lucia Ferrara, Alexander Hiedemann,
Valeria D. Tozzi^{1,2}

11.1 Introduzione

Il *setting* ambulatoriale è diventato nel corso degli ultimi anni sempre più cruciale nell'offerta di servizi per la tutela della salute. Ciò è frutto di più fenomeni dei quali se ne ricorda uno inerente alla trasformazione dell'offerta e un altro proprio delle dinamiche della domanda:

- dal 2001 al 2018 si è avuta una contrazione dei posti letto (pp.ll.) del 26% e delle giornate di ricovero del 29%. Ciò ha reso il ricovero ordinario una forma di intervento “speciale”, rivolto a situazioni di salute non altrimenti gestibili. Il cambiamento del regime (da quello di ricovero ordinario a quello diurno fino all'ambulatoriale) è avvenuto con ritmi diversi in ragione di molti fattori quali le condizioni di sicurezza, i fabbisogni del malato, ecc. Tali tra-

¹ Il capitolo è frutto di un lavoro di ricerca comune degli autori che ne condividono congiuntamente contenuti e risultati, tuttavia i paragrafi sono attribuiti nel modo seguente: a Lorenzo Fenech i §§11.3.3, 11.3.7 e 11.4; a Lucia Ferrara i §§ 11.2, 11.3.4; a Alexander Hiedemann il §11.3.6; a Valeria D. Tozzi i §§ 11.1, 11.3.1, 11.3.2, 11.3.5, 11.5; il §11.3 è da attribuirsi a Lorenzo Fenech e Lucia Ferrara. Gli autori ringraziano per le interviste e per il prezioso contributo nel reperimento delle informazioni necessarie alla strutturazione dei casi: per l'ASL di Alessandria, il dott. Federico Nardi, dott. Ezio Ghigo e il dott. Guglielmo Pacileo; per l'AUSL di Modena, la dott.ssa Giuliana Fabbri; per l'ULSS Veneto Orientale, il Direttore Generale dott. Carlo Bramezza, la dott.ssa Maria Grazia Carraro, la dott.ssa Maura Chinellato, la dott.ssa Maria Caterina De Marco, il dott. Mauro Filippi, la dott.ssa Amalia Fontanel, il dott. Marco Rizzato, il dott. Pierangelo Spano e il dott. Sergio Stefanon; per l'APSS di Trento, il già Direttore Generale Paolo Bordon, il dott. Orazio Caffo, il dott. Maurizio Del Greco, la dott.ssa Katia Chistè, il dott. Giuliano Mariotti, la dott.ssa Federica Romanelli e la dott.ssa Simona Sforzin; per l'ASST Nord Milano, il Direttore Generale dott.ssa Elisabetta Fabbrini e la dott.ssa Clara Carbone; per l'AO S. Giovanni Addolorata, il Direttore Generale dott. Massimo Annicchiarico e la dott.ssa Tiziana Fatato; per l'Humanitas, il dott. Riccardo Bui.

² Il presente capitolo è stato realizzato con il contributo incondizionato di Pfizer Established Medicine Italy.

sformazioni combinano sempre una dimensione formale (nuove codifiche) e spesso (non sempre³) una sostanziale poiché prevedono la riorganizzazione delle attività (si pensi all’attivazione dei PAC – pacchetti ambulatoriali complessi). Nel tempo si è arrivati all’erogazione ambulatoriale di interventi che in passato richiedevano il ricovero (si pensi alle procedure di stripping di vene piuttosto che alle biopsie linfonodali). La trasformazione dei regimi di offerta ha alimentato fabbisogni crescenti sia di efficientamento dei processi erogativi che di integrazione tra servizi. Infatti, l’offerta *inpatient* permette forme di personalizzazione degli interventi sul paziente facendo leva sulla risorsa tempo: le interdipendenze tra i diversi servizi in fase di ricovero vengono gestite assecondando i fabbisogni delle UU.OO. (unità operative) che li devono erogare grazie alla permanenza fisica del paziente. Quella *outpatient*, invece, deve prevedere una programmazione *ex ante* degli interventi se non addirittura una vera e propria standardizzazione dei processi di erogazione. Nel tempo la riduzione dei ricoveri ordinari ha limitato l’uso del setting che meglio prevedeva di compensare i disallineamenti organizzativi intra UO e tra le UU.OO.

- ▶ L’attenzione ai bisogni dei pazienti cronici ha progressivamente enfatizzato la necessità di modelli di offerta di prossimità, a tutela dell’accessibilità e della potenziale aderenza alle cure, principalmente di tipo ambulatoriale. Il modello di offerta territoriale usa massicciamente il setting ambulatoriale (oltre a quello domiciliare) e nel tempo si è osservato lo sforzo di decentrare al di fuori dell’ospedale tali prestazioni e di concentrarle fisicamente: l’esempio più plastico in questa direzione è il modello casa della salute/presidio territoriale di assistenza che usa la “fisicità” dell’erogazione per promuovere sia forme di interdisciplinarietà/interprofessionalità che di fruizione congiunta dei servizi (modello *one stop shop*) (Morando *et al.*, 2017).

Quanto descritto spiega gli sforzi in corso nell’estendere gli approcci di gestione operativa alle “piattaforme ambulatoriali”, dopo esperienze consolidate sull’offerta chirurgica e più in generale di ricovero (Rotter *et al.*, 2019).

Tra le premesse, non può mancare la puntualizzazione su ciò che si intende per offerta ambulatoriale e quale sia la prospettiva di ricerca adottata. Evocare il modello ambulatoriale significa far riferimento ad almeno due concetti correlati ma distinti. Quello di “prestazioni di specialistica ambulatoriale” inquadra la natura delle prestazioni e comprende tutte le visite, le prestazioni, terapeutiche e riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, riconosciute nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), erogate dai medici specialisti che ope-

³ In alcune circostanze si è osservato il cambiamento di codifica dell’attività erogata sganciata da una trasformazione reale del modello di offerta come nelle trasformazioni da DH a pacchetti ambulatoriali.

rano negli ambulatori e nei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale o dei privati accreditati (SSN). Altra accezione è quella di setting ambulatoriale che identifica una specifica formula di servizio, differente dal ricovero e dal domicilio almeno per durata, luoghi e tecnologie usate. Questa seconda accezione permette di considerare anche le attività erogate dai medici di medicina generale (MMG) e infermieri che, pur non erogando attività di specialistica ambulatoriale, impiegano il setting ambulatoriale.

In merito, invece, alla prospettiva di ricerca, il focus è sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale nella gestione della casistica cronica, facendo riferimento principalmente alle visite specialistiche. Quindi si identifica un sottoinsieme di contenuti rispetto al quale appare utile avviare una riflessione che incrocia sia le razionalità cliniche (tipiche degli approcci di governo clinico) che quelle operative (riferite alla gestione operativa) nella gestione delle cronicità. La scelta di focalizzarsi su questo target è motivata dai volumi di attività e di pazienti oltre che dal fatto che si tratta di processi di erogazione distanti da quelli chirurgici (esiste un'ampia attività ambulatoriale trainata dalle procedure chirurgiche che ne condizionano evidentemente l'organizzazione e che in questa sede si è deciso di tralasciare). Gli approcci di gestione operativa applicati alla specialistica ambulatoriale per i cronici, sono del tutto nuovi poiché i modelli di gestione dell'offerta dei servizi per tale target si è ispirato principalmente agli strumenti di governo clinico. Infatti, sono stati sviluppati numerosi PDTA (percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali), intesi come approccio per promuovere forme di allineamento professionale quale condizioni propedeutiche alla gestione delle interdipendenze tra i diversi servizi tra le fasi di diagnosi, terapia e *follow up* della malattia. In questa direzione si segnala sia il richiamo ai PDTA fatto nel 2016 dal Piano Nazionale delle Cronicità che i riferimenti alle politiche regionali sulla gestione delle malattie croniche (Tozzi *et al.*, 2019).

È chiaro che i confini tra i due concetti (specialistica ambulatoriale e setting di offerta che usa l'ambulatorio come modello di erogazione) sono labili nel momento in cui ci si occupa del malato cronico che necessita anche di interventi generalisti e di tipo territoriale (ad es., MMG) oltre a quelli erogati a domicilio (ad es., l'ADI – assistenza domiciliare integrata). L'esperienza del Covid 19 ha ulteriormente confuso questi confini nel momento in cui, come si esplicherà meglio di seguito, ha trasformato i tradizionali modelli erogativi fino a virtualizzarli.

La ricerca qui proposta intende avviare la riflessione sull'offerta ambulatoriale partendo dall'ipotesi che qualsiasi approccio di gestione operativa (dall'*asset management* al *patient flow logistics*) non possa prescindere dall'analisi specifica della domanda di salute e dalle razionalità professionali alla base. Inoltre, l'incrocio tra tali prospettive appare prioritario e complesso se si pensa alla gestione del malato cronico anche comorbido: infatti, la creazione di piattaforme di offerta integrate e condivise tra più discipline non può prescindere dalla co-

noscenza sia della sequenza logica di interventi che ciascun clinico intende erogare a seconda della condizione specifica del malato (PDTA) che dai modelli di consumo che associano al medesimo paziente la pluralità di interventi erogati sia in termini di visite che di diagnostica o di laboratorio. Ridefinire la sequenza appropriata per il paziente rispetto all'insieme delle prestazioni specialistiche per le sue patologie multiple non può essere una mera operazione di efficientamento ma richiede una valutazione innanzitutto di tipo clinico. La riflessione condotta non può prescindere da quanto accaduto per via del Covid 19 che ha visto la sospensione dell'attività programmata (molta della quale era ambulatoriale) e il recupero delle attività sospese a partire dal mese di maggio 2020.

Il capitolo, infatti, dopo aver illustrato gli obiettivi e i metodi della ricerca condotta, introduce i casi aziendali che hanno consentito di rilevare quali fossero i modelli di gestione dell'offerta ambulatoriale per i cronici pre Covid 19, cosa è successo nel corso della fase emergenziale e quanto è accaduto nel ripristino delle attività ordinarie.

11.2 Obiettivi e metodi

L'avvento dell'emergenza Covid 19 ha spinto le aziende sanitarie a sospendere prima e rivedere poi l'offerta programmata di specialistica ambulatoriale. Questa recente esperienza ha visto non solo l'accumulo durante il *lockdown* dell'attività da recuperare, ma anche la sperimentazione di alcuni nuovi modelli di offerta da remoto. Si tratta di una tensione "produttiva" importante che si sta scaricando sull'attività ordinaria ripresa a partire dal mese di Maggio 2020. Per questo motivo, appare interessante osservare quanto accaduto all'interno di contesti aziendali diversi mettendo a confronto il modello di offerta ambulatoriale per la popolazione cronica prima e dopo la fase acuta dell'emergenza.

Dal punto di vista metodologico, si adotta la metodologia dei casi multipli (Yin 2013). Nello specifico è stato costruito un campione di convenienza e sono stati selezionati 7 casi aziendali secondo una logica di massimizzazione delle differenze in relazione a diversi criteri: i) appartenenza a contesti regionali che hanno vissuto con maggiore forza l'impatto del Covid 19 nella prima ondata; ii) natura e tipologia di azienda; iii) esperienza rispetto allo sviluppo di PDTA per le patologie croniche e/o modelli di gestione operativa avviati su scala aziendale.

I casi aziendali analizzati sono:

1. Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Alessandria
2. Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) di Modena
3. Azienda Unità Locale Socio Sanitaria (ULSS) n. 4 Veneto Orientale
4. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento

5. Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Nord Milano
6. Azienda Ospedaliera (AO) San Giovanni Addolorata di Roma
7. Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (Milano)

Per ciascuna azienda è stata analizzata la documentazione istituzionale di riferimento sia di natura normativa e programmatica realizzata dalle Regioni o dalle aziende stesse; inoltre, sono state effettuate dai ricercatori interviste semi strutturate volte a comprendere: i) il modello di organizzazione dell'offerta di specialistica ambulatoriale per i pazienti cronici prima dell'emergenza Covid 19 (in termini di risorse e modelli di gestione); ii) le scelte fatte durante l'emergenza nel periodo dal 9 marzo 2020 al 4 maggio 2020; iii) le ipotesi messe in campo sul ripristino dell'attività ordinaria da maggio 2020 ad agosto 2020. Un'ultima sezione di respiro più strategico analizza la *vision* aziendale per il futuro. Le interviste sono state condotte nel periodo tra aprile e agosto 2020. La diversa "esposizione" al fenomeno Covid 19 ha previsto tempi e contenuti molto diversi dei piani aziendali per il recupero dell'attività ambulatoriale sospesa in fase di emergenza e di attivazione delle prime visite. Si segnala una sorta di magmaticità di tali soluzioni che al momento della stampa e divulgazione del presente contributo potrebbero essere differenti rispetto a quanto rilevato nel corso della ricerca.

A seconda della tipologia di azienda e al fine di ricostruire una immagine esaustiva delle diverse realtà aziendali analizzate e delle scelte adottate, il campione di persone da intervistare è stato costruito selezionando gli attori rilevanti sulla base delle informazioni che venivano via via acquisite. A tutte le persone che hanno collaborato allo sviluppo della ricerca va il più sentito ringraziamento degli autori.

11.3 I casi aziendali

I casi aziendali considerati sono tutti collocati in contesti notoriamente interessati dalla pandemia, ma hanno caratteristiche di base molto diverse, in linea con l'obiettivo su richiamato di massimizzare le differenze e cogliere tutti gli aspetti che hanno interessato il fenomeno oggetto di studio.

Con riferimento alla tipologia di azienda, il campione è composto da 7 realtà aziendali rappresentative di tutte le classi di aziende (da quelle a vocazione territoriale, a quelle ospedaliere, all'IRCSS privato). La tabella 11.1 presenta una serie di informazioni per apprendere alcuni ordini di grandezza rispetto ai fenomeni trattati in questo capitolo. Si tratta di un vero e proprio tentativo di sistematizzazione e di confronto in quanto il primo aspetto da registrare (meta-risultato del presente contributo) è la complessità di reperire, soprattutto in un'ottica comparativa i dati sull'attività ambulatoriale. Questo è in primo luogo legato a un fattore intrinseco richiamato nell'introduzione: l'ampiezza dell'oggetto "specialistica

ambulatoriale” e i suoi labili confini. Infatti se alcuni flussi, come il flusso SDO (schede di dimissioni ospedaliere), sono abbastanza consolidati, quando si comparano i dati sulla specialistica ambulatoriale i dati risultano meno confrontabili. A questo limite si aggiunge la difficoltà di tracciare un fenomeno nuovo quale quello della sospensione delle prestazioni, dei contatti col paziente e della riprogrammazione. In secondo luogo, risulta ancora molto difficile, a livello nazionale, osservare i dati per cluster di pazienti o bisogni in quanto i sistemi informativi e le logiche alla base sono ancora molto improntate su una visione verticale per prestazione; per questo i dati dell’attività ambulatoriale sono illustrati nel loro complesso. Le cronicità rappresentano patologie largamente diffuse i cui modelli di offerta sono legati ai territori in cui i pazienti vivono. Il concetto di territorio di riferimento cambia a seconda della tipologia di azienda (ASL, AO, ecc.). Si pensi per esempio al caso dell’ASST Nord Milano che, come descritto nel caso, incorporando gli ex Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP) eroga prestazioni di specialistica ambulatoriale per popolazioni afferenti territorialmente anche ad altre Aziende o al caso dell’AUSL di Modena che ha una struttura organizzativa capace di intercettare l’erogazione di specialistica ambulatoriale nel territorio provinciale al di là dell’erogatore. Sempre a livello aziendale, le differenze possono dipendere dalle finalità e priorità dei report aziendali in generale o anche da aspetti tecnici dei flussi di rendicontazione (flussi distinti tra prime visite vs follow up). Questi fenomeni hanno reso complesso sia la rilevazione delle informazioni che la loro comparazione. Infatti la rilevazione, ad esempio, delle prestazioni sospese è avvenuta in tempi e modi molto diversi (dettagliati in nota alla tabella): da qui l’invito a sfumare l’interpretazione comparativa dei dati proposti e a inquadrarli rispetto alla gestione del fenomeno all’interno di ciascuna realtà.

Si segnala, quindi, che sono state raccolte informazioni nei formati e nelle classificazioni che ciascuna azienda usa o aveva a disposizione al momento dell’analisi. Ciò comporta la disomogeneità delle informazioni rilevate a scopo comparativo, che pur preservando la significatività per la descrizione del singolo caso sono poco confrontabili tra di loro, ma possono comunque aiutare a sottolineare la rilevanza “quantitativa” del fenomeno della ambulatoriale (volumi gestiti molto alti anche per le aziende ospedaliere) e la condivisione delle questioni e problematiche: dal recupero delle prestazioni, alla gestione delle disdette, allo sviluppo e rendicontazione di qualche forma di telemedicina e teleconsulto.

Anche rispetto a questo ultimo fenomeno le classificazioni adottate sono un po’ lasche e tengono conto di come si sono mossi i vari sistemi: in generale sotto l’etichetta tele-video consulto sono state ricomprese le consulenze telefoniche o video a cui non corrisponde una rendicontazione e una tariffa; mentre sotto l’etichetta televisita sono incluse le prestazioni a cui è associata una rendicontazione nel flusso della specialistica ambulatoriale e una specifica tariffa. Nel corso della descrizione dei casi verranno indicate le “etichette” che le stesse aziende hanno dato ai servizi da remoto attivati. La tassonomia delle presta-

Tabella 11.1 **Specialistica ambulatoriale e impatto della prima ondata del Covid 19: ordini di grandezza nei casi analizzati (dati in volumi e, dove specificato, in %)**

	AUSL Modena	APSS Trento	ASL Alessandria	ULSS 4 Veneto Orientale	ASST Milano Nord	AO San Giovanni Addolorata	Humanitas Research Hospital
Bacino di utenza	708.199	540.000	432.818	228.636	270.000	–	–
Prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni, escluso lab. (2019) ¹	1.613.404	2.305.984	1.110.156	605.092	1.700.000	838.516	600.000
Prestazioni di specialistica ambulatoriale sospese al 30 aprile 2020, escluso lab. ²	129.765	93.512	10.229	22.059	80.000	18.700	17.000
<i>In % del totale</i>	<i>8,0%</i>	<i>4,1%</i>	<i>0,9%</i>	<i>3,6%</i>	<i>5,7%</i>	<i>2,2%</i>	<i>2,8%</i>
Prestazioni in tele-/video-consulto entro 31 agosto 2020 ³	13.504 (tel) 463 (video)	3.000	n.a.	2.550	«Servizio specialista risponde»	4.534	n.a.
Prestazioni in tele-visita entro 31 agosto 2020 ⁴	–	22.600	n.a.	800	Circa 700	406	n.a.

¹ Il dato comprende le prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni (escluso laboratorio) erogate in regime SSN direttamente dall'Azienda e dalle strutture private accreditate. Si segnala che per Modena il dato fa riferimento solo alle prestazioni erogate dall'AUSL di Modena, privati accreditati e Ospedale di Sassuolo, escluso l'AOU di Modena; e per l'ASL Alessandria comprende solo le prestazioni erogate dall'ASL, escluso l'AO nazionale SS. Antonio e Biagio e Cesare. ² Il dato tiene conto delle diverse modalità con cui le Aziende hanno registrato/tenuto traccia negli applicativi aziendali delle prestazioni differibili non erogate durante il *lockdown*. Si segnala che per APSS Trento è relativo alle disdette da parte degli utenti e dell'azienda; il dato di Alessandria tiene conto solo delle prestazioni oggetto di monitoraggio delle liste di attesa (primi accessi); per quanto riguarda l'ULSS Veneto Orientale il dato si riferisce al periodo 16 marzo-6 maggio. ³ I dati di APSS Trento si riferiscono al periodo aprile-giugno; per la ULSS4 si è preso a riferimento in via di prima quantificazione il numero di comunicazioni mail avvenute con MMG nel periodo Fase 1. ⁴ I dati per APSS Trento si riferiscono al periodo aprile-agosto; per ULSS4 Veneto e ASST Milano Nord, fermo restando un coinvolgimento di molte Unità operative ospedaliere, i dati fanno riferimento in particolare al numero di tele visite diabetologiche.

Fonte: elaborazione autori su dati aziendali

zioni da remoto è, infatti, un tema che si rimanda a un futuro approfondimento poiché si osserva a partire dalla metà del 2020 una certa effervescenza sia regionale che aziendale nell'ordinare e inquadrare (anche sul piano classificatorio) il fenomeno che al momento della scrittura del presente contributo è ancora in divenire (vedi capitolo 17 del presente contributo).

11.3.1 ASL di Alessandria

L'ASL di Alessandria (di seguito ASL AL) è il frutto della fusione istituzionale di 3 realtà aziendali pregresse avvenuta nel 2009. Oggi è articolata su 4 distretti sociosanitari, 4 presidi ospedalieri che mantengono i loro "radicamenti" territoriali. Come accade spesso in situazioni di accorpamento tra aziende, la creazio-

ne della nuova identità aziendale passa anche attraverso l'omogeneizzazione di alcuni processi di erogazione per arrivare a forme il più possibile unitarie di erogazione delle cure. Questo rappresenta una priorità sentita tuttora dopo oltre 10 anni dalla fusione interistituzionale. A tale sforzo si aggiunge quello di collaborare in modo strutturato con l'Azienda Ospedaliera di Alessandria.

Molteplici sono state le iniziative avviate a tale scopo e oggi giorno 3 sono le piste di lavoro che intercettano questi obiettivi:

- ▶ la prima è rappresentata dal rafforzamento delle forme di allineamento professionale grazie alla realizzazione di PDTA. L'idea di fondo è che la condivisione degli approcci diagnostici e terapeutici tra professionisti che operano in modo distinto possa rappresentare una "piattaforma di collaborazione" con ricadute in termini di omogeneità dell'offerta e di integrazione all'interno della filiera dei servizi. I PDTA attivi sono 3 e su condizioni croniche (BPCO, scompenso cardiaco, dolore cronico). Tali progettualità si collocano all'interno dei piani locali per la cronicità che la Regione ha promosso e sostenuto. L'auspicio che forme di collaborazione professionale producano anche integrazione nella filiera delle cure è testimoniato dal fatto che per il PDTA sullo scompenso cardiaco sia stato attivato una sorta di "management del percorso": esso prevede l'adozione di algoritmi specifici per l'identificazione della popolazione target e per la segmentazione rispetto alla severità della malattia allo scopo di osservare il *pattern* di consumo nei diversi territori e valutare la variabilità e l'appropriatezza delle cure attraverso indicatori elaborati dalle tecnostrutture aziendali.
- ▶ La seconda è focalizzata sui processi chirurgici nei presidi ospedalieri con modelli di *asset management* che mirano al miglioramento della produttività. L'approccio adottato non intende centralizzare la funzione programmatoria della piastra chirurgica estrapolandola dalle singole UU.OO. ma tenta una conciliazione tra logiche produttive e razionalità cliniche, ispirandosi all'approccio di Pandit (2018). In sostanza la programmazione rimane in capo alle UU.OO. o ai dipartimenti rafforzando le competenze del personale non medico anche attraverso strumenti specifici. Si tratta di una fase elaborativa aziendale che, pur partendo dall'offerta chirurgica, aspira ad essere estesa anche ad altri *setting* come quello ambulatoriale. Si segnala che in questo contesto non esiste una responsabilità organizzativa dedicata alla gestione della specialistica ambulatoriale.
- ▶ La terza fa perno sulle 5 Case della salute presenti nel territorio articolando 2 modelli di offerta specifici: la prima è quella rappresentata dall'infermiere di comunità e famiglia che in azienda esiste da prima del decreto "Rilancio" e all'interno della Casa della salute si dedica al rapporto con la popolazione cronica. I 10 infermieri attualmente presenti hanno conseguito un titolo master per inquadrare le competenze sul tema della continuità della gestio-

ne del paziente cronico in *setting* territoriali (dal *case management* fino agli interventi a domicilio) e, verosimilmente, questo ruolo verrà rafforzato nei territori per via delle indicazioni del decreto. La seconda rete è quella di vulnologia dedicata alla gestione territoriale di alcune ferite cutanee croniche composta da una equipe dotata sia di competenze cliniche che assistenziali (chirurgo vulnologo e infermiere).

Case della salute, infermiere di comunità e PDTA rappresentano gli ingredienti principali del modello di offerta per i cronici anche prima dell'emergenza. Alessandria ha rappresentato il contesto regionale maggiormente toccato dal Covid 19 che l'azienda ha gestito con progressivi adattamenti della rete di offerta. Dalla iniziale conversione di 1 dei 4 presidi alla cura dei pazienti infetti, fino a dedicare circa il 50% dei pp.ll. all'interno di tutti i presidi ai casi colpiti dal virus. Le prestazioni di specialistica ambulatoriale non urgenti sono state sospese.

Per quel che riguarda il target dei pazienti cardiopatici, sono stati attivate modalità di teleconsulto a distanza che hanno certamente preservato la continuità delle cure. Si è trattato, in sostanza, di contatti telefonici ripetuti con la popolazione in carico allo scopo di rivalutare periodicamente le condizioni di salute. I pazienti sono stati raggiunti telefonicamente e censiti rispetto alla loro condizione di salute usando un questionario specifico. Questo ha permesso, sia di dare in alcuni casi risposte specifiche al paziente, sia di valutare puntualmente le condizioni che richiedevano priorità d'accesso, mettendole in classe U e organizzando ad hoc gli accessi, che di riprogrammare i follow up. Monitoraggi da remoto, attraverso tecnologie specifiche, non sono stati attivati per tutti i pazienti cardiopatici ad eccezione di quelli dotati di dispositivi controllabili che già prima dell'emergenza potevano essere gestiti da remoto. Questo modello di offerta, che ha caratterizzato la cardiologia aziendale, è in fase di estensione al resto dell'azienda in prima battuta per prepararsi a eventuali situazioni legate al Covid 19 e più in generale per ripensare il modello di offerta su alcune aree di bisogno in cui la continuità può essere garantita anche da remoto.

Nella ripresa delle attività ordinarie, l'ASL AL ha provveduto alla ri-pianificazione delle attività ambulatoriali raddoppiando il tempo di erogazione delle prestazioni, per via delle sanificazioni, ed estendendo le fasce orarie. Si sta provando a virare verso un modello multicanale stimando che il 30% circa delle prestazioni ambulatoriali attualmente prenotate possa essere convertito in una televisita. In questa direzione è da stimolo e cornice il provvedimento regionale (DGR 3 luglio 2020, n. 6-1613) che consente la rendicontazione della televisita equiparandole dal punto di vista della tariffa a quelle erogate in presenza. Al momento dell'analisi del caso, risultano attive televisite di neurologia presso il presidio di Novi Ligure e di fisiatria presso il presidio di Casale Monferrato.

Ulteriore riflessione sulla gestione del cronico arriva dall'esperienza dell'USCA che ha contribuito positivamente al coordinamento della filiera dei

servizi consentendo la gestione del paziente infetto sul territorio e a domicilio. Tale suggestione viene ripresa e declinata ulteriormente dalla neonata funzione di “coordinamento territoriale” che la Regione Piemonte invita le ASL ad attivare. Si tratta di una funzione che opererà sperimentalmente per un anno a supporto della direzione aziendale e all’interno del tavolo di coordinamento dei distretti.

11.3.2 AUSL di Modena

La gestione dell’attività ambulatoriale all’interno dell’AUSL di Modena ricade sotto la responsabilità della SOC “Gestione attività di specialistica ambulatoriale” che, in ragione della funzione di committenza che l’azienda ha nei confronti degli altri erogatori, osserva e supporta l’intera rete degli erogatori pubblici e privati accreditati della provincia per quel che concerne la programmazione e l’offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Tale scelta organizzativa ha permesso la sintesi e la sistematizzazione delle informazioni che riguardano l’erogazione di specialistica ambulatoriale sulla provincia, costruendo una “fotografia” unitaria al di là dei luoghi di erogazione. Si tratta di un modello in corso d’opera di gestione operativa sull’offerta ambulatoriale che si affianca agli strumenti di governo clinico già presenti da tempo (primi tra tutti i PDTA).

Il modello ordinario di offerta aziendale in epoca pre Covid 19 si basava su tre pilastri: il primo è rappresentato dagli obiettivi promossi dalla Regione Emilia-Romagna di rispetto dei tempi di attesa per 40 prestazioni di prima visita e diagnostica (Dgr 1056/2015 e 603/2019). A tale scopo la Regione ha realizzato già dal 2015 un “osservatorio” per monitorare i tempi di attesa nei territori e ha promosso l’introduzione di un Responsabile Unitario dell’Accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (RUA) per ogni territorio provinciale. Ulteriore elemento che testimonia la rilevanza del tema sta nel peso riconosciuto al rispetto dei tempi di attesa nella valutazione dell’operato dei Direttori Generali. In questo ambito, gli esiti degli sforzi compiuti nel corso degli ultimi 5 anni hanno permesso all’azienda di soddisfare pienamente le richieste regionali. Il secondo è rappresentato dallo sviluppo di PDTA rivolti alle patologie croniche (diabete, BPCO e scompenso cardiaco) che hanno permesso sia l’allineamento di tipo professionale tra i clinici, sia la definizione dei luoghi deputati ai diversi interventi. Il perno dell’offerta territoriale per il target cronico sono le Case della salute presenti in tutti i distretti sociosanitari che consentono forme di decentramento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nelle sedi distrettuali offrendo un modello multiprofessionale. Il terzo fattore è rappresentato dalle reti cliniche che integrano l’offerta ambulatoriale dell’AUSL con quella dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Modena. Esse sono state attivate proprio per specialità che usano in modo rilevante il setting ambulatoriale (reumatologia, allergologia, dermatologia) e hanno nella conoscenza recipro-

ca tra i professionisti della medesima branca un elemento di forza che motiva i singoli operatori ad alimentarle costantemente. Si tratta di reti che superano la dimensione informale poiché esistono accordi specifici sia sui ruoli agiti dalle strutture di offerta che sulle forme di connessione.

Il *lockdown* ha inevitabilmente significato la sospensione delle attività non urgenti (circa 200.000 prestazioni ambulatoriali nell'area provinciale). Il processo di "recupero" si è svolto molto celermente per quelle di laboratorio che hanno previsto l'obbligo della prenotazione (è stato eliminato l'accesso diretto), mentre non è stato possibile «virtualizzare» quelle di diagnostica che sono state riprogrammate e a fine agosto quasi completamente recuperate. Le visite specialistiche, dove possibile, sono state gestite usando alcune indicazioni fornite dalla Regione che ha permesso l'erogazione di un colloquio telefonico (teleconsulto) anche usando il video (videoconsulto), se necessario; non si tratta di vere e proprie prestazioni codificate a nomenclatore, infatti non producono un referto, come la televisita, ma una relazione che sintetizza gli esiti dello scambio tra professionista e paziente. In sostanza, a seconda delle discipline e delle condizioni di salute, i teleconsulti hanno permesso di mantenere un contatto con il paziente, in alcuni casi valutando la situazione e ricalibrando la terapia in corso, in altri facendo da filtro per capire se la prestazione dovesse essere riprogrammata e con quale livello di urgenza. Il recepimento delle indicazioni regionali ha previsto a livello aziendale la definizione di istruzioni operative affinché tale servizio di continuità venisse erogato dal numero più ampio possibile di operatori (ad esempio, anche all'interno dei consultori). Da aprile ad agosto sono stati realizzati circa 14.000 teleconsulti da un numero ampio di discipline (diabetologia, endocrinologia, geriatria, otorinolaringoiatria, dermatologia, ecc.). La robusta risposta motiva la stabilizzazione di questo tipo di intervento per chi lo ha già attivato, ponendo importanti quesiti su quali siano le condizioni da gestire con queste modalità rispetto a quelle che richiedono l'incontro fisico tra operatori e paziente. È in corso una sorta di fase di «assestamento» poiché alcune UO stanno già procedendo in questa direzione volendo estendere e potenziare l'esperienza.

L'altra progettualità che sta trasformando l'offerta ambulatoriale (soprattutto per le visite) è lo Spoc (*specialist on call*), un numero verde a disposizione del MMG che dalle ore 11 alle 16 (per 5 ore continuative) può confrontarsi direttamente con uno specialista sia dell'AUSL che dell'AOU. Per rendere stabilmente disponibile il servizio, sono state organizzate delle equipe interaziendali per ciascuna specialità che ha attivato lo Spoc. Al momento della scrittura del caso, sono attive alcune specialità (cardiologia, centro cefalee, gastroenterologia, farmaceutica ospedaliera, nefrologia, pneumologia, reumatologia). Il progetto si basa sull'utilizzo di un'app aziendale che consente di mettere in contatto il MMG con lo specialista che ha dato la disponibilità in quel giorno. L'app ha il fine di fare da "ponte" tra professionisti della medesima provincia (per il momento il servizio

è attivo nell'area metropolitana e si sta pensando a una sua diffusione a livello aziendale), consentendo modelli di consulenza rapidi che garantiscono ampia disponibilità del servizio per il MMG e la possibilità per lo specialista di erogarla in ogni contesto (è stato gestito anche da specialista a casa in *smart working* durante il *lockdown*). Tra gli obiettivi che ha l'app c'è anche quello di tracciare non solo gli scambi effettuati tra i professionisti e la loro durata, ma anche quelli richiesti e non erogati, allo scopo di valutare il ricorso a questo servizio.

Un elemento di interesse è dato dal fatto che l'adesione alle progettualità descritte è avvenuta su base volontaria e in assenza di una definizione puntuale delle questioni relative al finanziamento (di rilievo per le strutture finanziate attraverso tariffa per prestazione come l'AOU). Rispetto al primo tema appare cruciale la percezione che i singoli professionisti hanno del ruolo che interpretano: se si percepiscono come incardinati all'interno di un sistema, rispondono cogliendo le opportunità che tali servizi rappresentano nel dare continuità di risposta alla domanda di salute dei pazienti già in carico. Rispetto al secondo tema, gli accordi di fornitura, che regolano la relazione tra l'AUSL committente e gli altri soggetti erogatori, stanno immaginando sistemi di finanziamento alternativi almeno nel 2020 per riconoscere lo sforzo messo in campo nella gestione in provincia del Covid 19.

Accanto alla fase di stabilizzazione ed estensione delle progettualità descritte, l'AUSL sta lavorando a un modello nuovo di gestione della relazione col cittadino nella fase di prenotazione delle prestazioni soprattutto diagnostiche: potendo recuperare la prescrizione del medico, il servizio di prenotazione aziendale potrebbe chiamare direttamente il paziente evidenziando dove sono collocate le apparecchiature diagnostiche con i requisiti tecnologici in linea con le indicazioni di appropriatezza relative alle motivazioni specifiche della richiesta fatta dal professionista. In ragione di ciò, concordare lo slot per l'erogazione della prestazione. Si tratta di un ulteriore tassello per governare l'intera filiera dell'offerta ambulatoriale superando le frammentazioni che spesso la caratterizzano.

11.3.3 ULSS Veneto

L'ULSS 4 Veneto Orientale è situata nella parte orientale della provincia di Venezia e confina con la provincia di Treviso e il Friuli-Venezia Giulia. Si tratta della più piccola delle 9 ULSS del Veneto. Rispetto alle altre ULSS, la ULSS4 si distingue per due elementi: indici di vecchiaia superiori alla media e un forte incremento della popolazione nella stagione estiva. L'assistenza ospedaliera viene garantita tramite tre presidi ospedalieri pubblici (Portogruaro, 238 posti letto, San Donà di Piave, 202 posti letto e Jesolo, 72 posti letto a dicembre 2019) e un ospedale privato accreditato. Le circa 600 mila prestazioni ambulatoriali (escluso il laboratorio) sono erogate prevalentemente attraverso una rete di ambulatori ospedalieri e territoriali.

Negli anni si è portata avanti una riduzione del contributo del privato accreditato a favore di un aumento di quelle erogate dalle aziende pubbliche e un contemporaneo decentramento dell'attività ambulatoriale verso gli ambulatori territoriali, con l'intento di favorire un maggior governo e capillarità dei servizi. I punti erogativi distrettuali spesso ospitano equipe ospedaliere per esami e/o visite di controllo grazie ad accordi e protocolli avviati tra la funzione ospedaliera e distrettuale. Questo processo è ancora in corso e promosso sia dalla Direzione Ospedaliera che da quella Distrettuale ed è facilitato sicuramente dalle dimensioni contenute del territorio di riferimento; si tratta di una caratteristica che agevola la formazione di relazioni spontanee tra i professionisti che spesso si conoscono personalmente e che devono percorrere distanze limitate per spostarsi tra diversi punti erogativi.

In tale contesto risulta fondamentale il raccordo anche tra Cure Primarie e Secondarie portato avanti dai vertici aziendali attraverso la promozione di incontri sistematici tra specialisti e MMG (se ne registrano 5 nel 2019 e sono continuate in anche nel periodo Covid in forma «virtuale») e anche facilitato dal fatto che i secondi operano prevalentemente in forma associativa. Il sistema di classificazione ACG⁴, promosso a livello di Regione Veneto, insieme allo sviluppo dei PDTA sono poi strumenti chiave per collegare e coordinare i professionisti coinvolti nei percorsi di cura complessi come quelli dei pazienti cronici. Tra i PDTA più consolidati, si registrano quelli relativi al diabete, alla BPCO, allo scompenso cardiaco e alla terapia anti-coagulante. Infine, bisogna notare come la componente infermieristica abbia un coinvolgimento importante nei percorsi cronici (rilevazione parametri, informazioni al paziente, ecc.) grazie alla recente istituzione di ambulatori infermieristici territoriali e a una consolidata attività di assistenza domiciliare. La nomina di un infermiere come Direttore Socio-sanitario rivela una particolare attenzione da parte della Direzione Generale alla valorizzazione strategica delle competenze e dell'approccio alla presa di questa figura professionale.

Il primo caso di Covid 19 in azienda è stato registrato il 26 febbraio e il totale è di 649 casi registrati durante la Fase 1 (dal 26.02 al 30.04), di cui 408 curati, 207 guariti e 34 deceduti durante la fase 1. La sospensione delle attività ambulatoriali non urgenti è stata decretata il 16 marzo e in quel mese la produzione si è dimezzata per poi quasi azzerarsi ad aprile. Nel periodo del *lockdown*, sono

⁴ Il sistema ACG è uno strumento di aggiustamento per il case/mix (grouper) applicato a popolazioni/pazienti (e non ad episodi di cura come il DRG) sviluppato da medici e ricercatori della Johns Hopkins University di Baltimore, U.S.A. Il sistema utilizzando dati provenienti dai flussi informativi aziendali, misura lo stato di salute di una popolazione raggruppando le diagnosi di malattia e l'uso di farmaci in gruppi clinicamente coerenti, assegnando ciascun individuo ad una singola categoria o gruppo ACG, che rappresenta una misura relativa del consumo atteso di risorse sanitarie (DGR N. 439 del 20 marzo 2012). Il sistema ACG è in uso in Regione Veneto dal 2012, per maggiori informazioni è possibile consultare il sito: <http://acg.regione.veneto.it/>.

state messe in campo sostanzialmente cinque azioni rispetto all'attività rivolte in particolar modo a garantire la continuità di presa in carico di pazienti cronici e cronico-fragili:

- ▶ L'aumento dei contatti telefonici da parte degli MMG e contestuale riduzione del contatto fisico in ambulatorio o a casa.
- ▶ Il potenziamento degli ambulatori infermieristici distrettuali.
- ▶ Contatti telefonici a tutti gli utenti programmati per comunicazioni e/o monitoraggio a distanza da parte dei responsabili del CAD (Centro Assistenza Domiciliare) e degli infermieri dei reparti.
- ▶ Il potenziamento dei servizi domiciliari.
- ▶ L'attivazione della farmacia a domicilio in coordinamento con la Croce Rossa.

Ci sono state poi delle azioni, non rivolte direttamente ai pazienti cronici, ma a diretto impatto sulla loro gestione ambulatoriale:

- ▶ Il mantenimento di due ospedali Covid-Free con l'attivazione di un unico Covid-Hospital a Jesolo.
- ▶ L'invio a casa dei referti.
- ▶ La riallocazione del personale amministrativo a seconda delle necessità contingenti (dall'irrobustimento del CUP al supporto alle segreterie di reparto).
- ▶ L'attivazione delle USCA per sospetti di Coronavirus (4 aprile).

Per quanto riguarda la ripresa, delle 33mila prestazioni sospese nel periodo dal 16 marzo a 6 maggio, a metà giugno ne mancavano ancora circa 5.400 (il 22%). Il recupero rapido delle prestazioni si è poggiato sulle seguenti leve. La revisione delle impegnative da parte degli MMG sulla base delle indicazioni della Regione e secondo principi di appropriatezza e revisione delle prioritarizzazioni, da una parte. Aumento della capacità produttiva attraverso: l'utilizzo di tutti gli ambulatori territoriali a disposizione attraverso una maggiore mobilità dei professionisti ospedalieri; aperture il sabato; acquisto di prestazioni aggiuntive dai professionisti ed in particolare dal privato accreditato (grazie ad extra-budget regionali). Questi ultimi, su indicazione del DG, hanno sospeso l'attività fino al 25 giugno per mettersi a disposizione della ULSS4.

Nella crisi sono emersi chiaramente alcuni punti di forza pregressi nella gestione dell'attività ambulatoriale e in particolare dei pazienti cronici. Il coordinamento tra MMG e specialisti, la mobilità degli specialisti ospedalieri, il decentramento dell'attività ambulatoriale nei poliambulatori (con il conseguente doppio vantaggio di decongestionare le strutture ospedaliere e garantire maggiore distanziamento), la valorizzazione del ruolo dell'infermiere attraverso la presenza di ambulatori infermieristici e una consistente attività domiciliare.

Tra le azioni messe in atto durante la crisi è interessante notare la costituzione di due gruppi di lavoro: uno sulle liste di attesa ambulatoriale e uno per la gestione dei flussi e dei distanziamenti sociali, con due *mission* diverse e un unico coordinatore (CUP manager). La Regione e i clinici, da una parte, fissavano gli standard dei tempi per le visite e gli esami (inclusa la sanificazione), e la squadra del CUP manager riprogettava l'intero percorso fisico-logistico negli ospedali e negli ambulatori, oltre che i massimali di prestazioni erogabili sulla base della capacità produttiva.

Rimangono aperti importanti terreni di lavoro sull'attività ambulatoriale in generale, con ricadute su quella rivolta ai cronici. Si tratta della complicata sfida di promuovere lo sviluppo del CUP online e della telemedicina; in questo secondo caso si sono spesso adottate soluzioni contingenti per tamponare l'emergenza, ma per una diffusione e strutturazione a livello aziendale, saranno probabilmente decisivi i provvedimenti assunti da Azienda Zero della Regione per le piattaforme tecnologiche e il lavoro di valutazione e conciliazione con le regole della *privacy*. Vi è poi la necessità di rafforzare ulteriormente una cultura della mobilità tra i vari *setting* a disposizione; un processo iniziato prima del Covid, a cui l'emergenza ha dato un impulso importante, ma che non è ancora del tutto assimilato e completato. Infine, è allo studio la valorizzazione della figura delle USCA, introdotte per l'attività di presa in carico dei pazienti Covid in generale, ma «convertibili» in futuro in unità di supporto alla continuità delle cure per i pazienti cronici.

11.3.4 APSS Trento

La gestione della specialistica ambulatoriale all'interno dell'APSS di Trento ricade all'interno del Dipartimento di Governance, sotto la responsabilità del Servizio di Specialistica Ambulatoriale, che ha il compito di coordinare funzionalmente l'attività erogata nell'ambito di tutto il territorio provinciale presso i distretti, gli ospedali e le strutture accreditate. Si tratta di una funzione di staff che si pone come interfaccia tra la domanda e l'offerta, monitora le attività svolte in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate, fermo restando che le linee di indirizzo spettano ai singoli dipartimenti e alle UU.OO. specialistiche e le funzioni di committenza nei confronti dei servizi ambulatoriali ospedalieri, territoriali e accreditati spettano rispettivamente alle tre strutture Servizio Ospedaliero Provinciale, Cure Primarie e Servizio Convenzioni.

Il modello ordinario di offerta aziendale in epoca pre Covid 19 si basava su tre pilastri: il primo è rappresentato dal conseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione provinciale in tema di accesso alle prestazioni ambulatoriali, di monitoraggio dei tempi di attesa (art. 26 della legge provinciale 16/2010) e di corretta applicazione delle priorità di accesso. Il secondo è il governo unitario dell'offerta su base provinciale attraverso lo sviluppo di una rete

di servizi diffusi e fortemente integrati tra ospedale e territorio che condivide standard e percorsi per la presa in carico dei pazienti. Infine, il terzo elemento distintivo è rappresentato dal grande investimento nello sviluppo di modelli innovativi di presa in carico dei pazienti cronici tramite l'uso di nuove tecnologie, App, strumenti web e Cloud, che puntano a facilitare l'accesso per i pazienti e a remotizzare l'assistenza. Già nel 2008, infatti, dal laboratorio congiunto tra APSS, Fondazione Bruno Kessler (FBK) e Provincia autonoma di Trento (PAT), nell'ambito di TrentinoSalute4.0 è stata sviluppata la piattaforma TreC, un ecosistema di applicazioni web e mobile attraverso cui da un lato i cittadini possono trovare un supporto alla gestione della loro salute e comunicare con gli operatori sanitari e dall'altro gli operatori sanitari possono attivare modelli di monitoraggio remoto "personalizzati" dei loro pazienti attraverso progetti come "Le prescribo un app" o l'applicazione @Home per la presa in carico dei pazienti a domicilio.

Il primo blocco delle attività è avvenuto nei giorni tra il 07-10 marzo, tuttavia, l'impatto sui pazienti cronici è stato differenziato a seconda delle branche specialistiche: in alcuni casi le attività sono state quasi totalmente bloccate, in altri casi sono proseguite o dislocando le attività in strutture *Covid free* o periferiche o attivando esperienze innovative di presa in carico. Infatti, se a livello aziendale, si è complessivamente osservata una riduzione delle attività ambulatoriali, l'elemento che ha contraddistinto l'esperienza trentina è stato, in primo luogo, il ricorso al monitoraggio da remoto.

Questo ha significato il potenziamento delle esperienze di monitoraggio a distanza già presenti in azienda, come nel caso della cardiologia, o lo sviluppo di cantieri di sperimentazione in nuove branche specialistiche come nel caso dell'oncologia e dell'oculistica. Il monitoraggio a distanza ha assunto diverse configurazioni, dal semplice consulto telefonico o video volto a mantenere un contatto costante con l'assistito e a valutare lo stato di salute, fino a vere e proprie forme di televisita. Secondo i dati raccolti dall'UO di cardiologia, nel periodo 16 marzo – 22 aprile 2020 (27 giorni), sono state trasferite in televisita il 95% delle visite ambulatoriali. A questi si sono aggiunti 1.418 controlli per i pazienti cardiologici portatori di device (circa 50 controllo al giorno) che già nel 97% dei casi erano seguiti da remoto. Nella maggior parte dei casi (circa 87%) i contatti da remoto hanno avviato una azione di varia natura, rappresentando quel filtro che ha permesso di ridefinire il piano terapeutico, valutare la necessità di riprogrammare una prestazione e con quale urgenza e di valutare (in pochi casi) la necessità di ricovero. Sia il contatto con i pazienti che la riprogrammazione delle attività sono stati gestiti direttamente dalla segreteria delle singole unità operative.

Nel caso di alcune branche specialistiche, come l'oculistica, la pandemia ha portato, invece, all'accelerazione nello sviluppo di alcune progettualità innovative di monitoraggio a distanza tramite l'uso di device e app che l'Azienda

aveva già in programma di attivare. Ne sono un esempio, in ambito oculistico, lo sviluppo di un app per la valutazione da remoto del fondo oculare e un progetto di diffusione di Tomografia ottica computerizzata (OCT) negli ambulatori territoriali periferici per ottenere delle scansioni corneali e retiniche molto precise senza necessità di accedere negli ambulatori oculistici ospedalieri.

Un altro elemento distintivo dell'esperienza trentina è stata la grande collaborazione che si è instaurata tra USCA⁵ e cure domiciliari che ha permesso la gestione di una grande fetta di pazienti Covid paucisintomatici a domicilio. Anche in questo caso, per favorire il collegamento con i pazienti a domicilio è stata sviluppata una app denominata TreC Covid che è stata collegata alla piattaforma @Home già in uso dall'Area cure primarie di APSS. È allo studio anche in questo contesto se continuare a valorizzare, a regime, la figura delle USCA, introdotte per il Covid, ma ritenute utili per la presa in carico dei pazienti cronici in futuro.

Infine, l'altra progettualità che sta trasformando la relazione tra MMG/PLS e specialisti per la gestione dei pazienti cronici e ridurre gli accessi non necessari è l'attivazione di un numero telefonico dedicato per favorire il confronto con uno specialista aziendale. Per facilitare il contatto, da metà marzo, il Servizio di Specialistica ambulatoriale invia settimanalmente a tutti gli MMG/PLS una lista con l'indicazione delle «Finestre telefoniche» disponibili, distinte per disciplina e giorni della settimana in cui è possibile attivare un teleconsulto.

In APSS Trento si è osservato come l'esperienza già avviata nell'ambito del monitoraggio da remoto ha rappresentato sicuramente una leva per il rafforzamento e l'estensione ad altre branche specialistiche. Ciò è stato in primo luogo favorito e spinto dalla disponibilità dei professionisti sanitari, ma anche dalla rapida risposta da parte dei legislatori. Già il 9 aprile con delibera di Giunta provinciale era stata inclusa la televisita (sia in primo accesso che per visite di controllo) nel tariffario provinciale delle prestazioni per molteplici prestazioni specialistiche affiancando l'analoga prestazione erogata in modalità tradizionale e garantendo l'esenzione dalla compartecipazione dalla spesa sanitaria a tutti i pazienti iscritti al SSN. Questo ha permesso di tracciare tutte le prestazioni effettuate e di colmare un vuoto che ha rappresentato un blocco in molti altri contesti.

Nell'immediato futuro, oltre alla stabilizzazione e al potenziamento di queste esperienze di monitoraggio a distanza e all'integrazione delle sperimentazioni avviate nell'App TreC_FSE, l'APSS si immagina di dover investire maggiormente sulla gestione operativa e sulla revisione degli spazi identificando soluzioni differenziate ma tempestive per le singole realtà territoriali aziendali. È in fase di definizione la revisione del piano organizzativo per l'attività ambula-

⁵ Con determina dell'assessore provinciale, il 19 marzo sono state attivate 11 USCA, che sono diventate operative dal 22 marzo.

toriale con l'adozione di modelli multichannel⁶ di erogazione differenziati per target di pazienti.

11.3.5 ASST Nord Milano

Un elemento distintivo dell'ASST Milano Nord, relativamente all'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, sta nella sua identità: essa ha infatti incorporato gli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano permettendo di sviluppare una rete capillare composta ad oggi di 19 poliambulatori distribuiti nel circuito metropolitano e nell'area Nord della provincia (Cologno Monzese e Cusano Milanino) oltre ai 2 ospedali aziendali di Sesto San Giovanni e di Cinisello Balsamo presso cui sono erogate prestazioni in regime di ricovero e ambulatoriale. La nuova realtà che si è costituita a seguito della legge n.23 del 2015 riguarda, pertanto, due contesti molto diversi, quasi due aziende distinte per vocazione: la prima è una ASST tradizionale con un proprio territorio di riferimento identificabile nei comuni a nord di Milano; la seconda composta dai poliambulatori territoriali (ex ICP) che insistono sulla città di Milano e sul territorio di altre ASST. Nel primo caso l'azienda tratta di un bacino di utenza proprio, nel secondo interviene su un bacino di utenza condiviso con altre aziende sanitarie. Si tratta della più grande struttura di offerta pubblica di specialistica ambulatoriale in Lombardia che eroga circa 3.300.000 prestazioni annue (incluse le prestazioni di laboratorio) grazie all'operato di quasi 340 medici ospedalieri e circa 280 specialisti ambulatoriali, oltre al contributo del personale del comparto sanità (quasi 1100 operatori). Questa realtà aziendale è quindi popolata da un larghissimo numero di specialisti ambulatoriali interni (c.d. Sumaisti) i quali date le specificità di questa forma contrattuale, rendono più complessi i processi di attuazione dei progetti aziendali.

Questo identikit aziendale, fatto di un ampio portafoglio di offerta di specialistica ambulatoriale in territori in cui esistono importanti ospedali, è alla base del ruolo di erogatore che l'ASST Milano Nord interpreta in modo prevalente, anche se non esclusivo, all'interno della rete di offerta regionale per quel che riguarda il modello di risposta alle patologie croniche definito dalla Regione Lombardia (DGR 6164/17 e 6551/17).

Un'offerta di specialistica ampia ma frammentata territorialmente e il ruolo di erogatore (per altri gestori) esercitato attraverso le strutture dell'ex ICP hanno rappresentato e rappresentano un disincentivo alle forme di collaborazione tra professionisti aziendali lungo l'iter diagnostico e terapeutico: gli erogatori in

⁶ Nell'esperienza della cardiologia richiamata nel caso, per i pazienti in controllo, collaboranti e con caregiver attivo si prevede l'attivazione di una modalità di presa in carico da remoto nel 70-80% dei casi; mentre per i pazienti in prima visita si prevede un modello 20% televisita e 80% in presenza.

un certo senso rispondono alle richieste del gestore che agisce la committenza attraverso l'invio verso strutture di offerta con le quali si ha un accordo.

Tra le linee strategiche definite prima dell'attuale pandemia, vi sono quelle esplicitamente dedicate ad un modello di asset management che permetta la gestione unitaria dell'intera rete erogativa ambulatoriale. Si tratta di un ampio lavoro di rivisitazione di tutti processi aziendali a supporto dell'erogazione (dalla struttura delle agende, alle classi di priorità, alle forme di «pacchetto» per la combinazione più frequente tra le prestazioni, ecc.) che però richiede che la comunità professionale aziendale condivida dei modelli di risposta partendo dalle prassi clinico assistenziali. In questo solco si collocano anche i seguenti interventi avviati dalla direzione nel 2019: (i) il contenimento dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali e ricoveri, attraverso iniziative quali la riorganizzazione delle agende e l'ampliamento dell'offerta di ore di specialistica; (ii) il riordino della rete d'offerta attraverso la concentrazione delle competenze (devono rispettare delle masse critiche per preservare le expertise) e la riorganizzazione delle attività per intensità di cura (in cantiere); (iii) il proseguimento del processo in atto di integrazione tra i servizi ospedalieri e quelli con funzione territoriale nell'area Nord dell'azienda; (iv) l'omogeneizzazione dei sistemi informativi e l'avvio di processi di tipo digitale sia in alcuni processi amministrativi interni (es. sistema di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali) che in quelli clinico assistenziali e v) lo sviluppo di cruscotti direzionali web.

Al sopraggiungere del *lockdown*, l'ASST Milano Nord ha preservato l'erogazione delle prestazioni d'urgenza, completato attività già iniziate con riferimento alla protesica e all'odontoiatria e presidiato l'offerta per altre attività non procrastinabili, come le visite ostetriche. Durante la fase acuta della pandemia, sono stati chiusi 8 dei 20 poliambulatori, accumulando una sospensione di circa 80.000 prestazioni di specialistica ambulatoriale alla data del 30 aprile 2020. Per garantire in prima battuta la continuità delle cure al paziente e anche per contribuire alle attività messe in campo dagli enti gestori, è stato avviato un servizio denominato «lo specialista risponde». Si tratta di un servizio di consulto telefonico per 14 specialità che ha visto coinvolti oltre 45 specialisti e rivolto sia ai cittadini sia ai MMG. Oltre a tali servizi di «entrata», sono stati attivate anche forme di tele-monitoraggio da parte di alcune equipe specialistiche (ad esempio quella cardiologica) al fine di valutare lo stato di salute dei pazienti noti e l'opportunità di adeguare le classi di priorità al bisogno attuale dell'utente (convertendo eventualmente i codici "P" e "D" in brevi o in urgenze).

All'allentarsi delle restrizioni sono state riallestite le attività ambulatoriali rispettando tutte le indicazioni sul distanziamento fisico che soprattutto per le attività ambulatoriali si sono rivelate molto time consuming data la breve durata che caratterizza queste prestazioni e le ripetute sanificazioni giornaliere compiute in luoghi fisiologicamente vissuti da moltissime persone. La necessità di modificare il modello tradizionale di gestione dell'offerta di specialistica am-

bulatoriale per via del Covid 19 incrocia e si colloca nel solco dell'orientamento aziendale, antecedente all'emergenza, di centralizzare e standardizzare quanto più possibile i processi di erogazione della specialistica ambulatoriale attraverso modelli di gestione operativa.

Ospedali e poliambulatori sono stati riorganizzati con la predisposizione di aree di pre-triage e gli sportelli CUP sono stati decentrati ai luoghi in cui avviene l'erogazione delle prestazioni per favorire la fluidità dei flussi. Infine, tra le innovazioni meritevoli di menzione, l'Azienda è entrata quale partner del progetto «Hotel Michelangelo» (hotel al cui interno sono stati ospitati i pazienti dimessi dagli ospedali che non potevano rientrare al proprio domicilio) e si è fatta promotrice del «drive-in» per l'effettuazione del tampone.

Nonostante tale portafoglio di servizi e la disponibilità alla ripresa delle attività, nel periodo di *lockdown* si sono comunque osservati tassi di disdetta e drop-out per le visite ambulatoriali pari a circa il 40%. Al 31 luglio risultavano sospese ancora circa 60.000 prestazioni ambulatoriali specialistiche (relative al periodo febbraio/aprile 2020) avendo recuperato 20.000 da maggio a luglio. A fine settembre 2020 sul totale delle prestazioni sospese del primo (fino al 30 aprile 2020) e secondo periodo (maggio-luglio 2020), l'azienda ha gestito quasi il 60%.

Il processo di recupero dei pazienti garantendo l'erogazione in tempi contenuti delle prestazioni è ancora in corso e, anche in esecuzione di quanto previsto dal art. 29 del DL 14 agosto 2020 n. 104, a partire dal mese di settembre l'azienda ha avviato un progetto di ampliamento dell'offerta delle attività ambulatoriali in orario extra-istituzionale, prevalentemente in orari pomeridiani/serali e il sabato mattina (nei presidi ospedalieri e nei poliambulatori territoriali). In particolare, oltre ai due presidi ospedalieri, 4 sedi di poliambulatorio territoriali (Doria, Rugabella, Stromboli e Farini). Il progetto coinvolge più di 15 branche specialistiche per un totale di circa 300 ore settimanali aggiuntive (circa 1000 ore in un mese) fino alla fine dell'anno 2020.

Tale processo di recupero ha beneficiato anche di modalità di erogazione da remoto come il teleconsulto/televisita che, sulla base dell'esperienza fatta durante il periodo Covid 19, è stato ridisegnato a partire da giugno. La specialità «apripista» che maggiormente ha adottato la modalità erogativa a distanza sia durante il periodo dell'emergenza sia nei mesi successivi è la diabetologia. Al momento l'azienda ha costituito un gruppo di lavoro che sperimentalmente sta ampliando l'offerta di prestazioni in modalità «televisita» su alcune specialità pilota (Diabetologia, Cardiologia, Fisiatria ecc.).

A partire da gennaio 2021, l'azienda intende mettere in atto il percorso di innovazione, interrotto dall'emergenza sanitaria, anche grazie alla formulazione di pacchetti di prestazioni in cui, grazie ad una gestione integrata delle agende degli specialisti, sarà possibile fidelizzare il paziente organizzando i percorsi in modo più organico.

11.3.6 AO San Giovanni Addolorata Roma

L'AO San Giovanni Addolorata (di seguito AO SGA) in fase pre Covid 19 aveva già programmato una serie di progetti che introducessero modelli di *asset management* per migliorare il funzionamento generale e le condizioni di efficienza di diversi *setting*, partendo da quello chirurgico fino a quello ambulatoriale. L'esperienza del Covid 19 ha accelerato questo processo di *change management* almeno per due motivi: da un lato, la riorganizzazione generale dei flussi delle attività per evitare fenomeni di contagio (l'AO SGA è stata una struttura Covid free) ha reso palese la rilevanza di interventi sui modelli produttivi anche al di là delle discipline. I *setting* di offerta (oltre all'ambulatoriale anche il ricovero e l'emergenza) sono stati rivisti proprio in ragione delle questioni logistico-produttive. In seconda istanza, nei mesi del *lockdown* si è osservato l'intensificarsi delle forme di collaborazione e scambio tra i professionisti e un ritmo accelerato nel processo decisione-azione. La rimodulazione logistica dei servizi tradizionali e la velocità delle progettualità avviate (una di queste ha visto l'AO SGA al centro della rete per la gestione dei tamponi – rete coronet – e l'attivazione del primo drive in per la loro esecuzione) hanno scosso il ritmo di una delle aziende più storiche (la fondazione dell'azienda risale al 1300) della Capitale, posizionato nel suo centro storico. Ciò ha consentito di estendere il lavoro per micro-team progettuali (circa 10), implementato nella fase “acuta” dell'emergenza, anche per la ripresa delle attività agganciando gli interventi per la gestione dell'emergenza a quelli per superarla e riprendere le attività routinarie in condizioni di normalità “condizionata”. Occorre sottolineare che forme di gestione unitarie degli *asset* in questa azienda devono conciliare l'organizzazione delle attività in 4 presidi ospedalieri (in ciascuno di esse vi è attività di specialistica ambulatoriale) di rilievo storico.

Il modello di offerta pre emergenziale vedeva un orientamento forte su specialità di rilievo regionale rappresentate prevalentemente all'interno di un modello organizzativo tradizionale di tipo dipartimentale, nel quale sono state progressivamente innestate forme di collaborazione interprofessionale e multidisciplinare legate ai PDTA proposti dalla Regione Lazio ed alla complessità della casistica (ad esempio, quella oncologica). Da qui trae origine la percezione del fabbisogno di associare ad approcci tipicamente professionali, quelli propri della gestione operativa.

A maggio 2020 l'AO SGA aveva 18.000 prestazioni ambulatoriali da recuperare, delle quali a fine agosto risultano recuperate l'85%. Lo sforzo erogativo è stato sostenuto sia dall'ampliamento delle fasce orarie (in alcuni casi si sono programmate attività anche di sabato) che dalla conversione in erogazioni da remoto. Relativamente alla prima leva, la Regione ha sostenuto l'aggravio delle attività in tutte le aziende con un fondo di circa 7 mln di euro; per quel che ri-

guarda la seconda, anche nella fase di *lockdown*, l'azienda aveva avviato modelli di continuità clinico assistenziale attraverso, ad esempio, servizi di televisita e *telenursing* (contatti con la popolazione soprattutto cronica per ricostruire il quadro informativo sulla situazione individuale) per le seguenti specialità: cardiopatia ischemica, angiologia lesioni cutanee, scompenso cardiaco, epilessia, sclerosi multipla, geriatria, endocrinologia, diabetologia. Tale esperienza è stata alla base di un vero e proprio nuovo modello erogativo basato sull'uso di tecnologie capaci di erogare un più ampio ventaglio di prestazioni nella modalità a distanza. La Regione Lazio ha disciplinato il quadro formale, normando e codificando questo tipo di prestazioni che anche sul piano del finanziamento vengono assimilate alle tradizionali visite di follow up.

La fase della ripresa ha rappresentato anche l'occasione per rivedere priorità e contenuto delle prestazioni ambulatoriali programmate prima del *lockdown*: si segnala che solo il 12% dei pazienti con prestazione da erogare entro 180 giorni hanno accettato l'anticipo della stessa per ragioni legate largamente al timore di contagio.

Il progetto aziendale sulla specialistica ambulatoriale intende perseguire i seguenti obiettivi: in primo luogo rafforzare le forme di collaborazione con le altre aziende sanitarie (soprattutto quelle territoriali) per integrare i percorsi dei pazienti (anche nei casi in cui esista il PDTA regionale) rendendo la transizione più fluida e coordinata nei tempi. In seconda istanza si intende promuovere la costruzione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali per i pazienti *frequent users* (come i pazienti cronici) o per quanti hanno un bisogno acuto che richieda un processo di follow up (ad es. nella fase post chirurgica). Per quel che riguarda i cronici, l'analisi dei modelli di consumo di tale target e della combinazione delle prestazioni eventualmente tra più patologie, consentirà di avere dei pacchetti di prestazioni "scalabili" a seconda delle condizioni del malato. In tale modello di offerta, oltre alle visite dal vivo, potranno essere programmate anche quelle da remoto.

L'AO SGA rappresenta il secondo ospedale regionale per numero di pp.ll. e, stante la vocazione specialistica che interpreta, è fisiologico che abbia alcuni PDTA il cui "perimetro" si colloca all'interno delle proprie mura (ad esempio quelli oncologici) ed altri integrati con altre aziende. In questa seconda fattispecie, sarebbe cruciale poter integrare i modelli di offerta attraverso sistemi di prenotazione di più aziende. Un limite è rappresentato dall'ancora insufficiente livello di integrazione dei sistemi di prenotazione con i sistemi informativi aziendali. Per interpretare la nuova funzione aziendale di gestione operativa sono state reclutate persone ad hoc con profilo professionale specifico provenienti da diversi percorsi professionali in sanità.

11.3.7 IRCCS Humanitas

L'IRCCS Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (Milano) è un ospedale privato accreditato ad alta specializzazione, centro di Ricerca e sede di insegnamento universitario. Si tratta dell'ospedale di riferimento del Gruppo Humanitas che consta di 9 ospedali tra Lombardia, Piemonte e Sicilia e di una rete di centri medici Humanitas Medical Care.

In linea con le riforme lombarde degli ultimi anni, per quanto riguarda le patologie croniche, l'Ospedale Humanitas di Rozzano è «ente gestore» per 1.500 pazienti cronici che hanno sottoscritto il PAI (Piano di Assistenza Individuale); un terzo di questi pazienti appartiene al cluster delle patologie cardiovascolari. In generale, si tratta di uno dei più ampi target presi in carico da un ente ospedaliero in Lombardia; target a cui l'ospedale ha dedicato spazi, risorse e servizi, rendendo quindi il caso di particolare interesse per il contesto in esame.

Al cluster di pazienti cronici presi in carico attraverso il PAI è dedicato un ambulatorio di presa in carico e continuità assistenziale con tre persone al servizio clienti, un infermiere di supporto e due medici dedicati per la stesura e l'aggiornamento del PAI, la valutazione della coerenza degli appuntamenti nel percorso e la risposta ai primi bisogni clinici dei pazienti. Oltre all'accesso per appuntamento l'ambulatorio prevede tipicamente anche un accesso libero la mattina, cinque giorni su sette, e una linea telefonica dedicata. Si tratta quindi di un luogo di riferimento per il paziente cronico, assimilabile come tipologia di servizio all'ambulatorio di un MMG. Il compito di progettare e descrivere i PDTA rimane comunque in capo agli specialisti dei diversi ambiti di patologia che visitano i pazienti negli ambulatori dipartimentali o nell'apposito centro *outpatient*.

A valle della prescrizione del PAI, gli operatori amministrativi provvedono ad allocare le prestazioni nell'arco temporale. Si tratta quindi di uno schema che coinvolge sia figure cliniche che amministrative che dialogano agevolmente grazie agli algoritmi presenti nei sistemi informativi che decodificano i PDTA e permettono di tradurre il percorso clinico in percorso operativo. Il fatto di essere gestore unico e di poter erogare tutte le prestazioni del PDTA permette poi a Humanitas di utilizzare agende di percorso dedicate a questa attività, favorendo la pianificazione e programmazione interna e allo stesso tempo offrendo un servizio all'utente (orizzonti temporali certi nel servizio). È uno schema articolato e strutturato che in Humanitas si è consolidato già a partire dalla precedente costituzione del Cancer Center.

Nella fase Covid, come in tutta la Lombardia, è stata interrotta l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali non urgenti. Per quanto riguarda i pazienti cronici e i pazienti oncologici sono stati quindi effettuati tutti i follow up ritenuti necessari e diluiti nel tempo i restanti. Dato il coinvolgimento diretto di Humanitas nella gestione dei pazienti Covid, l'ospedale si è profondamente trasformato per garantire percorsi differenziati e sicuri; gli ambulatori degli specialisti

e il poliambulatorio di accesso per i cronici sono stati quindi riallocati e trasferiti in altre zone del complesso. Sono stati inoltre avviati teleconsulti su circa una trentina di prestazioni relative al governo della cronicità nelle aree della endocrinologia, diabetologia, reumatologia, post-trombosi e oncoematologia.

Per la fase della ripresa delle attività, al 30 aprile si registravano complessivamente circa 17mila prestazioni ambulatoriali da recuperare (escluso il laboratorio). Quando il 28 aprile si è comunicato che al 4 maggio si sarebbero riaperte le attività, ci sono state circa 11mila chiamate al giorno di cui 5.000 per prenotazioni. In tempi pre-covid, le chiamate erano tendenzialmente intorno agli 11.000 ma con un tasso inferiore di prenotazioni (circa 4.000 al giorno). Questo sicuramente ha generato una pressione importante sui sistemi di prenotazione e sulla gestione delle agende. Per far fronte a questa ondata di ritorno, si è nel complesso adottata la strategia di aumentare la disponibilità di visite ed esami così da riassorbire le prestazioni sospese a marzo e aprile, mantenendo invece inalterate le prenotazioni già programmate per maggio, giugno e luglio.

Se in tempi pre-Covid l'80% dell'attività erogata si realizzava tra le 9.00 e le 17.00 e cinque giorni su sette, nella fase della ripresa si è ulteriormente ampliato l'orario di apertura dalle 8.00 alle 20.00 e 6 giorni su 7, riorganizzando le attività degli appuntamenti già programmati e incrementando l'attività medica e infermieristica per il recupero degli appuntamenti sospesi. A questo sforzo «massivo» si sono poi aggiunte delle operazioni puntuali per snellire i processi in ingresso e ridurre i tempi di permanenza del paziente in struttura. Si tratta, ad esempio, del check-in online e dell'accettazione automatizzata su totem dedicati. Ad oggi, circa il 44% delle prestazioni vengono accettati con processo automatizzato tramite totem.

Grazie alla strategia messa in campo e tenendo conto di un *drop-out* di circa 4.000 prestazioni, delle 17.000 prestazioni sospese durante il periodo Covid, al 31 luglio ne rimanevano da riprogrammare circa 500. Tutto questo ha naturalmente avuto un impatto favorevole sulla gestione della continuità delle cronicità rispetto alla quale si sono recuperate eventuali prestazioni ambulatoriali non urgenti sospese durante la fase 1 e mantenute inalterate le agende già in essere per la Fase 2 e 3. Inoltre, nella fase della ripresa si sono sviluppate ulteriormente, anche se in modo graduale, le prestazioni di telemedicina proprio per questo target di pazienti.

Bisogna fare qui due considerazioni sempre rispetto all'attività ambulatoriale in generale. L'aumento dell'offerta di visite ed esami ha permesso da una parte di recuperare attività, ma è stata anche fondamentale per garantire il distanziamento. In tempi pre-Covid il picco di accesso dei pazienti si verificava tra le 11.00 e 12.00 con un ordine di grandezza intorno ai 420 pazienti; nella fase post-Covid il momento del picco avveniva nel primo pomeriggio e arrivava a circa 300 pazienti al giorno. È importante qui notare anche che è stata limitata la possibilità di venire accompagnati e che è stata creata un'area ad hoc fuori dall'ospedale per gli accompagnatori.

Per quanto riguarda, invece, lo sviluppo della telemedicina, ci sono delle tematiche di contesto di cui bisogna tener conto. Innanzitutto, i teleconsulti sono attuabili solo per determinate discipline o attività, come, ad esempio, le rivalutazioni di esami, le prescrizioni di piani terapeutici, le *second opinion*. C'è poi una questione legata al target della cronicità, fortemente correlato all'età e a una scarsa propensione all'utilizzo della tecnologia, soprattutto se sostitutiva rispetto al contatto umano. Bisogna poi tener conto che del fatto che a una fragilità socio-economico può accompagnarsi anche una sociosanitaria, con famiglie che non hanno, ad esempio, internet a disposizione o uno *smartphone*. A fronte di un questionario rivolto ai pazienti cronici presi in carico, non stupisce dunque che circa un terzo ha confermato di voler passare al teleconsulto, nonostante il periodo suggerisca un distanziamento fisico quando è possibile.

Un ultimo aspetto che è ha reso complesso uno sviluppo rapido e consistente della telemedicina è la necessità di integrare le piattaforme tecnologiche. Per questo è in corso un progetto per introdurre piattaforme in grado di integrarsi con la cartella clinica aziendale già in essere e che consentano scambi documentali prima della visita, così da renderla ancora più efficace. Nel periodo pre-Covid si erogavano circa 600 visite di controllo al giorno, di cui 150 con le caratteristiche per essere trasferite in teleconsulto; l'obiettivo è che almeno il 30% di queste ultime possano trasformarsi in teleconsulto già nel 2020 e un 50% nel medio periodo.

Infine, dall'analisi emerge che lo stress-test sta riaprendo una riflessione, che qui non è oggetto di approfondimento, circa la funzionalità di utilizzare un ospedale polispecialistico con vocazione all'alta specialità e alle acuzie come perno della gestione del paziente cronico; ruolo che sembrerebbe essere coerente con il target di pazienti cronici complessi e pluri-patologici e meno allineato con quelli clinicamente meno complessi e mono-patologici per i quali potrebbero essere più appropriati e adeguati i setting territoriali.

11.4 Discussione e interpretazione dei risultati

Dall'analisi dei casi aziendali emerge come le aziende del SSN abbiano avuto chiara in mente la necessità strategica e operativa di garantire la continuità assistenziale dei pazienti cronici, sia durante la fase 1 che la fase 2, nonostante la generale apprensione e focalizzazione sull'emergenza Covid 19. L'emergenza ha messo a dura prova le aziende che hanno dovuto prendere decisioni molto rapidamente mettendo in luce punti di forza e di debolezza di ciascun microcosmo organizzativo. Rispetto all'attività ambulatoriale e in particolare quella rivolta ai cronici, le aziende hanno portato avanti una serie di azioni che abbiamo classificato nel seguente modo:

- (i) sospensione attività e contatto tempestivo dei pazienti;
- (ii) trasformazione della logistica interna (separazione dei flussi) per creare percorsi «puliti» ed evitare la diffusione del contagio;
- (iii) decentramento delle attività ambulatoriali negli ambulatori extra-ospedalieri per evitare l'accesso di pazienti No-Covid negli ospedali;
- (iv) potenziamento della rete organizzativa e delle sinergie tra ospedale (specialisti ospedalieri) e cure primarie (MMG) per il monitoraggio e la rivalutazione dei pazienti cronici (per evitare il formarsi di visite specialistiche di controllo «inappropriate»);
- (v) «virtualizzazione» delle prestazioni attraverso lo sviluppo/introduzione di qualche forma di tele-monitoraggio;
- (vi) «domiciliarizzazione» delle prestazioni attraverso il trasferimento di alcune prestazioni presso il domicilio del paziente.

Nella fase 2, oltre a dare continuità alle azioni precedenti, sono state fondamentali le due azioni seguenti:

- (vii) riprogrammazione e riallocazione delle agende ambulatoriali in generale;
- (viii) l'aumento della capacità produttiva attraverso l'utilizzo «straordinario» di *asset* fisici (aperture prolungate degli ambulatori o estese anche al fine settimana), professionali (ore straordinarie e attività in libera professione aziendale) e tramite la collaborazione con il privato accreditato (tabella 11.2).

Questo mix di azioni ha naturalmente avuto un diverso grado di organicità, di intensità, di rapidità e di efficacia di esecuzione, a seconda dei punti di forza già in essere e delle resistenze intrinseche o di contesto (vedi tabella 11.2).

Si tratta di un ampio patrimonio manageriale costituitosi nel tempo che ha condizionato quasi «geneticamente» le reazioni avute nella fase di crisi. Tale patrimonio è scomponibile in 4 macro-blocchi:

1. Il patrimonio organizzativo (formale e informale)
2. La dotazione di risorse umane
3. La dotazione di *asset* fisici
4. La dotazione di *asset* tecnologici

Un insieme di ingredienti, quindi, che ha consentito di affinare ulteriormente modelli preesistenti, diffonderli in tutti i contesti aziendali o semplicemente di sperimentare nuove formule di servizio in un contesto *disruptive*.

Nel patrimonio organizzativo rientrano modelli di governo clinico e/o gestione operativa consolidati nel tempo, la valorizzazione di alcuni ruoli professionali nei percorsi e di strutture organizzative di regia. Ma bisogna considerare

Tabella 11.2 Le principali azioni messe in campo e condizioni facilitanti per sostenere l'attività ambulatoriale durante la fase 1 e potenziarla nella fase 2

Mission aziendali	Principali azioni	Condizioni e fattori facilitanti
	Sospensione attività e contatto dei pazienti	<ul style="list-style-type: none"> – Organizzazione formale: Disponibilità e proattività dei professionisti sanitari) – Personale/Servizi: CUP o Customer service interno
	Potenziamento della rete organizzativa H – cure primarie – H	<ul style="list-style-type: none"> – Organizzazione formale: Regia strategica per accordi e incontri tra MMG e specialisti ospedalieri; Associazionismo MMG; PDTA; Presa in carico infermieristica – Organizzazione informale: Leadership cliniche
FASE 1	Decentramento delle attività negli ambulatori extra-ospedalieri	<ul style="list-style-type: none"> – Organizzazione formale: Protocolli già in essere tra funzioni H e T; Funzione di GO o simili – Organizzazione informale: Leadership cliniche e reti cliniche – Asset Personale/Servizi: Personale sanitario dipendente – Asset Fisico: Presenza di ambulatori/strutture territoriali; Presenza di ambulatori infermieristici
	Trasformazione della logistica interna	<ul style="list-style-type: none"> – Organizzazione formale: Costituzione gruppi di lavoro misti (CUP/DMPPO/GO) – Asset Fisico: Lay out spazi flessibile
Mantenere la continuità assistenziale «azzerrando i rischi»	«Virtualizzazione» delle prestazioni (telefono, digitale, ecc.)	<ul style="list-style-type: none"> – Organizzazione formale: Funzioni di project management (SI, GO, ecc.) – Organizzazione informale: Cultura organizzativa e leadership cliniche – Asset tecnologico: Presenza di piattaforme uniche aziendali o decentrate – Contesto di riferimento: Proattività Regioni in termini di finanziamenti e inserimenti in tariffario; target «digitalizzato» o «amico-digitale»
	«Domiciliarizzazione» delle prestazioni	<ul style="list-style-type: none"> – Organizzazione formale: Funzioni organizzative (es: CAD) – Organizzazione informale: Cultura organizzativa e leadership cliniche – Asset Personale/Servizi: Dotazione componente infermieristica
FASE 2	Riprogrammazione e riallocazione delle agende	<ul style="list-style-type: none"> – Organizzazione formale: Presenza di una funzione di gestione operativa o simili; Costituzione di gruppi di lavoro misti (Dirigente CUP/DMPPO/GO); – Personale/Servizi: CUP o Customer service interno
	Aumento della capacità produttiva	<ul style="list-style-type: none"> – Organizzazione formale: Leve per la disponibilità privati accreditati – Asset personale/servizi: Disponibilità risorse umane; Risorse umane interne – Asset fisici: Disponibilità spazi; Lay out flessibile

anche tutto quel capitale di relazioni e di sinergie che nasce in modo informale attraverso la leadership dei professionisti o un forte senso identitario delle comunità di piccole e medie dimensioni.

Nel primo caso ci si riferisce a quello che si potrebbe definire come patrimonio organizzativo «formale» in cui rientrano, ad esempio, i protocolli già in essere tra funzioni ospedaliere e territoriali per l'utilizzo degli ambulatori territoriali da parte degli specialisti ospedalieri, il consolidamento di PDTA che collegano cure primarie e secondarie, l'inclusione della figura dell'infermiere nei processi di presa in carico. Questi aspetti hanno favorito, ad esempio, le azioni rivolte a spostare parte dell'attività ambulatoriale sugli ambulatori territoriali e dare continuità alla gestione del paziente anche in remoto. C'è poi un patrimonio più informale, fatto di relazioni professionali, di progettualità e di sinergie in *back-office*, che è stata la vera scintilla che ha permesso, da una parte, di «valorizzare» il patrimonio esistente e, dall'altra di sperimentare e trovare nuove risposte di fronte ai nuovi problemi generati dalla crisi. Tale patrimonio, presente in particolare nelle realtà di medie o piccole dimensioni, è stato decisivo, ad esempio, nell'imponente intensificazione dei consulti telefonici tra i professionisti e tra professionisti e pazienti.

L'emergenza ha però mostrato un punto di debolezza comune, in particolare delle ASL, e cioè l'eterogeneità dei patrimoni organizzativi formali e/o informali, a cui è corrisposta una differenziazione nella reattività ed elasticità nella risposta da parte dei dipartimenti rispetto all'oggetto in questione. Una frammentazione a valle che è stata comunque in parte compensata dal lavoro di raccordo svolto dalle funzioni di programmazione e gestione operativa della specialistica ambulatoriale a livello centrale. Questo tipo di strutture ha agito per riportare ad una visione unitaria la programmazione della specialistica ambulatoriale, la gestione dei relativi *asset* e ha agevolato i processi di diffusione di buone pratiche nella presa in carico da parte dei dipartimenti. La presenza di queste funzioni è stata quindi cruciale per associare logiche di gestione operativa al governo clinico attraverso l'analisi della domanda di prestazioni, definendo la strategia di riprogrammazione e riallocazione delle prestazioni ambulatoriali in generale, incentivando l'individuazione di *asset* ambulatoriali disponibili e supportando le direzioni dei presidi e degli ambulatori nel ridisegno dei processi logistici. Per quanto riguarda la programmazione e riprogrammazione delle attività, ci sono stati due temi fondamentali. Uno legato alla strategia da adottare: assorbire le attività sospese scalando le altre (seguendo naturalmente le priorità) o allocare le attività sospese esclusivamente nella capacity extra generata per l'emergenza. Questa seconda opzione sembra essere stata particolarmente efficace perché ha permesso di distinguere nitidamente i due flussi senza creare sovrapposizioni. L'altro aspetto è legato invece alla revisione del percorso logistico (tempi e spazi) e quindi a una revisione degli standard e degli slot per la programmazione. A titolo del tutto esemplificativo, è

interessante notare come, forse per la prima volta, si è assistito a riunioni in cui fossero presenti insieme CUP aziendali, Direzioni Mediche di Presidio, Capi di Dipartimento e coordinatori degli ambulatori per rivedere la logistica dei pazienti dal check-in all'ambulatorio del medico o per ragionare sulla durata delle prestazioni alla luce delle attività di sanificazione degli ambulatori.

In molti contesti, il clima di emergenza e l'emergere di nuovi problemi dal punto di vista fisico-logistico, come ad esempio, la necessità di distanziamento, ha decisamente incentivato una rottura dei silos professionali e forzato la collaborazione tra funzioni tecnico-amministrative (es: il CUP) e cliniche (es: i Dipartimenti), avvicinando, così, razionalità cliniche e operative.

A proposito della necessità del distanziamento e di governo dei flussi, la dotazione di ambulatori extra-ospedalieri è stato un punto di forza per le realtà che ne hanno potuto usufruire. Prima non sempre utilizzati appieno, per via della tendenza degli specialisti ospedalieri a centralizzare le attività nelle strutture ospedaliere o semplicemente per una sovra-dotazione rispetto alle reali esigenze o possibilità erogative, ora riprendono sempre di più la loro ragion d'essere anche se rimane la questione di quale e quanta parte dell'attività ambulatoriale riuscire a concentrare negli ambulatori territoriali e in quanti ambulatori concentrarla.

Una riflessione a parte merita poi la dotazione del personale e soprattutto la questione del tipo di dotazione in termini di internalizzazione o esternalizzazione del personale e/o dei servizi, da correlare anche con la natura istituzionale dell'azienda. Dai casi sono emerse le difficoltà delle aziende pubbliche nell'orientare e governare una risorsa come quella dei c.d. «Sumaisti». Dall'altra, l'unica realtà del privato accreditato presente nei casi, ma esplicitativa, ha avuto un forte potere «contrattuale» nel governare sia i propri professionisti che i libero professionisti. Questa è stata anche una crisi che ha messo in estrema difficoltà anche le funzioni amministrative e anche in questo caso, ad esempio, aver potuto contare su CUP interno o un customer service ha garantito una pronta riallocazione del personale a seconda delle necessità.

Infine, in tutte le realtà aziendali si è registrata una tendenza all'utilizzo di qualche forma di telemedicina per supportare o sostituire le prestazioni ambulatoriali, in particolare dei pazienti cronici che necessitavano di monitoraggio e rivalutazioni. L'APSS di Trento è nota da sempre per essere precursore in questo campo e la crisi è stata l'occasione per potenziare e diffondere l'utilizzo della piattaforma unica per la gestione delle cronicità, lavorando sulla motivazione di alcune specialità. In altri contesti, come nella AUSL di Modena, dove si ha avuto un aumento considerevole della telemedicina, i processi sono stati più di tipo *bottom up* e legati alle singole realtà dipartimentali, sia in termini di utilizzo di piattaforme pregresse che di proattività dei professionisti. La sfida in queste realtà sarà dunque quella di portare tutto a sistema (piattaforme e modelli organizzativi).

Rispetto a quella che poteva essere una rivoluzione dirompente, emerge però complessivamente un ricorso differenziato e spesso «rudimentale» da un punto di vista della tecnologia e della fruizione del servizio. La crisi ha dunque rivelato, da una parte, una carenza o comunque frammentazione di piattaforme digitali (patrimonio tecnologico), e dall'altra svelato alcune delle questioni alla base del mancato sviluppo di queste piattaforme nel SSN in questi anni: dalla differenziazione delle vocazioni dipartimentali, alla complessità dei processi di inserimento a tariffario e rendicontazione, fino alla coerenza e adeguamento rispetto alla tematica della *privacy*. In questa prospettiva, dai casi emerge come le Regioni possano giocare un ruolo facilitante in termini di impegno e sostegno strategico, di potenziali finanziamenti e azioni nell'adeguamento dei tariffari.

11.5 Conclusione

Quanto è accaduto nella prima ondata della pandemia, ha accelerato alcuni processi trasformativi che erano già nel solco strategico delle aziende e spesso incontravano una serie di resistenze. I mesi estivi del 2020 sono stati mesi di elaborazione e consolidamento di quanto sperimentato durante il *lockdown* (si pensi alla telemedicina). Molto di tutto questo ha un impatto almeno potenziale sulla gestione delle cronicità. Di seguito alcune considerazioni generali.

I confini sempre più ampi e labili delle attività ambulatoriali

Già in premessa sono state inquadrate alcune ambivalenze concettuali che la locuzione "attività ambulatoriale" evoca. Rispondere alla domanda "dove esse si sviluppano?" risulta oggi più complesso che in passato. Nel tempo è diventato difficile distinguere le prestazioni ambulatoriali erogate nei diversi livelli di cura (primari, secondari e terziari) che almeno in linea di principio dovevano rappresentare risposte a fabbisogni e intensità di intervento diversi. La liquidità dei confini deriva sia dalle trasformazioni tecnologiche (dalla trasportabilità delle tecnologie fino alle variazioni sulla prescrivibilità o la somministrazione delle terapie) che da alcune scelte sugli assetti istituzionali che hanno accorpato le filiere di offerta rendendo difficile distinguerne i confini. Se in passato le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nelle sedi dei distretti socio sanitari, ad esempio, avevano una vocazione nettamente diversa da quelle erogate all'interno degli ospedali, adesso ciò non è più vero. Questo tratto è stato enfatizzato dall'esperienza pandemica che ha visto l'erogazione delle prestazioni ospedaliere nella rete extra ospedaliera, per questioni legate alla sanificazione e al distanziamento fisico, e a domicilio del paziente. Gli orizzonti di significato tra l'accezione di specialistica ambulatoriale e di setting ambulatoriale stridono sempre più: ad esempio, all'interno di quale perimetro di significato si collocano tutte quelle prestazioni che in passato erano sviluppate

in un ambulatorio e adesso sono state trasferite a casa del paziente? Si tratta di un arricchimento del portafoglio di prestazioni domiciliari o di una rivisitazione di quelle di specialistica ambulatoriale?

Governo clinico e gestione operativa: due universi in rotta di conciliazione

Altro elemento che rende sfidante l'osservazione dell'offerta ambulatoriale sta nel fatto che nel tempo è stato del tutto messo in discussione, almeno in via teorica, il modello di organizzazione di tipo funzionale che aveva nelle discipline medico scientifiche il suo principale criterio di progettazione. Esso prevedeva che ciascuna UO, proprio per il fatto che aveva un suo perimetro d'azione definito dalla specialità medica che rappresentava, avesse nel suo portafoglio di offerta anche quella ambulatoriale. Lo sforzo di integrare una pluralità di interventi rispetto alle diverse fasi del percorso del paziente è avvenuto organizzando per ciascuna condizione di salute specifici PDTA (percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali) come predicava l'approccio del governo clinico. Infatti a partire dagli anni '90, i sistemi (aziendali, regionali e nazionale) hanno spinto verso forme di integrazione dei comportamenti dei professionisti usando proprio la razionalità a loro più vicina, quella clinica, sostenendo interpretazioni il più possibile omogenee (o almeno coerenti) del problema di salute e creando le basi per quell'integrazione di tipo longitudinale. Il crescere dei confini d'azienda, che perimetra filiere di servizi sempre più vaste, insieme all'ampia domanda di prestazioni ambulatoriali integrate richieste dai cronici soprattutto se comorbidi, hanno alimentato il bisogno di gestire in modo unitario e integrato l'offerta di specialistica ambulatoriale. Una sorta di razionalità erogativa sta col tempo spiazzando quella clinica per via delle ampie scale operative dei processi di erogazione (si è già anticipato il tema delle fusioni) che rendono difficile costruire "ponti" con soggetti (aziende o professionisti) che partecipano a una rete di offerta molto ampia. D'altro canto non è possibile immaginare un modello di gestione operativa della piattaforma ambulatoriale per i cronici che non parta proprio dalla conoscenza della sequenza e dal volume di prestazioni che ciascun paziente richiede proprio in ragione della sua malattia, messe in sequenza da uno specifico PDTA. Questo risulta ancora più cruciale se si pensa alla formulazione di veri e propri "pacchetti" per pazienti comorbidi che soffrono delle medesime patologie. Infatti, è proprio dalla messa in sequenza dell'intero volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale che annualmente il paziente cronico pluripatologico deve svolgere che possono arrivare delle forme di razionalizzazione dell'offerta (si pensi, ad esempio alla diagnostica di laboratorio) riducendo anche il numero di accessi del paziente nei luoghi fisici.

La presa in carico e la scoperta del telefono

Come anticipato, molteplici sono state le forme di contatto soprattutto con i pazienti da remoto esperite durante la fase emergenziale in cui le attività di

specialistica ambulatoriale sono state sospese. Tutte le forme di teleconsulto hanno coinvolto operatori e pazienti attraverso un rapporto telefonico funzionale a comprendere lo stato di salute del malato e valutare assestamenti della terapia ed eventuali accessi in urgenza. Questo semplice atto, che usa uno strumento molto semplice come il telefono, è spesso *borderline* tra un'erogazione di prestazione (come nel caso di rivalutazione telefonica della terapia) e un atto di continuità della cura. Si tratta di un tassello prezioso nel modello di servizio che oltre ad avere un effetto rassicurante per il paziente, consente una frequenza nello scambio informativo col malato sia per conoscere lo stato di salute e la sua evoluzione sia per sostenere la sua aderenza terapeutica (spesso alla base di alcuni fenomeni di aggravamento o riacutizzazioni soprattutto nei cronici). Il concetto di presa in carico è spesso stato interpretato sul fronte dell'offerta e con una logica attendista: sono state serrate le fila dei servizi a disposizione del malato cronico arricchendola di cure intermedie, di ambulatori di patologie e anche di ruoli di *case management* che spesso rischiano di essere rincorsi dal paziente. Le esperienze più recenti ci hanno fatto vedere che esiste anche una prospettiva della domanda nella presa in carico che puntualmente deve essere sondata e ascoltata per entrare tempestivamente e appropriatamente nella rete di offerta.

Il telefono è la tecnologia alla base anche della rivascolarizzazione delle relazioni tra specialisti e medici di base per sostenere alcune scelte prescrittive di quest'ultimo e per orientare i flussi di pazienti all'interno della rete.

Oltre all'efficacia puntuale che queste esperienze dimostrano, la loro diffusione all'interno delle aziende sanitarie lancia costantemente un messaggio: il sistema delle cure non è immobile e irraggiungibile. Questo messaggio aiuta a sostenere la pratica professionale degli operatori e le esperienze di cura dei malati.

+ *attività ambulatoriale*, - *ricoveri* = + *fabbisogni di gestione operativa*

Come anticipato nelle premesse, la grande virata che il SSN ha avuto nella riconversione dei RO in prestazioni "più leggere", quali quelle di specialistica ambulatoriale, richiede una programmazione più puntuale dei flussi erogativi e una conoscenza più precisa della domanda. Infatti, se il ricovero consente di organizzare intorno al malato una serie di interventi (da quelli chirurgici a quelli riabilitativi passando per consulenze specifiche) assecondando i ritmi delle diverse linee di erogazione (appunto, quella diagnostica, ad esempio) poiché il paziente rimane all'interno della struttura, l'uso del *setting* ambulatoriale richiede che ci sia una programmazione *ex ante* della sequenza di prestazioni che devono essere erogate usando al meglio il tempo, che diviene risorsa scarsa, poiché il paziente transita per le strutture per poco tempo. Da qui l'enfasi su modelli quali i PAC che combinano prestazioni funzionali a un episodio di cura e che hanno nella gestione delle interdipendenze tra prestazioni uno degli elementi di successo.

Oramai siamo pronti a sviluppare vere e proprie logiche di gestione operativa per la filiera dei servizi ambulatoriali sia in ospedale che sul territorio. Quello che si osserva è che nelle esperienze oramai consolidate di gestione operativa per i ricoveri o il *setting* chirurgico si provvedeva in primo luogo alla revisione del processo “produttivo” e solo in un secondo momento arrivava la riflessione più tipicamente professionale sulla sequenza dei servizi prima e dopo.

L'avvento di un modello di gestione operativa per la specialistica ambulatoriale non può prescindere da quest'ultima: solo partendo dalla combinazione di bisogni di salute dei pazienti è possibile riprogettare l'offerta per i pazienti cronici comorbidi anche attraverso soluzioni tipo “pacchetto”.

Verso un modello multicanale

Tra le prestazioni di specialistica ambulatoriale, le visite sono quelle che meglio si prestano all'erogazione da remoto. In pochi mesi alcune Regioni hanno costruito la cornice formale per erogare televisite, quando non occorre l'esame obiettivo del paziente, usando strumenti tecnologici molto diffusi. Si tratta di prestazioni rimborsate alla stregua di quelle erogate dal vivo, che erogano un referto ed hanno codifiche specifiche. Se però durante la fase emergenziale e subito dopo sono state usate come modalità esclusiva o prevalente, adesso si apre la riflessione patologia per patologia su quali siano le attività all'interno dei percorsi di cura e quali stati della malattia che possano essere gestiti in forma virtuale. Si tratta di una operazione non semplice che rimette in discussione tutti i PDTA già realizzati, le forme di prenotazione e la costruzione di nuove agende, i modelli di organizzazione all'interno delle UO allo scopo di avere professionisti dedicati all'erogazione delle televisite. Le attese fisiche nei luoghi di cura e le liste di attesa per alcune prestazioni ambulatoriali potrebbero essere significativamente modificate dalla costruzione di modelli multicanale in cui per ciascuna patologia si alternano visite fisiche con televisite casomai (auspicabilmente) programmate per un arco temporale medio lungo e non a “singhizzo” riprendendo il concetto del piano individuale di assistenza a cui si rifà il Piano Nazionale per la Cronicità.

Unitarietà digitale

Accanto ai multiformi tentativi compiuti dalle aziende sanitarie per organizzare da remoto l'assistenza, il 2020 ha visto una grande accelerazione anche delle imprese farmaceutiche e fornitrici di dispositivi nell'offrire soluzioni da remoto. A parere di chi scrive, in questa fase storica sono centrali le alleanze tra soggetti pubblici e privati nel contribuire a una strategia di lungo termine nell'innovazione dei modelli di cura. La presenza di una serie di soluzioni fornite dai privati che consentono la gestione da remoto del paziente diabetico o cardiopatico, ma che mal si prestano a interfacciarsi con altri sistemi che consentano il consulto tra specialisti o con sistemi di prenotazione ed agende, rischiano di

aumentare il livello di frammentazione dei sistemi tecnologici e di inibire la necessaria integrazione tra processi di *back office* (la rendicontazione aziendale delle prestazioni erogate secondo codici specifici, la prenotazione delle prestazioni da parte degli operatori evitando al paziente di passare per il cup, la refertazione, ecc.) e di quelli di *front office* che mettono in contatto diretto i professionisti con i pazienti. Il tema dell'interoperabilità tra le diverse soluzioni tecnologiche e quello dell'allineamento degli orientamenti professionali per una risposta multidisciplinare al malato rischiano di essere ulteriormente amplificati. È ben noto come il fronte della digitalizzazione sia tra gli obiettivi di investimento per il SSN anche in ragione delle risorse che arriveranno a ristoro dell'esperienza Covid 19 dall'EU. L'auspicio è quello che si realizzino intese strategiche e non solo commerciali che consentano l'evoluzione complessiva del sistema delle cure.

Coordinamento territoriale e distretti sociosanitari

L'esperienza delle USCA è accompagnata da valutazioni diverse in merito alla loro efficacia, ma ha ovunque sottolineato il fabbisogno di maggior coordinamento nella rete dei servizi territoriali. Si tratta di una funzione agita dai distretti sociosanitari che nel tempo però hanno visto l'espandersi dei propri confini assecondando l'estensione di quelli aziendali per via dei processi di accorpamento e di fusione avutisi di recente. Tale allargamento dei confini ha inibito la possibilità di conoscere, avere relazione e organizzare i molteplici nodi della rete di offerta. L'emergenza ha messo il dito proprio in questa piaga e, come testimoniato dai casi, stanno emergendo soluzioni che fanno di questo tema un rinnovato oggetto di lavoro. Si stanno profilando ruoli o equipe che su base territoriale integrano il tessuto dell'offerta. Se l'emergenza dettava in modo chiaro i contenuti delle azioni da intraprendere nel trasferimento del malato tra i diversi *setting* o nel suo monitoraggio a domicilio, al di fuori dell'emergenza la definizione di nuovi modelli di coordinamento della filiera necessita di una accurata declinazione dei contenuti di ruolo e di responsabilità, tagliati sulle specificità aziendali. Dal coordinamento degli interventi sanitari e sociali e quelli solo sanitari tra soggetti (anche accreditati?) il campo di azione è ampio.

Qualsiasi fosse il contenuto di questa funzione, essa non potrà prescindere da alcuni strumenti operativi di supporto di tipo tecnologico: strumenti informatici che mettono in contatto le parti del sistema di offerta fino alla ricostruzione dei passaggi del paziente all'interno della filiera dei servizi. Questa è l'esperienza che già i modelli di transizione, presenti nel sistema, insegnano (ad esempio, le centrali operative aziendali).

La funzione di coordinamento territoriale rappresenta una sorta di "specializzazione" del distretto socio sanitario sulla connessione della filiera dei servizi interni. Inoltre il distretto rappresenta territori fisici all'interno dei quali la principale connessione da preservare è proprio il rapporto tra MMG e filiera

dei servizi ambulatoriali (che in alcuni casi sono fisicamente concentrati in sedi uniche come nelle Case della Salute). Questo sforzo diviene titanico quando il rapporto con i MMG è squisitamente di tipo negoziale e si sviluppa tra soggetti che afferiscono ad aziende/agenzie diverse. I legami aziendali rappresentano un collante importante per integrare gli interventi dei generalisti con quelli degli specialisti. Per quel che concerne la produzione ambulatoriale territoriale, le funzioni di gestione operativa, oltre ad essere improntate su questioni clinico professionali e poi “produttive”, devono tener conto della molteplicità di luoghi fisici in cui si organizza l’offerta territoriale per i cronici (dai presidi ospedalieri fino al domicilio del paziente). Da qui l’ulteriore complessità di questo approccio che sarebbe semplificato dalla presenza di distretti con un ruolo di agenzia territoriale di coordinamento dell’erogazione.

Il dilemma servizi-strutture

La pandemia ha allentato i vincoli economico finanziari che hanno condizionato il settore negli ultimi anni. Tra quelli allentati, vi sono quelli sulle persone nel SSN: stiamo osservando l’ingresso di un significativo numero di nuove professionalità. Il cosiddetto decreto Rilancio ha inoltre introdotto il tema dell’infermiere di comunità e famiglia quale risposta in primo luogo alla pandemia e più in generale come forma di rafforzamento dei servizi territoriali. Si tratta di una risposta che depone verso scelte di rafforzamento dei servizi (piuttosto che delle strutture di offerta), preziosa nella misura in cui rappresentasse un interlocutore stabile per i nuclei familiari, perché territorialmente definito, con un focus auspicabilmente sulle condizioni di fragilità socio ambientale che con grande difficoltà “navigano” la filiera delle cure. In quale misura questi nuovi profili possano concorrere al rafforzamento dei servizi esistenti piuttosto che a rappresentare nuove funzioni, emergerà auspicabilmente al di là dell’emergenza che li vede/vedrà coinvolti nella sua battaglia.

11.6 Bibliografia

- Carbone C., Prenestini A. (2015), I modelli organizzativi e di gestione degli outpatient: un’analisi di sei casi, in AA.VV. (a cura di), in *L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2015*, Milano, Egea, 2015.
- Carbone C., Cislighi C., Giuliani F., Sferrazza A. (2014), “L’assistenza specialistica ambulatoriale: stato dell’arte e prospettive di sviluppo” in AA.VV. (a cura di) in *L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea, 2014.
- Fenech L. (2015), “Le visite specialistiche”, in M. Del Vecchio, E. Mallarini, V. Rappini (a cura di), *Rapporto OCPS (Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità) 2015*, Milano, Egea.

- Fenech L., Lega F., Prenestini A. (2017), “Il grado di diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa nelle aziende sanitarie del SSN: un’analisi empirica”, in CER GAS Bocconi (a cura di), *L’aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2017, Milano, Egea.
- Ministero della Salute (2016). Piano Nazionale delle Cronicità http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
- Morando V., Prenestini A., Rappini V. (2017), Lo sviluppo delle Case della Salute: analisi e riflessioni sui risultati del primo censimento nel Servizio Sanitario Nazionale, *Rapporto OASI*, Capitolo 13, pp. 457-499.
- Pandit J. (2018), *Practical Operating Theatre Management: Measuring and Improving Performance and Patient Experience* (pp. I-II). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rotter et al. (2019), *What is lean management in healthcare? Development of an operational definition from a Cochrane systematic review*. *Evaluation & health professions*. 43(2). 366-390.
- Tozzi V., Zazzera A., Ferrara L., Bordon P., Cacciapuoti I., Cipriani M., Ghiotto M.C. (2019). Position paper sulle politiche per la cronicità e sugli interventi per la gestione dello scompenso cardiaco. Mecosan. Franco Angeli.
- Yin R. (2013), *Case study research: Design and methods*, Sage publication, ISBN 1-4833-2224-6