

10 I modelli organizzativi e di gestione degli outpatient: un'analisi di sei casi aziendali

di Clara Carbone e Anna Prenestini¹

10.1 Introduzione

Le aziende che erogano prestazioni sanitarie si caratterizzano per identità organizzative differenti nella progettazione di offerta dei servizi (Schein, 2006). Nelle organizzazioni che definiscono le proprie attività adottando una logica centrata sulle prestazioni prevale una cultura di tipo tecnico-specialistico orientata esclusivamente all'utenza in carico; nelle organizzazioni che si focalizzano sul valore che sono in grado di creare per un insieme di destinatari prevale una cultura orientata alla progettazione del servizio, con un focus maggiore sul tema degli utenti da selezionare e a cui rivolgersi (Fosti e Longo, 2013).

Queste riflessioni trovano ampia applicazione nel caso dell'offerta delle prestazioni sanitarie *outpatient*, cioè erogate in regime ambulatoriale, su cui il sistema sta puntando per ricercare forme di erogazione più appropriate ed efficienti dal punto di vista organizzativo, in relazione al mutamento del quadro epidemiologico, tecnologico e della situazione economico-politica (Patto per la Salute 2014-2016). Gli *outpatient* (o i pazienti ambulatoriali) sono utenti di servizi sanitari le cui condizioni di salute e i trattamenti diagnostici e terapeutici non necessitano di un ricovero ospedaliero di più giorni ma di accessi che si concludono al massimo nell'arco

¹ Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto delle autrici, sono da attribuire a Clara Carbone i §§ 10.1, 10.2, 10.4.1, 10.4.3.2 e 10.5, ad Anna Prenestini i restanti. Le autrici ringraziano il Dott. Alessandro Furnari che ha collaborato al presente lavoro di ricerca, contribuendo alla raccolta dei dati e delle informazioni.

Inoltre, le autrici ringraziano per le interviste e per il prezioso contributo nel reperimento dei dati e delle informazioni necessarie per la ricostruzione dei casi: il dott. Carlo Montaperto, direttore del Presidio degli Ambulatori, per ICP; il dott. Carlo Pampari, direttore Strategie e Relazioni Istituzionali, per CDI; la dott.ssa Assunta Mammarella, direttore U.O.S.D. Monitoraggio dell'Offerta e governo delle liste d'attesa, e il dott. Angelo Tanese, direttore generale, per ASL Roma E; l'avv. Francesco Rocca, direttore generale, la dott.ssa Annarita Panebianco, direttore sanitario, e la dott.ssa Cristina Russo, per IDI; la dott.ssa Maria Francesca Galdini, responsabile della struttura operativa CUP e specialistica ambulatoriale, per AO di Cosenza; la dott.ssa Maria De Marco e il dott. Marco Salerno, amministratore delegato, per Biocontrol.

della giornata. Le prestazioni per *outpatient* più comuni e tradizionali sono le visite ambulatoriali specialistiche, le prestazioni di laboratorio e quelle di diagnostica per immagini. Tuttavia, oggi le aziende hanno la possibilità di attivare una pluralità di opzioni di trattamento degli *outpatient*, come ad esempio:

- ▶ prestazioni di chirurgia ambulatoriale, che prevedono un modello di offerta più strutturata per erogare, in completa sicurezza, interventi o procedure; per tali prestazioni devono inoltre essere predisposti ex ante esami e visite pre-operatorie, nonché successive visite di controllo;
- ▶ prestazioni ambulatoriali complesse di tipo medico nella logica del *day service*, che includono anche prestazioni di diagnostica per immagini;
- ▶ pacchetti ambulatoriali relativi a PDTA territoriali rivolti a pazienti cronici e inseriti in modelli strutturati di *disease management* e di presa in carico da parte dei MMG.

Questa variabilità si amplifica ulteriormente se si considera che ciascun SSR definisce le regole di erogazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale, sulla base delle quali gli erogatori progettano la propria offerta clinica.

La sfida per le aziende, alquanto ambiziosa e complessa, è riformulare i modelli di gestione degli *outpatient* finalizzandoli verso lo sviluppo progressivo di nuovi percorsi sia all'interno degli ospedali sia presso strutture ambulatoriali extra-ospedaliere, in aggiunta alle semplici prestazioni ambulatoriali «one-shot» (Carbone et al. 2014).

Tenendo in considerazione i dati di contesto e i quadri istituzionali che caratterizzano l'area della specialistica ambulatoriale nel nostro Paese, questo lavoro, seguendo un approccio esplorativo, si pone l'obiettivo di analizzare e interpretare le scelte di riprogettazione organizzativa delle prestazioni SSN per gli *outpatient* in un campione selezionato di aziende sanitarie pubbliche e private accreditate.

Il capitolo presenta la seguente struttura: il § 10.2 propone un confronto tra SSR in termini di dati strutturali, attività e indirizzi regionali in ambito di assistenza specialistica ambulatoriale; il § 10.3 illustra l'obiettivo e il metodo della ricerca; il § 10.4 presenta i risultati dell'analisi dei casi studio e, infine, il § 10.5 trae alcune considerazioni conclusive.

10.2 L'assistenza specialistica ambulatoriale: un quadro di sintesi

10.2.1 Dati strutturali e di attività

Le strutture² che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale in nome e per conto del SSN sono gli ambulatori e i laboratori pubblici e privati accreditati.

² Il dato del numero di strutture ha alcuni limiti a causa dell'alta variabilità delle dimensioni e dei livelli di produttività degli ambulatori e dei laboratori. Tuttavia, questi dati sono gli unici flussi informativi a livello nazionale al momento disponibili.

Questi ultimi rappresentano poco più della metà del totale delle strutture (circa il 60%). Negli ultimi anni (2005-2012), analogamente al trend di riduzione del numero di ospedali (si veda il capitolo 3), si è riscontrata una contrazione del numero di tali strutture del 12% (più accentuata nel pubblico pari al -17% rispetto al -9% del privato accreditato, cfr. Tabella 10.1). Sia per il pubblico che per il privato accreditato si evidenzia una prevalenza di strutture territoriali di tipo extra-ospedaliero (nel 2012, circa il 70% per le strutture pubbliche, il 93% per le strutture private accreditate, cfr. Tabella 10.1). Il panorama diventa molto differenziato se si considerano i dati su numerosità delle strutture in rapporto alla popolazione residente e incidenza del privato accreditato nelle singole regioni (Figura 10.1):

- ▶ alcune regioni mostrano una numerosità superiore alla media nazionale (quadranti a destra del grafico), con un diverso ricorso al privato accreditato (più elevato in Sicilia, Campania, Puglia e Molise e più limitato in Liguria, Toscana, Sardegna, Basilicata e Calabria);
- ▶ altre 12 regioni hanno meno strutture territoriali in rapporto alla popolazione rispetto alla media nazionale e registrano una minore incidenza delle strutture private accreditate, ad eccezione della Lombardia e del Lazio.

L'assistenza specialistica ambulatoriale include visite specialistiche, prestazioni riabilitative e terapeutiche, attività di diagnostica strumentale (RX, TAC, Ecografia, ECG, ecc.), analisi di laboratorio e alcuni interventi chirurgici. Le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime SSN nel 2012 sono state pari a 1.290.204.767, di cui circa l'80% appartenente alla branca di laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia³, seguito dalle branche diagnostica per

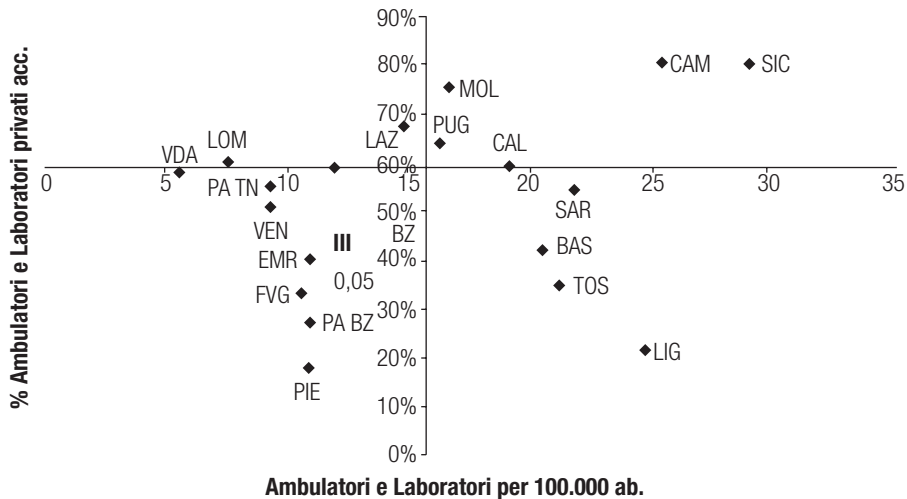
Tabella 10.1 **Numero di strutture ambulatoriali e di laboratorio per natura giuridica e assetto organizzativo (2005; 2007; 2011 e 2012)**

| | 2005 | 2007 | 2011 | 2012 | var. 2005-2012 |
|---------------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| Ambulatori e laboratori pubblici | 4570 | 3916 | 3894 | 3813 | -17% |
| di cui extra ospedaliero | 71% | 70% | 69% | 70% | |
| Ambulatori e laboratori privati accreditati | 5968 | 5904 | 5587 | 5455 | -9% |
| di cui extra ospedaliero | 94% | 93% | 93% | 93% | |
| Totale | 10538 | 9820 | 9481 | 9268 | -12% |

Fonte: elaborazioni da dati Ministero Salute

³ Il numero delle prestazioni ambulatoriali di laboratorio è molto elevato in relazione al fatto che vengono contate tutte le diverse analisi effettuate, anche se erogate allo stesso paziente nello stesso accesso.

Figura 10.1 **Numero di strutture ambulatoriali e di laboratorio per 100.000 abitanti e incidenza delle strutture ambulatoriali e di laboratorio private accreditate (2012)**



Fonte: elaborazioni da dati Ministero Salute

immagini (5%) e medicina fisica e riabilitazione (4%). Questo valore include tutte le prestazioni erogate per esterni e, limitatamente alle specialità di diagnostica e di laboratorio, anche quelle per pazienti ricoverati (prestazioni per interni).

Per valutare i livelli di attività è stato calcolato un numero medio di prestazioni specialistiche effettuate in un anno per assistibile (popolazione regionale residente al 31/12) distinguendo tra tre aree (Laboratorio, Diagnostica per immagini e Visite specialistiche, Riabilitazione e Chirurgia) nel 2005 e nel 2012 (Tabella 10.3): le prestazioni di laboratorio registrano un incremento del 16% (si contano nel 2012 circa 17 prestazioni per assistibile); le prestazioni di diagnostica sono aumentate del 6% (circa 1 prestazione per assistibile), le altre tipologie di prestazioni (visite specialistiche, riabilitazione e interventi chirurgici di bassa intensità) si sono ridotte del 6% (circa 3,5 prestazioni per assistibile). Analizzando i dati per le singole regioni emergono comportamenti differenti tra i due cluster di regioni in Piano di Rientro (PdR) e non in PdR: sul laboratorio, le regioni in PdR, pur ponendosi su livelli di consumo inferiori, evidenziano un tasso di crescita più accentuato (+23% rispetto al +11%); sulle altre due aree di attività le regioni in PdR mostrano un decremento (-2% per le prestazioni di diagnostica e -8% per "Altro") rispetto ai trend registrati dalle regioni non in PdR (+12% per le prestazioni di diagnostica e 0% per l'ambito visite specialistiche, riabilitazione e chirurgia).

Tabella 10.2 Volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale per regione (2012)

| Regione | Lab. analisi chimico cliniche e microbiol. | Diagnostica per immagini | Visite specialistiche, riabilitazione, chirurgia* | totale |
|-----------------------|--------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|----------------------|
| PIEMONTE | 75.061.692 | 4.523.912 | 18.612.400 | 98.198.004 |
| VALLE D'AOSTA | 2.547.555 | 153.049 | 622.644 | 3.323.248 |
| LOMBARDIA | 181.329.047 | 11.368.219 | 39.466.488 | 232.163.754 |
| P.A. BOLZANO | 6.013.433 | 511.646 | 3.015.312 | 9.540.391 |
| P.A. TRENTO | 10.724.682 | 594.172 | 1.819.215 | 13.138.069 |
| VENETO | 83.497.811 | 4.879.638 | 21.453.719 | 109.831.168 |
| FRIULI VENEZIA GIULIA | 20.975.533 | 963.209 | 4.398.211 | 26.336.953 |
| LIGURIA | 41.156.941 | 3.375.914 | 7.896.716 | 52.429.571 |
| EMILIA ROMAGNA | 78.759.069 | 4.475.244 | 12.331.021 | 95.565.334 |
| TOSCANA | 52.875.514 | 3.668.841 | 12.891.267 | 69.435.622 |
| UMBRIA | 13.800.535 | 1.017.265 | 2.821.995 | 17.639.795 |
| MARCHE | 30.490.981 | 1.706.884 | 6.147.578 | 38.345.443 |
| LAZIO | 97.230.777 | 5.010.993 | 22.203.767 | 124.445.537 |
| ABRUZZO | 22.160.784 | 1.143.916 | 4.326.348 | 27.631.048 |
| MOLISE | 7.493.185 | 484.704 | 1.481.231 | 9.459.120 |
| CAMPANIA | 85.281.563 | 5.403.713 | 13.078.829 | 103.764.105 |
| PUGLIA | 60.479.974 | 3.193.745 | 12.174.540 | 75.848.259 |
| BASILICATA | 9.055.684 | 473.170 | 3.197.419 | 12.726.273 |
| CALABRIA | 31.163.246 | 1.376.774 | 6.175.210 | 38.715.230 |
| SICILIA | 81.729.845 | 4.013.994 | 15.134.478 | 100.878.317 |
| SARDEGNA | 22.772.394 | 1.569.943 | 6.447.189 | 30.789.526 |
| ITALIA | 1.014.600.245 | 59.908.945 | 215.695.577 | 1.290.204.767 |

* Vengono considerate le seguenti prestazioni: anestesia, cardiologia, chirurgia generale, chirurgia plastica, chirurgia vascolare e angiologia, dermosifilopatia, endocrinologia, gastroenterologia, chirurgia e endoscopia, medicina fisica e riabilitazione, nefrologia, neurochirurgia, neurologia, oculistica, odontostomatologia, chirurgia maxillo facciale, oncologia, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, otorinolaringoiatria, pneumatologia, psichiatria, radioterapia, urologia.

Fonte: elaborazioni da dati Ministero Salute

Tabella 10.3 Prestazioni specialistica ambulatoriale per assistibile per regioni in Piano di Rientro (PdR) e regioni non in PdR e variazione percentuale 2005-2012

| | Laboratorio | | Diagnostica | | Visite specialistiche, riabilitazione, chirurgia | |
|-------|-------------|--------|-------------|--------|--------------------------------------------------|--------|
| | PdR | No PdR | PdR | No PdR | PdR | No PdR |
| 2005 | 13,3 | 16,0 | 0,9 | 1,0 | 3,6 | 3,9 |
| 2012 | 16,3 | 17,8 | 0,9 | 1,1 | 3,3 | 3,9 |
| var % | 23% | 11% | -2% | 12% | -8% | 0% |

Fonte: Elaborazione da dati Ministero della Salute.

10.2.2 Nomenclatori e indirizzi regionali⁴

In termini di nomenclatore e tariffari è utile ricordare che le prestazioni specialistiche ambulatoriali a carico del SSN sono indicate nel DM del 22 luglio 1996 (1.702 tipologie di prestazioni) e le relative tariffe massime sono state aggiornate con DM del 18 ottobre 2012⁵. Sono, inoltre, a carico del SSN le prestazioni di chirurgia ambulatoriale e di diagnostica strumentale che, seppur non presenti nel DM del 1996, erano precedentemente erogate in regime di ricovero. L'individuazione di tali prestazioni è stata definita a livello nazionale, ma è previsto che le regioni e le province autonome possano predisporre l'erogazione di ulteriori prestazioni codificandole coerentemente con il sistema di classificazione utilizzato a livello nazionale e contrassegnandole con la lettera "I"; per tali prestazioni, infatti, il *setting* ambulatoriale dovrebbe essere preferibile perché ad alto rischio di inappropriata se erogate in regime di *day surgery*⁶e/o in regime di degenza ordinaria (Patto per la salute 2012-2014). Per tutti questi casi le regioni devono definire gli importi tariffari per la remunerazione degli erogatori e adeguate forme di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni.

Di seguito si propone un quadro sinottico delle azioni regionali sul fronte della regolamentazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale in termini di (cfr. Tabella 10.4): (i) adozione di nomenclatori e relativi tariffari, (ii) trasferimento di nuove prestazioni da regime di ricovero ospedaliero a regime ambulatoriale e (iii) indirizzi per l'erogazione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse.

Considerando il ritardo dell'aggiornamento del nomenclatore a livello nazionale e l'autonomia concessa alle regioni nel prevedere l'introduzione di codifiche e prestazioni nuove, emerge una certa eterogeneità nelle architetture dei nomenclatori regionali e una maggiore aderenza da parte delle regioni in PdR agli indirizzi nazionali. Ad esempio, si passa da 2.558 categorie di prestazioni presenti nel nomenclatore della regione Emilia Romagna (dove le prestazioni aggiuntive rispetto a quelle del nomenclatore 1996 rappresentano il 34%), a 1.720 della regione Sardegna (incidenza delle prestazioni aggiuntive pari all'1%). Le regioni che hanno introdotto il minor numero di prestazioni (incidenza inferiore al 10%) sono le regioni in PdR e

⁴ Questo paragrafo riprende e, in parte, aggiorna un lavoro di analisi condotto da Assobiomedica (2014) dal titolo: "La remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale".

⁵ Le regioni non in piano di rientro possono adottare tariffe superiori, ponendo gli importi a carico del proprio bilancio.

⁶ Per queste tipologie di prestazioni sono previste particolari condizioni di erogabilità a carico del SSN: a) prestazioni erogabili esclusivamente presso ambulatori protetti, ossia in ambulatori situati presso istituti di ricovero ospedaliero (prestazioni contrassegnate dalla lettera "H"); b) prestazioni erogabili esclusivamente seguendo le indicazioni clinico-diagnostiche (contrassegnate con "*"); c) prestazioni erogabili esclusivamente presso ambulatori specialistici appositamente riconosciuti dalle regioni (contrassegnate con "R").

Tabella 10.4 **Informazioni su Nomenclatori, Tariffari e Pacchetti in ambito di assistenza specialistica ambulatoriale**

| Regione | Tariffe ministeriali | N. di prestazioni Nomenclatore regionale | Incidenza del num. delle prestazioni aggiuntive rispetto al nomenclatore DM'96 | Pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse |
|-----------------------|----------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PIEMONTE (*) | ✓ | 1.962 | 18% | Pacchetti di prestazioni ambulatoriali inerenti terapie antitumorali |
| VALLED'AOSTA | | 1.814 | 7% | 25 diversi PAC attivati in ambito oculistico, ortopedico, traumatologico, gastroenterologico |
| LOMBARDIA | | 2.121 | 20% | 12 MAC (macro-attività ambulatoriali complesse): MAC 01-05, terapie oncologiche; MAC 06-08, terapie riabilitative; MAC 09-10 somministrazione di altre terapie ad infusione; MAC 11-12 manovre diagnostiche complesse. |
| PROV.AUTON. BOLZANO | | 1.920 | 11% | |
| PROV.AUTON. TRENTO | | 2.056 | 17% | |
| VENETO | | 2.143 | 25% | Specifici pacchetti ambulatoriali in ambito cardiovascolare e oncologico sulla base di percorsi diagnostici-terapeutici individuati |
| FRIULI VENEZIA GIULIA | | 2.106 | 22% | |
| LIGURIA | ✓ | 1.755 | 2% | I PAC riguardano le aree di ortopedia, traumatologia, neurologia e cardiocirurgia |
| EMILIA ROMAGNA | | 2.558 | 34% | PAC riguardano l'Area Medica, il Servizio di Gastroenterologia, l'Area Pediatrica e prestazioni di tipo ortopedico, pneumologico, endocrinologico, otorinolaringoiatrico. |
| TOSCANA | | 1.767 | 14% | PAC per l'area della medicina fisica e riabilitativa |
| UMBRIA | | 1.985 | 14% | |
| MARCHE | | 2.284 | 31% | |

Tabella 10.4 (segue)

| Regione | Tariffe ministeriali | N. di prestazioni Nomenclatore regionale | Incidenza del num. delle prestazioni aggiuntive rispetto al nomenclatore DM'96 | Pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse |
|--------------|----------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LAZIO(*) | ✓ | 1.863 | 9% | 73 PAC per particolari patologie o riferiti a percorsi diagnostico-terapeutici definiti a livello regionale (ad esempio: osteoporosi, accertamento di idoneità al trapianto renale, nefrolitiasi o colica renale) |
| ABRUZZO (*) | ✓ | 1.805 | 6% | PAC terapeutici in ambito oncologico e ematologico, con una modalità operativa aziendale appositamente definita |
| MOLISE (*) | ✓ | 1.732 | 2% | |
| CAMPANIA (*) | ✓ | 1.766 | 5% | 52 PACC specifici della Regione su prestazioni per la medicina fisica e riabilitativa e fisiochinesiterapia e per la valutazione diagnostica di patologie espressamente individuate |
| PUGLIA (*) | ✓ | 1.744 | 2% | Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati del day service – PACC: comprendono prestazioni diagnostiche per il follow-up di alcune patologie come diabete e ipertensione; Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale (PCA) inerenti l'oculistica e la liberazione del tunnel carpale |
| BASILICATA | | 2.281 | 24% | |
| CALABRIA (*) | ✓ | 1.746 | 3% | 19 PAC attivati, tra cui quelli riguardanti: malattie vascolari e periferiche, ipertensione e malattie del fegato. |
| SICILIA (*) | ✓ | 1.804 | 6% | Contestualmente al Day Service si attivano i PAC, che coinvolgono, ad esempio, le prestazioni chemioterapiche non associate a diagnosi secondaria di leucemia e interventi sul ginocchio senza diagnosi principali e di infezione |
| SARDEGNA | | 1.720 | 1% | 8 PACC: comprendono soprattutto prestazioni diagnostiche e che riguardano la valutazione diagnostica o il follow-up di specifiche patologie, quali diabete, cancro all'utero e cancro alla mammella |

* Regioni in Piano di Rientro

Fonte: Adattata e aggiornata da Assobiomedica (2014)

qualche altra regione di piccole dimensioni (Sardegna, Liguria e Valle d'Aosta). Riguardo all'adozione dei tariffari è possibile osservare che, al 31 dicembre 2013, tutte le 8 regioni in PdR e la Liguria hanno adottato le tariffe massime ministeriali del DM 2012 e le altre 12 hanno mantenuto il sistema tariffario precedente.

Una parte di queste differenze nel numero di prestazioni aggiuntive è legata alla variabilità del numero di prestazioni trasferite in regime ambulatoriale: alcune regioni hanno trasferito prestazioni ulteriori rispetto a quelle previste dal Patto per la Salute, altre ne hanno selezionate solo alcune (da più di 20 prestazioni trasferite a – di 5 prestazioni trasferite). Inoltre, anche le soglie di ammissibilità di tali prestazioni in regime di ricovero variano da regione a regione prevedendo in alcuni casi delle soglie nulle. Nella maggior parte dei casi si tratta di prestazioni ambulatoriali chirurgiche di bassa intensità (ad esempio BIC in Lombardia, PAC in Puglia, APA in Lazio, ecc.).

Infine, da un'analisi della documentazione istituzionale delle regioni emerge che 14 regioni prevedono l'erogazione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse – PAC⁷ a cui, generalmente, vengono associate delle tariffe di riferimento. Anche in questo caso si conferma una forte differenziazione nella definizione e nel numero dei pacchetti previsti dai diversi SSR. Le tipologie e il numero dei pacchetti attivati nelle varie regioni sono riportate in Tabella 10.4. In Appendice del capitolo si riportano, per ciascuna regione, i riferimenti normativi legati all'introduzione dei PAC.

10.3 Obiettivo della ricerca e *framework* concettuale

Alla luce dei dati di contesto e del quadro normativo appena descritto, questo lavoro intende proporre una riflessione sulle scelte organizzative adottate dalle aziende per la riprogettazione dell'offerta di prestazioni SSN rivolte agli *outpatient* in un campione selezionato di aziende sanitarie pubbliche e private accreditate.

In particolare, la ricerca si è concentrata su visite specialistiche e prestazioni di diagnostica per immagini. È stata invece esclusa dall'analisi l'attività di laboratorio per le peculiarità produttive che presenta rispetto alle altre tipologie di prestazioni ambulatoriali.

La selezione dei casi mira a confrontare le leve di *service management* adottate da sei aziende sanitarie localizzate all'interno di tre città rappresentative di diverse aree geografiche italiane:

⁷ Il Pacchetto Ambulatoriale Complesso è una modalità assistenziale di tipo ambulatoriale che permette al paziente che deve sottoporsi a diversi accertamenti di eseguire tutte le prestazioni di cui necessita con un numero limitato di accessi, senza bisogno di essere ricoverato in Day Hospital o in regime ordinario. In Lombardia questa modalità di erogazione viene denominata MAC (Macro-attività Ambulatoriale Complessa)

- ▶ per Milano, l'Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP) e la struttura privata accreditata Centro Diagnostico Italiano (CDI);
- ▶ per Roma, l'ASL Roma E e la struttura privata accreditata Istituto Dermatologico Italiano (IDI);
- ▶ per Cosenza, l'Azienda Ospedaliera di Cosenza e la struttura privata accreditata Biocontrol.

La scelta dei casi è stata guidata dal criterio della massimizzazione delle differenze, in quanto le aziende coinvolte hanno assetti istituzionali diversi (tre soggetti pubblici e tre privati accreditati), *mission* di diversa natura (cfr. Tabella 10.5) e tre collocazioni geografiche diverse ma condivise tra un pubblico e un privato.

I sei casi aziendali sono stati analizzati approfondendo (Tabella 10.6): i) le piattaforme aziendali utilizzate prevalentemente per gli *outpatient* SSN; ii) i segmenti di attività ambulatoriali erogati dall'azienda in regime SSN.

Il metodo ha previsto:

- 1 l'analisi della letteratura sulle leve di *service management* per definire la traccia di intervista semi-strutturata;
- 2 l'effettuazione di un'intervista semi-strutturata a un membro della direzione strategica dell'azienda e/o al responsabile della piastra ambulatoriale (o una figura di riferimento per l'attività ambulatoriale individuata dal top management delle aziende coinvolte).

Per quanto riguarda il primo punto, le «leve», la cui configurazione concorre a definire il posizionamento dell'offerta di servizi, vengono definite dalle scelte aziendali su cinque fondamentali dimensioni: i) le politiche di prodotto/servizio, ii) le politiche del personale, iii) le politiche tariffarie, iv) l'accessibilità e v) le politiche di comunicazione. Nel Box 10.1 si propone un approfondimento delle cinque leve di *service management* per la riprogettazione dei servizi (Borgonovi et al., 2014).

Le leve costituiscono sia uno strumento analitico/interpretativo in quanto permettono di comprendere il posizionamento strategico attuale dei servizi ambulatoriali, sia uno strumento normativo quando utilizzate come dimensioni per progettare ex ante un servizio in funzione del valore che si intende generare per un definito target o mix di utenti (Fosti e Longo, 2013).

Tabella 10.5 **Le aziende coinvolte nell'analisi**

| Strutture | Extra-ospedaliere | Ospedaliere e territoriali | Ospedaliere |
|---------------------|-------------------|----------------------------|-------------|
| Pubbliche | | ICP AUSL Roma E | AO Cosenza |
| Private accreditate | Biocontrol | CDI | IDI |

Tabella 10.6 **Piattaforme aziendali e attività erogata**

| Oggetto d'indagine | | |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| | Aree aziendali | Attività erogata in SSN per <i>outpatient</i> |
| AO ICP | Presidio degli ambulatori | Visite specialistiche ambulatoriali |
| CDI | CDI S.p.A. | Diagnostica per Immagini Visite specialistiche ambulatoriali |
| ASL Roma E | Piastra ambulatoriale degli ospedali e poliambulatori territoriali | Diagnostica per Immagini Visite specialistiche ambulatoriali |
| IDI | Piastra ambulatoriale dell'ospedale IDI di Roma | Diagnostica per Immagini Visite specialistiche ambulatoriali |
| AO Cosenza | Piastra ambulatoriale dello stabilimento ospedaliero Annunziata di Cosenza | Diagnostica per Immagini Visite specialistiche ambulatoriali |
| Biocontrol | Biocontrol imaging s.r.l. Biocontrol Check-up s.r.l. | Diagnostica per Immagini |

Box 10.1 **Le leve di service management**

Prodotto-servizio. La scelta delle caratteristiche di fondo del servizio (core service) e degli aspetti accessori (peripherals) definisce le politiche di prodotto/servizio. Il core service costituisce il beneficio principale che viene offerto all'utente, mentre i peripherals estendono il valore che può essere percepito dall'utente, a supporto del godimento del beneficio principale. Per esempio, la presenza di un bar o di un parcheggio all'interno di una struttura sanitaria può apportare un miglioramento alla qualità complessiva percepita dagli utenti, pur non essendo un elemento principale del servizio stesso.

Personale. Le persone costituiscono il principale «ingrediente» nella progettazione dei servizi, che si svolgono in larga parte a mezzo di una interazione tra erogatore e utente, e si caratterizzano per un livello elevato di discrezionalità. Le culture professionali di cui le persone sono portatrici, il tipo di motivazione che le anima, le culture organizzative a cui fanno riferimento, costituiscono una leva fondamentale di governo dei servizi (Camilleri e Van Der Heijden, 2007). Il servizio viene erogato nella relazione con il personale, che svolge una pluralità di funzioni: orienta gli utenti nell'utilizzo dei servizi, svolge attività di produzione del servizio, negozia con l'utente le caratteristiche e il grado di personalizzazione del servizio. Nelle strutture sanitarie, lavorare, non solo sull'aspetto dello sviluppo tecnico-operativo delle competenze, ma anche sulle caratteristiche relazionali del personale di front office (sanitari e staff) è una leva importante.

Comunicazione. La scelta delle forme di comunicazione fa riferimento a un insieme ampio di elementi, che vanno dalla scelta del mezzo di comunicazione, al messaggio che si vuole proporre, al linguaggio che si ritiene opportuno adottare per produrre l'esito desiderato (Swartz e Iacobucci, 2000). Se, da un lato, le scelte comunicative devono essere progettate e costruite operativamente in funzione dei target che si vogliono raggiungere, è vero anche l'opposto: data una scelta comunicativa, questa si rivela sempre più coerente rispetto ad alcuni target che ad altri, e in questo modo contribuisce a operare una selezione dell'utenza. In quest'ambito, la comunicazione può svolgere una pluralità di funzioni nell'ambito dei servizi: rendere nota ai cittadini l'esistenza del servizio, rendere note le caratteristiche e le condizioni di fruizione del servizio.

Box 10.1 (segue)

Tariffarie. Le politiche tariffarie non sono rilevanti solo sotto il profilo finanziario, per il maggiore o minore contributo che offrono in termini di finanziamento dei servizi, ma hanno un impatto rilevante anche sulle dinamiche di selezione dell'utenza. Il prezzo dei servizi ha, infatti, una importante funzione di tipo comunicativo rispetto al valore del servizio. Il prezzo corrisponde al sacrificio economico che un potenziale beneficiario deve sostenere per fruire di un servizio: in quanto tale, misura il valore riconosciuto da parte di chi acquista e può, al tempo stesso, svolgere una funzione di contenimento della domanda (qualora sia tale da inibire la spinta al consumo del servizio e, quindi, di orientarlo). Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale, le scelte tariffarie e soprattutto di compartecipazione da parte del cittadino attraverso la determinazione di ticket si pone anche l'obiettivo di contenere la domanda inappropriata, oltre che definire la quota di copertura pubblica del servizio (che fa perno sulla fiscalità generale) rispetto a quella che fa perno sul contributo da parte degli utenti.

Accessibilità. Le scelte relative alle modalità di accesso e agli ambiti di erogazione contribuiscono alla selezione dell'utenza. Differenti utenti possono avere accesso con maggiore o minore facilità ai servizi, in relazione alle scelte che attengono ai luoghi, alle modalità e ai tempi (Gronroos, 2000): l'accesso ai servizi può essere concentrato in alcuni luoghi, oppure essere diffuso nel territorio, può essere vicino a casa o vicino al lavoro degli utenti e i luoghi stessi di accesso possono avere caratteristiche tali da incentivare o allontanare alcuni utenti dai servizi; le forme di accesso ai servizi possono essere espresse dai cittadini presso gli sportelli oppure devono essere inviate in forma cartacea o telefonicamente o via web. In relazione ai differenti livelli di competenze, ai distinti stili di vita e alle diverse possibilità di utilizzo, la scelta delle modalità di accesso rende i servizi più o meno fruibili per diversi target di utenza (Ramdas et al. 2012); gli orari di accesso sono una variabile la cui maggiore o minore coerenza con i tempi delle persone ha un impatto fortissimo sulla selezione dell'utenza.

Tabella 10.7 Griglia di intervista semistrutturata

| Aree di indagine | |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Inquadramento generale dell'azienda e della piastra ambulatoriale | Contesto aziendale e natura giuridica Tipologia di attività Ruoli e responsabilità organizzative per la gestione delle piastre ambulatoriali Rapporto tra attività SSN e attività in libera professione/solvenza |
| Prodotto | Politiche di segmentazione della domanda Definizione e utilizzo di percorsi ambulatoriali complessi Servizi accessori |
| Personale | Dati e informazioni sul personale sanitario dedicato all'area specialistica ambulatoriale Organizzazione del personale di front-office |
| Accessibilità | Sedi fisiche per l'erogazione delle prestazioni Orari e giorni di apertura della piastra ambulatoriale Canali di prenotazione e di refertazione Cenni sulla questione dei tempi di attesa per l'erogazione della prestazione dal momento della prenotazione |
| Comunicazione | Strategie di comunicazione in atto per informare i cittadini dell'esistenza e delle caratteristiche dei servizi erogati |

La Tabella 10.7 riporta le aree e gli aspetti indagati nell'analisi dei casi aziendali. Essendo l'ambito d'indagine quello delle prestazioni SSN per *outpatient*, l'analisi dei casi non ha approfondito le scelte in termini di leva tariffaria essendo questa legata agli indirizzi e alle regole regionali in materia di tariffari/nomenclatori e compartecipazioni da parte dei cittadini.

10.4 I casi aziendali

In questo paragrafo vengono descritti i casi oggetto dell'analisi. Dopo un inquadramento generale dell'azienda e dei dati complessivi sull'attività ambulatoriale erogata dalla struttura, le singole esperienze aziendali sono presentate approfondendo alcune leve di *service management* interessanti per comprendere il posizionamento strategico dei servizi in una prospettiva analitico-interpretativa.

10.4.1 Area metropolitana milanese

10.4.1.1 Azienda ospedaliera ICP

L'AO "Istituti clinici di perfezionamento – ICP" della Regione Lombardia (di seguito ICP) è un'azienda peculiare nel panorama lombardo e nazionale, soprattutto rispetto all'erogazione delle attività ambulatoriali. In particolare, l'azienda risulta particolarmente complessa dal punto di vista:

- ▶ logistico-organizzativo, in quanto gestisce quattro presidi ospedalieri⁸ (per complessivi 1.023 posti letto accreditati) e un presidio costituito da 22 sedi poliambulatoriali – di cui 6 grandi – dislocate su un'area metropolitana molto vasta e densamente popolata;
- ▶ clinico, per la presenza di un'ampia gamma di prestazioni di alta specialità di ricovero e ambulatoriale;
- ▶ gestionale, per la necessità di integrare problematiche ospedaliere, territoriali e universitarie.

Il presidio poliambulatoriale ha un totale di 520 ambulatori aperti con 6.000 ore settimanali di presenza di medici, 25 specialità e un fatturato di circa 16 milioni di euro. Nel presidio poliambulatoriale non sono presenti tecnologie diagnostiche pesanti come Risonanze Magnetiche Nucleari (RMN) e TAC.

Questa architettura è stata frutto, in parte, del DPGR 7553/2006 con cui la

⁸ I quattro presidi ospedalieri sono: il presidio "Ospedale dei Bambini – Buzzi", Centro Traumatologico Ortopedico – CTO, Ospedale Bassini – Cinisello Balsamo, Ospedale Città Sesto San Giovanni.

Regione Lombardia ha deliberato l'accorpamento di tutte le strutture ambulatoriali pubbliche della città di Milano (precedentemente assegnate alle varie aziende ospedaliere cittadine) all'ICP costituendo un presidio unico territoriale dedicato all'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale (di seguito indicato come "Presidio dei Poliambulatori").

Per rispondere alla propria *mission*, ovvero «fornire un supporto diagnostico, terapeutico ed assistenziale ad un paziente in condizioni di autonomia e di relativa sicurezza sanitaria», nel corso degli ultimi dieci anni, l'ICP ha avviato cambiamenti rilevanti rispetto all'assetto organizzativo e ai sistemi di gestione operativa.

Nel 2013 la rete dei poliambulatori ha erogato per esterni quasi 2.200.000 prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui solo l'1% in libera professione.

Da un punto di vista organizzativo, la responsabilità sulla gestione delle attività ambulatoriali è demandata alla direzione medica del presidio territoriale dei poliambulatori, che dipende gerarchicamente dalla direzione sanitaria e rappresenta una macro-articolazione organizzativa dell'ICP al pari delle direzioni mediche di presidio ospedaliero. La responsabilità di questa direzione è affidata a un Direttore Medico di Presidio (con specializzazione in igiene e medicina preventiva) che, investito della responsabilità di gestione operativa, si pone come obiettivi la razionalizzazione dei processi organizzativi e amministrativi e il potenziamento delle unità d'offerta del presidio Territoriale dei Poliambulatori. Questa figura direttiva è gerarchicamente responsabile delle oltre 20 branche specialistiche che erogano servizi presso i poliambulatori. Lavorano a fianco di tale direttore medico di presidio poliambulatoriale: 4 medici di direzione (strutture semplici) e, a livello locale, 4 direttori di poliambulatorio ciascuno presso le sedi distrettuali di Doria, Rugabella, Gola e Parini in Milano.

Le leve di *service management* che maggiormente caratterizzano questa esperienza aziendale sono quelle relative alle politiche del personale e l'accessibilità.

Prodotto/servizio

Per ciò che concerne le politiche di prodotto/servizio, sono in sperimentazione su più sedi (in particolare Cusano Milanino, Saint Bon, Doria) percorsi per i pazienti cronici, in particolare per fibrillazione atriale e scompenso, per patologie diabetologiche, per la gestione dell'anziano fragile e chirurgia senologica ambulatoriale. Inoltre, sono in progettazione dei modelli di *Day Service*.

Personale

Il personale dell'ICP è composto da 350 specialisti ambulatoriali, per la quasi totalità convenzionati ("sumaisti") e solo 7 dipendenti. Il 65% del personale è rappresentato da donne e il 35% da uomini. La media delle ore di incarico settimanale è di 20 ore, con una mediana di 21,5 ore⁹.

⁹ La media di ore di incarico degli specialisti ambulatoriali è in aumento a causa di una maggiore

Nella percezione dell'intervistato, i medici specialisti ambulatoriali garantiscono migliori performance nella presa in carico dei pazienti ambulatoriali poiché non sono distratti da altre attività istituzionali (diversamente dal caso degli ambulatori ospedalieri in cui operano gli specialisti di reparto, i quali sono condizionati dall'attività in sala operatoria oppure per i pazienti ricoverati nei reparti). Da calcoli aziendali, infatti, l'87% del tempo del medico specialista nei poliambulatori dell'ICP è destinato all'attività erogata sull'utenza.

Nel corso degli ultimi anni il Presidio degli Ambulatori dell'ICP ha preferito puntare anche sul "convenzionamento" di professionisti precedentemente impiegati in unità operative ospedaliere. Tali professionisti ospedalieri sono incentivati a lavorare nei poliambulatori dell'ICP in quanto contesto altamente professionalizzante e ben organizzato ma senza le problematiche dettate dai turni richiesti dall'ospedale che impattano sulla vita quotidiana.

Il numero degli amministrativi è di circa 170 persone tra back office e front-office, suddiviso tra dipendenti e interinali. La parte amministrativa è quella con maggiori criticità in termini di efficienza: oltre ad essere tendenzialmente sovradimensionata, presenta una certa rigidità contrattuale con scarsa possibilità di rendere flessibili, a seconda delle esigenze, gli orari di lavoro. Perché il front office lavori anche il sabato e la domenica, l'azienda ha attivato ulteriori contratti di lavoro.

Accessibilità

Con riferimento al tema dell'accessibilità, il Presidio degli Ambulatori dell'ICP ha avviato negli ultimi anni dei cambiamenti gestionali rilevanti rispetto ai sistemi di prenotazione delle prestazioni e alle modalità operative di gestione della risposta al flusso di domanda. In particolare, le innovazioni hanno riguardato:

- ▶ **il sistema di prenotazione.** La prenotazione di una prestazione specialistica ambulatoriale può avvenire secondo tre modalità: i) tramite il servizio di *Call Center* Sanità Milano (operativo dal lunedì al sabato dalle 8.00 alle 20.00), maggiormente utilizzato per fissare appuntamenti per prime visite, controlli e accertamenti diagnostici; ii) direttamente in loco, recandosi presso il Poliambulatorio stesso; iii) attraverso il medico specialista ICP che può fissare un appuntamento sulla propria agenda o quella di un altro specialista dell'azienda;
- ▶ **la gestione delle liste d'attesa.** Le specialità con maggiori tempi di attesa sono quelle su cui sono presenti dei professionisti di ottimo livello come oculistica, cardiologia, fisioterapia, riabilitazione, otorino, diabetologia, neurologia e dermatologia. L'azienda pubblica sul sito ufficiale le informazioni sui tempi di attesa

richiesta di prolungamento orario, soprattutto dovute alla crisi economica che ha portato ad una forte riduzione dell'attività libero professionale extra-moenia (a loro consentita).

per le prestazioni ambulatoriali erogate nelle diverse sedi dei Poliambulatori e dei Presidi Ospedalieri.

- ▶ **gli orari di apertura.** Le sedi poliambulatoriali hanno i seguenti orari di riferimento: 8.00-13.00 e 13.30-18.30 dal lunedì al venerdì; 8.00-12.00 il sabato. L'azienda ha aderito all'iniziativa promossa dalla Regione Lombardia «ambulatori aperti no-stop», per andare incontro ai bisogni degli utenti che lavorano dal lunedì al venerdì, prevedendo un'offerta di servizi diagnostici e visite specialistiche in fasce orarie inconsuete, fino alle 21.00 nei giorni feriali presso il Poliambulatorio di via Andrea Doria.
- ▶ **modalità di accesso.** A seguito dell'individuazione del Presidio degli Ambulatori dell'ICP come punto di riferimento delle prestazioni ambulatoriali per i visitatori EXPO, l'azienda ha avviato sperimentalmente alcuni modelli di erogazione innovativi per le prestazioni *outpatient* presso il poliambulatorio di via Rugabella, nel centro storico di Milano, peraltro recentemente ristrutturato e di via Doria. In particolare, si è prevista l'attivazione di:
 - guardia medica Expo (orario di funzionamento 8-24 dal lunedì al venerdì e 8-13 sabato e domenica e festivi con accesso riservato ad ambulatori specialistici su prescrizione del medico di guardia medica) con ambulatori specialistici “*just in time*” a supporto della guardia medica per 6 specialità (dermatologia, cardiologia, oculistica, radiologia, odontoiatria, ORL) a cui viene riservato uno spazio di circa 30-45 min. ogni 3 ore in modo da accogliere necessità diagnostiche e terapeutiche provenienti dal medico di guardia medica;
 - ambulatorio ad accesso diretto, la cui funzione è quella di permettere all'utente di usufruire di una visita specialistica non prenotata e senza impegnativa del medico ottenendola immediatamente o in giornata (nei primi mesi di sperimentazione si è registrato un tasso di saturazione medio degli slot ambulatoriali dedicati all'accesso diretto del 96%); un approfondimento del meccanismo dell'ambulatorio ad accesso diretto è riportato nel Box 10.2.

10.4.1.2 Centro Diagnostico Italiano (CDI)

Centro Diagnostico Italiano S.p.A. (CDI) è una struttura sanitaria privata, accreditata con il SSN, che eroga prestazioni ambulatoriali di prevenzione, diagnosi e terapia nel territorio lombardo.

La struttura societaria è organizzata nella forma di Gruppo, di cui fanno parte, oltre a CDI S.p.A., due società interamente controllate da CDI: Bionics s.r.l., che eroga prestazioni solamente private e in convenzione con Fondi assicurativi privati, e CDI Ambiente Sicurezza e Salute – Servizi per le Imprese s.r.l., che eroga prestazioni di medicina del lavoro e attività di consulenza in materia di sicurezza e salute sul lavoro.

Le tre società articolano la propria offerta come segue:

Box 10.2 – Descrizione funzionamento del meccanismo Ambulatorio ad accesso diretto

L'ambulatorio ad accesso diretto (ADD) è caratterizzato da una modalità di accesso alle prestazioni sanitarie che non si avvale di una prenotazione ma definisce il diritto per l'utente di ricevere la prestazione sanitaria in ordine di presentazione nell'ambulatorio nel giorno e nell'orario stabilito per quella tipologia di prestazione. L'AAD viene utilizzato con le modalità di erogazione simili ai progetti di offerta delle prestazioni che richiedono tempi brevi e on demand con un livello di programmabilità non elevato (come, ad esempio, il PS, il punto prelievi, le sale parti ecc.). Il campo di applicazione dell'AAD è nel contesto del poliambulatorio e si configura secondo due tipologie:

- per specialità: in questo caso l'accesso è determinato da situazioni fisiologiche-patologiche definite e valutate direttamente dal paziente, la cui interpretazione semiotica non richiede un medico (lesioni odontoiatriche, affezioni ginecologiche, otorinolaringoiatriche, audiologiche, oftalmiche, ortopediche, fisioterapiche ed infermieristiche).
- per tempo di attesa: un AAD può essere determinato anche dalla necessità di erogare prestazioni il cui tempo di attesa all'interno dei percorsi ordinari è considerato inadeguato dall'utenza o dal medico inviante. In questo contesto le specialità prevalenti sono: fisioterapia, ortopedia, cardiologia, ecografie e radiologia.

L'AAD sperimentato nel poliambulatorio di Doria e Rugabella si configura come un ambulatorio dove giorno per giorno si rendono disponibili agende contenenti tre slot per tre momenti della giornata (mattina, pomeriggio e sera). Questo sistema prevede che l'utente:

- si rechi al CUP e si informi (anche attraverso display elettronico) della presenza di slot liberi AAD per quel giorno;
- se presenti, ne sceglierà uno, si registrerà e pagherà (se previsto) e ritirerà voucher che lo abiliterà alla visita;
- si recherà all'ambulatorio all'orario previsto e nel caso avesse bisogno di una visita di controllo, il medico potrà effettuare contestualmente la prenotazione in date successive in un sistema convenzionale;
- sarà possibile anche usufruire degli slot ad accesso diretto per la visita di controllo di tali soggetti nel caso ve ne sia necessità.

- ▶ una sede centrale (Saint Bon), di cui fanno parte il Poliambulatorio con laboratorio centralizzato e il Centro di fisioterapia e riabilitazione;
- ▶ 9 Poliambulatori¹⁰, a Milano e Provincia, con punti prelievo;
- ▶ 12 Punti prelievo “*stand alone*” localizzati a Milano e nella provincia di Milano, Pavia e Varese;
- ▶ attività domiciliare nell'area di Milano e nei comuni immediatamente adiacenti, che interessa prelievi, specialistica ambulatoriale (visite, holter, monitoraggio pressione, polisonnografia) e *imaging* leggero (ecografie, Rx);
- ▶ 46 centri *service* in 19 Regioni nelle quali viene erogato il servizio di Medicina del Lavoro;

¹⁰ In particolare: CDI Cairoli, CDI Largo Augusto, CDI Viale Monza, CDI Portello, CDI P. Rossi, CDI Rho, CDI Cernusco, CDI Lavater (aperto dal 27 aprile 2015) e CDI Porta Nuova.

- attività di consulenza per 12 aziende in 4 Regioni (Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, Campania).

Il CDI opera in accreditamento con SSR per quanto concerne laboratorio (anatomia patologica, ematologia, immunometria, biologia molecolare, microbiologia e virologia, tossicologia, chimica clinica, ricerca farmacologica), *imaging* (radiologia, mammografia, MOC, scintigrafia, PET, TAC, RMN e ecomotografia), medicina nucleare, visite specialistiche ambulatoriali e radioterapia con la tecnologia *cyberknife*. In regime privato, invece, eroga prestazioni di *check-up* clinico, medicina del lavoro e sorveglianza sanitaria, endoscopia (gastroscopie e colonscopie), oltre 50 tipologie di visite specialistiche cliniche e chirurgiche, *Day Surgery*, odontoiatria e fisioterapia. Le eccellenze riconosciute del CDI riguardano tre ambiti: i) prevenzione (come, ad esempio, i programmi “CDI check” e “check-up su misura”); ii) diagnostica e medicina di laboratorio (in particolare sui campi della genetica e farmacogenomica); iii) terapia (con, ad esempio, l'utilizzo del *Cyberknife*, la presenza dell'ambulatorio di medicina del dolore, la chirurgia oculistica ambulatoriale con laser femtosecondi e la fisioterapia).

L'ampio ventaglio di prestazioni offerte e la costante tensione all'innovazione rispondono a una precisa e dichiarata prospettiva strategica, riflessa nella *mission* aziendale: “Consolidare la leadership di CDI attraverso l'offerta alla comunità della più ampia gamma di servizi e prestazioni [...] nella costante ricerca del miglioramento continuo della qualità del servizio e dell'eccellenza tecnica”.

Nel corso del 2014, il Gruppo CDI ha servito oltre 350.000 pazienti, per un totale di 840.000 accessi (in media 2,4 accessi per utente), erogando oltre 5 milioni di prestazioni (+6,8% rispetto al 2013), di cui oltre il 70% accreditate con il SSN. Sul totale delle prestazioni prodotte nel 2014, l'85% è erogato dalla branca del Laboratorio, il 10% è composto dalle visite specialistiche ambulatoriali, il 4% è relativo all'Imaging e l'1% riguarda la Medicina del Lavoro.

Da un punto di vista organizzativo, dall'Amministratore Delegato dipendono il “Direttore Operativo” e il “Direttore Strategie e Relazioni Istituzionali”.

L'attività specialistica ambulatoriale è organizzata su 4 principali Unità Produttive (Laboratorio di Analisi, Diagnostica per Immagini, Poliambulatorio e *Day Service*, Medicina del Lavoro), ciascuna delle quali viene gestita da un responsabile medico che dipende gerarchicamente dal Direttore Operativo (che svolge un ruolo di carattere gestionale). Ai responsabili delle unità produttive sono demandati compiti di gestione dei percorsi fisici dei pazienti all'interno delle strutture e di gestione e monitoraggio della qualità clinica e della qualità percepita dai pazienti. Queste figure hanno responsabilità complessiva per la propria area produttiva sulle diverse sedi e rispetto ai differenti canali di finanziamento (prestazioni SSN e prestazioni solventi).

Dal punto di vista funzionale (coordinamento tecnico-scientifico), tali 4 unità

produttive si interfacciano con la Direzione Sanitaria, la quale dipende gerarchicamente dal Direttore Strategie e Relazioni Istituzionali.

La pianificazione delle agende avviene in modo centralizzato da parte della dell'unità operativa "Pianificazione, Controllo Servizi e Sviluppo sedi esterne" che dipende gerarchicamente dal Direttore Strategie e Relazioni istituzionali.

Prodotto/Servizio

Da un punto di vista delle politiche di prodotto, CDI si propone come una struttura al passo con i più recenti sviluppi tecnologici. Considerando le diverse sedi di erogazione, esso è dotato di 1.500 attrezzature che vengono generalmente, ad eccezione di casi specifici (ad esempio, *Cyberknife*), condivise per le due linee di attività (SSN e solvenza) con una maggiore concentrazione presso la sede centrale di via Saint Bon a Milano.

Attualmente la struttura ha implementato dei sistemi di *Day Service*.

Le innovazioni riguardano anche i *peripherals*. In particolare, si annoverano: il parcheggio interno, la zona ristoro, il comfort alberghiero delle sale di attesa, spazi moderni e curati, refertazione on-line per gli esami di laboratorio.

Inoltre, oggi limitatamente all'area solvenza, il CDI ha avviato delle innovazioni di prodotto attraverso l'identificazione e l'attivazione di pacchetti/percorsi di prestazioni (ad esempio, circuiti integrati, percorsi check-up, percorso donna ecc.) che prevedono il coinvolgimento di più specialisti al fine di perseguire con maggiore efficacia il principio di presa in carico dei pazienti.

Personale

Le risorse umane impiegate nel CDI sono quantificabili in oltre 1.132 collaboratori (di cui 348 dipendenti). Nel dettaglio, sono presenti: 553 medici specialisti (di cui circa 10 dipendenti), 296 tra tecnici, infermieri e biologi (di cui 74 dipendenti), 196 dipendenti addetti al *customer service*, 87 staff (di cui 68 dipendenti).

Una particolare attenzione è riservata alle politiche di gestione del personale sanitario, nell'ottica del miglioramento complessivo della qualità dell'offerta clinica: in particolare, la selezione, la formazione, la valutazione delle competenze, la mobilità interna, lo sviluppo dei processi di carriera e la cessazione del rapporto lavorativo, facilitata dal prevalere di rapporti libero-professionali. Inoltre, si promuove la trasversalità e l'integrazione di competenze e persone.

Un ulteriore elemento importante nelle politiche sulle risorse umane riguarda il personale di *front office* addetto al *Customer Service* (CS). Il CS ha un responsabile unico aziendale ma ogni sede ha uno specifico referente di CS, dal quale dipendono gli operatori di *front office* per quella sede. Nella selezione del personale di *front office* vengono tenuti in debito conto gli aspetti legati alle capacità relazionali (ad esempio, *problem solving* e orientamento all'utente, flessibilità nell'organizzazione del lavoro quotidiano, ecc.).

L'attenzione alle politiche del personale è finalizzata ad elevare la qualità dell'esperienza dei pazienti all'interno delle strutture del CDI. Grazie a questa attenzione, il personale che opera all'interno del CDI risulta motivato, dedicato e caratterizzato da un forte senso di appartenenza.

Accessibilità

Il CDI si propone oggi come struttura sanitaria capillarmente diffusa nel territorio della "Grande Milano" grazie all'esistenza di centri poliambulatoriali e punti prelievi periferici.

Il CDI eroga prestazioni 6 giorni su 7, pianificando le agende dalle 8:30 alle 20:00 (ad eccezione del sabato in cui l'attività si conclude alle 13:00). I punti prelievi iniziano ad operare alle 7:30. Riguardo alle modalità di prenotazione, il canale più utilizzato, soprattutto per le prestazioni SSN, è quello telefonico (circa 2/3 delle prenotazioni), seguito dalla modalità della prenotazione diretta al *front office*. La modalità della prenotazione *on-line* rappresenta ancora oggi una quota marginale.

La centrale di prenotazione del CDI segue modelli gestionali tipici dei *call center* di imprese orientate ad un *customer care* di altissima qualità, con tempi di risposta dell'operatore minimi per evitare tassi di caduta delle prenotazioni di potenziali utenti dovuta ad un'attesa rilevante al telefono. In particolare, la struttura si è dotata di un sistema di rendicontazione mensile dei tempi di risposta dell'operatore per le prenotazioni SSN.

I tempi di attesa per l'esecuzione della prestazione a partire dalla data di prenotazione rispondono ai tempi massimi di attesa per le classi di priorità di prestazioni come definiti con DGR IX/1775 del 24 maggio 2011¹¹.

Il livello di accessibilità viene ulteriormente rafforzato se si considera che la struttura si organizza, nel rispetto della programmazione generale, per rispondere in maniera flessibile alle esigenze del paziente (ad esempio, si organizzano più visite allo stesso paziente nell'arco dello stesso giorno – Day Service –, si inviano i referti online ad altre sedi in funzione delle richieste dei pazienti, sono presenti servizi di *recall* per conferma degli appuntamenti, ecc.).

La scelta di separare alcuni percorsi fisici all'interno della stessa struttura (percorsi solventi e percorsi SSN), compresa l'accettazione, rende l'attività più fluida e gli spazi meno affollati, contribuendo ad aumentare il livello di qualità percepita da parte dei pazienti.

Inoltre, per il futuro si prevedono azioni volte alla semplificazione del percorso del paziente tramite l'utilizzo di *App* e strumenti di "Easy Access", nonché attraverso l'adozione di diagnostica su *smart devices* (telemedicina).

¹¹ Prestazioni relative alle aree oncologica, cardiovascolare, materno infantile e geriatrica.

Comunicazione

Il CDI è dotato degli strumenti classici volti a rendere noto ai cittadini l'esistenza del servizio, le sue caratteristiche e le condizioni di fruizione (*depliant* e brochure, sito web, newsletter, comunicati stampa ecc.).

La segmentazione della domanda attraverso sistemi di CRM¹² per profilatura utenti condurrà a politiche di comunicazione costruite sulla personalizzazione, anche attraverso l'utilizzo dei *social network*.

10.4.2 Area metropolitana romana

10.4.2.1 ASL Roma E

L'ASL Roma E estende il proprio territorio dal centro di Roma, in particolare i quartieri Prati e Vaticano, sino alla periferia nord della città. Attualmente, l'ASL Roma E sta vivendo un importante percorso di riassetto istituzionale con l'accorpamento dell'ex-azienda ospedaliera San Filippo Neri dal 01/01/2015 e la prevista fusione con la ASL Roma A dal 01/01/2016. La fusione delle due ASL condurrà alla creazione della più grande realtà sanitaria del Lazio e a una delle prime in Italia per risorse gestite (circa 5.800 dipendenti, più di un milione di cittadini serviti e un valore della produzione di oltre 2,5 mld di euro considerando la funzione di committenza alle strutture private accreditate e l'erogazione diretta).

La densità abitativa del territorio dell'ASL Roma E evidenzia una significativa eterogeneità tra i singoli distretti (da circa 850 abitanti sino a oltre 12.150 abitanti per chilometro quadrato). Tale differenziazione è un punto rilevante nello sviluppo delle nuove politiche organizzative finalizzate a garantire il presidio del territorio anche attraverso l'attività ambulatoriale.

Inoltre, l'ASL Roma E è chiamata a rispondere alla domanda di servizi sanitari non solo della popolazione residente ma anche dell'utenza presente all'interno del territorio dell'Azienda per ragioni di lavoro, turismo o per motivazioni specificamente legata ai servizi sanitari (circa 220.000 presenze giornaliere medie). La presenza di strutture ad alta attrattività all'interno o contigue al territorio dell'ASL Roma E – quali San Pietro e il Foro Italico – genera un aumento dei potenziali utenti sia per attività continuative che legate a eventi specifici (ad esempio eventi sportivi, religiosi, concerti).

L'ASL Roma E garantisce l'attività ambulatoriale – comprendente tutte le tipologie di visite specialistiche, le prestazioni di laboratorio e di diagnostica per immagini – attraverso le strutture a gestione diretta di cui fanno parte tre presidi ospedalieri (Santo Spirito, Oftalmico e San Filippo Neri) e 39 presidi ambulatoriali che si caratterizzano per una forte capillarizzazione sul territorio. Tuttavia,

¹² Sistemi di Customer Relationship Marketing per la profilatura degli utenti.

le strutture a gestione diretta erogano un numero piuttosto contenuto di prestazioni ambulatoriali SSN al confronto con la produzione “esterna” derivante dall’elevato numero di strutture pubbliche e private accreditate insistenti sul territorio aziendale (due policlinici universitari, un IRCCS, tre ospedali classificati e circa 15 strutture private accreditate). Nello specifico, le strutture a gestione diretta erogano annualmente circa il 40% della produzione ambulatoriale complessiva, mentre il restante 60% viene erogato dalle strutture sanitarie private accreditate. Nell’anno 2014, l’ASL Roma E ha garantito circa 1.867.498 prestazioni ambulatoriali SSN, mentre 1.326.584 sono state le prestazioni SSN offerte dal San Filippo Neri.

Essendo presenti competitor molto forti tra le strutture private accreditate e non accreditate (sono presenti sul territorio anche dieci case di cura private non accreditate), l’attività in libera professione rappresenta una parte risibile del totale della produzione.

La presenza di diverse sedi di erogazione distribuite sul territorio aziendale non ha favorito l’inserimento di un responsabile unico dell’attività ambulatoriale, sebbene l’attenzione sull’*outpatient* sia garantita dallo stretto coordinamento tra le Direzioni Distrettuali e Ospedaliere e la Direzione Aziendale attraverso le competenti strutture di staff.

Prodotto/Servizio

L’ASL Roma E, pur svolgendo tutte le prestazioni ambulatoriali SSN, si caratterizza per una rilevante e qualificata produzione di prestazioni di oculistica (l’Ospedale Oftalmico è struttura di riferimento regionale). Rilevante anche la produzione di prestazioni di cardiologia, di laboratorio e di diagnostica per immagini.

Sono presenti percorsi ambulatoriali che prevedono una segmentazione per specifiche tipologie di pazienti, in particolare in ambito oncologico, cardiovascolare e per la gestione delle cronicità (diabete, BPCO). Tali percorsi ambulatoriali, facenti parte di più ampi e trasversali PDTA, mirano soprattutto a ridurre l’eccessiva frammentazione delle prestazioni erogate e a garantirne l’appropriatezza con riferimento alle linee guida.

Sin dal 2006, nelle strutture ospedaliere a gestione diretta, sono stati attivati numerosi PAC tra quelli previsti dalla Regione e sono in via di attivazione anche alcuni presso le strutture territoriali.

Personale

L’attività ambulatoriale è svolta all’interno delle sedi ospedaliere, quasi esclusivamente da personale dipendente, mentre nelle sedi territoriali per gran parte da specialisti ambulatoriali a convenzione (circa 225). Risibile il numero di specialisti ospedalieri che si spostano in sedi territoriali.

Per quanto concerne il *front office* amministrativo, esso è svolto prevalentemente

mente da personale esterno, tranne al San Filippo Neri, il cui personale è costituito esclusivamente da dipendenti.

Accessibilità

Gli ospedali San Filippo Neri e Oftalmico hanno entrambi una piastra ambulatoriale centralizzata. L'ospedale Santo Spirito ha un unico spazio fisico dove viene erogata la maggior parte dell'attività di specialistica ambulatoriale, sebbene alcune Unità Organizzative abbiano ancora ambulatori propri in reparto. Gli ambulatori ospedalieri garantiscono un'attività dalla mattina sino al tardo pomeriggio (circa alle 18.30), mentre gli ambulatori territoriali osservano un'apertura prevalentemente mattutina feriali, con attività pomeridiana limitata ad alcune sedi. Generalmente è garantita l'attività anche il sabato mattina, mentre non è prevista attività il sabato pomeriggio e la domenica.

Il piano strategico aziendale è orientato alla realizzazione di un nuovo modello di assistenza territoriale anche attraverso l'apertura delle Case della Salute. La Casa della Salute rappresenta il luogo di regia e risposta per garantire flessibilità organizzativa, assicurare l'efficienza nell'impiego delle risorse e promuovere la centralità della persona assistita, in particolare per l'attività specialistica all'interno dei PDTA.

La Regione Lazio ha un sistema di prenotazione regionale unico per tutte le aziende sanitarie pubbliche (RECUP), gestito in *outsourcing*. Il cittadino, chiamando il RECUP, può prenotare una visita specialistica in qualsiasi struttura pubblica del Lazio. Rimangono alcune problematiche legate alla vetustà dell'applicativo gestionale che non consente facile integrazione con dispositivi esterni (ad es. "totem" per l'accettazione e il pagamento della visita) oltre che per il persistere del mancato inserimento nel circuito RECUP delle strutture accreditate.

Attualmente, le agende di prenotazione stanno subendo importanti rimodulazioni, per la necessità di integrare anche informaticamente le agende della ASL Roma E con quelle del San Filippo Neri e, al contempo, riconfigurarle per livelli di priorità di accesso, secondo le nuove disposizioni regionali. L'Azienda è parte attiva nel tavolo regionale istituito per la predisposizione e successiva implementazione del documento regionale che individua le condizioni patologiche e i segni e sintomi da associare alle diverse classi di priorità secondo la metodologia RAO (Raggruppamento di Attesa Omogenei).

Per ciò che riguarda le liste d'attesa, si esegue un monitoraggio costante: le prestazioni di diagnostica per immagini (ecografia, RMN) e di oculistica sono le prestazioni "critiche" a livello aziendale per lunghi tempi di attesa.

L'ASL Roma E garantisce la possibilità di visualizzare on line i referti di laboratorio nell'ambito di un progetto regionale (progetto ESCAPE).

10.4.2.2 IDI

L'Istituto Dermopatico dell'Immacolata (IDI) è tra le più importanti strutture

ospedaliere europee specializzate nella cura delle malattie dermatologiche, offrendo un'ampia gamma di servizi sanitari e diagnostici anche nelle specialità della Chirurgia plastica, Chirurgia vascolare, Allergologia ed Oncologia. Oltre all'attività ambulatoriale svolge anche attività di degenza, con: 68 PL in ricovero ordinario e 34 PL in ricovero diurno dedicati alle specialità mediche; 35 PL in ricovero ordinario e 10 PL in ricovero diurno dedicati alle specialità chirurgiche.

Divenuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nel 1990, l'IDI è oggi dotato di laboratori di ricerca che contribuiscono al costante miglioramento della qualità dei servizi erogati, grazie alla loro integrazione con le attività cliniche. Per le specifiche caratteristiche di assistenza, didattica e ricerca, è in grado di garantire qualsiasi tipologia di risposta assistenziale direttamente o indirettamente riconducibile a problematiche cliniche di carattere dermatologico.

Nel corso del 2014, l'IDI ha erogato complessivamente 690.703 prestazioni: l'84,48% sono state erogate in convenzione con il SSN, il 15,52% in solvenza e libera professione. Per quanto concerne le specialità, rispetto al totale delle prestazioni erogate, si evidenzia la forte incidenza dell'attività del laboratorio di analisi (63,02%), soprattutto in convenzione con il SSN. Rilevanti, inoltre, i volumi di attività complessivamente erogati nel campo della dermatologia (25,13%). La diagnostica per immagini pesa il 6,73% del totale delle attività ambulatoriali. In termini percentuali, il primo semestre 2015 conferma le proporzioni già osservate nel 2014 per le prestazioni SSN e le attività in solvenza e libera professione (rispettivamente 84,47% e 15,53%).

Attualmente l'istituto conta diversi responsabili delle attività ambulatoriali, in particolare: un dermatologo per chirurgia ambulatoriale; tre direttori di UOC delle divisioni dermatologiche, che gestiscono in maniera congiunta l'organizzazione degli ambulatori; un responsabile infermieristico. Inoltre, i responsabili per la radiodiagnostica sono in comune con l'attività libero professionale. È invece in corso di definizione la configurazione del nuovo assetto, che prevedrà l'affidamento della gestione della piastra ambulatoriale interdipartimentale in capo a un responsabile.

Sistema prodotto/servizio

L'IDI è ritenuto centro d'eccellenza nazionale per la dermatologia con tutte le sue branche sub-specialistiche (melanoma, non-melanoma *skincancer*, malattie rare, psoriasi, vitiligine, cosmetologia) ed è divenuto un importante punto di riferimento per tutto il Centro-Sud Italia.

Tra le attività ambulatoriali si contano più di dieci differenti branche specialistiche, mentre i servizi diagnostici si caratterizzano per l'alto profilo tecnologico e scientifico. I laboratori di analisi, invece, sono destinatari di richieste di esami atti alla conferma delle diagnosi e alla valutazione delle possibilità terapeutiche.

Per quanto concerne le strategie di prodotto per il SSN implementate dall'IDI si segnalano: i) attività che generano significativi flussi di cassa in mercati conso-

lidati e stabili – c.d. *cash cows* – come dermatologia clinica, dermatologia chirurgica, cosmetologia e radiologia; ii) attività che arrivano al pareggio in mercati con bassi tassi di crescita come laboratorio di analisi, chirurgia vascolare, chirurgia vascolare, cardiologia; iii) attività che richiedono investimenti e che, essendo in espansione, hanno la possibilità di crescere significativamente, quali malattie rare, CriPso, *Melanomaunit*, *Breast Unit*, allergologia, dermocosmetologia; e iv) attività che hanno il potenziale per guadagnare importanti quote di mercato, quali medicina personalizzata per patologie dermatologiche e medicina rigenerativa.

L'istituto prevede percorsi formalizzati differenziati per tipologia di patologia (ad es. PDTA per psoriasi, ittiosi congenite, connettiviti indifferenziate, epidermolisi bollose; melanoma unit; percorsi per pazienti oncologici; ambulatorio malattie dermatologiche rare).

Esistono, inoltre, ambulatori differenziati per tipologia di prestazioni quali: ambulatorio pediatrico, epiluminescenza, capillaroscopia e fototerapia ed è in via di definizione l'articolazione di aree ambulatoriali con percorsi distinti tra SSN e libera professione.

Sono previsti PAC oncologici e infusionali in ambito dermatologico in linea con quelli definiti dalla Regione.

Tra i servizi funzionali a elevare il livello di qualità dell'offerta erogata si segnalano: il Desk centralizzato con operatori formati che forniscono informazioni all'utenza; la presenza di bacheche ed espositori nelle sale d'aspetto dei Servizi diagnostici con rassegne stampa e materiale informativo su campagne di prevenzione e sensibilizzazione, messo a disposizione dalla Direzione ospedaliera con l'obiettivo di informare il paziente; il parcheggio utenti; la presenza di Sportello Bancomat; aree di ristoro.

Personale

L'IDI annovera tra i professionisti a propria disposizione 135 medici, di cui il 58.5% in rapporto esclusivo. Ogni ambulatorio è seguito da un medico e, a seconda della specialità, dispone anche di personale infermieristico dedicato e formato. La gestione del personale è predisposta dai direttori di UOC, in base alle diverse linee di attività: ambulatoriali, ricoveri ordinari, diurni. Il turno è di 6 ore e 20 minuti o 12 ore per guardia diurna, notturna e festiva.

Il personale di front-office è organizzato in 9 sportelli dedicati alla dermatologia specialistica, allergologia e chirurgia, 2 alla chirurgia dermatologica, 3 al laboratorio analisi, 1 sportello per ritiro referti, 3 per la radiologia, 1 per il ritiro referti radiologia.

Accessibilità

L'IDI ha una sede centrale a Roma e una seconda struttura a Capranica (Villa Paola). In entrambe le sedi vengono erogate le attività ambulatoriali.

Le strutture sono aperte dal lunedì al venerdì dalle ore 7:00 (solo accettazione) alle ore 18:30 e il Sabato dalle ore 7:00 (solo accettazione) alle ore 14:00. L'attività ambulatoriale SSN di dermatologia viene svolta entro l'arco della mattina con 15 ambulatori che svolgono 25 prestazioni ciascuno. Nel pomeriggio lavorano solo 3 ambulatori dermatologici che svolgono 18 prestazioni ciascuno. Sono altresì disponibili ambulatori dermatologici specialistici di II livello e ambulatori dedicati alla diagnosi e cura degli angiomi e del piede diabetico.

Il paziente ha l'opportunità di prenotare attraverso diverse modalità: on line, telefonicamente attraverso numero verde dedicato, direttamente allo sportello, durante la visita ambulatoriale, utilizzando il servizio SMS (con un recall di conferma dell'appuntamento entro 24 ore dall'inoltro del messaggio). Alle visite prenotate viene generalmente dedicata la prima parte della mattina. Il tempo che il paziente deve attendere tra la prenotazione e la prestazione varia notevolmente in base alla specialità e al regime di erogazione: in alcuni casi, infatti, il tempo d'attesa è minimo e pari a 1-2 giorni (in convenzione SSN: visita chirurgica plastica, visita dermatologica, visita dermatologica per fototerapia). Di gran lunga più elevato è, invece, il tempo d'attesa per gli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA Day Surgery e APA Plastica: rispettivamente 293 e 174 giorni) e per l'Epiluminescenza istituzionale.

Accanto alla prenotazione, è presente un sistema di accesso diretto con impegnativa che storicamente era l'unica modalità di fruizione delle prestazioni ambulatoriali dell'IDI e che è ancora molto radicato nelle abitudini dei fruitori dei servizi dell'IDI. Proprio per tale questione "culturale", oggi l'accesso diretto rimane comunque un canale attivo sebbene accompagnato da tentativi di disincentivare tale pratica a favore dei nuovi sistemi di prenotazione. L'accettazione dei pazienti ad accesso diretto con impegnativa viene aperta alle 7.00 del mattino ma la visita verrà effettuata solo a partire dalla seconda parte della mattina e solo a conclusione delle visite specialistiche prenotate. Inoltre, nel caso in cui il numero di pazienti ad accesso diretto con impegnativa eccedesse quello della capacità produttiva ambulatoriale disponibile nell'arco della mattina (circa 400 visite), viene proposto al paziente di effettuare la visita a pagamento nel pomeriggio a un prezzo prossimo a quello della visita ambulatoriale SSN.

10.4.3 Area provinciale di Cosenza

10.4.3.1 AO Cosenza

L'Azienda ospedaliera di Cosenza è una struttura di ricovero pubblica con due stabilimenti ospedalieri che erogano attività ambulatoriale¹³: l'ospedale Annun-

¹³ L'azienda gestisce inoltre un terzo stabilimento, l'ospedale Mariano Santo, situato alla periferia della città ma attualmente in ristrutturazione, dove è presente l'UOC di radioterapia presso cui vengono erogate prestazioni ambulatoriali esterne.

ziata, con 500 PL, che sconta una poco funzionale struttura a padiglioni ed è situato nella città di Cosenza; l'ospedale Santa Barbara, con 50 PL, situato a Rogliano (circa 20 minuti da Cosenza).

L'azienda effettua prestazioni di specialistica ambulatoriale per pazienti interni ed esterni (quasi 900.000 prestazioni l'anno, di cui circa il 70% sono prestazioni di laboratorio esclusivamente erogate in nome e per conto del SSN). Le prestazioni di specialistica ambulatoriale distintive per l'azienda sono quelle di neurochirurgia, in quanto l'unica azienda sul territorio calabrese ad avere tale specialità, ma anche andrologia, urologia, terapia del dolore, broncologia, pediatria e onco-ematologia, neonatologia. Data la *mission* aziendale, la struttura offre prestazioni di diagnostica strumentale con una specializzazione su attività di secondo livello (ad esempio, radiologia interventistica, cardiologia interventistica, TAC, Risonanza magnetica, ecc.) tali prestazioni corrispondono al 60% del totale dei volumi erogati. L'AO di Cosenza ha una forte mobilità attiva sia provinciale sia dalle altre province calabresi.

Da un punto di vista organizzativo, la piastra ambulatoriale e di diagnostica è gestita dal responsabile sanitario della struttura semplice "CUP, gestione liste di attesa, ticket e poliambulatorio", ruolo ricoperto da una figura medica che dipende gerarchicamente dalla direzione strategica ed è coadiuvato da un collaboratore amministrativo. Tra i compiti oggi assegnati a tale figura si riportano i principali:

- 1 gestione operativa della piastra ambulatoriale, in quanto raccoglie le agende ambulatoriali delle UO e verifica la congruità con il flusso di domanda proveniente dal CUP per rispettare gli indirizzi regionali sulle liste di attesa;
- 2 coordinamento del personale infermieristico dedicato alla piastra e del personale di front office;
- 3 informatizzazione delle agende CUP e Attività in Libera Professione Intramuraria;
- 4 verifica ex ante delle attività che possono essere erogate in regime di Attività in Libera Professione Intramuraria, ovvero quelle garantite anche come attività SSN.

Prodotto/servizio

L'azienda, considerati gli indirizzi regionali di recupero e miglioramento dell'appropriatezza organizzativa (decreto del presidente della giunta regionale 47/2011), ha avviato già a partire dal 2012 l'attivazione di 23 APA – accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (ad esempio, liberazione del tunnel carpale) e 19 PAC – pacchetti ambulatoriali complessi – (ad esempio, visite specialistiche ed esami diagnostici per l'ipertensione).

A queste indicazioni regionali si aggiungono pacchetti definiti dal livello aziendale (ad es. amniocentesi, trattamenti di radioterapia metabolica per ipertiroidismo, chemioterapia, valutazione diagnostica e clinica rino-cito-allergie,

patologie vescicali, ecc.) e percorsi diagnostici codificati (ad es. neoplasie della tiroide, neoplasie epatiche, sindrome di Down, bambino cardiopatico, ecc.) con l'obiettivo di migliorare la presa in carico dei pazienti.

Personale

I medici specialisti che operano negli ambulatori sono tutti dipendenti dalle UO di degenza. Non tutti i medici ospedalieri sono però inseriti nei turni della piastra ambulatoriale SSN, da un lato per carenza di organico nei reparti, dall'altro per motivi di priorità dello svolgimento di attività di ricovero nell'ambito dell'azienda, hub ospedaliero per la provincia di Cosenza.

Il front office e il CUP provinciale sono gestiti in *outsourcing* attraverso una cooperativa e sono comuni anche all'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza: l'AO fornisce il call center che è unico per il CUP provinciale, mentre l'ASP fornisce l'applicativo informatico e il server per la gestione del CUP. Ogni azienda garantisce il pagamento del personale della cooperativa afferente.

Accessibilità

Da un punto di vista logistico, nel presidio cittadino dell'Annunziata, il 90% degli spazi ambulatoriali non sono concentrati in un'unica area, ma rimangono ancora all'interno dei reparti, nonostante il tentativo di concentrazione fisica degli ambulatori. Non ci sono meccanismi di condivisione delle stanze e delle apparecchiature: ogni unità operativa mantiene una propria stanza dedicata, anche allo scopo di avere margini di autonomia nella gestione dell'agenda nelle ore pomeridiane (con accessi non programmati a CUP ma direttamente dallo specialista). Tali ambulatori vengono utilizzati nelle ore pomeridiane per lo svolgimento della libera attività professionale.

Anche il processo di definizione delle agende non è centralizzato: il direttore di UO comunica l'agenda e le fasce orarie di apertura dei propri ambulatori specialistici per il CUP e, sulla base di queste indicazioni, il responsabile della piastra ambulatoriale verifica la congruità con la domanda e le liste d'attesa. Eventuali modifiche devono essere comunicate dal direttore di UO al responsabile della piastra ambulatoriale, che provvede contestualmente a modificare l'agenda o interrompere l'attività.

La piastra ambulatoriale è attiva per le prestazioni SSN dal lunedì al venerdì per l'intera giornata; sabato è aperta dalle 8.30 alle 11.00 solo per alcune tipologie di prestazioni, come ad esempio le mammografie. Nonostante ciò, non sempre gli *slot* ambulatoriali sono occupati per molteplici motivazioni:

- ▶ mancata disponibilità di agenda da parte delle unità operative specialistiche per coprire tutti gli slot di apertura degli ambulatori (poiché le UO sono maggiormente orientate all'attività in degenza);
- ▶ mancanza di una programmazione centralizzata basata su orari e regole comuni;

- presenza di rinunce e alti tassi di caduta della domanda (intorno al 20%, soprattutto per le prestazioni con lunghi tempi di attesa come TAC, Risonanze, Ecocolordoppler, Colonscopia, ecc.).

Per ovviare soprattutto a quest'ultimo problema, l'AO ha introdotto a partire dal 2013 un servizio di gestione del «*drop out*», che è risultato particolarmente efficace. Il servizio consiste nel telefonare ai pazienti che hanno una visita o un esame diagnostico prenotato per la settimana successiva per avere conferma della prestazione; in caso di disdetta si procede a far scorrere la lista di prenotazione chiedendo ai successivi pazienti la disponibilità ad anticipare la prestazione. In precedenza era stato anche introdotto un numero verde per le disdette, ma è tuttora poco utilizzato.

La prenotazione può avvenire: i) attraverso il CUP telefonico provinciale; ii) tramite front-office direttamente nelle strutture; iii) presso le sedi di alcuni Comuni della provincia; iv) presso le farmacie. Tuttavia, non tutte le prestazioni sono prenotabili mediante tutti questi canali, ad esempio le RMN possono essere prenotate dai pazienti solo attraverso il front-office. Al fine di migliorare i livelli di appropriatezza e l'accessibilità due obiettivi principali su cui l'AO vuole puntare sono: a) centralizzare tutte le prestazioni presso il CUP provinciale, comprese le RMN; b) definire delle regole e formare gli operatori di front office e di CUP con l'obiettivo di indirizzare la casistica più complessa e di secondo livello verso l'AO, mantenendo le prestazioni ambulatoriali specialistiche di base presso l'ASL.

Al momento non sono attive modalità di prenotazione, pagamento ticket e refertazione on-line. Infine, presso l'AO sono state introdotte, mediante procedure validate, logiche di accesso diretto per le visite di controllo (follow up) e i PDTA, saltando la lista di attesa e prevedendo la compilazione della richiesta di prenotazione da parte del medico specialista.

10.4.3.2 Biocontrol

Biocontrol è un gruppo sanitario composto da tre aziende private – giuridicamente distinte – che operano in un unico edificio a Cosenza: Biocontrol Check-Up s.r.l., Biocontrol Imaging s.r.l. e Biocontrol Diagnostica Medica s.r.l.. Il gruppo Biocontrol eroga esclusivamente prestazioni ambulatoriali e attrae anche una certa quota di pazienti fuori Regione, provenienti perlopiù dalla bassa Basilicata. Le prime due aziende (Biocontrol Check-Up e Imaging) erogano rispettivamente attività di diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini, e sono accreditate con il SSR. La terza (Biocontrol Diagnostica medica) gestisce la parte di visite ambulatoriali che vengono erogate esclusivamente in regime di solvenza; in particolare, l'attività ambulatoriale specialistica comprende le visite afferenti alle specialità di cardiologia, angiologia, urologia, senologia, dietologia, endocrinologia e neurologia.

L'attività di diagnostica per immagini utilizza diverse tecnologie ed eroga pre-

stazioni con Risonanza Magnetica, TC, MOC, Radiografie, Ecografie e mammografie per un totale di oltre 82.000 prestazioni effettuate nel 2014, di cui circa il 70% erogate in regime SSN.

Il laboratorio di analisi copre l'intero campo della diagnostica di laboratorio ed esegue oltre 640.000 esami l'anno, di cui circa il 50% erogati in regime SSN.

Le prestazioni erogate in regime privato sono quindi una parte elevata di entrambe le branche (30% per la diagnostica per immagini e 50% per il laboratorio). Si tenga conto che in Calabria, per i pazienti non esenti dal pagamento del ticket e in possesso di prescrizione medica, è prevista una quota fissa per ricetta di €1, da aggiungere al ticket sul valore delle prestazioni¹⁴. L'elevato valore del ticket spesso attiva uno spostamento dei volumi da SSN a regime privato: in particolare, qualora l'esame sia routinario e caratterizzato da prezzi bassi in regime di solvenza, si spostano importanti volumi di attività dal regime SSN all'area solvenza; viceversa, laddove aumentano la complessità e il prezzo della prestazione in solvenza, superando il valore del ticket, aumentano i volumi di attività a carico del SSN.

La gestione delle attività ambulatoriali accreditate SSR è affidata a due responsabili di reparto (uno per il laboratorio e uno per la diagnostica per immagini), che programmano settimanalmente le agende. Tra le mansioni loro affidate vi è anche quella di coordinare attività privata e convenzionata: a tal fine sono state predisposte due differenti agende che fanno riferimento ai medesimi spazi fisici. Infatti, in termini di differenziazione tra l'area SSN e l'area a pagamento essa è solo di tipo amministrativo-operativo attraverso la predisposizione di due agende distinte, mentre da un punto di vista logistico non esiste una differenziazione di percorsi e spazi fisici.

Prodotto/servizio

L'azienda si distingue nel territorio provinciale per le competenze sviluppate da alcuni specialistici della diagnostica (in particolare risonanza magnetica, TC ed ecografie pediatriche).

Uno dei punti di forza della Biocontrol è la velocità di refertazione: per gli esami svolti dal laboratorio di analisi il referto viene consegnato in giornata se l'esame è routinario (circa l'80% della casistica), altrimenti entro 24/48 ore; per TAC e RMN è necessario attendere solo qualche giorno.

L'azienda ha sviluppato un programma di Day Service: il paziente che necessita di più esami afferenti a diverse specialità viene preso in carico dalla struttura consentendogli di effettuare tutti gli esami diagnostici e le visite mediche nell'arco della stessa giornata.

¹⁴ Fino al 2011, in Regione Calabria i pazienti erano tenuti al pagamento della prestazione richiesta fino a un massimo di € 45 per ricetta (che può contenere fino a un massimo di 8 prestazioni), ai quali si aggiunge € 1 a ricetta (per un totale di € 46). Il D.L. 98/2011 ha poi stabilito l'introduzione di una quota aggiuntiva per impegnativa di € 10, rispetto a quanto deliberato dalle singole regioni.

Tra i *peripherals* che risultano funzionali a elevare la qualità del servizio offerto ai pazienti, si segnalano il parcheggio interno, percorsi multicolore all'interno dei singoli reparti, la refertazione online anche attraverso un'applicazione *mobile*.

Personale

Il personale di Biocontrol è composto da medici, biologi, tecnici, infermieri e personale amministrativo, per un totale di 62 unità.

I medici che hanno contratti con le tre aziende sono 23: 18 operano in libera professione (di cui 7 medici ecografisti); 3 medici radiologi (incluso il direttore sanitario) sono, invece, dipendenti. Tra i biologi, 1 professionista è dipendente e 4 operano in collaborazione. Per quanto concerne gli infermieri, si contano 2 dipendenti assunte; i ruoli tecnici (laboratorio e radiologia) sono 9, tutti dipendenti.

Per quanto riguarda le figure amministrative, il front-office (accettazione, punto informazione, ritiro referti) conta 15 impiegati dipendenti. Nel back-office lavorano i membri della Direzione Strategica e il Responsabile Marketing.

Accessibilità

La prenotazione delle prestazioni è effettuabile: i) presso la sede della struttura, aperta al mattino e al pomeriggio, con orario continuato, nei giorni feriali e la mattina del sabato; ii) telefonicamente, attraverso un CUP dedicato. Attualmente non è prevista la possibilità di prenotare *on-line*.

I tempi di attesa per ricevere la prestazione in convenzione con il SSN variano molto in base alla specialità: mentre per Radiologia e Laboratorio vi è accesso diretto, per TC, Ecografia e Risonanza Magnetica i tempi di attesa sono più lunghi (rispettivamente 15, 25 e 30 giorni circa).

Nel caso in cui il paziente dovesse disdire la prenotazione, il software aziendale aggiorna automaticamente il calendario; qualora, invece, il paziente non dovesse presentarsi senza dare preavviso, l'*overbooking* che caratterizza molti reparti permette di rispondere adeguatamente alla situazione.

Per quanto riguarda la refertazione, nel caso del laboratorio è gestita anche *on-line*. Attualmente, vi sono alcune iniziative in fase di implementazione:

- ▶ referto e immagini direttamente *on-line*: particolare e innovativo servizio nel campo dell'imaging, volto a rendere accessibile anche *on-line* le immagini prodotte che oggi vengono messe a disposizione dei pazienti esclusivamente attraverso *CD-rom*;
- ▶ refertazione a distanza, in collaborazione con specialisti fuori Regione;

È stata recentemente attivata la firma grafometrica con relativa archiviazione *paperless*.

Comunicazione

Ampiamente utilizzata è la leva della comunicazione, in quanto già da 15 anni la struttura ha introdotto la figura del responsabile marketing che si occupa di promuovere le attività del gruppo attraverso la pianificazione di apposite strategie di comunicazione. Tra gli strumenti utilizzati:

- ▶ il sito internet (curato e gestito internamente);
- ▶ i monitor installati nelle sale d'attesa che promuovono le attività sanitarie erogate dalla struttura;
- ▶ materiale informativo cartaceo disponibile presso la sede di Biocontrol;
- ▶ il presidio dei social network, in particolare Facebook, in quanto ritenuto essenziale per la diffusione di informazioni in merito a campagne di salute, nuovi servizi e iniziative rivolti ai cittadini-utenti.

10.5 I casi aziendali a confronto

I casi aziendali sono messi a confronto in questo paragrafo sulla base di diverse variabili (rappresentata in Tabella 10.8): i) la struttura organizzativa e le responsabilità sulla gestione della piastra ambulatoriale; ii) le politiche di prodotto/servizio adottate dall'azienda; iii) la tipologia e gli aspetti contrattuali relativi al personale; iv) le scelte relative all'accessibilità; v) l'utilizzo della leva della comunicazione.

In primo luogo, la struttura organizzativa relativa alle responsabilità sulla piastra *outpatient* è molto differenziata. Due aziende presentano un responsabile unico della piastra (ICP e AO di Cosenza), sebbene con compiti molto diversi in materia di gestione delle agende ambulatoriali (responsabilità centralizzata nel caso dell'ICP, agende gestite dalle singole UO nel caso dell'AO di Cosenza). CDI e Biocontrol hanno, invece, responsabili per ognuno dei segmenti di attività svolta (laboratorio, imaging e specialistica); tuttavia, nel caso del CDI la gestione delle agende è centralizzata in un'altra struttura "Pianificazione, Controllo Servizi e Sviluppo Sedi esterne". IDI e ASL Roma E presentano invece forme più diffuse di responsabilità sulla piastra ambulatoriale e sulle relative agende.

Per quanto riguarda le politiche di prodotto/servizio, gli indirizzi regionali in materia di PAC sono seguiti da ASL Roma E, IDI e AO di Cosenza; le iniziative aziendali sull'applicazione di PAC sono diverse, ma le più strutturate sembrano essere quelle dell'AO di Cosenza e dell'IDI. In generale, il differente grado di applicazione di PAC/MAC è spiegabile con il fatto che questi pacchetti hanno avuto, fino a oggi, maggiore sviluppo in ambito ospedaliero. Inoltre, si segnala una forte diversificazione tra le aziende rispetto alla percentuale di attività svolta in SSN e in libera professione e solvenza: le aziende sanitarie private accreditate, ad eccezione dell'IDI, svolgono larga parte della loro attività in solvenza, mentre le pubbliche indagate sembrano avere una minore incidenza di questa parte di attività.

In relazione alla leva del personale, diverse sono le tipologie contrattuali adottate sia per i medici sia per il *front office* amministrativo. Per il personale medico vi è una rilevante eterogeneità: nel pubblico, dalla prevalenza di personale summaista per ICP, alla combinazione di personale summaista e dipendente per l'ASL Roma E, a personale esclusivamente dipendente per l'AO di Cosenza; per le strutture private accreditate, da personale prevalentemente in libera professione (CDI e Biocontrol) a personale medico dipendente all'IDI. Il personale amministrativo di *front-office* è dipendente nelle aziende private accreditate, mentre nel pubblico – probabilmente a causa del blocco del turn over – prevalgono forme di *outsourcing*. In generale, si riscontra che nel pubblico il rapporto tra medico e unità di personale amministrativo è di 1:1, mentre nel caso del privato ad ogni operatore amministrativo è associato un numero maggiore di medici. Perciò, nelle aziende sanitarie pubbliche potrebbero essere recuperabili maggiori margini di efficienza nella gestione del personale amministrativo.

Per ciò che concerne l'accessibilità, la prassi dell'apertura il pomeriggio e il sabato mattina si sta ormai diffondendo, sebbene con gradi di strutturazione e programmazione differenti. Solo nell'esperienza dell'area metropolitana milanese si riscontra l'avvio di una programmazione delle attività ambulatoriali nelle ore serali. L'accesso diretto è praticato in modo funzionale e positivo nell'esperienza dell'ICP, sebbene una maggior conoscenza di questo servizio da parte della popolazione potrebbe comportare un afflusso massiccio di pazienti (che altrimenti andrebbero al pronto soccorso con attribuzione di codice bianco o verde) che, a quel punto, potrebbe mettere in crisi il sistema adottato. Le modalità di prenotazione sono diversificate, poco utilizzato il canale internet. In alcuni casi, alcune prestazioni non sono prenotabili tramite CUP telefonico ma esclusivamente in struttura (ad es. le RMN all'AO di Cosenza), creando disagi ai pazienti e rallentando i flussi. Sistemi di gestione del “drop out” su iniziativa aziendale sono stati sviluppati, in particolare, da AO di Cosenza e CDI. Da un punto di vista logistico, sta emergendo la necessità di organizzare le sedi fisiche per tipologie di flussi di pazienti – programmati o ad accesso diretto – (ICP), per fasi del percorso (ad esempio, accettazione per regime di erogazione della prestazione SSN o solventi al CDI) per rendere più fluidi i percorsi fisici dei pazienti. In alcune realtà sono attuate delle suddivisioni dei percorsi per specialità sin dallo sportello amministrativo (IDI); questa soluzione è attuabile solo quando è presente un'elevata specializzazione accompagnata da elevati volumi di pazienti, da analizzare in termini di flussi di attraversamento della piastra. Per quanto riguarda le sedi, solo Biocontrol prevede un unico edificio nel quale vengono erogate le prestazioni, mentre le altre aziende sono più diffuse sul territorio a seconda della *mission* e dei bacini di utenza.

Dal punto di vista della comunicazione, le aziende private accreditate mostrano una maggiore propensione ad investire in canali di comunicazione social (ad

Tabella 10.8 **Quadro sinottico**

| | AOICP | CDI | ASL Roma E | IDI | AO Cosenza | B Iocontrol |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RESPONSABILITÀ GESTIONE PIASTRA OUTPATIENT | <p>– Direzione medica del presidio territoriale dei poliambulatori (SOC) a cui afferiscono 3 SOS e 4 direzioni territoriali relative ai 4 poliambulatori più grandi.</p> <p>– Gestione centralizzata delle agende in capo all'unità "Pianificazione. Controllo Servizi e Sviluppo sedi esterne" (al momento per tre sedi).</p> | <p>– Responsabili di unità produttiva (Diagnostica. Poliambulatorio) che indicano gli indirizzi per la formazione delle agende.</p> <p>– Gestione centralizzata delle agende in capo all'unità "Pianificazione. Controllo Servizi e Sviluppo sedi esterne" (al momento per tre sedi).</p> | <p>– Non esistono responsabilità gerarchiche strutturate.</p> | <p>– Responsabilità diffusa: un dermatologo per chirurgia ambulatoriale; tre direttori di UOC che gestiscono in maniera congiunta l'organizzazione e le agende degli ambulatori specialistici.</p> | <p>– Responsabile medico SOS "CUP, gestione liste di attesa, ticket e poliambulatorio"</p> <p>– Gestione delle agende de-centralizzate e definite dalle singole UO con controllo da parte del responsabile medico SOS.</p> | <p>– Responsabile di unità produttiva (Diagnostica per immagini) che gestisce le agende tra SSN e solvenza.</p> |
| INTRODUZIONE PACCHETTI REGIONALI E PERCORSI AZIENDALI | <p>Iniziativa aziendale: Sperimentazione di politiche di segmentazione dei percorsi dei pazienti cronici e progettazione di modelli di Day Service</p> | <p>Iniziativa aziendale: sono in corso cantieri d'innovazione gestionali finalizzati alla segmentazione della domanda tramite profilatura con sistemi di CRM</p> | <p>Indirizzi regionali dal 2006 attivazione di PAC e APA ospedaliери, dal 2014 applicazione PAC sulle sedi territoriali</p> | <p>Indirizzi regionali: attivazione di PAC regionali;</p> <p>– Iniziativa aziendale: percorsi aziendali differenziati per tipologia di patologia</p> | <p>– Indirizzi regionali: attivazione di 23 APA e 19 PAC</p> <p>– Iniziative aziendali: percorsi per tipologia di trattamento/procedura diagnostica</p> | <p>Iniziativa aziendali e di attivazione Day Service</p> |
| ASPETTI CONTRATTUALI PERSONALE SANITARIO MEDICO | <p>Prevalenza summaisti con background ospedaliero</p> | <p>Prevalenza libero professionisti</p> | <p>Summaisti (medici delle sedi territoriali) e dipendenti (medici ospedalieri)</p> | <p>Prevalenza dipendenti</p> | <p>Dipendenti delle UO di degenza</p> | <p>Medici Radiologi dipendenti</p> |
| ASPETTI CONTRATTUALI PERSONALE DI FRONT-OFFICE | <p>Dipendenti e interinali</p> | <p>Prevalenza dipendenti</p> | <p>Front-office con personale esterno, tranne al S. Filippo dove sono dipendenti</p> | <p>Prevalenza dipendenti</p> | <p>Front-office esterno (condizione del personale della cooperativa con ASP)</p> | <p>Dipendenti</p> |
| CAPILLARITÀ SUL TERRITORIO | <p>Sedi multiple (molto diffuse)</p> | <p>Sedi multiple (molto diffuse)</p> | <p>Sedi multiple (molto diffuse)</p> | <p>Sede prevalente per le attività ambulatoriali</p> | <p>Sede prevalente per le attività ambulatoriali</p> | <p>Sede unica</p> |
| OPARI/APERTURA SERALE | <p>– Orari dal lunedì al venerdì: 8:00-18:30 in tutte le sedi;</p> <p>– Apertura serale fino alle 21:00 in Doria e alle 24:00 in Ruggabella</p> | <p>Orari di apertura dal lunedì al venerdì: 8:00-20:00</p> | <p>– Ambulatori ospedalieri: dal lunedì al venerdì (mattina e pomeriggio)</p> <p>– Ambulatori territoriali: generalmente solo la mattina</p> | <p>Orari dal lunedì al venerdì: 7:00 (solo accettazione)-18:30</p> <p>Il numero degli ambulatori aperti nelle ore pomeridiane è estremamente ridotto</p> | <p>Orari dal lunedì al venerdì: 8:30-18:30</p> | <p>Orari dal lunedì al venerdì: 8:30-18:30</p> |
| OPARI DI APERTURA WEEK-END (ed esclusione branca di laboratorio) | <p>Sabato 8:00-12:00 (tutte le sedi) e domenica mattina (Ruggabella)</p> | <p>Sabato mattina: 8:00-12:00 (tutte le sedi) e 8:00-18:00 (una sede)</p> | <p>Apertura prevista solo per alcune sedi: Sabato 8:00-12:00</p> | <p>Apertura prevista solo per alcuni ambulatori: Sabato 8:00-14:00</p> | <p>Apertura prevista solo per alcune tipologie di prestazioni: Sabato 8:00-11:00</p> | <p>Sabato 8:00-13:00</p> |

| | AO/ICP | CDI | ASL Roma E | IDI | AO Cosenza | B Iocentro |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRENOTAZIONE | Call Center CUP Sanità Milano Front-office presso la struttura Medico specialista dell'azienda per i follow up | Call center aziendale Front-office presso la struttura Call back on line (in corso di attivazione) | Call center regionale RECLUP Front-office presso la struttura | Call center aziendale Front-office presso la struttura On-line Tramite SMS | CUP provinciale Front-office presso la struttura (unica opzione in caso di RMN) Sedi di Comuni Farmacie territoriali | Call center aziendale Front-office presso la struttura |
| ACCESSO DIRETTO | Ambulatorio ad accesso diretto senza impegnativa e Guardia medica EXPO con ambulatori specialistici "Just in time" (Rugabellà) | Ambulatorio ad accesso diretto senza impegnativa e Guardia medica EXPO con ambulatori specialistici "Just in time" (Rugabellà) | | Accesso diretto con impegnativa all'apertura dell'accettazione (ore 7:00) | In corso di attivazione per gli slot ambulatoriali del pomeriggio | |
| SISTEMI DI GESTIONE "DROP OUT" | Sistema remind tramite SMS del CUP Sanità Milano | Sistema remind tramite SMS del Call center aziendale (48 ore prima dell'appuntamento sms di conferma) | | | Recall telefonico da parte della struttura una settimana prima dell'appuntamento | Overbooking su alcune specialità |
| SISTEMI DI SEPARAZIONE DI PERCORSI FISICI DEI PAZIENTI | Distinzione flussi ad accesso diretto (AAD e ambulatorio Just in time) e flussi pazienti prenotati | Per l'area accettazione in una sede: distinzione luoghi fisici per flussi di pazienti SSN e pazienti solventi | | Distinzione di fasce orarie: pazienti prenotati ad accesso diretto e pazienti solventi | | |
| Comunicazione | | | | | | |
| POLITICHE DI COMUNICAZIONE | Adozione di strumenti di comunicazione tradizionali (sito, comunicati stampa, cartellonistica ecc.) | In aggiunta agli strumenti tradizionali, newsletter e social network (in corso di attivazione) | Adozione di strumenti di comunicazione tradizionali (sito, comunicati stampa, cartellonistica ecc.) | Adozione di strumenti di comunicazione tradizionali (sito, comunicati stampa, cartellonistica ecc.) | Adozione di strumenti di comunicazione tradizionali (sito, comunicati stampa, cartellonistica ecc.) | In aggiunta agli strumenti tradizionali, investimento dell'attività di comunicazione attiva attraverso i social network (ad esempio Facebook ecc.). |

esempio, Facebook). Si segnala l'investimento del CDI in sistemi di segmentazione della domanda, attraverso metodi quali georeferenziazione e CRM.

10.6 Conclusioni

Le aziende, oggi, sono chiamate ad avere una visione strategica della piastra ambulatoriale in relazione alle richieste derivanti dall'ambiente di riferimento: da un lato, esigenze di efficienza nell'utilizzo delle risorse richiedono uno spostamento dell'attività specialistica e terapeutica da regime di ricovero ordinario a regimi a minor consumo di risorse come quello ambulatoriale, stante le possibilità tecniche e tecnologiche di questo passaggio; dall'altro, la medicina per *imaging* e quella di laboratorio offrono ulteriori possibilità diagnostiche che arricchiscono l'offerta di prestazioni.

Il tema dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali è, inoltre, sempre più rilevante nelle politiche sanitarie regionali. Ad esempio, tra gli obiettivi dei DG della regione Emilia Romagna è centrale la messa in campo di soluzioni clinico-organizzative efficaci per le prestazioni ambulatoriali «finalizzate a: il miglioramento dei tempi d'attesa delle prestazioni offerte; lo sviluppo del *Day Service* ambulatoriale; il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa per la specialistica; il miglioramento del ciclo di prescrizioni e prenotazione dei controlli con interventi tesi a facilitare il percorso dei cittadini; la corretta gestione delle agende di prenotazione».

A fronte di queste richieste e delle nuove opportunità che si pongono dinanzi alle aziende, questo lavoro di ricerca si è proposto di effettuare una prima indagine sulle strategie di posizionamento dei servizi per gli *outpatient* in sei realtà aziendali molto diversificate. Questa prima analisi denota una forte eterogeneità dei modelli di funzionamento, organizzativi e operativi adottati dalle diverse aziende. Tuttavia, tutte le aziende oggetto di indagine stanno cercando – pur partendo da livelli diversi dovuti anche alla storia passata delle stesse – di migliorare il percorso del paziente ambulatoriale e la gestione degli asset produttivi attraverso la sperimentazione di pratiche gestionali innovative. Sinora, la parte ambulatoriale è stata vista come la “cenerentola” dell'attività di erogazione di servizi a domanda individuale delle Aziende Sanitarie. Questa situazione si evidenzia soprattutto in aziende dove le agende ambulatoriali vengono programmate autonomamente dalle singole Unità Operative che tendono, generalmente, a tralasciare l'attività ambulatoriale in favore di quella svolta nei reparti di degenza e in sala operatoria. Il rischio maggiore è quello di una balcanizzazione organizzativa nella gestione di un'area, quella ambulatoriale, sempre più strategica per le aziende sanitarie e destinata a divenire una percentuale molto rilevante dell'intera produzione aziendale.

Un primo meccanismo di miglioramento della gestione della piattaforma am-

bulatoriale può essere rappresentato dall'istituzione di un *operations manager* per le attività specialistiche ambulatoriali, ossia un responsabile unico con il compito di programmare le agende ambulatoriali delle UO e definire delle regole di programmazione allo scopo di una migliore condivisione delle risorse e degli spazi, oltre all'obiettivo di rendere più fluidi i percorsi dei pazienti e di gestire le liste d'attesa tra ospedale e poliambulatori territoriali. In quest'ottica, tutti i medici delle strutture ospedaliere devono garantire l'attività ambulatoriale con le regole e negli slot definiti dalla programmazione aziendale; in questo caso, la gestione delle agende è centralizzata e non lasciata alla disponibilità dei singoli professionisti. Inoltre, è particolarmente rilevante rendere espliciti e operativi, come nell'esperienza dell'ASL Roma E, anche i criteri per dare un ordine di priorità nell'accesso alle prestazioni da parte degli utenti.

Altra questione critica per l'attività ambulatoriale è la gestione delle competenze dei medici che eseguono le visite specialistiche. Se da un lato, l'ospedale è il luogo dove i saperi specialistici maggiormente si mantengono e si sviluppano all'interno delle équipes mediche, dall'altro si ravvede la necessità di trasmettere – con vari meccanismi – questo sapere specialistico nella pratica clinica all'esterno dell'ospedale che, nella maggior parte dei casi, è costituita da attività di carattere ambulatoriale diffusa in sedi territoriali. Alcune aziende con una rilevante attività poliambulatoriale territoriale, come ICP, tendono a “convenzionare” professionisti con background ospedaliero; mentre l'osmosi con il territorio è quasi inesistente nel caso dell'esperienza dei professionisti ospedalieri di altre aziende. Altre soluzioni adottate nelle ASL italiane vanno verso la promozione dello spostamento delle équipes mediche ospedaliere nelle Case della Salute per effettuare attività ambulatoriale (c.d. tribù nomadi) oppure, ma meno frequentemente, un avvicinamento dei professionisti a convenzione (“sumaisti”) ai reparti ospedalieri.

Il professionista ospedaliero è quindi, per molte aziende sanitarie, la chiave di volta delle politiche che riguardano il settore ambulatoriale, sia per l'ottimizzazione dei flussi dei pazienti ambulatoriali tramite la messa in comune degli spazi e delle agende, sia per le competenze e i saperi specialistici di cui è portatore. Un secondo ambito di intervento delle aziende, quindi, deve essere necessariamente di carattere culturale, per far comprendere ai professionisti – soprattutto ospedalieri – l'importanza del settore ambulatoriale nel futuro dell'erogazione di servizi sanitari e nella funzione di *gate* di accesso o di filtro.

Dal punto di vista dello sviluppo della leva di prodotto/servizio, è necessario che le aziende investano maggiormente nella definizione di percorsi differenziati per i pazienti con caratteristiche segmentabili e nello sviluppo quantitativo di PAC/MAC non solo in ospedale, ma anche sul territorio.

Rispetto, invece, la leva dell'accessibilità sembra ormai indispensabile definire dei sistemi di prenotazione delle visite centralizzati e unici per l'azienda che, nel caso delle aziende pubbliche, rientrano nei sistemi CUP provinciali o regionali.

Tutte le prestazioni specialistiche – senza eccezioni – dovrebbero rientrare a CUP incoraggiando, inoltre, la prenotazione via telefono o *on line* più che attraverso il *front office*. I *follow up* potrebbero, invece, essere prenotati in back office direttamente dai professionisti, riservando degli slot specifici, in modo da rendere più scorrevoli i percorsi dei pazienti dopo il primo accesso. Le liste d'attesa dovrebbero essere gestite con meccanismi trasparenti, in modo da orientare il paziente *ex ante* verso SSN o la libera professione; in ogni caso, sistemi di gestione del *drop out* possono essere degli utili strumenti che garantiscono una maggiore pulizia delle liste SSN. Per quanto riguarda, invece, la concentrazione dell'erogazione delle attività ambulatoriali presso poche sedi, se anche è opportuna dal punto di vista dell'efficienza nell'utilizzo delle piastre ambulatoriali e la condivisione di saperi tra i professionisti, non è una soluzione sempre praticabile: nel caso delle aziende sanitarie pubbliche, per questioni di equità dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali poiché è richiesto uno spostamento dei pazienti; nel caso delle aziende sanitarie private sembra invece essere più conveniente una maggiore diffusione territoriale su sedi anche piccole per strategie di espansione su mercati più vasti (anche cittadini). La concentrazione rimane particolarmente rilevante per le tecnologie della diagnostica per immagini e per il laboratorio analisi (che, comunque, deve prevedere punti prelievo diffusi sul territorio).

Una rilevante questione rispetto alla leva del personale è il rapporto tra tempo e attenzione dedicata dai professionisti verso l'attività in libera professione rispetto a quella convenzionata SSN, su cui questo lavoro di ricerca non si è soffermato ma che è oggetto del capitolo 9 del presente rapporto.

Inoltre, le aziende hanno la necessità di costruire degli strumenti gestionali adeguati per la programmazione e il monitoraggio delle attività ambulatoriali. In generale – tranne alcune interessanti eccezioni – si riscontra un utilizzo dei flussi informativi ambulatoriali prevalentemente con il fine di rispondere al debito informativo nei confronti della Regione e non un uso a fini di controllo strategico e direzionale di questi dati. La cultura dell'utilizzo dei dati di attività ambulatoriali è molto in ritardo rispetto a quanto accaduto per l'ambito ospedaliero con le SDO. Gli stessi enti regionali e ministeriali non hanno contribuito, fino ad oggi, a rendere noti questi dati a causa di problemi oggettivi nella confrontabilità dei nomenclatori regionali. Il *benchmarking* sui dati e indicatori ambulatoriali, invece, potrebbe costituire – una volta stabiliti cluster di aziende simili – un veicolo per il miglioramento dei livelli di efficienza e di efficacia dei servizi per gli *outpatient*, così come è stato per le attività di ricovero ospedaliero nel corso degli ultimi 15 anni grazie ai flussi SDO.

Infine, il confrontare le esperienze aziendali sulla gestione dei percorsi ambulatoriali, come già successo per le altre piattaforme di *asset* produttivi aziendali in passato (degenze, sale operatorie, pronto soccorso, ecc.), può essere particolarmente utile per conoscere *best practices* da applicare al proprio contesto aziendale.

Bibliografia

- Assobiomedica (2014), «La remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale».
- Borgonovi E., Fattore G. e Longo F. (2014), *Management per le istituzioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Carbone C., Cislighi C., Giuliani F. e 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
- Camilleri E. e Van Der Heijden B.I. (2007), «Organizational commitment, public service motivation and performance within the public sector», *Public Performance and Management Review*, 31(2), 241-274
- Fosti G. e Longo F. (2013), «Chi viene selezionato dalle reti? Le leve di service management in ambito sociale e socio-sanitario», in G. Fosti (a cura di), *Rilanciare il welfare locale*, Milano, Egea
- Gronroos C. (2000), *Service management and marketing*, Jhon Wiley, Chichester
- Ramdas K., Teisberg E., Tucker A. (2012), «4 ways to reinvent service delivery. How to create more value for money for your customer and you», *Harward Business Review*, 98-106
- Schein E. H. (2006), *Organizational culture and leadership*, (Vol. 356), Jossey-bass
- Swartz T. A, Iacobucci D., (2000), *The handbook of services marketing and management*, London, Sage Publications

Appendice

| Regione | Riferimento normativo |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PIEMONTE | D.G.R. 33-5087/2012 "Organizzazione delle attività di Chemioterapia e revisione del relativo riconoscimento tariffario". Modificazioni alle deliberazioni regionali D.G.R. 73 – 13176 del 26.07. 2004, D.G.R. 4-2495 del 3 agosto 2011 e D.G.R. 42-941 del 3.11.2010. |
| VALLE D'AOSTA | D.G.R. 62 del 2015 "Aggiornamento, a decorrere dal 1° marzo 2015, del tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, approvato con deliberazione della giunta regionale n. 1452 del 19 maggio 2006 e successive modificazioni." |
| LOMBARDIA | D.G.R. 2946/2012 Precisazioni in ordine alla dgr n. ix/2633 del 06 dicembre 2011 "determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012"; D.G.R. 1962/2011 "Approvazione dei requisiti autorizzativi relativi alla "macroattività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale", ai sensi della D.G.R. n. IX/1479 del 2011, e all'attività di emodinamica" |
| VENETO | DGR 1079 del 17 aprile 2007 "Day Service Ambulatoriale: modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata." DGR n.2812 del 11 settembre 2007 "Inserimento del Day Service Ambulatoriale nei livelli essenziali di assistenza." Integrazione della DGR n. 492 dell'8 marzo 2002 e della DGR n. 2227 del 9 agosto 2002 |
| LIGURIA | DGR 1097/2001 "Regolamento dell'attività di Day Surgery in Regione Liguria"; D.G.R. 1795 del 30 dicembre 2005 "Pacchetti Ambulatoriali Complessi: Riconversione al livello Ambulatoriale di alcuni DRG ad Elevato rischio di inappropriatelyzza". D.G.R.L. 20 del 07/07/2006 "Piano di riorganizzazione della rete regionale di cura e di assistenza – linee di indirizzo, criteri modalità e termini di realizzazione". |
| EMILIA ROMAGNA | Circolare regionale n. 8 del 30 aprile 2004 "Linee guida per un nuovo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata (Day Service Ambulatoriale: DSA); D.G.R. Emilia Romagna. N° 2142/2000 "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali"; DGR 1658/2009 "Indicazioni generali alle Aziende Sanitarie per l'attivazione, l'organizzazione ed il funzionamento delle attività di Day Service Ambulatoriale (DSA)" |
| TOSCANA | Allegato alla D.G.R. 723/2011 "Procedure per l'applicazione della DGRT 722 del 4 agosto 2011. Approvazione dell'adeguamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di diagnostica strumentale e di laboratorio" |
| MARCHE | "Linee guida per l'attivazione e gestione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi", aggiornate al 03/06/2004 |
| LAZIO | D.C.A. 1/2010 "Appropriatezza organizzativa e qualificazione dell'assistenza ambulatoriale: Introduzione di ulteriori pacchetti ambulatoriali complessi (PAC). Prestazioni e accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA)"; D.G.R. 114/2008 "Ricognizione del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni Ambulatoriali erogabili nell'ambito del SSR e relative tariffe in esecuzione della sentenza del TAR Lazio n.12623/07"; D.C.A. 155/14 "Criteri per l'erogazione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) in strutture ambulatoriali extraospedaliere. Introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) sia in strutture ospedaliere e extraospedaliere". |
| ABRUZZO | L.R. N° 20 del 23 giugno 2006 "Misure per il settore sanità relative al funzionamento delle strutture sanitarie ed all'utilizzo appropriato dei regimi assistenziali del macrolivello ospedaliero e territoriale e per la loro regolazione"; DGR n.659 del 9 luglio 2008: stabilite tariffe specifiche per singoli Pacchetti Ambulatoriali Complessi; Con il D.C.A. n. 19 del 2014: trasferimento in regime ambulatoriale delle terapie oncologiche e oncoematologiche (DRG 410) |

| Regione | Riferimento normativo |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MOLISE | Decreto Commissariale n.06 del 09 dicembre 2009; D.C.A. 37/2013: si prevede la futura emanazione di decreti per disciplinare l'erogazione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali diagnostiche. |
| CAMPANIA | D.G.R. 88/2011 Modifiche ed integrazioni al decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011 recante "Procedura prescrittiva ed erogativa delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici: definizione profili riabilitativi. Modifiche ed integrazioni al decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro del settore sanitario n. 32 del 22 giugno 2010"; D.G.R. n. 102/2009 "Modello organizzativo del day-service (DGRC 546/2007): ulteriori indicazioni sulle modalità operative di erogazione del day-service e sulle modalità di remunerazione; definizioni di specifici Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) e relativi flussi informativi"; D.C.A. n. 53/2013 "Tariffe delle prestazioni di emodialisi ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate – Precisazioni ed integrazioni al decreto commissariale n. 32/2013". |
| PUGLIA | D.G.R. 433/2011 Nuovo modello organizzativo "Day Service" (DGR n. 35 del 27/01/2009 e smi) – Definizione percorsi assistenziali: chirurgia ambulatoriale cataratta e tunnel carpale, follow-up diabete e ipertensione; D.G.R. 2863/2011 Nuovo modello organizzativo "Day Service" (DGR n. 35 del 27.01.2009 e smi) prestazioni di chirurgia ambulatoriale (PCA) – integrazione e modifica nomenclatore tariffario regionale; D.G.R. 1202/2014 Modifica e integrazione Day Service (dd.gg. n. 433/2011 e 2863/2011) e modifica nomenclatore tariffario regionale (dgr n. 951/2013 e s.m.i.). |
| CALABRIA | Decreto Presidente Giunta Regionale n.47 del 21 Giugno 2011 "Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, definizione e tariffazione di accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA), di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) e di prestazioni semplici." DCA n.59 del 2015 "Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, definizione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) per Chemioterapia e Litotrissia. |
| SICILIA | D.A. 11 maggio 2009 n.875 "Indirizzi per l'attuazione del Day Service nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e definizione delle tariffe delle prestazioni."; D.A. N°954 del 2013 "criteri di abbattimento dei DRG a rischio di inappropriata e definizione delle relative tariffe per l'erogazione in Day Service". (Suppl.Ord. alla GURS n.25 del 31/05/2013); INDICAZIONI PER L'APPLICAZIONE del D.A. n° 954 del 2013– Prot./Area Interd.4/n.50376 del 13 giugno 2013; D.A. N° 2533 2013 "modifiche ed integrazioni del Decreto n.954 del 17/05/2013: criteri di abbattimento dei DRG a rischio di inappropriata e definizione delle relative tariffe per l'erogazione in Day Service" (GURS n.3 del 17/01/2014). |
| SARDEGNA | D.G.R. 41/29 del 2008 "Disposizioni attuative del DPCM 5 marzo 2007, recante aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. Modifiche al nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale"; D.G.R. 47/41 del 2010 "Provvedimenti attuativi della L.R. n. 10/2006. Definizione del fabbisogno sulle prestazioni ambulatoriali nella Regione Sardegna. Procedure per il rilascio del parere di compatibilità e funzionalità. Approvazione Definitiva" |