



**UNIVERSITÀ  
DI PAVIA**

**Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali Corso  
di Laurea magistrale in Economia e Legislazione  
d'Impresa: Governance, Controllo e Revisione**

---

**Innovazione ed efficienza alla Fondazione IRCCS  
Mondino: ottimizzazione dei processi di front e back  
office**

**Relatore:**

**Chiar.mo Prof. Pietro Previtali**

**Tesi di Laurea  
di Luigi Mazzardo  
Matr. n. 523163**

**Anno Accademico 2023-2024**



## **Abstract**

Questa tesi incentra il suo interesse principalmente sull'ottimizzazione dei processi organizzativi presso la Fondazione IRCCS Mondino, con un focus specifico sui servizi di prenotazione e accettazione. L'obiettivo principale è un'analisi approfondita su come l'efficientamento di questi processi possa migliorare l'esperienza del paziente, riducendo i tempi di attesa e aumentando la soddisfazione complessiva. Lo studio si basa su un approccio qualitativo e quantitativo, basato su osservazioni partecipate, non partecipate e interviste semi-strutturate con il personale dell'istituto, utilizzando un caso studio.

Da questa analisi scaturisce che l'introduzione di tecnologie gestionali innovative e l'adozione di pratiche organizzative avanzate possono non solo migliorare l'efficienza operativa, ma anche avere un impatto significativo sulla percezione del servizio da parte dei pazienti. In particolare, l'ottimizzazione dei processi di front e back office ha dimostrato di essere un fattore chiave per elevare la qualità del *patient journey*.

Questa ricerca contribuisce alla letteratura esistente sull'organizzazione dei servizi sanitari, offrendo nuove prospettive su come le strutture ospedaliere possano adottare strategie mirate per migliorare l'efficacia delle loro operazioni e, di conseguenza, la qualità delle cure offerte. Le conclusioni sottolineano l'importanza di un approccio integrato che consideri sia l'innovazione tecnologica che la centralità del paziente e dei dipendenti come leve strategiche per il miglioramento continuo.

## **Abstract**

This thesis focuses mainly on the optimization of organizational processes at the Fondazione IRCCS Mondino, with a specific focus on booking and admission services. The main objective is an in-depth analysis of how the efficiency of these processes can improve the patient experience, reducing waiting times and increasing overall satisfaction. The study is based on a qualitative and quantitative approach, based on participatory, non-participatory observations and semi-structured interviews with institution staff, using a case study.

From this analysis, it emerges that the introduction of innovative management technologies and the adoption of advanced organizational practices can not only improve operational efficiency, but also have a significant impact on patients' perception of the service. In particular, the optimization of front and back office processes has proven to be a key factor in elevating the quality of the patient journey.

This research contributes to the existing literature on the organization of healthcare services, offering new perspectives on how hospitals can adopt targeted strategies to enhance the effectiveness of their operations and, consequently, the quality of care provided. The conclusions emphasize the importance of an integrated approach that considers both technological innovation and the centrality of patients and employees as strategic levers for continuous improvement.

## INDICE

<b>1. INTRODUZIONE</b> .....	6
<b>2. STATO DELL'ARTE</b> .....	9
2.1 Il servizio Sanitario Nazionale (SSN) .....	10
2.2 Le organizzazioni sanitarie.....	12
2.2.1 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).....	19
2.2.2 Finanziamento degli IRCCS .....	25
2.3 IRCCS Mondino .....	35
2.3.1 Organizzazione e Governance IRCCS Mondino .....	39
2.4 Gestione manageriale e <i>leadership</i> nelle organizzazioni sanitarie .....	47
2.5 Approcci innovativi nella gestione delle organizzazioni sanitarie .....	53
2.6 Gestione delle liste d'attesa e <i>patient journey</i> .....	64
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	76
3.1 Obiettivi della ricerca .....	76
3.2 Metodo di ricerca.....	79
3.3 Raccolta di dati .....	82
3.3.1 Raccolta dati primaria: osservazioni partecipate e non partecipate.....	83
3.3.2 Raccolta dati secondaria: report interni .....	85
3.4 Analisi dei dati.....	86
3.5 Qualità della ricerca.....	87
<b>4. RISULTATI</b> .....	91
4.1 Osservazione non partecipata .....	91
4.2 Osservazione partecipata .....	96
4.3 Analisi quantitativa.....	101
4.3.1 Distribuzione pazienti per genere e provenienza.....	101
4.3.2 Tipologia di contratto delle prestazioni .....	105
4.3.3 Analisi indicatori di andamento.....	111
4.3.4 Analisi tempi di attesa e di servizio in accettazione .....	113
4.3.5 Composizione personale front office.....	120
4.4 Discussione.....	122
<b>5. CONCLUSIONI</b> .....	130
Bibliografia.....	133

## **INDICE FIGURE**

*Figura 1: L'evoluzione del Sistema Sanitario italiano (Biselli, 2013).*

*Figura 2: Livelli istituzionali del SSN. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 3: Elenco specialità mediche. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 4: Mappa collaborazioni mondiali IRCCS (Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, 2022).*

*Figura 5: Contributi alla ricerca ricevuti dagli IRCCS (Guglielmi, 2023).*

*Figura 6: Parametri per la valutazione e il finanziamento della ricerca corrente. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 7: Organigramma Mondino (Fondazione Mondino, 2023).*

*Figura 8: Trend della popolazione con almeno 1 cronicità in Italia nel decennio 2012-2022 (ISTAT, 2023).*

*Figura 9: Il modello del "characteristics-based approach" adattato ai servizi pubblici (Maggiore & Sena, 2017).*

*Figura 10: Affluenza delle persone per orario presso il Mondino – marzo 2023. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 11: Codifica intervista Responsabile servizio Front Office e Back Office. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 12: Distribuzione del Personale nel Front Office e Back Office. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 13: Prenotazioni per genere. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 14: Prenotazioni per genere suddivise per mesi. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 15: Prenotazioni per provenienza geografica (domicilio e residenza). Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 16: Tabella prestazioni per tipo di contratto di pazienti provenienti da fuori regione.*

*Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 17: Prestazioni per tipo di contratto di pazienti provenienti da fuori regione (domicilio).*

*Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 18: Prestazioni per tipo di contratto generale. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 20: Tempo di attesa e di servizio medio in secondi per mese. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 21: Tempo di attesa e di servizio massimo per mese. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 22: Tempo di attesa e di servizio superiore ai 1000 secondi. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 23: Deviazione standard tempi di attesa e di servizio. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 24: Tempo di attesa medio per giorno. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 25: Tempo di attesa medio per fasce orarie. Fonte: elaborazione propria.*

*Figura 26: Composizione del personale al Front Office. Fonte: elaborazione propria.*

## 1. INTRODUZIONE

Immaginate di entrare in una struttura sanitaria di eccellenza, rinomata a livello nazionale per la ricerca e la cura delle malattie neurologiche, e di trovarvi ad affrontare lunghe liste d'attesa e una gestione poco efficiente delle prenotazioni. Questo scenario è usuale in diverse organizzazioni sanitarie, dove la qualità della cura può essere compromessa da inefficienze organizzative. La Fondazione IRCCS Mondino è uno di questi centri d'eccellenza, e nonostante gli sforzi continui per ottimizzare i processi interni, persistono criticità che potrebbero influenzare negativamente l'esperienza e la cura stessa nonché lo stato di salute dei pazienti. Questo studio si propone di esplorare e migliorare tali processi, con l'obiettivo di garantire un servizio sanitario di alta qualità e una soddisfazione ottimale dei pazienti.

Alla luce delle sfide operative e gestionali che caratterizzano molte strutture sanitarie, la domanda di ricerca che guida questa tesi e alla quale cercherà di rispondere è:

*“Come possono essere migliorati i processi organizzativi e la gestione del servizio front e back office presso la Fondazione IRCCS Mondino per ottimizzare il patient journey e aumentare la soddisfazione dei pazienti?”*

Questo quesito è fondamentale non solo per la Fondazione IRCCS Mondino ma anche per altre strutture simili che mirano a coniugare eccellenza clinica ed efficienza operativa.

La decisione di focalizzarsi sull'analisi dei processi organizzativi di front e back office e del servizio accettazione nasce dalla convinzione che questi siano elementi di cruciale importanza per il paziente, specialmente durante la fase iniziale del *patient journey*.

Questi aspetti, che influiscono significativamente sull'esperienza del paziente, sono al

contempo relativamente poco esplorati nel contesto delle organizzazioni sanitarie.

Un'analisi approfondita di tali processi non solo può rivelare aree di miglioramento che hanno un impatto diretto sulla soddisfazione e sulla percezione del servizio da parte del paziente, ma può anche offrire spunti innovativi per ottimizzare l'efficienza e l'efficacia dell'intera struttura sanitaria.

Nel secondo capitolo della tesi, viene presentata una revisione della letteratura che offre un quadro dettagliato del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e delle organizzazioni sanitarie, con un focus specifico sugli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

Questa revisione esplora diversi aspetti cruciali come la struttura e le funzioni del SSN, i modelli organizzativi delle organizzazioni sanitarie e il ruolo specifico degli IRCCS nel panorama sanitario italiano. Particolare attenzione è dedicata alla gestione manageriale e alla *leadership*, agli approcci innovativi nella gestione delle organizzazioni sanitarie, e alla gestione delle liste d'attesa e del *patient journey*. Questa analisi della letteratura non solo fornisce un contesto allo studio ma aiuta anche a identificare i gap esistenti che questa tesi intende colmare.

Il capitolo 3 fornirà una spiegazione di come è stata strutturata questa tesi e di come è stato condotto lo studio, sottolineando quale metodo è stato applicato per raccogliere dati e interpretarli. Per affrontare la domanda di ricerca, la metodologia adottata comprende un'analisi dei processi esistenti presso la Fondazione IRCCS Mondino, la raccolta di dati empirici attraverso osservazioni partecipate e non partecipate, interviste semi-strutturate e un'analisi quantitativa dei dati raccolti. Questo approccio metodologico mira a fornire una comprensione completa delle dinamiche operative e delle criticità presenti, consentendo di sviluppare e implementare strategie innovative per ottimizzare i processi di prenotazione e accettazione. L'obiettivo finale è proporre soluzioni basate

sulle migliori pratiche per migliorare l'efficienza dei servizi offerti e, di conseguenza, aumentare la soddisfazione dei pazienti.

Nel capitolo 4 vengono riportati i risultati dello studio, organizzati in diverse sezioni per fornire una visione d'insieme delle dinamiche operative osservate. La prima parte si sofferma sulle osservazioni non partecipate e partecipate, dando la possibilità di cogliere aspetti cruciali del contesto e delle interazioni nel contesto della struttura. In seguito, viene illustrata l'analisi quantitativa che esamina indicatori di andamento delle attività, tipologie di contratto delle prestazioni, composizione del personale al *front* e *back* office soffermandosi, particolarmente, sull'analisi dei tempi di attesa e di servizio all'accettazione. Il capitolo si conclude con una discussione critica dei risultati ottenuti, analizzando implicazioni pratiche e suggerendo strategie efficaci di miglioramento.

Alla luce delle criticità emerse e delle sfide identificate nella gestione delle liste d'attesa e del *patient journey*, è evidente la necessità di un'analisi approfondita e di interventi mirati per ottimizzare questi processi. Il prossimo capitolo, dedicato allo stato dell'arte, si concentra sullo stato attuale del Servizio Sanitario Nazionale e degli IRCCS, approfondendo le informazioni sulle organizzazioni sanitarie, i modelli di gestione e le innovazioni in atto, come base per le successive analisi e lo sviluppo di strategie di miglioramento.

Infine, il capitolo 5 approfondisce e riassume le conclusioni della ricerca, su come ha contribuito alla letteratura e sui suoi limiti.

## 2. STATO DELL'ARTE

Questo secondo capitolo della tesi è dedicato all'analisi dello "Stato dell'Arte" nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e delle organizzazioni sanitarie, con particolare attenzione sugli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

In primo luogo, analizziamo il SSN, un sistema complesso e cruciale per la salute pubblica italiana, esplorandone la struttura, le funzioni e l'evoluzione nel tempo. Questo ci permetterà di comprendere come il SSN sia stato progettato per garantire l'accesso universale ai servizi sanitari.

Successivamente, verrà approfondito il contesto delle organizzazioni sanitarie, mettendo in luce i modelli organizzativi e le peculiarità che le caratterizzano. Un'attenzione particolare sarà riservata agli IRCCS, istituzioni di eccellenza nel panorama sanitario italiano, in cui ricerca, innovazione e cura si fondono per offrire servizi di alta qualità. Analizzeremo il contesto degli IRCCS e le modalità di finanziamento, aspetti cruciali che determinano la loro capacità di sostenere attività di ricerca avanzata e di fornire cure eccellenti.

Un'attenzione particolare sarà dedicata alla fondazione IRCCS Mondino, conosciuta per la sua eccellenza nel campo della neurologia e neuropsichiatria. Valuteremo l'organizzazione interna di questo istituto, delineando le strutture operative e il funzionamento delle stesse e le interazioni tra ricerca e assistenza clinica.

Inoltre, altro tema importante trattato in questo capitolo sarà la gestione efficace e la *leadership* all'interno delle organizzazioni sanitarie. Verranno considerati i diversi stili e approcci di *leadership* e le strategie manageriali adottate per migliorare sia l'efficienza che la qualità dei servizi erogati.

In un contesto sanitario in continua evoluzione, verranno poi esaminati approcci innovativi per la gestione delle organizzazioni sanitarie, insieme ai metodi utilizzati per migliorare i processi e i risultati clinici.

Infine, si discuterà la gestione delle liste d'attesa e il *patient journey*, due aspetti cruciali per assicurare cure tempestive e di qualità ai pazienti. Verranno analizzate le sfide affrontate e le soluzioni adottate per ottimizzare questi aspetti critici dell'assistenza sanitaria.

Questo capitolo fornirà una visione chiara e dettagliata delle dinamiche che caratterizzano il settore sanitario, preparando il terreno per l'analisi qualitativa e quantitativa che seguirà.

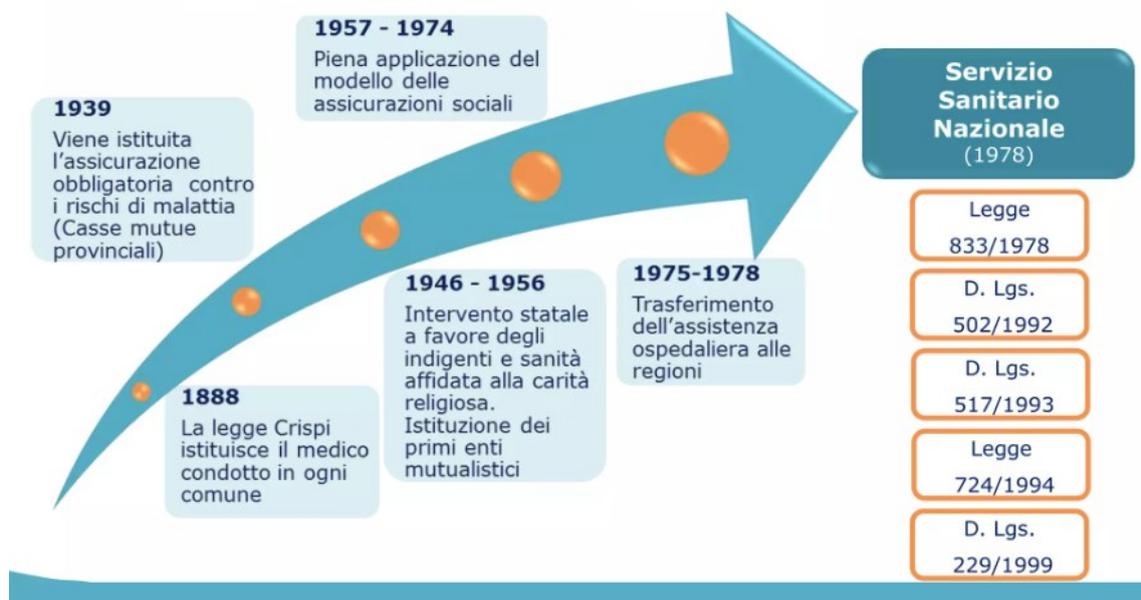
## **2.1 Il servizio Sanitario Nazionale (SSN)**

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è un sistema di strutture, funzioni, attività e servizi assistenziali gestiti ed erogati dallo Stato italiano che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie (Ministero della Salute, 2019), in attuazione dell'art.32 della Costituzione, che recita:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana” (Ministero della salute, 2024).

Istituito nel 1978 con la legge n. 833 e modellato esplicitamente sulla base del Servizio Sanitario Nazionale britannico, il SSN si configura dunque come un sistema pubblico di natura “universalistica”, conforme al modello dello stato sociale, che assicura l’assistenza sanitaria a tutti i cittadini (Jaques, 1981). Il panorama normativo del Sistema Sanitario italiano ha subito un’evoluzione graduale nel corso del tempo, conducendo all’attuale adozione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Tale sistema è nato appunto per sostituire un sistema di fondi di assicurazione sanitaria con l’obiettivo dichiarato di fornire un’assistenza uniforme e completa, finanziata principalmente dallo Stato attraverso la fiscalità generale e le entrate dirette (France, Taroni, & Donatini, 2005).

Figura 1: L’evoluzione del Sistema Sanitario italiano (Biselli, 2013).



I principi fondamentali su cui si basa il SSN dalla sua istituzione, sono infatti l’universalità, l’uguaglianza e l’equità (Ministero della salute, 2024). In questo modo si attua in maniera piena ed organica il diritto costituzionale alla salute.

Accanto ai principi fondamentali, il Servizio Sanitario Nazionale si poggia su alcuni principi organizzativi, base fondante della sua organizzazione (Giannini, 2016):

- Centralità della persona: diritti che si manifestano attraverso una serie di prerogative esercitabili dai singoli cittadini, mentre costituiscono obblighi per tutti gli operatori sanitari e includono la libertà della scelta del luogo in cui accedere alle cure, il diritto all'essere informato sulla malattia e sulla terapia, il diritto alla riservatezza;
- Responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute: sono previste dalla Costituzione competenze di tipo legislativo dello Stato e delle Regioni. Lo Stato deve prevedere i LEA (livelli essenziali di assistenza) a livello nazionale, le Regioni devono gestire la sanità nel proprio ambito territoriale in maniera autonoma;
- Collaborazione tra i livelli di governo del SSN: Stato, Regioni, Aziende Sanitarie e Comuni devono cooperare, all'interno dei rispettivi ambiti di competenza, al fine di garantire condizioni di salute uniformi su tutto il territorio nazionale e livelli di prestazioni sanitarie accettabili e appropriati;
- Valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari: la professionalità dei medici e degli operatori sanitari è intesa anche nella capacità di interagire e relazionarsi con pazienti e colleghi;
- Integrazione socio-sanitaria: è un dovere integrare l'assistenza sanitaria e protezione sociale per le prestazioni così da garantire continuità tra cura e riabilitazione (Ministero della salute, 2024).

## **2.2 Le organizzazioni sanitarie**

Le organizzazioni sanitarie costituiscono un elemento fondamentale all'interno dei

sistemi sanitari di tutto il mondo, svolgendo un ruolo cruciale nel fornire cure, promuovere la salute pubblica e coordinare le risorse per garantire un accesso equo e universale ai servizi sanitari. L'importanza di queste organizzazioni si riflette nella loro capacità di adattarsi e rispondere alle mutevoli esigenze della società, mentre affrontano sfide complesse come l'invecchiamento della popolazione, l'innovazione tecnologica, l'emergenza di nuove patologie e le pressioni finanziarie (ISTAT, 2023). In questo contesto dinamico, comprendere le strutture, le strategie e le dinamiche di gestione delle organizzazioni sanitarie diventa cruciale per garantire la fornitura efficace ed efficiente di servizi sanitari di qualità.

L'organo principale del Servizio Sanitario Nazionale, il cui compito è provvedere alla salute pubblica, è il Ministero della Salute. Il Ministero della salute è un dicastero del governo italiano che ricopre compiti in materia sanitaria, di profilassi e raccordo con le istituzioni internazionali ed europee nel campo della salute. È con la riforma introdotta dalla legge n. 833/1978 che il Ministero della Salute divenne il principale organo del Servizio Sanitario Nazionale. Nel corso degli anni, le sue funzioni sono state ridefinite in conseguenza all'aumento delle competenze delle Regioni, secondo quanto previsto dall'articolo 117 della Costituzione (ripartizione della potestà legislativa). Durante gli anni '90, le competenze centrali del Ministero sono state ulteriormente ridotte dalle riforme Bindi e Bassanini, culminando con l'abolizione del Ministero stesso nel 2001. Dopo essere stato incluso nel "Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali", il Ministero della Salute è stato riorganizzato poi come entità separata a causa della necessità di una gestione più focalizzata nel settore sanitario.

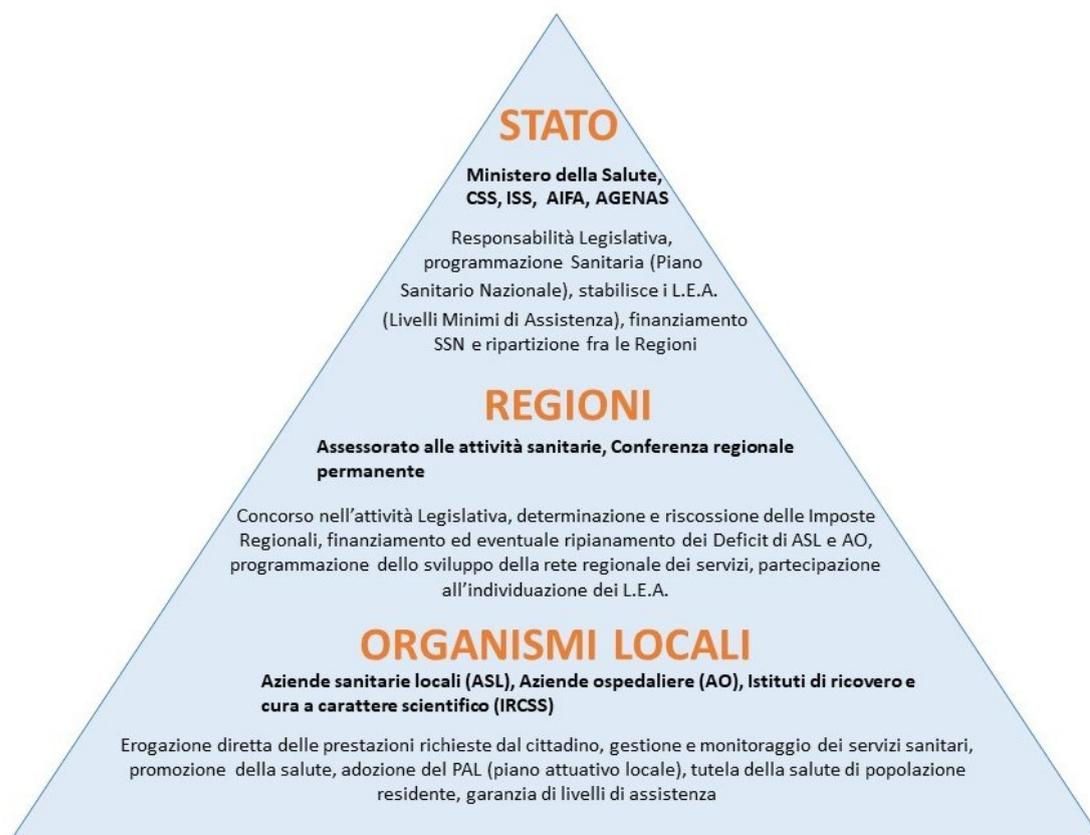
Ciò è avvenuto attraverso la legge n. 172/2009, che ha portato allo scioglimento del Ministero della Salute dal suo precedente contesto ministeriale e lo ha ristabilito come

ente autonomo con competenze specifiche nel settore sanitario e della salute pubblica.

Ma il SSN non è un'unica amministrazione infatti, in ossequio al principio di sussidiarietà, è un insieme di enti ed organi che concorrono sinergicamente al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini strutturato su tre livelli istituzionali di governo:

- Organismi centrali dello stato: Ministero della salute, Consiglio Superiore di Sanità, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Conferenza Stato-Regioni, Agenzia italiana del farmaco (AIFA), Istituti zooprofilattici sperimentali, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS);
- Organismi regionali: assessorato alle attività sanitarie, Conferenza regionale permanente;
- Organismi territoriali governati dai Comuni e dalle Province autonome: Aziende sanitarie locali (ASL), Aziende ospedaliere (AO) e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCSS).

Figura 2: Livelli istituzionali del SSN. Fonte: elaborazione propria.



A livello centrale, lo Stato garantisce il diritto alla salute per tutti i cittadini attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (Ministero della Salute, 2019). Allo Stato sono riservate funzioni di carattere generale quali l'indirizzo e il coordinamento delle attività delle regioni per salvaguardare l'unitarietà del SSN, l'emanazione di norme di legge dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale, rapporti internazionali in materia di sanità, organizzazione e prestazione diretta di una serie di servizi (profilassi internazionale, profilassi malattie diffuse, servizi sanitari per forze armate), definizione dello stato giuridico ed economico del personale dipendente dal SSN e la determinazione delle risorse finanziarie desinate alla sanità e la ripartizione delle stesse tra le regioni (Jaques, 1981). Attraverso il Piano Sanitario

Nazionale approvato dal Parlamento, definisce degli obiettivi generali da raggiungere per la salute pubblica, l'importo del fondo sanitario e il metodo di ripartizione di tale fondo (2018). Spetta sempre al ministero della sanità definire i criteri generali per l'erogazione dei servizi, le linee guida per la formazione e l'aggiornamento di medici, infermieri e tecnici, nonché i sistemi di controllo e verifica dei risultati raggiunti (Legge 833/1978).

A livello regionale, le stesse hanno la responsabilità diretta nella realizzazione degli obiettivi di salute del Paese, costituiscono il perno attorno al quale ruota l'organizzazione del SSN poiché le Regioni hanno piena autonomia legislativa ed amministrativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, pur nel rispetto delle norme e dei principi stabiliti dallo Stato.

Le Regioni hanno competenza esclusiva nella regolamentazione e organizzazione nonché nel finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali e delle aziende ospedaliere. Esse sono anche responsabili del controllo di gestione e della valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie, nel rispetto dei principi fissati dalle leggi dello Stato (Ministero della salute, 2024).

Per quanto riguarda, invece, l'organizzazione della sanità a livello locale bisogna partire dalla considerazione di alcuni aspetti di carattere amministrativo italiano. Se da un lato si è sviluppata una tendenza al decentramento della gestione di una serie di servizi che toccano direttamente i bisogni e le condizioni di vita della popolazione, dall'altro è in atto una ricerca di "dimensioni territoriali" significative e maggiormente adeguate ad una più efficace organizzazione dei servizi che ha fatto emergere in molti casi la necessità di associare più enti di base che sono il più delle volte di dimensioni limitate. Molte regioni hanno cercato di consolidare o unire piccoli enti locali per creare una struttura più

ampia e funzionale, in grado di gestire in modo ottimale ed economicamente efficiente risorse e servizi. Nell'ambito locale vengono concentrate la generalità dei compiti operativi del SSN. Le ASL (aziende sanitarie locali), parte del sistema SSN, sono aziende dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, gestionale, tecnica, amministrativa, patrimoniale e contabile nonché centri di imputazione di autonomia imprenditoriale (Ministero della salute, 2024). Presso l'Asl viene concentrato il complesso dei presidi ed uffici e dei servizi destinati ad assolvere i compiti del SSN, ivi compresi gli ospedali; l'Asl può anche avvalersi, mediante convenzione, di prestazioni di soggetti esterni. Se la struttura privata è riconosciuta ed accreditata dal SSN, il cittadino può usufruire di prestazioni (ambulatoriali, diagnostica, chirurgia, ecc.) pagando soltanto il relativo ticket, al medesimo costo che sosterebbe presso una struttura pubblica.

Le aziende sanitarie private accreditate sfruttano il proprio "spazio strategico" unendo elementi delle aziende sanitarie pubbliche, dovuti all'accreditamento, e caratteristiche proprie delle entità private (Carbone, Ricci, & Longo, 2014).

In particolare, esse operando sotto l'accreditamento, subiscono alcune dinamiche simili a quelle del settore pubblico, come la mancanza di tariffe quando i pazienti ricevono cure sanitarie fornite in nome e per conto del SSN, o la dipendenza dalle politiche regionali per la pianificazione finanziaria; essendo entità giuridicamente private, sono influenzate dalle logiche imprenditoriali, con meccanismi di mercato e una misura economica che ne riflette l'efficienza (Macinati & Anessi Pessina, 2014) (France, Taroni, & Donatini, 2005).

Questa doppia natura impone alle strutture accreditate di bilanciare le esigenze di efficienza economica con quelle di equità e accessibilità imposte dalle normative

pubbliche (Ferré, et al., 2014) (Lega & De Pietro, 2005).

Nonostante vi sia un certo livello di interdipendenza con le regole del SSN, le aziende sanitarie private accreditate godono di un notevole spazio e autonomia strategica, che si riflette nella loro impostazione imprenditoriale (Coda, 1988). Quest'ultima si articola su almeno tre variabili principali, determinando diverse scelte strategiche:

- il tipo di servizi sanitari offerti, con l'obiettivo di ampliare il portfolio delle attività sanitarie, sia attraverso l'aggiunta di nuove linee produttive/procedure cliniche/setting assistenziali, sia modificando il mix di servizi;
- il livello di capacità produttiva, determinata in base ai sistemi di finanziamento e di definizione del budget imposti dal SSN alle strutture private accreditate;
- il mercato da presidiare, in termini di canali di finanziamento (mercato istituzionale SSN, solvenza, assicurazioni, fondi integrativi), tipologie di utenti e aree territoriali coperte.

Il mix di queste scelte strategiche determina gran parte del posizionamento competitivo delle singole strutture sanitarie private accreditate all'interno del SSN (Carbone, Ricci, & Longo, 2014).

Nel contesto delle organizzazioni sanitarie, un ruolo di particolare rilevanza è rivestito dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). Queste istituzioni, riconosciute per la loro eccellenza nella ricerca e nell'assistenza sanitaria, costituiscono il fulcro del mio studio. Attraverso un'analisi più approfondita delle caratteristiche e delle dinamiche proprie degli IRCCS, si può comprendere meglio il panorama complesso e in continua evoluzione del sistema sanitario nazionale.

### **2.2.1 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)**

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono ospedali di eccellenza del Servizio Sanitario Nazionale che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico, in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Gli IRCCS erogano anche prestazioni di ricovero e cura di alta specialità oppure svolgono altre attività aventi carattere di eccellenza (Ministero della Salute, 2024). In virtù del loro contributo alla ricerca ricevono finanziamenti pubblici e sono particolari aziende ospedaliere con natura giuridica diversa, pubblica o privata. Gli IRCCS sono in tutto cinquantaquattro, dei quali ventiquattro pubblici e trenta privati (Ministero della salute, 2024).

Gli IRCCS pubblici sono importanti istituti a livello nazionale, controllati dalle regioni supervisionati dal Ministero della Salute. La nomina del direttore scientifico degli IRCCS pubblici è di competenza del Ministro della Salute e, su richiesta della regione in cui ha sede principale l'IRCCS, questi enti possono essere trasformati in Fondazioni di rilevanza nazionale, consentendo la partecipazione di enti sia pubblici che privati e rimanendo sotto la vigilanza del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze. In tal caso, essi assumono il nome di Fondazione IRCCS.

Per quanto riguarda gli IRCCS privati, essi godono di una maggiore autonomia operativa e il loro controllo è limitato, concentrandosi principalmente sulla valutazione della qualità e dell'importanza delle ricerche condotte (Ministero della salute, 2024).

La loro peculiarità consiste nella cosiddetta traslationalità dell'attività di ricerca, vale a dire nella trasferibilità alla pratica clinica dei risultati della ricerca al fine di migliorare ed implementare i metodi di prevenzione, diagnosi e terapia delle patologie umane.

Gli IRCCS, analogamente ai *comprehensive centers* esteri, non sono stati pensati come ospedali tradizionali, ma come strutture parte del sistema sanitario ma distinti da ASL e Ospedali (Alloisio, 2024). Il loro obiettivo è sperimentare e trasferire innovazioni al Servizio Sanitario, promuovendo un modello in cui clinica e ricerca collaborano strettamente, senza competizione o subordinazione reciproca. Questo approccio ha dimostrato la sua efficacia a livello globale, come confermano le statistiche che mostrano come i pazienti trattati nei *Comprehensive centers* ricevono cure migliori e hanno maggiori probabilità di sopravvivenza (Alloisio, 2024).

Gli IRCCS hanno radici che risalgono agli anni '50 e '60 del XX secolo, quando in Italia emersero le prime istituzioni dedicate alla ricerca medica avanzata e all'erogazione di cure specialistiche. Queste istituzioni furono istituite con l'obiettivo di integrare la ricerca scientifica con la pratica clinica per migliorare la qualità delle cure mediche.

Con la Legge 833/1978 è stato stabilito il quadro normativo per la creazione e il funzionamento degli IRCCS, riconoscendoli come enti di diritto pubblico e definendo i loro compiti principali nel campo della ricerca scientifica, della formazione professionale e della prestazione di cure sanitarie di alta specializzazione.

Gli IRCCS hanno assunto poi sempre più un ruolo di rilievo nel panorama sanitario italiano, contribuendo significativamente alla ricerca medica, alla diagnosi e alla cura delle malattie complesse e rare. Come sottolineato da Malerba e Orsenigo (1995), “gli IRCCS costituiscono un pilastro fondamentale del sistema sanitario italiano, fornendo un'eccellenza clinica e scientifica che spesso supera i confini nazionali”.

Nel corso degli anni, gli IRCCS hanno subito un'evoluzione significativa, adattandosi ai cambiamenti nel contesto socio-sanitario e alle nuove sfide nella ricerca e

nell'assistenza sanitaria. Secondo Magrini e Ageno (2019), “gli IRCCS hanno continuato a evolversi nel tempo, ampliando il loro raggio d'azione e adottando nuove tecnologie e approcci scientifici per affrontare le sfide mediche emergenti”.

Sono diventati un punto di riferimento essenziale per la ricerca e l'innovazione nel settore sanitario italiano, contribuendo alla formazione di nuove generazioni di professionisti sanitari e alla diffusione di conoscenze scientifiche di alto livello.

La definizione aggiornata degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, come delineata nel decreto legislativo 2003, n. 288, riflette le riforme intermedie che sono intervenute nel tempo. Questa formula definitoria, sebbene aggiornata, continua a qualificare e sintetizzare la duplice missione degli IRCCS, la quale è rimasta sostanzialmente inalterata nel corso degli anni. Tale duplice missione comprende l'impegno nella ricerca scientifica avanzata e la prestazione di cure specializzate. Questo principio fondamentale è stato incluso fin dalla prima normativa che ha istituito questo organismo speciale, sottolineando l'importanza di unire ricerca e pratica clinica per promuovere l'eccellenza nell'assistenza sanitaria e nell'innovazione scientifica.

Fondamentale è quindi il processo di “riconoscimento del carattere scientifico”, procedimento mediante il quale le strutture ospedaliere emergenti che si occupano di patologie di interesse nazionale acquisiscono lo status di IRCCS, garantendo loro il diritto a ricevere finanziamenti statali, in aggiunta a quelli regionali, destinati esclusivamente alla ricerca relativa alle aree di competenza riconosciute.

Gli IRCCS si dedicano all'attività di ricerca in aree specifiche della medicina, sia che abbiano ottenuto il riconoscimento per un'unica disciplina (IRCCS monotematici), sia che siano riconosciuti per più settori biomedici integrati (IRCCS politematici) (Ministero

della Salute, 2022).

Queste aree di ricerca comprendono una vasta gamma di specializzazioni.

Figura 3: Elenco specialità mediche. Fonte: elaborazione propria.



Ogni IRCCS si impegna a condurre ricerche avanzate e innovative nelle proprie aree di competenza, collaborando con altre istituzioni accademiche e ospedaliere per promuovere il progresso scientifico e migliorare la pratica clinica. Attraverso la loro attività di ricerca, gli IRCCS contribuiscono al miglioramento della diagnosi, del trattamento e della cura delle malattie, offrendo soluzioni innovative per le sfide mediche contemporanee.

Il processo di riconoscimento del carattere scientifico delle strutture, sia pubbliche che private, avviene individuando una o più aree tematiche specifiche, elencate nell'allegato 1 del decreto legislativo n. 200/2022. Questo riconoscimento è subordinato al soddisfacimento dei seguenti requisiti:

- Possedere una personalità giuridica, sia di diritto pubblico che privato;
- Essere in possesso delle autorizzazioni e degli accreditamenti sanitari necessari;
- Garantire l'economicità e l'efficienza organizzativa, la qualità delle strutture e l'aggiornamento tecnologico delle attrezzature, equilibrio economico finanziario e patrimoniale;
- Avere almeno il 35% dei ricercatori con contratto di lavoro subordinato, conforme al contratto collettivo nazionale di lavoro della sanità;
- Dimostrare eccellenza nell'attività di ricovero e cura di alta specialità, nonché nel contributo tecnico-scientifico fornito nell'ambito della ricerca biomedica;
- Essere in grado di operare in rete con altri istituti di ricerca, collaborare con enti pubblici e privati, e partecipare a sperimentazioni cliniche multicentriche e bandi comunitari;
- Possedere certificazioni di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute.

Inoltre, è richiesto di essere un centro di riferimento a livello regionale o sovraregionale per l'area tematica di cui si richiede il riconoscimento.

Il processo di valutazione coinvolge un organo regionale competente che esprime il proprio parere sulla coerenza del riconoscimento con la programmazione sanitaria

regionale. Successivamente, il Ministero della Salute nomina una commissione di valutazione composta da almeno due esperti nella disciplina oggetto della richiesta con il compito di vagliare la documentazione allegata alla domanda e la possibilità di effettuare sopralluoghi presso le strutture interessate (Ministero della Salute, 2023).

Al termine della valutazione, il Ministero della Salute trasmette gli atti alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni. Al termine del procedimento, il riconoscimento è formalizzato e ufficializzato con un decreto ministeriale, previa intesa con il Presidente della Regione interessata.

Per confermare la qualifica di IRCCS, è richiesta la conferma della qualifica di centro di riferimento a livello regionale o sovraregionale per l'area tematica di interesse (Ministero della Salute, 2023).

L'approfondimento delle conoscenze riguardanti le diverse patologie riveste un ruolo cruciale nel garantire le migliori opzioni terapeutiche per i cittadini. Di conseguenza, la ricerca nel campo della sanità rappresenta un pilastro imprescindibile per garantire un Servizio Sanitario Nazionale di alto livello, capace di ottimizzare l'impiego delle risorse economiche a sua disposizione. Il notevole progresso scientifico e tecnologico, a cui si è assistito negli ultimi anni, il cui impatto si riflette in settori cruciali come la sanità, l'economia, l'etica e la società, sta assumendo una rilevanza sempre più tangibile. La consapevolezza del potenziale che tale dinamicità rappresenta per la ricerca scientifica del Paese assume, pertanto, una centralità inedita e sottolinea la necessità di rafforzare le competenze e di organizzarle secondo una visione coordinata, omogenea e condivisa (Ministero della Salute, 2021). Il Ministero della Salute è impegnato proprio in questo ambito per supportare e stimolare la ricerca nelle strutture del Servizio Sanitario

Nazionale, e in particolar modo all'interno degli IRCCS, attraverso contributi su base competitiva legati alla produzione scientifica ed alla qualità delle cure prestate, il Bando per la Ricerca Finalizzata rivolto a tutte le strutture del Servizio Sanitario Nazionale per il finanziamento dei migliori progetti di ricerca proposti dal personale operante nelle strutture del SSN e contributi per l'aggiornamento del parco tecnologico a disposizione dei ricercatori (Ministero della salute, 2024).

Il Comitato Tecnico Sanitario propone al Ministro gli orientamenti strategici inclusi nel Piano nazionale della ricerca sanitaria, seguendo l'allineamento con il Piano Nazionale della Ricerca elaborato dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

### **2.2.2 Finanziamento degli IRCCS**

*“Se i risultati di una ricerca non sono già noti prima di iniziare, non si troverà mai un fesso disposto a finanziarla” (BLOCH, 1989 - Dilemma di Rocky).*

Il finanziamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) costituisce un elemento fondamentale per garantire la loro missione di eccellenza nella ricerca scientifica e nell'erogazione di cure mediche avanzate. Affinché la sanità sia allineata al progresso scientifico e tecnologico, è essenziale che la ricerca venga percepita come un vero e proprio investimento, non solo quindi come un'esigenza, ma parte integrante della politica sanitaria. Guglielmi (2023) sottolinea come la ricerca rappresenti

un investimento fondamentale per il futuro del Paese, in grado di sviluppare tecnologie e metodologie innovative per migliorare la cura del paziente.

L'obiettivo primario della ricerca sanitaria non è semplicemente il progresso scientifico e tecnologico fine a sé stesso, quanto piuttosto il miglioramento dell'assistenza, delle cure e dei servizi sanitari (Ministero della Salute, 2022). Il fine ultimo è di incrementare in modo significativo la salute dei cittadini e di conseguenza le loro aspettative e la qualità della vita.

Il Ministero della Salute, tramite la Direzione Generale di Ricerca ed Innovazione in Sanità, ha costantemente supportato, sia idealmente che finanziariamente, la partecipazione dei propri Istituti di Ricerca ai Programmi Europei. Questo impegno mira a potenziare la competitività e l'eccellenza della ricerca biomedica italiana (Guglielmi, 2023).

La ricerca finanziata dal Ministero della Salute svolge quindi un ruolo strategico, presentando delle caratteristiche peculiari e rappresentando un pilastro essenziale per assicurare un'assistenza sanitaria di alta qualità (Ministero della Salute, 2022). Questa ricerca è fondamentale per rispondere al bisogno di conoscenza scientifica e operativa del Servizio Sanitario Nazionale, contribuendo in modo significativo al raggiungimento degli obiettivi di salute stabiliti periodicamente del Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2017).

La politica sanitaria si trova ad affrontare sfide sempre più complesse e richiede una ricerca in grado non solo di produrre conoscenza, ma soprattutto di applicarla. Si propone una visione in cui tutte le forme di ricerca sono considerate ugualmente utili: non è tanto rilevante se la ricerca è “scientifica” o “applicata”, ma piuttosto se promuove il

cambiamento e l'innovazione (Alloisio, 2004). I giudici dell'efficacia di questa ricerca non sono solo gli accademici, ma soprattutto coloro che la utilizzano. Il successo è determinato quindi non solo dalla pubblicazione su riviste prestigiose, ma soprattutto dall'impatto sulla salute della popolazione (Alloisio, Convegno di Roma - Il Servizio Sanitario Nazionale, un sistema di qualità: sapere, etica, risorse ed organizzazione, 2004).

Questo concetto si avvicina maggiormente al concetto di Ricerca e Sviluppo, definito ufficialmente dall'OCSE (OECD, F. M. , 1981) come il complesso di lavori creativi intrapresi in modo sistematico sia per ampliare il corpus delle conoscenze, sia per utilizzare tali conoscenze in nuove applicazioni.

In Italia, l'investimento in Ricerca e Sviluppo corrisponde al 7,9% dell'intero investimento cumulativo della Commissione Europea e dei Paesi UE (Istat, 2021). La ricerca finanziata dal Ministero della Salute rappresenta il 51% della ricerca biomedica competitiva finanziata dal sistema pubblico nazionale e il 17% della spesa nazionale totale in Ricerca e Sviluppo nel settore biomedico (Lorenzin, 2016).

L'Italia si distingue per l'elevata qualità della ricerca: è il terzo paese in Europa nonché settimo nel mondo per numero di pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni secondo Scopus, mentre si posiziona sesto in Europa e decimo nel mondo per H-index (l'impatto) della produzione scientifica (Guglielmi, 2023). Un recente studio olandese colloca, inoltre, il Ministero della Salute come la diciassettesima istituzione finanziatrice della ricerca biomedica a livello globale, risultando l'unica italiana tra le prime 50 (Cicchetti & Morandi, 2022). Il 33,2% di tutte le pubblicazioni scientifiche italiane è nel campo biomedico, con circa il 60% prodotto dagli IRCCS (Guglielmi, 2023).

In seguito allo scoppio dell'epidemia da Covid19, l'Italia si è classificata al quarto posto

per il numero di pubblicazioni di ricerca sul COVID, superata solo da Cina, USA e UK, e precedendo Germania e Canada (Shueb, et al., 2022).

Negli ultimi 3 anni, il Ministero della Salute ha distribuito fondi per un totale di 1,5 miliardi di euro alla ricerca biomedica (Guglielmi, 2023). Di questi, circa 1/3 sono stati assegnati a progetti che in gran parte sono coordinati da giovani ricercatori (Ministero della Salute, 2022). Nel complesso, il Sistema Sanitario Nazionale ha investito, sempre negli ultimi 3 anni, risorse umane, strumentali ed economiche per almeno 3 miliardi e 500 milioni di euro nelle attività di ricerca biomedica (Schillaci, 2024).

Anche enti di ricerca pubblici e privati, Università, il Consiglio Nazionale delle Ricerche e altre istituzioni possono collaborare e partecipare alla realizzazione di progetti di ricerca finanziati con fondi pubblici attraverso accordi, contratti o convenzioni specifiche (Ministero della Salute, 2002).

Questa collaborazione coinvolge quindi sia imprese pubbliche che private, promuovendo così l'innovazione e la ricerca nel settore sanitario (Camera dei deputati, 2022). Queste risorse possono essere utilizzate per sostenere specifici progetti di ricerca o per migliorare l'infrastruttura e le attrezzature dell'IRCCS.

Il finanziamento degli IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) deriva dunque da diverse fonti, tra cui finanziamenti pubblici, donazioni private, entrate derivanti dalle attività cliniche e di ricerca, nonché progetti di ricerca nazionali e internazionali (Ministero della Salute, 2022). In particolare, parte dei finanziamenti proviene dal bilancio del Ministero della Salute e delle Regioni, destinati a supportare le attività cliniche e di ricerca degli IRCCS. Questi finanziamenti pubblici sono spesso finalizzati a promuovere la ricerca scientifica e l'innovazione nel settore della salute

(Ministero della Salute, 2022).

Un forte legame tra i finanziamenti degli IRCCS e la ricerca è essenziale, poiché gran parte delle attività di questi istituti si concentra sulla ricerca scientifica e sull'innovazione biomedica (Camera dei deputati , 2022). I finanziamenti pubblici e privati consentono agli IRCCS di condurre studi di ricerca avanzati, sviluppare nuove terapie e cure, nonché migliorare la qualità dell'assistenza clinica offerta ai pazienti. Pertanto, i finanziamenti sono un elemento chiave per sostenere e promuovere l'eccellenza nella ricerca e nell'assistenza sanitaria fornita dagli IRCCS (Ministero della Salute, 2022).

La ricerca sanitaria pubblica è finanziata tramite le risorse allocate annualmente nel bilancio del Ministero della Salute, destinate a sostenere le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, tra cui le ASL, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali. Questi finanziamenti sono finalizzati al miglioramento dell'assistenza, delle cure e dei servizi sanitari, garantendo la promozione della ricerca e l'innovazione nel settore della salute pubblica (Camera dei deputati, 2022).

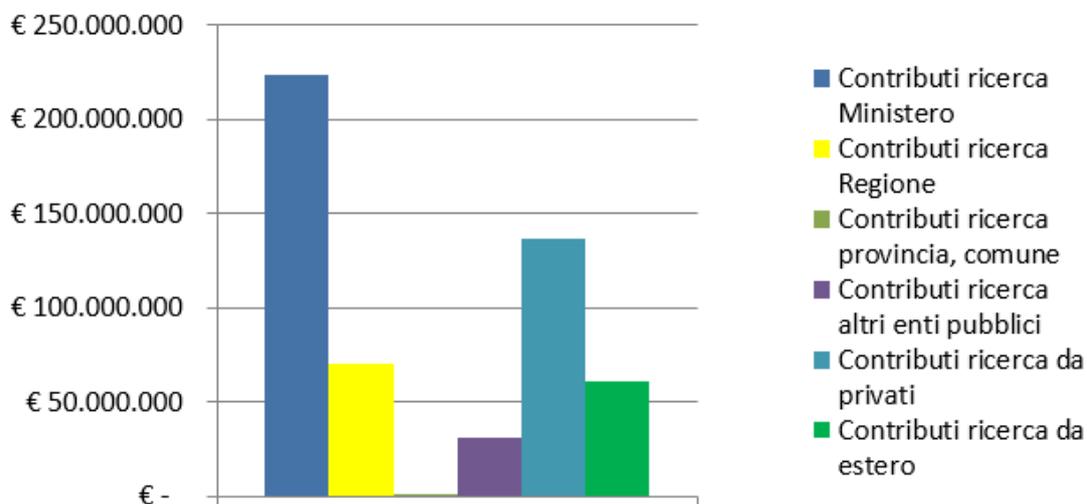
Il Ministero della Salute, in collaborazione con la Commissione Nazionale per la ricerca Sanitaria, è incaricato di sviluppare un Programma Nazionale di ricerca Sanitaria (PNRS), con validità triennale (D. lgs. 502/1992, art. 12-bis). Questo programma viene adottato d'intesa con la Conferenza Stato-regioni. Il PNRS guida le iniziative da includere nella programmazione della ricerca scientifica a livello nazionale e nei programmi di ricerca internazionali e comunitari (Ministero dell'Università e della Ricerca, 2021).

*Figura 4: Mappa collaborazioni mondiali IRCCS (Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, 2022).*



In tale contesto il Ministero della Salute è impegnato a stimolare e supportare la ricerca nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale attraverso la ricerca degli IRCCS (che ricevono contributi su base competitiva legati alla produzione scientifica ed alla qualità delle cure prestate), la ricerca dell'ISS e dell'AGENAS, il bando per la Ricerca Finalizzata rivolto a tutte le Strutture del Servizio Sanitario Nazionale per il finanziamento dei migliori progetti di ricerca proposti dal personale operante nelle strutture del SSN contributi agli IRCCS e all'ISS per l'aggiornamento del parco tecnologico a disposizione dei ricercatori (Ministero della Salute, 2022).

Figura 5: Contributi alla ricerca ricevuti dagli IRCCS (Guglielmi, 2023).



La ricerca viene condotta, quindi, attraverso una pianificazione triennale dei progetti istituzionali degli enti di ricerca riconosciuti, che stabilisce obiettivi e linee guida per la ricerca scientifica, oltre a determinare l’allocazione delle risorse necessarie per portare avanti i progetti di ricerca (Ministero della Salute, 2022). Questo sistema consente agli organismi di ricerca di pianificare le proprie attività nel medio termine, garantendo una maggiore coerenza e continuità nella conduzione delle ricerche scientifiche.

La ricerca si articola in ricerca corrente e in ricerca finalizzata (D. lgs. 288/2003). La ricerca corrente è rivolta agli IRCCS, mentre la finalizzata è aperta a tutti i ricercatori del SSN (Ministero della salute, 2011). Entrambe mirano a obiettivi prioritari di miglioramento della salute della popolazione, sperimentando nuove modalità di funzionamento, gestione e organizzazione dei servizi sanitari e delle pratiche cliniche. Questi sforzi puntano all’incremento dell’integrazione multiprofessionale, alla promozione della continuità assistenziale e all’ottimizzazione della comunicazione con i cittadini. La ricerca corrente si concentra sullo sviluppo nel tempo di conoscenze fondamentali in specifici settori della biomedicina e della sanità pubblica. Questa ricerca

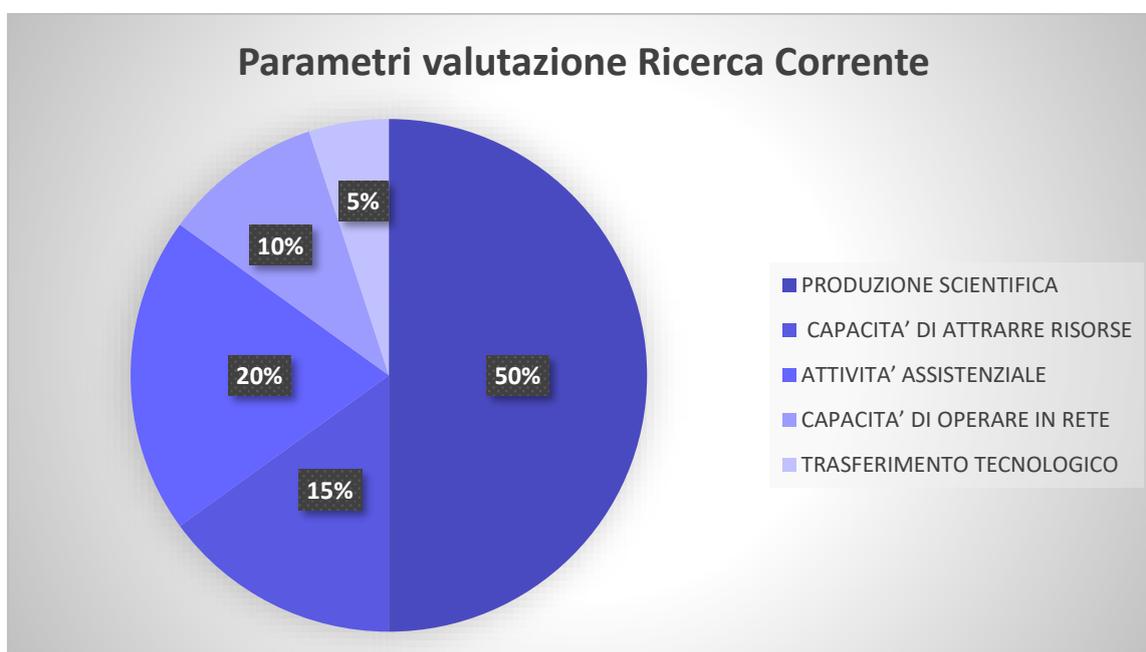
è condotta attraverso la pianificazione triennale dei progetti istituzionali degli organismi di ricerca nazionali, che includono sia enti pubblici che privati riconosciuti dallo Stato per perseguire fini di interesse pubblico (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2021).

L'attività svolta dagli IRCCS nell'ambito della ricerca corrente è oggetto di pubblicazioni su riviste scientifiche nazionali ed internazionali. Ogni anno, trasmettono al Ministero della Salute un elenco completo delle pubblicazioni scientifiche relative alle rispettive aree di specializzazione (Ministero della Salute, 2022). Questo processo consente al Ministero di valutare e monitorare l'attività di ricerca degli IRCCS, fornendo così le basi per l'allocazione delle risorse annuali destinate alla ricerca corrente (Ministero della Salute, 2022).

L'attività di ricerca corrente è rendicontata sulla base di una serie di indicatori, che comprendono sia misure cliniche che parametri di produttività scientifica (Bibliosan, 2020).

Le attività di ricerca corrente degli Istituti sono valutate e finanziate, in coerenza con quanto riportato nel Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria, sulla base di una serie di parametri (figura 6) (Ministero della Salute, 2022).

Figura 6: Parametri per la valutazione e il finanziamento della ricerca corrente. Fonte: elaborazione propria.



La ricerca finalizzata, invece, è finanziata attraverso bandi dal Ministero della Salute, strutturata in progetti che mirano a realizzare gli obiettivi delle politiche del Servizio Sanitario Nazionale (Ministero della Salute, 2022). Questa ricerca ha un chiaro orientamento pratico con l'obiettivo di guidare le decisioni in settori strategici, tra cui lo sviluppo di procedure altamente innovative per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie, la valutazione della sicurezza ed efficacia di trattamenti, tecnologie e interventi che richiedono ulteriori approfondimenti, l'impatto delle innovazioni cliniche o organizzativo-gestionali sulla qualità del SSN, lo sviluppo e l'applicazione di strumenti e metodiche per migliorare la comunicazione e il rapporto con i cittadini, lo studio dei bisogni assistenziali delle fasce sociali più deboli, l'analisi e l'approfondimento di tematiche rilevanti nel settore delle patologie ambientali, della sicurezza sul lavoro e delle malattie professionali (Ministero della Salute, 2021).

La ricerca finalizzata si distingue per il suo orientamento ai risultati direttamente trasferibili al Servizio Sanitario Nazionale, in un approccio noto come “ricerca traslazionale” (Ministero della Salute, 2021). Si concentra quindi su progetti biomedici e clinico-assistenziali, con l’obiettivo principale di mettere al centro la persona e rispondere ai bisogni di salute dei cittadini, anziché adattarsi alla ricerca di base.

La partecipazione a bandi estemporanei, come quelli relativi al COVID-19, e ad iniziative di origine europea gestite a livello ministeriale, come i bandi *Trans-Scan* ed *Eranet*, insieme al contributo del 5x1000, rappresentano fonti alternative di finanziamento degli IRCCS, che si distinguono dalla ricerca corrente e finalizzata (Ministero della Salute, 2022).

La direzione di ricerca e innovazione del Ministero della Salute stabilisce le modalità di finanziamento degli IRCCS. I progetti di ricerca specifici vengono finanziati ripartendo le risorse provenienti dalla parte corrente del Fondo Sanitario Nazionale (Ministero della Salute, 2022). Per decidere l’assegnazione dei fondi, si tiene conto della complessità e la consolidata attività di ricerca realizzata dalle reti IRCCS. Ogni rete invia al Ministero della Salute un programma o progetto da realizzare tramite gli IRCCS, con l’obiettivo di ottenere un finanziamento ministeriale. Dopo la valutazione del progetto o programma presentato dal Ministero, si procede con l’assegnazione dei fondi ministeriali. L’erogazione dei finanziamenti avviene a favore del soggetto attuatore, designato come capofila o esecutore, che riceve il finanziamento in base a una programmazione rateale, sulla base dello stato di avanzamento del progetto di ricerca sia dal punto di vista scientifico che finanziario. Il soggetto attuatore del progetto, in qualità di capofila, si occupa del coordinamento scientifico e finanziario delle attività svolte dagli enti partecipanti al progetto (partner) (Ministero della Salute, 2021).

Il meccanismo appena descritto si applica alle risorse derivanti alla ricerca corrente degli IRCCS (Ministero della Salute, 2022). Tuttavia, si deve considerare anche l'esistenza degli altri finanziamenti per avere una visione completa delle risorse impiegate per la ricerca scientifica da parte degli IRCCS. Infatti, c'è una distribuzione dei fondi su base competitiva, determinata dall'approvazione di progetti di ricerca presentati dagli IRCCS in risposta ai bandi emanati dal Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2021).

Quindi, se da un lato il finanziamento della ricerca corrente è determinato dalla produzione scientifica dell'IRCCS e dal 5x1000, destinazione dell'Irpef a libera scelta dei contribuenti e quindi aleatorio, dall'altro sta emergendo un ruolo significativo per le risorse che gli IRCCS riescono ad attrarre vincendo bandi competitivi. Tuttavia, la maggior parte delle risorse per gli IRCCS continuano a derivare dalla ricerca corrente (Ministero della Salute, 2022).

### **2.3 IRCCS Mondino**

L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Mondino" di Pavia è una prestigiosa istituzione sanitaria e di ricerca specializzata nel campo delle neuroscienze (RIN, 2018).

Fondata ufficialmente nel 1973, la storia dell'IRCCS Mondino affonda le radici in eventi che risalgono al 1861. Questa istituzione ha un ricco patrimonio storico che abbraccia più di un secolo di eccellenza nella ricerca e nell'assistenza sanitaria consolidando la sua reputazione come centro d'eccellenza nel trattamento e nella ricerca delle malattie neurologiche (Fondazione Mondino, 2024).

Il percorso storico del Mondino inizia con l'istituzione della Clinica Universitaria di

Pavia per lo studio e la cura delle malattie neuropsichiatriche nel 1861. Diretta inizialmente da Cesare Lombroso, la clinica ha svolto un ruolo fondamentale nello sviluppo della psichiatria e della neurologia nell'Italia post-unitaria (Fondazione Mondino, 2024).

Nel corso degli anni successivi, l'ateneo pavese ha visto l'arrivo di Casimiro Mondino nel 1898, allievo del premio Nobel Camillo Golgi e già professore all'Università di Palermo, per insegnare psichiatria, il quale ha dato vita alla Clinica Neuropatologica e ha posto le basi per l'istituzione dell'IRCCS "Mondino" (Fondazione Mondino, 2017).

Mondino dirige la clinica fino al 1924, anno della sua scomparsa, lasciando il suo patrimonio alla Fondazione Casimiro Mondino e sancendo la nascita della Fondazione stessa. L'istituto ha iniziato a distinguersi come uno dei centri di eccellenza nel campo delle neuroscienze (Fondazione Mondino, 2024).

Negli anni successivi, l'IRCCS "Mondino" ha continuato a crescere e ad evolversi, ampliando il suo ambito di ricerca e assistenza sanitaria per includere una vasta gamma di discipline neurologiche e neuropsichiatriche. Nel 1973, ha ottenuto la qualifica di IRCCS, confermando il suo status come centro di riferimento, sia a livello nazionale che internazionale, nella ricerca e cura delle malattie del sistema nervoso (Fondazione Mondino, 2024).

Da allora, ha continuato a guidare l'innovazione nel campo delle neuroscienze, contribuendo in modo significativo alla comprensione e al trattamento delle malattie neurologiche. Con una lunga storia e una reputazione di eccellenza consolidata, l'IRCCS "Mondino" continua ad essere una risorsa preziosa per la ricerca e la salute pubblica non solo in Italia, ma in tutto il mondo perseguendo la sua vision di essere riferimento

nazionale e internazionale nelle Neuroscienze attraverso medicina personalizzata, ricerca, innovazione tecnologica e integrazione delle competenze (Fondazione Mondino, 2023).

La scelta dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) "Mondino" di Pavia come oggetto della mia tesi è stata motivata da una serie di considerazioni.

L'IRCCS "Mondino" è conosciuto per l'eccellenza nella diagnosi e nel trattamento delle malattie neurologiche. La sua reputazione come centro di riferimento nel campo delle neuroscienze ha suscitato il mio interesse nell'esplorare le ultime innovazioni e scoperte in questo settore. Inoltre, la vasta gamma di servizi clinici e di ricerca offerti dall'IRCCS Mondino fornisce un ampio spettro di opportunità per esplorare temi di ricerca rilevanti e attuali. In particolare, mi concentrerò sul *patient journey* e sull'organizzazione del *front office* all'interno dell'IRCCS "Mondino".

Come centro di eccellenza a livello nazionale e internazionale nel campo delle neuroscienze, il Mondino offre un contesto ideale per approfondire lo studio della gestione dei pazienti lungo il loro percorso di cura. L'istituto è fortemente impegnato nella ricerca scientifica e nell'innovazione nel settore neurologico (Fondazione Mondino, 2023).

La mia tesi è frutto di un progetto in collaborazione tra l'Università degli Studi di Pavia e l'IRCCS Mondino, con l'obiettivo di studiare come ottimizzare i processi di cura del paziente, focalizzandosi specificamente sulla prima fase del processo. Questa fase iniziale, che include la prenotazione e l'accettazione, è spesso trascurata in letteratura, poiché la maggior parte degli studi si concentra sugli ospedali che hanno modalità di gestione dei pazienti diverse in cui l'accesso avviene principalmente tramite il pronto soccorso. Tuttavia, all'IRCCS Mondino, ad eccezione dell'Unità Operativa Stroke,

deputata al trattamento d'urgenza degli eventi cerebrovascolari, interdipartimentale con il Policlinico San Matteo, l'ingresso principale dei pazienti avviene tramite prenotazione al Centro Unico di Prenotazione (CUP) o privatamente, spesso su consiglio dei medici di medicina generale, tramite internet o su indicazione dei medici del pronto soccorso se il paziente è stato prima ricoverato.

Studiare questa prima fase di prenotazione e accettazione offre l'opportunità di sviluppare uno studio con impatti pratici rilevanti e un contributo teorico importante, in quanto è un ambito poco esplorato nella letteratura esistente. Il Mondino, con la sua posizione all'avanguardia nella ricerca e il suo ruolo di *leader*, fornisce risorse e dati preziosi che permettono di condurre uno studio approfondito sul percorso del paziente (*patient journey*) e sull'organizzazione del *front office*. L'accesso a queste informazioni consente di ottenere una visione dettagliata dei processi attuali e delle aree di miglioramento all'interno dell'istituto, contribuendo così a migliorare l'esperienza complessiva del paziente e a ottimizzare i processi di *front office*. Questo rende il contesto particolarmente stimolante e ricco di opportunità per esplorare la gestione dei pazienti e l'organizzazione interna nel campo della neurologia.

Questa tesi si basa sulla necessità di comprendere e ottimizzare l'esperienza complessiva del paziente e l'efficienza dei processi di accoglienza e gestione all'interno.

L'obiettivo principale è esaminare la gestione dei pazienti, con un'attenzione particolare alle sfide legate all'organizzazione del *front office*. Questo include lo studio dei processi di lavoro al *front* e *back office*, dalla prenotazione iniziale alla prima accettazione, per identificare le aree di miglioramento e implementare soluzioni che possano migliorare l'efficienza operativa e l'esperienza del paziente

Inoltre, l'IRCCS "Mondino" accoglie un significativo numero di pazienti provenienti da diverse regioni e anche da fuori dall'Italia. Questo aspetto offre un'opportunità unica per esaminare le diverse esperienze dei pazienti e identificare le sfide specifiche associate alla gestione di una popolazione così diversificata.

La mia tesi si concentrerà anche sull'analisi delle statistiche dei pazienti provenienti da "fuori regione", sull'identificazione dei problemi e delle inefficienze nel *front office* e sull'individuazione di strategie efficaci con il fine di ridurre le attese e migliorare complessivamente l'esperienza del paziente all'interno del Mondino. Questo focus è importante perché il Mondino accoglie un numero significativo di pazienti da fuori regione, il che può comportare sfide aggiuntive in termini di gestione e organizzazione. Identificare e risolvere le inefficienze del *front office* è cruciale per garantire un flusso operativo efficiente e una migliore esperienza per i pazienti, riducendo tempi di attesa e migliorando la qualità complessiva del servizio.

L'obiettivo di questa tesi è dunque non solo identificare aree di miglioramento, ma fornire raccomandazioni pratiche e basate sull'evidenza per ottimizzare i processi di accoglienza e gestione dei pazienti, contribuendo così a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi offerti dall'IRCCS "Mondino" e a garantire un'esperienza positiva per tutti i pazienti che vi accedono.

### **2.3.1 Organizzazione e Governance IRCCS Mondino**

La solidità e l'efficacia dell'IRCCS Mondino di Pavia nell'affrontare le sfide della ricerca e dell'assistenza neurologica sono strettamente legate alla sua organizzazione interna e alla governance che ne sovrintende le attività (Fondazione Mondino, 2023). La capacità

di coordinare risorse umane, finanziarie e logistiche in modo efficiente e di prendere decisioni strategiche mirate sono elementi fondamentali per garantire il successo e l'efficacia dell'istituto. In questo contesto, esaminare da vicino la struttura organizzativa e i meccanismi decisionali del Mondino diventa cruciale per comprendere appieno il suo funzionamento e la sua *leadership* nel campo delle neuroscienze.

Per integrare al meglio l'attività assistenziale, formazione e ricerca, la Fondazione ha istituito e valorizzato i propri Centri specializzati d'eccellenza (Fondazione Mondino, 2023). Questi Centri sono caratterizzati dalla presenza di tecnologie all'avanguardia e da professionisti altamente qualificati, che lavorano in stretta collaborazione per fornire diagnosi, trattamenti e ricerca clinica in ambiti specifici di patologie. Qui, clinici e ricercatori si integrano sinergicamente per condurre studi sia di ricerca clinica traslazionale che di ricerca di base, contribuendo così allo sviluppo e all'applicazione di conoscenze scientifiche innovative nel campo della salute (Fondazione Mondino, 2023).

L'Organo di vertice dell'IRCCS Mondino è composto dal Consiglio di Amministrazione e dal Presidente e si occupa delle funzioni di governo e amministrazione. Queste includono la definizione degli obiettivi e delle strategie, oltre alla gestione del complesso imprenditoriale della Fondazione. Il Consiglio di Amministrazione è l'organo politico della Fondazione e ha responsabilità equivalenti a quelle di un'assemblea dei soci nelle società commerciali, mancando nelle fondazioni un organo simile. Il Presidente agisce inoltre come rappresentante legale della Fondazione (Fondazione Mondino, 2023).

L'Organo di vertice si occupa anche dell'organizzazione e dell'amministrazione, assicurando il regolare funzionamento delle attività e coordinando l'attuazione dei piani e programmi stabiliti. Le funzioni di governo sono di competenza esclusiva del Consiglio

di Amministrazione, mentre alcune funzioni gestionali possono essere delegate. Spetta al Consiglio la nomina e la revoca del Direttore Generale, del Direttore Sanitario e del Direttore Scientifico, su proposta del Presidente (D. lgs. 502/1992, art. 3). Il Consiglio di Amministrazione dell'IRCCS Mondino è composto da sei o sette membri, con un mandato di sei anni. Il Rettore dell'Università degli Studi di Pavia o un suo delegato assume la carica di Presidente dell'Istituto e del Consiglio di Amministrazione e nomina due membri appartenenti al corpo docente dell'Università.

Gli altri membri sono nominati dai seguenti enti: uno dal Ministro della Salute, uno dal Ministro competente per l'Università e la Ricerca o d'intesa tra i Ministri competenti per tali aree (Ricerca e Università) e uno dal Presidente della Giunta della Regione Lombardia. Un ulteriore membro viene nominato da enti, imprese, fondazioni bancarie, o enti filantropici nazionali o internazionali che possono fornire contributi economici significativi, pari ad almeno 1.000.000 euro (Fondazione Mondino, 2023).

La direzione dell'IRCCS è costituita dal Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Scientifico, i quali operano mediante meccanismi di coordinamento, indirizzo, delega e controllo, ispirandosi al principio del "reciproco adattamento", favorendo la sinergia e la collaborazione tra le diverse funzioni aziendali (Fondazione Mondino, 2023). Il Direttore Generale dell'Istituto è nominato dal Consiglio di Amministrazione su proposta del Presidente. È richiesta una qualificata formazione ed esperienza manageriale di almeno cinque anni, acquisita nei dieci anni precedenti la nomina, inclusa la direzione amministrativa in enti pubblici o privati, con responsabilità diretta sulle risorse umane, tecniche e finanziarie (D. lgs 502/1992, art. 3-bis). Il Direttore Generale si occupa della gestione ordinaria dell'Istituto, curandone l'organizzazione funzionale e garantendo il raggiungimento degli obiettivi generali stabiliti dal Consiglio di Amministrazione. È

delegato all'attuazione delle iniziative previste dal budget annuale e all'organizzazione del personale secondo quanto stabilito dall'atto di organizzazione aziendale approvato dal Consiglio di Amministrazione. È responsabile dei rapporti amministrativi connessi alla gestione dell'Istituto. Inoltre, il Direttore Generale collabora con un Direttore Scientifico e un Direttore Sanitario, anch'essi nominati dal Consiglio di Amministrazione.

Il Direttore Sanitario, nominato dal Consiglio di Amministrazione su proposta del Presidente, svolge anche le funzioni di Direttore Medico di Presidio, previo parere del Direttore Generale (Fondazione Mondino, 2023).

Per ricoprire tale ruolo, il Direttore Sanitario deve possedere i requisiti richiesti dalle normative del settore per esercitare le funzioni sia di Direttore Sanitario che di Direttore Medico di Presidio, oltre a un'esperienza di almeno cinque anni in ruoli di direzione tecnico-sanitaria in enti pubblici o privati di medie o grandi dimensioni negli ultimi dieci anni, oppure deve essere idoneo alla nomina secondo l'elenco stabilito dalla DGR Regione Lombardia. Il Direttore Sanitario è responsabile, sotto la supervisione del Direttore Generale, del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnate. Per conseguire tali obiettivi, collabora con gli apparati amministrativi sotto la guida del Direttore Generale. Dirige i servizi sanitari dal punto di vista organizzativo ed igienico-sanitario, partecipando al processo di pianificazione strategica ed esercitando le funzioni attribuite dalla legge e dallo Statuto.

Il Direttore Scientifico, designato dal Consiglio di Amministrazione su proposta del Presidente, deve possedere solide competenze scientifiche e manageriali acquisite in ruoli apicali presso istituzioni di ricerca pubbliche o private. La sua disponibilità e presenza devono garantire il raggiungimento degli obiettivi di ricerca dell'Istituto, privilegiando l'ipotesi di un rapporto a tempo pieno (Fondazione Mondino, 2023).

Responsabile dei risultati e delle risorse assegnate, il Direttore Scientifico si coordina con il Direttore Generale e si avvale degli apparati amministrativi sotto la sua supervisione. Partecipa alla pianificazione strategica, esercita le sue funzioni e contribuisce al governo aziendale mediante proposte e pareri. È responsabile del coordinamento, della direzione e della gestione delle attività scientifiche e di ricerca, nonché dell'acquisizione di fondi per raggiungere gli obiettivi prefissati. Inoltre, gestisce il budget per la ricerca approvato dal Consiglio di Amministrazione e si impegna a evitare qualsiasi conflitto di interesse (Fondazione Mondino, 2023).

Con il D.lgs. n. 200/2022 “Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico” che ha modificato il decreto legislativo n. 288/2003, è stata apportata una evoluzione organizzativa al ruolo del Direttore Scientifico con differenze tra Irccs pubblici e privata come l'obbligo di aspettativa se docente universitario solo per i DS degli Irccs pubblici (Blandini, 2023).

Il D.lgs. n. 200/2022 mira a promuovere un coordinamento più stretto tra le attività del Direttore Generale e quelle del Direttore Scientifico all'interno degli IRCCS pubblici, focalizzandosi sul collegamento tra assistenza sanitaria e ricerca biomedica. Questi obiettivi “funzionali” vengono attribuiti direttamente dalla regione stessa al DG. Si propone un riequilibrio delle responsabilità tra DS e DG, attribuendo al DS nuove competenze, inclusa la gestione dell'arruolamento e della stabilizzazione del personale di ricerca, come previsto dall'articolo 6 e 9 del Decreto Legislativo. Parallelamente, si prevede di potenziare il trasferimento tecnologico per favorire lo sviluppo di start-up e spin-off nel settore della ricerca biomedica e biotecnologica (Blandini, 2023). Data la complessità delle strutture IRCCS e le loro specificità, è essenziale che il management acquisisca una conoscenza dettagliata. Pertanto, è cruciale investire in una formazione

mirata per DS e DG al fine di garantire una gestione efficiente delle strutture e una sinergia ottimale tra assistenza e ricerca (Blandini, 2023).

Le Direzioni aziendali, ciascuna con le proprie attribuzioni e responsabilità, gestiscono i servizi amministrativi, sanitari e di ricerca (Fondazione Mondino, 2023). Il coordinamento tra le varie Direzioni avviene lungo tutta la linea strategico-aziendale e tecnico-operativa attraverso un processo di *team working* con il supporto di professionisti qualificati. La Direzione è coinvolta nel governo aziendale, nella pianificazione strategica e nella committenza interna, oltre a dirigere i servizi di supporto e ad integrarsi con l'Università e altri Enti (Fondazione Mondino, 2023).

L'Istituto prevede una serie di organi e organismi incaricati di garantire un controllo e una direzione efficace dell'Istituto stesso (Fondazione Mondino, 2023). Il Revisore Unico, scelto tra i revisori legali iscritti nel Registro dei Revisori, svolge un ruolo chiave nel monitorare sulla gestione dell'Istituto. Partecipa attivamente alle riunioni del Consiglio di Amministrazione e ha il compito di assicurare il rispetto delle leggi, dello statuto e dei principi di corretta amministrazione. Inoltre, ha il potere di condurre ispezioni e controlli in qualsiasi momento, richiedendo informazioni agli amministratori e alle varie strutture organizzative (Fondazione Mondino, 2016).

L'Organo di Vigilanza (ODV) è incaricato di sorvegliare sul funzionamento e sull'osservanza del modello di organizzazione e gestione (M.O.G., modello 231) adottato dalla Fondazione in conformità al D.lgs. 231/2001 con l'obiettivo di prevenire reati da cui può derivare responsabilità amministrativa. Composto da tre membri, di cui uno presidente, la nomina degli stessi è di competenza del Consiglio di Amministrazione, che sceglie tra individui qualificati ed esperti in ambito legale, contabile e giuslavoristico (Fondazione Mondino, 2023).

Infine, il Collegio dei Direttori, che rappresenta la direzione strategica dell'Istituto, è composto dal Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Scientifico. Le loro riunioni periodiche sono cruciali per lo studio, l'elaborazione e la condivisione delle azioni e delle progettualità dell'Istituto, nonché per la formulazione di pareri e proposte da presentare al Presidente e al Consiglio di Amministrazione (Fondazione Mondino, 2023).

Figura 7: Organigramma Mondino (Fondazione Mondino, 2023).



## 2.4 Gestione manageriale e *leadership* nelle organizzazioni sanitarie

Nel contesto complesso e in continua evoluzione del settore sanitario, la gestione manageriale riveste un ruolo fondamentale nell'assicurare la fornitura di cure di alta qualità, la sostenibilità delle organizzazioni sanitarie e l'ottimizzazione dell'esperienza complessiva del paziente. La gestione manageriale, definita come l'applicazione dei principi e delle pratiche manageriali al contesto della salute, si concentra sull'efficiente utilizzo delle risorse, sulla definizione di strategie di lungo termine e sull'implementazione di politiche e processi mirati a migliorare i risultati clinici e l'efficienza operativa (Shortell & Kaluzny, 1994).

I manager sanitari, dotati di competenze e conoscenze multidisciplinari, devono affrontare una serie di compiti e responsabilità complesse, che vanno dalla pianificazione strategica alla gestione del personale, dalla definizione di politiche di qualità e sicurezza alla gestione delle risorse finanziarie. La loro *leadership* è essenziale per guidare le organizzazioni sanitarie attraverso cambiamenti rapidi e per affrontare le sfide emergenti nel panorama sanitario contemporaneo (Longest Jr & Darr, 2014).

Attraverso un'analisi approfondita delle pratiche e dei processi di gestione manageriale, è possibile identificare le migliori strategie per affrontare le sfide che le organizzazioni sanitarie devono fronteggiare, contribuendo così a garantire la fornitura di cure sicure, efficaci ed equamente accessibili per tutti i pazienti.

Parlando di *leadership*, è importante considerare non solo quella del top management, ma anche quella degli altri operatori sanitari. È ormai ampiamente riconosciuto che una *leadership* efficace da parte degli operatori sanitari all'interno del contesto sanitario moderno sia cruciale per il miglioramento della qualità dell'assistenza (Kumar & Khiljee, 2016). Il principale fattore che sottende questa tesi

è la spinta a migliorare la qualità della fornitura di assistenza sanitaria. Tuttavia, nonostante la crescente consapevolezza dell'importanza della qualità, i programmi volti al miglioramento spesso non ottengono i risultati desiderati. Tra le diverse ragioni di questo insuccesso, la mancanza di coinvolgimento e la resistenza al cambiamento del personale medico emergono come fattori chiave. I medici che assumono ruoli di *leadership* per promuovere la qualità sono in una posizione privilegiata per superare tali ostacoli, ma è essenziale che adottino uno stile di guida inclusivo e che tenga conto delle esigenze di tutto il personale sanitario. La *leadership* nel settore sanitario è sempre stata necessaria, con l'autorità tradizionalmente riservata a coloro con più esperienza, risorse e istruzione. L'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale ha rafforzato queste gerarchie, creando una delle organizzazioni più grandi e complesse del mondo.

L'aumento delle richieste di assistenza sanitaria e delle considerazioni politiche ha reso essenziale una *leadership* a tutti i livelli (locale, regionale e nazionale). Coinvolgere i medici in ruoli attivi manageriali e di *leadership* è diventato particolarmente importante, diventando vitale come risposta alla pandemia da COVID-19 e nella fase di ripresa successiva (Kumar, 2022).

Tuttavia, il concetto del cambiamento del ruolo dei medici, dal gestire i pazienti al letto all'assumere importanti ruoli manageriali nelle organizzazioni sanitarie, non è affatto recente.

Il rapporto Griffiths (1983) cambiò radicalmente il modo in cui venivano gestite le organizzazioni sanitarie nel Regno Unito, allineandole sempre più a quelle del settore aziendale. Negli ultimi anni sono stati introdotti molteplici livelli di gestione nelle organizzazioni sanitarie. Tutte le organizzazioni all'interno del NHS (National Health Service, è il Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito) sono gestite da consigli

esecutivi, al cui vertice troviamo il direttore generale, incaricati di formulare raccomandazioni sullo sviluppo organizzativo e sulle politiche che vengono attuate attraverso livelli intermedi di gestione, che lavorano più a stretto contatto con i medici.

Questi dirigenti, responsabili davanti al Dipartimento della Salute, devono avere competenze manageriali e di *leadership*. Questo cambiamento ha portato all'interesse per la formazione di leader clinici, con l'obiettivo di dare ai manager sanitari maggiore controllo sui bilanci e sulle politiche.

C'è una vasta letteratura sulle definizioni e sulle teorie della *leadership* e, di fatto, ogni individuo ha le proprie concezioni su cosa significhi essere un leader.

Warren Bennis (1989), considerato un pioniere degli studi sulla *leadership*, ha definito la *leadership* come “una funzione di conoscere sé stessi, avere una visione ben comunicata, creare fiducia tra i colleghi e intraprendere azioni efficaci per realizzare il proprio potenziale di leader”.

Peter Drucker, descritto come il fondatore del management moderno, definisce il leader semplicemente come “qualcuno che ha dei seguaci” e ha affermato che “management significa fare le cose bene, *leadership* significa fare le cose giuste”. Più recentemente, Kouzes e Posner (2010), concentrandosi sui comportamenti esibiti dai leader di successo, affermano che “la *leadership* può realizzarsi in qualsiasi momento, ovunque e in qualsiasi funzione”.

Numerose teorie sulla *leadership* hanno tentato di affrontare ciò che è alla base dei leader di successo: teoria del Grande Uomo, teoria dei tratti, teoria comportamentale, teoria della contingenza, *leadership* trasformativa e *leadership* transazionale.

Come detto in precedenza, negli ultimi anni è diventato sempre più evidente che i medici devono dimostrare non solo qualità cliniche, ma anche *leadership* efficace per

migliorare i sistemi sanitari nel loro complesso. Tuttavia, il vero cambiamento può avvenire solo attraverso il miglioramento dei sistemi sanitari. Di conseguenza, il ruolo dei medici nel miglioramento generale della qualità dell'assistenza sanitaria è diventato vitale con l'obiettivo primario dei leader nel settore sanitario che dovrebbe essere il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria sotto diverse prospettive, tra cui la sicurezza del paziente, l'efficacia clinica e l'esperienza del paziente.

Tuttavia, la struttura delle organizzazioni sanitarie può rappresentare un ostacolo al cambiamento. All'interno delle organizzazioni sanitarie Ham (2003) descrive una struttura di potere invertita in cui coloro che sono alla base hanno un potere decisionale maggiore rispetto a quelli nominalmente al vertice (ad esempio i dirigenti ospedalieri).

I leader di successo nelle organizzazioni sanitarie devono riconoscerlo e superare la notevole barriera al cambiamento (ad esempio pratiche di lavoro e culture radicate) supportata da questa struttura di potere invertito (Kumar & Khiljee, 2016).

È quindi fondamentale che i sistemi e le organizzazioni sanitarie supportino e incoraggino i leader medici che adottano uno stile di *leadership* trasformativa che possono essere visti come agenti di cambiamento, ponendo l'interesse del personale al di sopra di sé stessi. Piuttosto che abbattere la resistenza al cambiamento, i leader trasformativi la riconoscono e affrontano (Alimo-Metcalfe & Alban-Metcalfe, 2004). Inoltre, le iniziative di miglioramento della qualità hanno maggiori probabilità di successo se gli operatori sanitari ritengono di essere i responsabili del compito (Shapiro & Rashid, 2011).

Questa tipologia di *leadership* può essere assimilata a quella definita da Spera (2018) come "leader responsabilizzante" in cui il leader deve essere visto principalmente come un consulente che supporta la crescita dei suoi collaboratori,

promuove opportunità di sviluppo personale e professionale, facilita i processi di apprendimento e incoraggia l'assunzione di nuove responsabilità e compiti.

La *leadership* responsabilizzante è nota anche come *empowering leadership* e rappresenta una delle innovazioni strutturali e gestionali più rilevanti per migliorare flessibilità, efficienza e qualità nelle organizzazioni sanitarie. Questo approccio supera i modelli tradizionali di *leadership*, spesso limitati nelle condizioni organizzative attuali, caratterizzate da strutture meno gerarchiche e più policentriche. Promuovendo il processo di *empowerment*, i leader possono aumentare le aspettative di autoefficacia e controllo nei collaboratori, eliminando sensazioni di impotenza (Previtali, 2018). Questo non solo migliora il clima organizzativo, ma anche l'impegno, l'efficacia, l'efficienza e l'innovazione. Di conseguenza, il leader deve essere visto principalmente come un mentore o un coach, che supporta la crescita dei suoi collaboratori e facilita l'apprendimento e l'assunzione di nuove responsabilità (Previtali, 2018).

Attualmente, numerosi sono i programmi di *leadership* destinati ai professionisti del settore sanitario. Questi spaziano da corsi brevi e autogestiti a borse di studio personalizzate e interamente finanziati, con l'obiettivo di apportare cambiamenti rilevanti promuovendo lo sviluppo di competenze che consentano ai medici di assumere un ruolo guida più efficace (Kumar, 2022).

Il più recente "modello di *leadership* sanitaria", sviluppato dalla NHS *Leadership Academy* in collaborazione con *Hay Group* e *Open University*, è stato progettato per consentire agli operatori sanitari di tutti i settori di diventare migliori leader e consiste in nove dimensioni (NHS *Leadership Academy*, 2013):

1. Guidare con cura il team: riconoscere i bisogni e i comportamenti del gruppo, supportandosi reciprocamente per diffondere un ambiente di cura oltre l'area del

team.

2. Condividere la visione: comunicare con credibilità e fiducia, avere una direzione chiara per gli obiettivi a lungo termine e ispirare fiducia nel futuro.
3. Coinvolgere il gruppo: avere fiducia nel team e sostenere la partecipazione creativa.
4. Influenzare per ottenere risultati: coinvolgersi e adattarsi agli altri, sviluppando un approccio collaborativo al lavoro e creando impegni sostenibili, decidere come avere un impatto positivo sulle altre persone.
5. Valutare le informazioni: reperire informazioni da diverse fonti e pensare in modo creativo per sviluppare nuovi concetti.
6. Ispirare un obiettivo condiviso: aderendo ai principi e ai valori del servizio sanitario, assumendo rischi personali e affrontando sfide coraggiose per il bene del servizio.
7. Collegamento del nostro servizio: comprendere come i servizi sanitari e di assistenza sociale si integrano e come persone, gruppi o organizzazioni diverse si interconnettono e interagiscono.
8. Capacità di sviluppo: fornire opportunità per gli individui e i gruppi di svilupparsi, consentendo miglioramenti a lungo termine delle capacità.
9. Essere responsabili: avere aspettative chiare, stimolare il miglioramento continuo e creare una mentalità per un cambiamento innovativo.

Inoltre, Silver (2017) ha condotto uno studio di ricerca con l'obiettivo di indagare sulle differenze nella *leadership* esecutiva del settore sanitario concentrandosi sulla diversità e sul suo potenziale impatto sull'accesso ai servizi sanitari da parte delle persone di colore e sull'identificazione dei fattori che influenzano le prospettive e il raggiungimento di ruoli

sanitari esecutivi da parte delle persone di colore. Dallo studio è emerso che una *leadership* diversificata è considerata cruciale per migliorare l'efficacia delle organizzazioni sanitarie. In particolare, è stato evidenziato come investimenti significativi e il sostegno da parte dei più alti livelli di *leadership* siano necessari per garantire che la *leadership* sia allineata con i bisogni del team e in linea con la vision e la mission dell'organizzazione (Whitman & Valpuesta, 2010).

Possiamo quindi notare come una gestione manageriale efficace e una *leadership* forte siano fondamentali per il successo delle organizzazioni sanitarie. L'integrazione di competenze manageriali con capacità di *leadership* permette di migliorare la qualità dei servizi, aumentare la soddisfazione del personale e ottimizzare le risorse disponibili. Inoltre, l'adattabilità dei leader alle dinamiche mutevoli del settore sanitario è cruciale per affrontare le sfide emergenti e promuovere un ambiente di cura resiliente e innovativo. Pertanto, investire nella formazione e nello sviluppo di queste competenze è essenziale per garantire un futuro sostenibile e di alta qualità per le organizzazioni sanitarie.

## **2.5 Approcci innovativi nella gestione delle organizzazioni sanitarie**

Nel panorama sanitario contemporaneo, l'adozione di approcci gestionali innovativi è essenziale per rispondere efficacemente alle crescenti complessità e alle sfide del settore.

L'innovazione può essere definita come l'intenzionale introduzione ed applicazione nell'ambito di un ruolo funzionale, gruppo od organizzazione, di idee, processi, prodotti o procedure nuove, che sono progettate per apportare significativi benefici all'individuo, al gruppo oppure, in senso più ampio, alla società (West, 1990).

Questa definizione è ampiamente riconosciuta nella letteratura (Anderson, De Dreu,

& Nijstad, 2004), poiché abbraccia tre elementi essenziali dell'innovazione: l'originalità, la fase di implementazione e i vantaggi attesi (Lämsäsaari, et al., 2006).

In letteratura, vi è un ampio consenso sull'individuazione di tre dimensioni chiave dell'innovazione: cumulativa, collettiva e incerta (O'Sullivan, 2000). Il processo di innovazione è “cumulativo” perché si basa su un apprendimento continuo che aumenta il patrimonio comune di conoscenze, migliorando la qualità e riducendo i costi dei prodotti e servizi (Nelson, 1985). È “collettivo” poiché l'apprendimento e l'innovazione emergono dalla condivisione e dall'interazione delle conoscenze tra i membri di un gruppo, enfatizzando l'importanza delle relazioni sociali. Infine, l'innovazione è “incerta” perché le imprese devono affrontare incertezze produttive, legate alla capacità di utilizzare le risorse per creare nuovi prodotti, e competitive, poiché il successo dipende anche dalle innovazioni dei concorrenti.

Le organizzazioni sanitarie sono chiamate a evolversi continuamente per migliorare la qualità delle cure, ottimizzare l'uso delle risorse e aumentare la soddisfazione sia dei pazienti che del personale. L'innovazione nella gestione non riguarda solo l'introduzione di nuove tecnologie, ma anche l'implementazione di modelli organizzativi e di *leadership* avanzati che favoriscono un ambiente di lavoro più collaborativo e dinamico. Questo paragrafo esplorerà diverse strategie innovative, evidenziando come possano contribuire a trasformare le organizzazioni sanitarie, rendendole più flessibili, efficienti e orientate all'innovazione.

Una prima tensione emergente riguarda l'interazione tra innovazione clinica/tecnologica e amministrativa/organizzativa. La letteratura dominante, infatti, esamina gli effetti strategici e organizzativi dei progressi tecnologici nella pratica clinica (Thakur, Hsu, & Fontenot, 2012). La prospettiva *mainstream* considera l'ospedale come

un insieme di unità mediche o dipartimenti clinici relativamente autonomi, ciascuno dei quali segue percorsi di innovazione che talvolta possono divergere (Greer, Greer, & Meyer, 1983). Questa visione pone anche un forte accento sull'aspetto produttivo dell'innovazione. Tra gli ostacoli a questo tipo di innovazione, spiccano lo scetticismo riguardo ai costi e benefici e l'eccessiva enfasi sugli interventi tecnologici focalizzati sulla malattia (Miller & French, 2016). D'altro canto, l'innovazione amministrativa e organizzativa nel settore sanitario richiede ulteriori approfondimenti (Denicolai & Previtali, 2020). Sono state condotte poche ricerche sull'innovazione sistemica, orientate verso un paradigma interdipartimentale e incentrato sul paziente. Questa prospettiva enfatizza l'aspetto del servizio dell'innovazione, andando oltre la semplice pratica clinica (Denicolai & Previtali, 2023). La gestione strategica e dell'innovazione è in gran parte una questione di risolvere compromessi e stabilire priorità (Pisano, 2019)

L'organizzazione sanitaria rappresenta per dimensioni, complessità e varietà uno dei contesti dove lo sviluppo di innovazioni appare più necessario e, al tempo stesso, più difficile da realizzare (Maggiore & Sena, 2017). Gli strumenti digitali, la gestione della scarsità di dati e l'assicurazione dell'integrità dei dati sono diventati fattori cruciali per un processo decisionale agile nel settore sanitario (Massaro, 2023).

L'innovazione non si limita all'introduzione di nuovi modelli organizzativi, ma include anche l'integrazione di tecnologie avanzate. La digitalizzazione, l'uso di big data, l'intelligenza artificiale e le piattaforme di telemedicina sono strumenti fondamentali che, combinati con strategie gestionali innovative, possono trasformare radicalmente le pratiche sanitarie.

La governance tecnologica sta diventando sempre più essenziale per affrontare le tendenze di sistema che stanno trasformando il settore sanitario. Tra questi trend, il

cambiamento demografico con l'invecchiamento della popolazione e l'aumento dei pazienti cronici, l'aumento delle aspettative di salute da parte dei cittadini e lo sviluppo rapido di nuove tecnologie sanitarie richiedono un approccio gestionale innovativo. Le organizzazioni sanitarie devono integrare queste tecnologie per migliorare diagnosi, trattamenti e gestione dei pazienti, garantendo la sostenibilità e l'efficacia del sistema. La gestione tecnologica, che include la strategia per l'adozione delle tecnologie, la gestione dei dati e della sicurezza, è cruciale per sfruttare al meglio queste innovazioni e rispondere efficacemente alle nuove esigenze del settore (Gentile, 2024).

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una sfida significativa per le organizzazioni sanitarie. Con un indice di invecchiamento del 149,8%, e il 30% dei pazienti HIV+ con un'età superiore ai 40 anni, la gestione delle esigenze sanitarie diventa sempre più complessa. Inoltre, il 40% della popolazione soffre di una patologia cronica, il 21% presenta due patologie e il 7% ne ha tre. La gestione di questa popolazione cronica richiede tra il 70% e l'80% delle risorse economiche disponibili (ISTAT, 2023).

La situazione è ulteriormente aggravata dalle condizioni di disabilità: il 25% delle persone sopra i 75 anni e il 50% di quelle oltre gli 85 anni presentano disabilità (ISTAT, 2023). Questi dati sottolineano l'importanza di adottare approcci innovativi nella gestione sanitaria per affrontare efficacemente le crescenti esigenze di una popolazione sempre più anziana e con comorbidità multiple.

Figura 8: Trend della popolazione con almeno 1 cronicità in Italia nel decennio 2012-2022 (ISTAT, 2023).



L'innovazione tecnologica spiega il 73% dell'incremento in aspettativa della vita (Lichtenberg, 2014).

Il processo di governance tecnologica coinvolge numerosi stakeholder con l'obiettivo comune di ottimizzare la distribuzione delle risorse e migliorare l'efficienza del sistema.

Con risorse limitate, diventa cruciale prendere decisioni riguardo all'allocazione delle risorse, alla scelta delle priorità e alla razionalizzazione. *L'Health Technology Assessment* (HTA) è un processo di valutazione multidisciplinare che supporta queste decisioni, fornendo valutazioni sistematiche e rigorose che collegano il mondo scientifico a quello politico-decisionale. L'HTA non è solo uno strumento di ricerca, ma un mezzo per trasferire le conoscenze mediche e scientifiche ai decisori, aiutando a bilanciare i costi e i bisogni di salute. Questo strumento garantisce la sostenibilità del sistema sanitario attraverso valutazioni sull'efficacia, l'efficienza, la sicurezza e la qualità (Gentile, 2024).

L'innovazione spesso viene percepita come l'applicazione di tecnologie avanzate per creare prodotti fisici che introducono nuove funzionalità. Tuttavia, l'attenzione verso l'innovazione nei servizi è minore, nonostante questo settore abbia subito trasformazioni

radicali negli ultimi anni, cambiando significativamente le nostre abitudini di consumo e stili di vita.

La letteratura scientifica ha storicamente privilegiato i settori manifatturieri e *high tech*, concentrandosi sui modelli di sviluppo di nuovi prodotti. Di conseguenza, il settore terziario è rimasto marginalizzato (Djellal, Gallouj, & Miles, 2013). Anche con la crescente importanza del terziario e le recenti innovazioni, la ricerca sull'innovazione nei servizi è avvenuta spesso in contrapposizione rispetto alla letteratura tradizionale (Gallouj & Savona, 2009). Gli studi tendono a classificare in tre approcci le innovazioni nei servizi: assimilazione dei modelli manifatturieri, demarcazione con lo sviluppo di nuovi modelli specifici per i servizi e integrazione di un quadro teorico che abbracci sia i prodotti fisici che i servizi intangibili.

Nonostante il settore pubblico sia il principale fornitore di servizi in molti paesi occidentali, il suo ruolo nell'innovazione è spesso sottovalutato. Questo è dovuto alla percezione del settore pubblico come conservatore e avverso al rischio, a causa di limitazioni strutturali come la mancanza di incentivi di mercato, risorse scarse e cultura burocratica (Mazzuccato, 2013). Tuttavia, in alcuni contesti, lo Stato ha dimostrato di essere un motore di innovazione, orientando la ricerca di base e sostenendo lo sviluppo di ecosistemi innovativi, specialmente in settori ad alta intensità di conoscenza come la sanità (Djellal, Gallouj, & Miles, 2013).

Il processo di innovazione nei servizi può essere affrontato estendendo gli approcci tradizionali del settore manifatturiero o sviluppando nuove prospettive autonome. Una proposta interessante è il “*characteristics-based approach*,” che vede l'innovazione come un'evoluzione delle caratteristiche distintive di un prodotto, sia esso tangibile o intangibile, condizionandone le fasi di produzione, distribuzione o fruizione (Gallouj &

Weinstein, 1997) (De Vries, 2006) (Gallouj & Toivonen, 2011). Secondo questa teoria, il valore di un prodotto o servizio dipende dai benefici che offre al cliente, indipendentemente dal fatto che sia un bene fisico o un servizio intangibile. Questa impostazione ha influenzato teorie come la *customer experience* (Pine & Gilmore, 1999) e la *service-dominant logic* (Vargo & Lusch, 2004), spostando l'attenzione dal mezzo al fine.

Gallouj e Weinstein (1997) descrivono il “prodotto” come risultato dell'interazione tra caratteristiche tecniche e competenze del fornitore e del cliente, generando il valore d'uso percepito dal cliente. Questo modello si applica sia ai beni fisici che ai servizi, evidenziando l'importanza delle competenze e tecnologie di entrambi per la produzione di benefici.

In sintesi, l'innovazione nei servizi e nel settore pubblico richiede una revisione dei modelli tradizionali, riconoscendo le specificità e le dinamiche uniche di questi ambiti.

Con questa nuova impostazione concettuale, lo studio dell'innovazione è stato radicalmente trasformato. La tradizionale distinzione tra innovazione di prodotto e di processo diventa meno rilevante, poiché il prodotto è visto come un risultato dinamico di un processo continuo, e il processo stesso è parte integrante del prodotto, rappresentando una combinazione di tecniche e competenze.

Invece di separare innovazione di prodotto e di processo, è più utile classificare l'innovazione in base all'impatto sulle caratteristiche del sistema, identificando cinque categorie principali:

1. **Innovazione radicale:** creazione di combinazioni completamente nuove di caratteristiche che influenzano tutte le variabili del sistema.
2. **Innovazione migliorativa:** incremento delle prestazioni di alcune caratteristiche

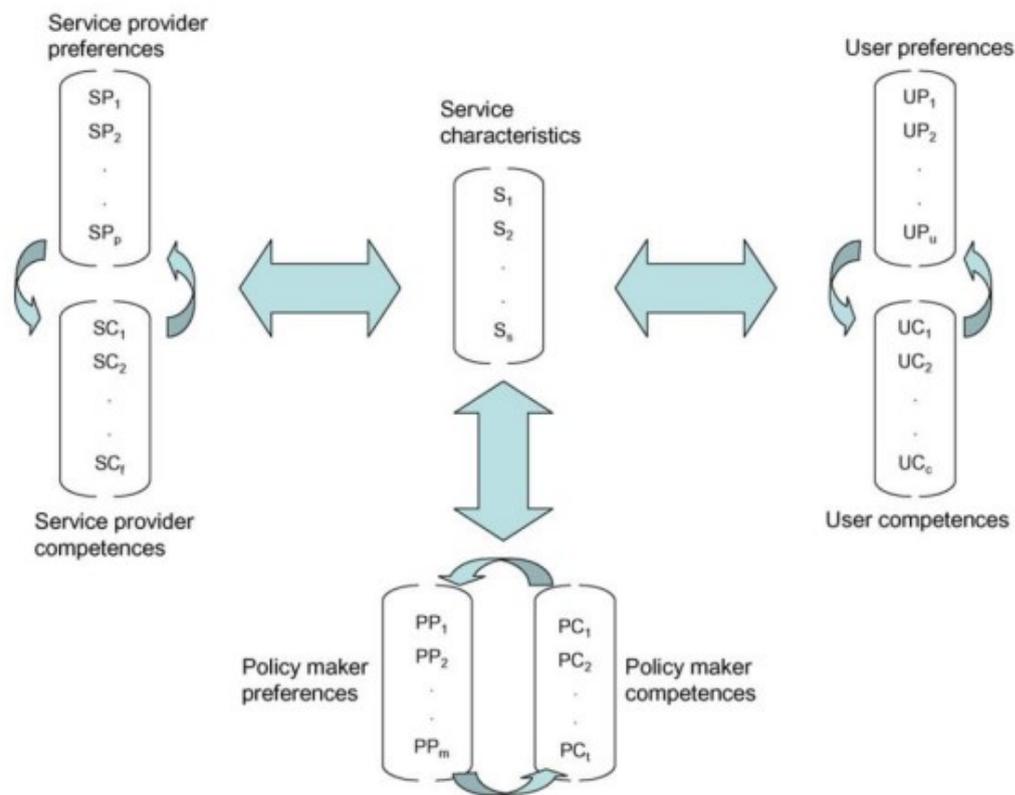
del sistema senza modificarne l'architettura.

3. **Innovazione incrementale:** aggiunta o sostituzione di alcune caratteristiche.
4. **Innovazione di ricombinazione:** associazione o dissociazione delle caratteristiche finali e tecniche di prodotti preesistenti.
5. **Innovazione di formalizzazione:** formalizzazione e standardizzazione delle caratteristiche del sistema.

Questa nuova prospettiva ha permesso di ridefinire i processi di innovazione, offrendo finalmente uno spazio adeguato anche ai servizi, rispettando le loro specificità (Maggiore & Sena, 2017).

Il modello concettuale basato sulle “caratteristiche” ha subito diverse evoluzioni per migliorare la sua capacità interpretativa, come illustrato da Windrum e García-Goñi (2008), le cui modifiche tengono conto delle specificità del settore pubblico. In particolare, il settore pubblico è stato arricchito includendo i policy maker come attori chiave nel promuovere l'innovazione. Inoltre, la variabile “tecnologia” è stata inglobata in quella più ampia delle “competenze”, riconoscendo l'interconnessione tra capacità tecniche e conoscenze degli attori coinvolti. È stata anche introdotta la variabile delle “preferenze” per considerare i fattori psicologici e sociali che influenzano le scelte degli attori (Maggiore & Sena, 2017).

Figura 9: Il modello del “characteristics-based approach” adattato ai servizi pubblici (Maggiore & Sena, 2017).



Queste modifiche rendono il modello più adatto a cogliere la complessità delle dinamiche nei contesti pubblici, spostando il focus dalle logiche economiche alla comprensione delle interazioni tra attori (Sørensen & Torfing, 2011). Questo modello, di “*collaborative innovation*”, enfatizza la gestione delle preferenze e competenze diverse degli attori attraverso la cooperazione, promuovendo un approccio dal basso, finalizzato ad investire su forme di collaborazione e di coinvolgimento aperte a tutti gli attori sociali, per superare i limiti del New Public Management (Andell & Gash, 2008).

Sorensen e Torfing (2011), sostenitori delle *collaborative innovation*, sottolineano l'importanza delle “arene istituzionali di interazione” dove le scelte degli attori sono influenzate da fattori macro, meso e micro. I manager pubblici devono assumere la

responsabilità di “metagovernare” il sistema per stimolare il cambiamento e rimuovere le barriere. Solo attraverso un percorso lungo e impegnativo, che consideri attentamente le dinamiche reali dei contesti organizzativi a livello istituzionale e culturale, sarà possibile ottenere innovazioni significative. Queste innovazioni, che possono manifestarsi sotto forma di nuove politiche, soluzioni organizzative o servizi, contribuiranno a un aumento del valore pubblico (Hartley, 2005).

Questo percorso richiede il coinvolgimento di tutti gli attori, dai vertici politici ai cittadini, per favorire un “apprendimento trasformativo” e riformare le strutture dominanti attraverso la negoziazione (Wenger, 1998).

L’approccio delineato evidenzia molte affinità con la prospettiva sociologica, concentrata sugli aspetti relazionali e sulle interazioni tra i vari attori coinvolti nei processi di cambiamento organizzativo. La ricerca sociologica ha messo in luce i problemi legati alla presenza di più attori nelle organizzazioni, specialmente nel settore sanitario, analizzando le implicazioni dell’introduzione di innovazioni sia per gli utenti che per i fornitori di servizi (Maggiore & Sena, 2017).

Negli studi sull’innovazione nelle organizzazioni sanitarie, l’attenzione si sta focalizzando sempre più sulle tecnologie dell’informazione e della comunicazione (ICT) e sullo sviluppo dell’*e-health*, che comprende tutti i servizi che utilizzano le ICT in ambito sanitario (Eysenbach, 2001). L’introduzione di strumenti di *e-health* ha sollevato questioni studiate in particolare dalla sociologia del lavoro e della salute, evidenziando come questi strumenti influenzino l’organizzazione del lavoro e l’interazione tra gli attori (Pinch & Bijker, 1987).

Uno dei principali problemi riguarda le interazioni tra tecnologia, pratiche consolidate e comportamenti di routine (May, et al., 2001). Gli studi dimostrano che l’introduzione

di nuove tecnologie richiede l'adattamento delle pratiche lavorative esistenti e il superamento di barriere culturali e normative (Anderson J. G., 2007). Attori, processi organizzativi e tecnologie sono simmetricamente coinvolti in un processo continuo di reciproco "aggiustamento". La gestione dell'introduzione di sistemi come la telemedicina o il fascicolo sanitario elettronico implica lo sviluppo di un network di relazioni con dinamiche complesse e sviluppi non sempre prevedibili. Questo processo richiede una continua ricalibrazione tra le tecnologie introdotte e le pratiche lavorative consolidate, rendendo essenziale l'adattamento dei comportamenti e delle interazioni tra tutti gli attori coinvolti.

La prospettiva sociologica sottolinea come le tecnologie siano elementi costitutivi dell'organizzazione, e come sia cruciale comprendere il loro impatto sul lavoro di tutti gli attori coinvolti (Gherardi & Nicolini, 2001). Integrando l'approccio manageriale della *collaborative innovation* con l'analisi sociologica, si può ottenere un modello più completo dei cambiamenti organizzativi nel settore sanitario, migliorando l'efficienza e la qualità dei servizi (Woodward, 1970).

Attori, processi organizzativi e tecnologie sono quindi strettamente interconnessi in un processo continuo di reciproca adattabilità. L'introduzione di sistemi innovativi e digitali richiede la creazione di un complesso network di relazioni, caratterizzato da dinamiche intricate e sviluppi non sempre prevedibili. La comprensione di queste interazioni e l'adattamento delle pratiche lavorative sono fondamentali per garantire l'efficacia e il successo di tali innovazioni. Questi aspetti preparano il terreno per affrontare ulteriori sfide nel settore sanitario, come la gestione delle liste di attesa e l'ottimizzazione del *patient journey*.

## 2.6 Gestione delle liste d'attesa e *patient journey*

La gestione delle liste di attesa rappresenta una sfida cruciale per il sistema sanitario, influenzando significativamente la qualità del *patient journey*. Il “*patient journey*” rappresenta l'insieme delle esperienze che un paziente attraversa all'interno di un sistema sanitario. Questo percorso include tutte le tappe che il paziente si trova ad affrontare a partire dall'identificazione di un sintomo e all'arrivo in una struttura ospedaliera o ambulatoriale fino ai controlli (HealthTech360, 2022). Ogni interazione con il paziente è parte integrante di questo percorso e offre alla struttura sanitaria l'opportunità di dimostrare la propria attenzione verso il paziente e di apportare un valore aggiunto ai servizi offerti. Il Beryl Institute definisce l'esperienza del paziente come “*the sum of all interactions, shaped by an organization's culture, that influence patient perceptions across the continuum of care*” (la somma di tutte le interazioni, modellate dalla cultura di un'organizzazione, che influenzano le percezioni del paziente, attraverso il continuum della cura) (The Beryl Institute, 2024).

In questo contesto, il miglioramento dei processi di *front* e *back office* e l'ottimizzazione del percorso del paziente sono obiettivi fondamentali per garantire un'assistenza sanitaria efficiente e centrata sul paziente. Questa tesi sperimentale, infatti, si propone di analizzare e implementare strategie innovative per ridurre i tempi di attesa e migliorare l'esperienza complessiva del paziente, attraverso una gestione più efficiente delle risorse e l'integrazione di tecnologie avanzate.

Gli ospedali possono migliorare significativamente la qualità del servizio fornito esplorando e comprendendo il percorso del singolo paziente (Gualandi, Masella, Viglione, & Tartaglino, 2019).

Numerosi strumenti possono essere impiegati per misurare e comprendere

l'esperienza del paziente (Coulter, Fitzpatrick, & Cornwell, 2009). Tra questi, i sondaggi sono i metodi più comunemente utilizzati per raccogliere informazioni sull'esperienza del paziente e valutare la qualità e la sicurezza dei vari processi clinici (Tsianakas, et al., 2012). Tuttavia, questionari e osservazioni statiche tradizionali potrebbero non riuscire a rivelare tutti gli aspetti dell'esperienza del paziente. In un ambiente ospedaliero complesso, molteplici fattori, come le dinamiche spazio-temporali delle attività e le percezioni ed emozioni dei pazienti, possono influenzare la loro esperienza (Ziebland, Coulter, Calabrese, & Locock, 2013). Inoltre, alcuni autori sottolineano che i ricordi del paziente differiscono dalle esperienze vissute in tempo reale, in base alla durata del periodo di ricordo (Kjellson, Clarke, & Gerdtham, 2014). Di conseguenza, poiché i ricordi del paziente possono cambiare nel tempo, la raccolta di dati accurati e immediati sull'esperienza vissuta dipende anche dal momento in cui viene effettuato l'intervista.

Il problema dei lunghi tempi di attesa per le principali prestazioni sanitarie è comune in tutti quei Paesi che adottano un sistema sanitario universalistico che offre un alto livello di assistenza. Questo è uno degli aspetti più critici e maggiormente monitorati dai cittadini. La riduzione di questi tempi rappresenta una delle priorità principali del SSN, con l'impegno di tutti i livelli istituzionali per raggiungere questo obiettivo.

I successi del sistema sanitario nel migliorare la sopravvivenza per patologie gravi, come quelle cardiologiche e oncologiche, che anni fa erano considerate terminali, hanno portato a un aumento della domanda di servizi sanitari. L'invecchiamento della popolazione contribuisce a questo incremento, poiché le prestazioni pro-capite degli anziani sono quasi tre volte superiori a quelle della popolazione di età media. Questo aumento nell'utilizzo dei servizi sanitari pone una sfida per mantenere l'equilibrio

finanziario del sistema, essenziale per la sostenibilità del modello universalistico.

Per affrontare i lunghi tempi di attesa, è cruciale migliorare l'efficienza del sistema, riducendo le inefficienze organizzative e ottimizzando l'utilizzo delle risorse.

L'adozione di sistemi di prenotazione unificati (CUP) da parte delle Regioni ha permesso una migliore organizzazione e trasparenza nell'accesso ai servizi. Questi sistemi richiedono una pianificazione specifica del lavoro degli operatori sanitari, rendendo l'offerta più efficiente e visibile ai cittadini.

È essenziale che i professionisti sanitari assumano un ruolo attivo nel prescrivere solo ciò che è realmente necessario per la salute dei pazienti.

La responsabilizzazione dei cittadini è altrettanto importante; devono essere consapevoli dell'importanza di utilizzare correttamente i servizi sanitari, evitando prenotazioni multiple e disdette non comunicate. Dati recenti mostrano che, in media, in Italia si effettuano 12-13 prestazioni ambulatoriali per cittadino all'anno, per un totale di circa 800 milioni di prestazioni (AGENAS, 2022). Questo significa che ogni minuto vengono erogate oltre 3.500 prestazioni, evidenziando la complessità della gestione dei tempi di attesa.

Le azioni intraprese finora sono spesso il risultato di compromessi a causa delle limitate risorse finanziarie. Tuttavia, le Regioni stanno aumentando il loro impegno per risolvere il problema, riconoscendo l'importanza di questa sfida per la sopravvivenza del sistema pubblico. È necessario un sostegno coordinato da parte di amministratori pubblici, aziende, operatori sanitari, cittadini e loro associazioni. Inoltre, è fondamentale considerare l'assistenza sanitaria non solo come un costo, ma come un fattore propulsivo per l'economia del Paese.

Le liste di attesa sono percepite dai cittadini e dai pazienti come una significativa

criticità dei sistemi sanitari moderni, poiché limitano l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni sanitarie. Ridurre i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi principali del SSN. Garantire che i servizi vengano erogati entro tempi adeguati, in relazione alla patologia e alle esigenze di cura, è una componente fondamentale dei LEA (AGENAS, 2024).

La gestione delle liste di attesa può avere un impulso positivo solamente attraverso la collaborazione tra tutti gli attori del sistema sanitario, inclusi coloro che operano nel settore prescrittivo e quelli dedicati alla tutela dei cittadini. L'obiettivo è potenziare la capacità del SSN, sia a livello centrale che periferico, di identificare il reale bisogno di prestazioni, garantendo risposte appropriate per raggiungere gli obiettivi di salute. Questo approccio mira a far coincidere la domanda di prestazioni con il bisogno effettivo, eliminando la richiesta inappropriata e assicurando l'erogazione di tutte le prestazioni essenziali per i livelli essenziali di assistenza (LEA).

La soluzione non può limitarsi ad aumentare l'offerta e i volumi di produzione, ma deve integrare il diritto del cittadino con strategie efficaci di gestione della domanda, applicando criteri rigorosi di appropriatezza e urgenza delle prestazioni. Per raggiungere questo obiettivo, è fondamentale individuare sedi e strumenti adeguati di governo clinico a diversi livelli del sistema, coinvolgendo direttamente tutti i professionisti prescrittori (Ministero della Salute, 2019).

AGENAS ha avuto un ruolo cruciale nella definizione del protocollo per aumentare il numero di prestazioni monitorate dal gennaio 2007, collaborando alla revisione annuale dei valori soglia di ogni prestazione e supportando il Ministero della Salute nel monitoraggio dei tempi di attesa e nel controllo dei LEA, in conformità alla Legge 266/2005. Ha continuato a monitorare i tempi di attesa a livello nazionale, regionale e

locale, formulando proposte per migliorare la gestione delle liste di attesa.

Con l'approvazione del PNGLA 2010-2012 (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa), AGENAS ha contribuito alle attività di rilevazione per il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa, delle modalità organizzative delle prestazioni in libera professione intramuraria (ALPI), e allo sviluppo di metodologie per la rilevazione dei tempi di attesa nei percorsi diagnostico-terapeutici.

L'Osservatorio sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali, istituito nel 2008, che coinvolge rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, di AGENAS e delle Regioni e Province Autonome, promuove attività di monitoraggio periodico per analizzare la libera professione intramuraria supportando anche le Regioni nel monitoraggio locale dei tempi di attesa delle attività.

L'Intesa Stato-Regioni del febbraio 2019 ha approvato il PNGLA 2019-2021, confermando il ruolo di AGENAS nel monitoraggio nazionale dei tempi di attesa delle prestazioni. Il piano promuove la metodologia dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenea – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, basata su priorità cliniche condivise con vari stakeholder (AGENAS, 2024). Questo modello coinvolge medici prescrittori e soggetti erogatori, supportando l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni.

In sintesi, AGENAS svolge un ruolo fondamentale nel migliorare la gestione delle liste di attesa attraverso il monitoraggio continuo, la promozione di metodologie avanzate e la collaborazione con le Regioni e altre istituzioni per garantire l'accessibilità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Un nuovo piano nazionale per affrontare le liste di attesa nella sanità e abbattere le tempistiche è stato annunciato dal ministro della Salute, Orazio Schillaci. Il piano prevede

misure strutturali per ridurre i tempi di attesa per visite specialistiche ed esami diagnostici, con particolare attenzione all'assunzione di personale a tempo indeterminato e al potenziamento dei centri unici di prenotazione attraverso l'abolizione del tetto di spesa.

Questa risposta è arrivata in seguito alla rilevazione di come le liste di attesa siano ormai un'emergenza, aggravata dai rinvii e dai tagli delle risorse del PNRR destinate alla sanità e anni di errata programmazione e misure che hanno contribuito all'attuale crisi del Sistema Sanitario Nazionale. Il nuovo piano prevede, oltre al potenziamento dei Centri Unici di Prenotazione (CUP), un monitoraggio rigoroso e continuo delle agende di tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private. Inoltre, è stato previsto un rifinanziamento dei piani operativi per ridurre le liste di attesa (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2024). Il ministro ha ribadito che il governo ha adottato misure per potenziare gli organici e migliorare le condizioni di lavoro nel SSN, integrando le lezioni apprese durante la pandemia. Infine, Schillaci ha annunciato l'istituzione di un gruppo di esperti per sviluppare protocolli di gestione delle prestazioni e delle liste di attesa, puntando a soluzioni strutturali e durature.

La crescente attenzione verso il problema delle liste d'attesa è evidenziata dai numerosi provvedimenti e richiami delle istituzioni politiche a ridurle. Poiché l'obiettivo principale del SSN è garantire a tutti i cittadini la tutela della salute, assicurando equità nell'accesso ai servizi e livelli essenziali uniformi di attesa, la presenza di liste e tempi d'attesa eccessivamente lunghi rappresenta una criticità significativa. Questa situazione può avere ripercussioni negative sulla qualità del servizio e sulla soddisfazione dei pazienti (Derlet & Richards, 2000).

Le liste d'attesa possono essere viste da diverse prospettive, ciascuna con una propria interpretazione (Grilli, 2003). In generale, vengono considerate il risultato di un disallineamento tra una domanda di prestazioni sanitarie eccessiva e un'offerta

insufficiente. Più specificamente, possono essere viste come il frutto dell'applicazione di criteri di priorità clinica. In questa ottica, non sono necessariamente un problema, ma piuttosto un meccanismo che garantisce un accesso più rapido a chi ha maggior bisogno. Un'altra interpretazione le vede come una riserva fisiologica di pazienti pronti al trattamento, che permette di mantenere la piena operatività dei servizi sanitari anche nei periodi di minore attività.

Più che un elemento intrinsecamente negativo del sistema sanitario, le liste d'attesa costituiscono un fenomeno che necessita di essere gestito e regolamentato all'interno del più ampio contesto della relazione tra domanda e offerta (Grilli, 2003).

La domanda e l'offerta di servizi sanitari subiscono variazioni nel tempo dovute a fattori socio-demografici, economici, scientifici e tecnologici. La domanda è influenzata dallo stato di salute della popolazione, dalle aspettative dei pazienti, dagli incentivi economici, dalla diffusione delle assicurazioni private e dai costi del settore privato. L'offerta dipende dalla capacità e produttività dei servizi sanitari pubblici e privati, dai progressi tecnologici, e dallo sviluppo professionale e scientifico. Le politiche sanitarie hanno spesso aumentato le risorse e prestazioni per ridurre le liste d'attesa, ma con miglioramenti temporanei (Hurst & Siciliani, 2003). Questo ha portato a focalizzarsi sulla riorganizzazione delle risorse, comprendere i fattori che influenzano l'attesa e promuovere l'uso appropriato dei servizi da parte dei cittadini.

I tempi di attesa per le prestazioni sanitarie dipendono da vari fattori interconnessi. Questi determinanti possono essere classificati come legati al paziente, alla prestazione, agli erogatori dei servizi, al sistema sanitario e al contesto socio-economico-culturale.

- **Determinanti legati al paziente:** includono la condizione clinica, la gravità e l'urgenza della situazione, la disabilità, i fattori socio-economici, l'accessibilità

logistica, la percezione, l'ansia, le aspettative, le preferenze personali e la conoscenza del sistema sanitario.

- **Determinanti legati alla prestazione:** riguardano il grado di innovazione e diffusione della prestazione e della tecnologia necessaria, la fattibilità da parte di diversi operatori e la connessione con altre prestazioni.
- **Determinanti legati agli erogatori:** comprendono la capacità di erogazione, l'efficienza interna, l'attrazione della domanda, i metodi di gestione delle liste, le modalità alternative di erogazione, la disponibilità di diverse competenze professionali e gli interessi particolari di singoli o gruppi.
- **Determinanti legati al sistema sanitario:** composizione dell'offerta, delle tariffe e i tetti programmati ai volumi erogabili, le alternative sanitarie o socio-sanitarie disponibili, il ruolo dei medici prescrittori, la disponibilità di sistemi informativi, i sistemi di informazione e comunicazione, i sistemi centralizzati di prenotazione e le normative specifiche.
- **Determinanti legati al contesto:** riguardano la struttura della domanda, in particolare in relazione all'età della popolazione, gli aspetti sociali come la prevenzione e l'assistenza sociale, e i modelli culturali di consumo sanitario.

Esistono diverse strategie per ridurre o gestire i tempi di attesa, che possono agire sia sull'offerta che sulla domanda di prestazioni, oppure intervenire direttamente sui tempi di attesa stessi. Nella pratica, queste strategie sono spesso impiegate in combinazione e in sinergia, rendendo difficile valutare l'efficacia di ciascuna singolarmente o determinare quale abbia avuto un impatto maggiore sui tempi di attesa (Hurst & Siciliani, 2003).

Le strategie per ridurre o gestire i tempi di attesa si suddividono in interventi che razionalizzano l'offerta, quelli che agiscono su entrambi i lati dell'offerta e della

domanda, e quelli che razionalizzano la domanda. Razionalizzare e aumentare l'offerta, attraverso l'aumento delle prestazioni, offre un sollievo più rapido ma temporaneo, poiché l'incremento dell'offerta stimola un aumento della domanda.

Alcuni Paesi hanno provato a incrementare temporaneamente le risorse finanziarie per le strutture sanitarie per generare attività extra, ma questo ha solo effetti limitati nel tempo (Van Ackere & Smith, 1999). Inoltre, c'è il rischio che gli ospedali temano il ritiro dei fondi una volta raggiunti gli obiettivi di riduzione dei tempi d'attesa. Un'altra strategia è aumentare la produttività delle unità operative ambulatoriali e ospedaliere tramite finanziamenti basati sull'attività o riformulando i contratti degli specialisti. Un'altra strategia per razionalizzare l'offerta prevede l'aumento della produttività e il potenziamento della capacità sia del settore pubblico che di quello privato e l'invio dei pazienti a strutture all'estero.

Alcuni interventi hanno mirato direttamente a ridurre i tempi d'attesa, influenzando sia l'offerta che la domanda attraverso l'introduzione di tempi massimi garantiti.

Questi tempi possono essere incondizionati, ovvero applicabili a tutti i pazienti indipendentemente dal bisogno clinico, come in Inghilterra e Svezia, oppure condizionati, dove solo una certa quota di pazienti con maggior bisogno deve essere trattata entro un periodo specifico, come in Norvegia, Nuova Zelanda, Olanda, Italia e Danimarca. L'introduzione di tali misure è motivata dalla necessità di affrontare le lunghe attese, che restano una questione di grande interesse politico e sociale (Hurst & Siciliani, 2003). In Italia, l'Accordo Stato-Regioni del 2002 ha fissato i tempi massimi d'attesa per le prestazioni più richieste, per migliorare l'accesso e ridurre le criticità.

Per affrontare efficacemente i tempi d'attesa nella sanità, è cruciale intervenire anche sulla domanda. Questo include la definizione di criteri di priorità per l'accesso, la gestione

delle prenotazioni e la sensibilizzazione dei cittadini per ridurre richieste inappropriate. Le politiche basate su criteri di priorità mirano a ridurre le disuguaglianze nelle liste di attesa (Pell, et al., 2000), utilizzando criteri clinici come severità della condizione, benefici attesi e urgenza secondo un criterio di equità e di appropriatezza. Esempi di approcci di questo tipo includono sistemi a punteggio o classificazioni semplici (Spagna, Svezia, Australia, Italia) (Noseworthy & McGurran, 2001).

Diversi Paesi hanno implementato soluzioni uniche per gestire le liste d'attesa. In Portogallo, il sistema SIGIC permette ai pazienti di scegliere altre strutture se i tempi d'attesa non vengono rispettati, incentivando l'efficienza degli ospedali (Gomes & Lapão, 2011). Il modello ha ridotto i tempi d'attesa e aumentato la produttività.

Il crescente livello di conoscenza dei pazienti e la diffusione di comportamenti consumeristici hanno portato a un aumento delle aspettative e dei desideri, spesso inappropriati dal punto di vista clinico. I mass media amplificano queste aspettative, rendendo fondamentale includere la prospettiva degli utenti nella gestione dell'assistenza sanitaria per migliorare la soddisfazione dei pazienti (Edgman-Levitan & Daley, 2002). La lunghezza delle liste e dei tempi d'attesa è considerata la problematica più urgente dai cittadini, influenzando notevolmente la loro soddisfazione (Censis, 2023).

Per migliorare la gestione della domanda sanitaria, è importante promuovere il self-care, ovvero stimolare la persona ad interpretare e decidere sulle proprie esigenze di salute e quindi agire prima, che può ridurre le visite e i costi. Nella gestione dell'offerta, diversi Paesi europei adottano iniziative per garantire efficacia per il paziente ed efficienza economica:

- **Differenziamento:** razionamento della prestazione nel tempo, inserendo i pazienti in liste di attesa.

- **Deterrenza:** riduzione dell'accesso alle prestazioni tramite distribuzione non equilibrata delle strutture o servizi di prenotazione inefficaci.
- **Deviazione:** indirizzare i pazienti verso altre strutture sociali che suppliscono l'intervento medico.
- **Diluizione:** redistribuzione delle risorse per coprire un incremento di domanda, con conseguente diminuzione della qualità delle prestazioni (Loiudice, 2001).

Questi metodi mirano a controllare la domanda sanitaria e garantire un equilibrio tra qualità del servizio e sostenibilità economica.

In Italia, l'introduzione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e l'aumento della responsabilità dei medici di base rappresentano passi significativi per migliorare la gestione delle attese, garantendo tempi di accesso più equi e appropriati per i pazienti (Mariotti, 1999).

In conclusione, la gestione efficace delle liste d'attesa rappresenta una sfida complessa e cruciale per il sistema sanitario, influenzando direttamente la qualità del *patient journey* e la soddisfazione dei pazienti. Attraverso l'implementazione di strategie innovative, una pianificazione attenta delle risorse e l'adozione di tecnologie avanzate, è possibile ridurre i tempi di attesa e garantire un accesso più equo e tempestivo ai servizi sanitari. Solo con un approccio coordinato e collaborativo tra tutti gli attori coinvolti si potrà migliorare l'efficienza del sistema e promuovere un'assistenza centrata sul paziente, assicurando la sostenibilità del modello universalistico e la qualità delle cure.

Visto quanto evidenziato sull'importanza della gestione efficiente delle liste d'attesa e del *patient journey* all'interno degli IRCCS, emerge chiaramente la necessità di focalizzare lo studio in quest'area. La gestione delle liste d'attesa è una componente cruciale per la qualità dell'assistenza sanitaria e rappresenta un campo in continua

evoluzione e miglioramento. Tuttavia, la letteratura attuale evidenzia una carenza di studi specifici sulla gestione ottimale delle risorse e dei processi organizzativi per ridurre i tempi di attesa e migliorare l'esperienza del paziente.

È fondamentale analizzare e ottimizzare i processi organizzativi di front e back office, poiché essi rappresentano il primo punto di contatto e di organizzazione interna che incide notevolmente sull'efficienza complessiva e sulla percezione del servizio da parte dei pazienti.

La domanda di ricerca che guida questo elaborato è: *“come possono essere migliorati i processi organizzativi e la gestione del servizio front e back office presso la Fondazione IRCCS Mondino per ottimizzare il patient journey e aumentare la soddisfazione dei pazienti?”*.

Per rispondere a questo importante quesito, la presente tesi si propone di analizzare e implementare strategie innovative per ottimizzare il servizio di prenotazioni e accettazione all'interno della Fondazione Mondino. Particolare attenzione verrà posta sull'ottimizzazione dei processi di front e back office per aumentare l'efficienza operativa e ridurre i tempi di attesa, migliorando così la qualità complessiva dei servizi offerti. L'obiettivo è raccomandare strategie al fine di ottimizzare i processi, migliorando l'efficienza e la qualità dei servizi offerti, anche sulla base di un'attenta pianificazione delle risorse disponibili.

La metodologia adottata per questa ricerca includerà un'analisi dei processi già esistenti, la raccolta di dati empirici e l'implementazione di soluzioni basate sulle migliori pratiche internazionali, con l'obiettivo finale di garantire un accesso più tempestivo ed equo ai servizi sanitari e di migliorare la soddisfazione generale dei pazienti.

### **3. METODOLOGIA**

Nel presente capitolo vengono esaminati e descritti l'obiettivo dello studio e l'approccio metodologico adottato per condurre questo studio.

Nel paragrafo 3.1 si delineano gli obiettivi specifici che lo studio intende raggiungere, fornendo una chiara comprensione della direzione e dello scopo dello studio. Segue, nel paragrafo 3.2, una discussione dettagliata delle strategie metodologiche e degli strumenti utilizzati per raccogliere e analizzare i dati. Questa sezione spiega il pensiero alla base delle scelte metodologiche e come queste supportano il raggiungimento degli obiettivi della tesi.

La definizione chiara e precisa della metodologia è fondamentale per garantire la replicabilità dello studio e la validità dei risultati ottenuti.

Successivamente una descrizione di come sono stati raccolti i dati è illustrata nei paragrafi 3.3 e 3.4.

Infine, il capitolo 3.5 mette in luce l'affidabilità e i limiti di questo studio, verranno affrontati i problemi considerati durante l'intero processo di ricerca, evidenziando le misure adottate per garantire la conformità agli standard etici e la protezione dei partecipanti.

#### **3.1 Obiettivi della ricerca**

Alla luce del quadro teorico su riportato, il presente lavoro si propone di andare ad ottimizzare il servizio prenotazioni e accettazione all'interno della Fondazione Mondino nell'ottica di un miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi in termini di risorse, processi e *patient journey*.

Questa tesi si propone di rispondere alla seguente domanda di ricerca: *Come possono essere migliorati i processi organizzativi e la gestione del servizio front e back office presso la Fondazione IRCCS Mondino per ottimizzare il patient journey e aumentare la soddisfazione dei pazienti?*

La gestione efficiente delle liste di attesa, del tempo di attesa al *front office* e il miglioramento dei processi organizzativi sono cruciali per garantire un'adeguata qualità del servizio in ambito sanitario. La Fondazione IRCCS Mondino, un centro di eccellenza per la ricerca e la cura delle malattie neurologiche, affronta sfide significative in questi ambiti. Nonostante i continui sforzi per ottimizzare i processi interni, persistono criticità nella gestione delle liste di attesa e nel *patient journey*, che possono influire negativamente sulla soddisfazione dei pazienti e sull'efficacia delle cure.

In particolare, gli obiettivi specifici di questa tesi sono:

1. **Analizzare l'attuale sistema di prenotazioni:** valutare i punti di forza e le aree di miglioramento attraverso un'analisi dettagliata dei processi esistenti. Analizzare se esiste una correlazione tra il tempo trascorso dalla prenotazione e l'appuntamento sulla base della tipologia di prestazione (SSN, solventi, libera professione...) e identificare eventuali discrepanze che potrebbero indicare inefficienze nei processi di programmazione o di accettazione dei pazienti. Esaminare la frequenza delle prenotazioni delle visite nel corso del tempo per identificare eventuali trend o picchi di domanda. Potrebbero esserci periodi dell'anno o della settimana in cui le prenotazioni sono particolarmente elevate o basse e cercare di comprendere le cause di tali variazioni per riorganizzare le risorse in maniera efficiente.

**2. Analizzare il sistema di accettazione e composizione del *Front Office*:**

esaminare i tempi medi di attesa all'accettazione per le diverse prestazioni offerte dalla Fondazione Mondino e la composizione del personale operativo al Front Office. Il fine di questa analisi sarà quello di andare a proporre soluzioni efficaci per ridurre i tempi di attesa, migliorando la qualità del servizio offerto ai pazienti aumentando la loro soddisfazione soffermandoci anche sulla composizione dell'organico del Front Office, analizzando le diverse tipologie di contratto ed eventuali rischi che possono derivare da una gestione non ottimale.

**3. Analizzare la distribuzione dei pazienti:**

focalizzarsi sulla distribuzione dei pazienti in relazione al genere (maschile e femminile) e alla provenienza geografica. L'analisi di questi dati consentirà di ottenere una comprensione più approfondita delle dinamiche di accesso ai servizi e delle caratteristiche demografiche della popolazione assistita. Queste informazioni saranno fondamentali per ottimizzare l'allocazione delle risorse e migliorare la personalizzazione dei servizi. Potrà, inoltre, servire come base per sviluppare strategie di comunicazione e intervento più efficaci, mirate a rispondere in modo specifico alle esigenze dei diversi gruppi di pazienti.

**4. Identificare le *best practice* e le tecnologie emergenti:**

esaminare le soluzioni adottate da altre istituzioni sanitarie e le tecnologie disponibili per migliorare l'efficienza dei servizi.

Il raggiungimento di questi obiettivi contribuirà a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi offerti dalla Fondazione Mondino, garantendo un'esperienza ottimale per i pazienti e un utilizzo più efficace delle risorse disponibili.

### **3.2 Metodo di ricerca**

Al fine di raggiungere gli obiettivi descritti, è fondamentale descrivere i processi di raccolta dei dati e i metodi di ricerca utilizzati per analizzare il fenomeno studiato.

La selezione delle metodologie per l'analisi dei dati in uno studio è innanzitutto influenzata dal significato attribuito al termine stesso. La ricerca può essere descritta come un'indagine sistematica e rigorosa, volta ad approfondire, ampliare o verificare il corpo di conoscenze, teorie, documenti e leggi relative a una specifica disciplina (Semeraro, 2022).

Non esiste una visione univoca riguardo ai parametri della ricerca sui casi di studio (Yin, 2009), ma, in generale, essa ha l'obiettivo di esplorare e descrivere un contesto specifico per migliorare ed avanzare la conoscenza e la comprensione del fenomeno in esame.

La metodologia di ricerca adottata in questo studio comprende i due approcci principali che caratterizzano ogni tipo di ricerca: il qualitativo e il quantitativo secondo un approccio definito come "integrato" (Saukko, 2005).

Greene (2007) ha suggerito che le strategie per l'analisi integrata dei dati sono una priorità. Diversi autori hanno sviluppato quadri di valutazione critica e metodi per valutare la qualità della ricerca con metodi misti, tra cui Onwuegbuzie e Johnson (2006), Dellinger e Leech (2007) e Heyvaert, Hannes, Maes e Onghena (2013), che hanno considerato le tecniche di integrazione necessarie per promuovere il rigore metodologico.

Johnson, Grove e Clarke (2019) definiscono "l'approccio" di integrazione o miscelazione come l'unione, il collegamento o l'incorporazione di procedure qualitative e quantitative in un determinato momento della raccolta, analisi e

interpretazione dei dati. Al contrario, una “tecnica” di integrazione analitica del metodo misto è definita come una procedura per combinare o integrare i risultati, in particolare durante le fasi analitiche o interpretative di uno studio.

Il metodo quantitativo è definito come il processo di raccolta, analisi, interpretazione e scrittura dei risultati di uno studio (Creswell, Shope, Plano Clark, & Green, 2006). D’altro canto, la ricerca qualitativa si avvale di metodi come le osservazioni partecipate, osservazioni non partecipate o i casi di studio, che producono una narrazione o un resoconto descrittivo di un ambiente o di una pratica (Parkinson & Drislane, 2011).

Questi due metodi differiscono non solo per le tecniche utilizzate, ma anche per i paradigmi teorici che li sostengono. La ricerca qualitativa è orientata a esplorare la complessità delle esperienze umane e si basa su principi interpretativi che considerano la multidimensionalità degli oggetti di studio. Essa si avvale di tecniche come le osservazioni partecipate e i casi di studio, producendo narrazioni dettagliate e descrittive (Semeraro, 2022).

Il metodo quantitativo, d’altra parte, si focalizza sulla raccolta, l’analisi e l’interpretazione di dati numerici, con l’obiettivo di testare ipotesi e generalizzare i risultati attraverso criteri standardizzati (Creswell, Shope, Plano Clark, & Green, 2006). Questo approccio implica una predeterminazione delle ipotesi e tende a isolare aspetti specifici dei fenomeni indagati per generare dati misurabili e strutturati.

La ricerca qualitativa, quindi, mira a descrivere realtà complesse e a comprendere fenomeni situazionali attraverso metodi induttivi, che emergono direttamente dai contesti studiati. Essa si collega a paradigmi di complessità, contestualità e processualità, che sottolineano l’importanza dell’esperienza e della dimensione

temporale nella raccolta dei dati; si può affermare con Denzin e Lincoln (2005) che la ricerca qualitativa è un'attività situata, che colloca l'osservatore nel mondo. Consiste, quindi, in un insieme di pratiche interpretative che rendono visibile tale mondo trasformandolo.

Secondo la *Grounded Theory*, i dati provengono direttamente dalle situazioni osservate, permettendo ai ricercatori di ricavare importanti informazioni analitiche dal contesto (Charmaz, 2006) (Cohen, Manion, & Morrison, 2002) (Bryant & Charmaz, 2008).

Denzin e Lincoln (2005), come detto precedentemente, descrivono la ricerca qualitativa come un'attività che posiziona l'osservatore all'interno del mondo studiato, utilizzando una varietà di materiali empirici (studi di caso, esperienze personali, interviste, osservazioni, ecc.) per costruire una comprensione approfondita delle realtà studiate. Questo approccio è strettamente legato al costruttivismo socio-culturale, che vede la realtà come un fenomeno socialmente costruito e interpreta le esperienze attraverso pratiche induttive (Sempio, 1998).

Secondo Coggi (2005), la ricerca qualitativa mira a comprendere e approfondire le specificità della realtà attraverso il coinvolgimento diretto del ricercatore, adottando un approccio idiografico che si concentra sul particolare piuttosto che sulle leggi generali.

In sintesi, la ricerca qualitativa permette interpretazioni profonde e multifaccettate delle esperienze, utilizzando una varietà di tecniche per esplorare le relazioni e i contesti educativi (Trincherò, 2004).

L'utilizzo di metodi misti all'interno di un singolo studio può ampliare e rafforzare la ricerca, ma una sfida continua è mantenere l'integrità dello studio senza che si scomponga in due o più studi paralleli. Più forte è l'integrazione dei metodi, maggiori

sono i vantaggi che i ricercatori possono trarre dall'approccio misto (Yin, 2006).

L'approccio metodologico è stato scelto in base alla natura degli obiettivi della tesi e alla necessità di ottenere una comprensione approfondita del fenomeno in esame.

Questo approccio integrato, che combina metodi qualitativi e quantitativi, ci permette di fornire una visione completa del Servizio Prenotazioni e Accettazione, evidenziandone sia i punti di forza che le aree di miglioramento. I risultati di queste analisi costituiranno la base per le raccomandazioni strategiche volte a ottimizzare l'efficienza e la soddisfazione del servizio.

### **3.3 Raccolta di dati**

La parte empirica di questo lavoro si basa su dati primari e secondari, attraverso l'adozione, secondo quanto riportato nei paragrafi precedenti, di un approccio metodologico misto per analizzare in maniera approfondita il Servizio Prenotazioni e Accettazione della Fondazione Mondino. Sono state effettuate osservazioni partecipate tramite interviste con il responsabile del servizio di *front office* e accettazione, oltre che con tutto il personale coinvolto. Inoltre, sono state condotte osservazioni non partecipate. Parallelamente, sono stati raccolti dati secondari da siti web, documenti della Fondazione e articoli, a supporto dei dati primari. La combinazione di diverse fonti di dati permette un'interpretazione più accurata e affidabile, migliorando la robustezza dello studio.

### **3.3.1 Raccolta dati primaria: osservazioni partecipate e non partecipate**

Per questo studio sono state condotte in primo luogo osservazioni non partecipate, in forma anonima, a settembre 2023, e osservazioni partecipate non anonime a ottobre 2023, con l'obiettivo di comprendere le dinamiche operative senza influenzare il comportamento dei soggetti coinvolti e per raccogliere dati qualitativi direttamente dall'interazione con il personale e i pazienti.

L'osservazione non partecipata, nota anche come osservazione etnografica, si ispira alla teoria dell'evoluzione di Darwin e all'etologia, lo studio scientifico del comportamento animale (Dawkins, Martin, & Bateson, 1994). In questo metodo, l'osservatore non influenza il comportamento che intende studiare e cerca di minimizzare la propria soggettività. L'osservazione viene effettuata nell'ambiente naturale in cui il comportamento si manifesta spontaneamente, e il comportamento osservato è descritto in modo dettagliato e obiettivo (Altmann, 1974).

Questa tecnica è spesso dissimulata e l'osservatore può utilizzare strumenti di audio e videoregistrazione per documentare i dati. L'etnografia si distingue per l'importanza data allo studio in prima mano delle azioni e delle parole delle persone in contesti specifici.

Questo approccio permette di comprendere profondamente le dinamiche e le prospettive interne degli attori coinvolti. Come sottolineato dalla letteratura, l'etnografia spesso include anche l'utilizzo di dati quantitativi, riflettendo una metodologia mista che ne aumenta la validità e l'affidabilità (Hargreaves, 2006) (Lacey, 2017) (Ball, 1981).

L'osservazione partecipata è, invece, una tecnica di ricerca che prevede la prolungata presenza e partecipazione del ricercatore alle attività dell'oggetto di studio.

Questo metodo, reso celebre da Bronisław Malinowski, è diventato fondamentale per lo più nelle scienze etno-antropologiche, quindi di carattere sociale e organizzativo (Quarta, 2020).

Questa metodologia prevede che il ricercatore trascorra un periodo significativo all'interno della comunità studiata, formulando teorie solo dopo aver sperimentato “il punto di vista di chi lo compone”, analizzando dunque anche la componente emotiva (Malinowski, 1922).

Sono state condotte interviste semi strutturate. Le interviste semi strutturate sono definite come scambi verbali in cui l'intervistatore cerca di ottenere informazioni dall'intervistato attraverso una serie di domande (Longhurst, 2003). Prima di ogni intervista, viene preparata una guida indicando i principali argomenti da trattare, che funge da struttura della stessa (Adams, 2015). Questo schema degli argomenti consente una maggiore flessibilità, permettendo di adattare l'ordine e la formulazione delle domande in base alla conversazione, favorendo così una discussione più naturale e approfondita tra intervistatore e intervistato (Adams, 2015) (Busetto, Wick, & Gumbinger, 2020).

Durante la giornata di osservazione partecipata, sono stati intervistati diversi membri del personale del *front office*, dal responsabile del servizio agli impiegati. Per quanto riguarda gli intervistati prescelti, sono stati selezionati sulla base della rilevanza e del contributo che potevano fornire allo studio. Queste conversazioni hanno permesso di comprendere a fondo le esperienze quotidiane, le sfide e le aspettative del personale, offrendo preziose intuizioni sulla complessità delle interazioni e dei processi all'interno del servizio.

Questi dati sono successivamente arricchiti con informazioni secondarie provenienti

da siti web, rapporti, articoli e riviste. Questa integrazione serve a confermare e completare i risultati delle interviste, fornendo un insieme di informazioni più solido, dettagliato e affidabile per raggiungere l'obiettivo dello studio in questione.

### **3.3.2 Raccolta dati secondaria: report interni**

Come menzionato rapidamente nel paragrafo precedente, per completare lo studio sono stati utilizzati anche dati secondari. Questi dati sono stati presi in considerazione per ottenere informazioni più approfondite sulla struttura, l'affluenza dei pazienti, le prenotazioni e la gestione delle pratiche amministrative. In particolare, i dettagli sull'affluenza dei pazienti sono stati ricavati tramite i report degli erogatori della struttura, considerando un determinato intervallo di tempo, da gennaio a settembre 2023. Altri dati, relativi alla gestione delle pratiche amministrative e alla prenotazione degli appuntamenti, sono stati estratti da report interni, fornendo un quadro più completo e affidabile per il caso di studio.

Nella fase di raccolta dei dati secondari, sono state analizzate anche le recensioni online riguardanti la Fondazione. Queste recensioni sono state selezionate da diverse piattaforme digitali per offrire una visione ampia e variegata delle esperienze dei pazienti. L'analisi delle recensioni ha permesso di identificare temi ricorrenti, quali i tempi di attesa e la qualità del servizio, fornendo ulteriori elementi di valutazione complementari ai dati raccolti tramite altre metodologie. Questo approccio ha arricchito la comprensione del contesto organizzativo e delle aspettative dei pazienti, offrendo una prospettiva più completa sui punti di forza e sulle aree di miglioramento percepite dagli utenti.

### 3.4 Analisi dei dati

La nostra analisi si basa su un singolo caso studio, quello della Fondazione IRCCS Mondino.

Il metodo del caso di studio permette di acquisire una comprensione approfondita dell'argomento, fornendo un contesto ricco per ottenere intuizioni significative su un fenomeno (Zach, 2006).

La prima parte della nostra analisi qualitativa si concentra sui dati raccolti attraverso osservazioni non partecipate (anonime) e partecipate (non anonime), nonché interviste al responsabile delle risorse del servizio di *front office* e accettazione, e a due membri del *front office*. L'adozione di un approccio metodologico che integra osservazioni non partecipate, partecipate e interviste è sostenuta da una solida base teorica e metodologica nella ricerca qualitativa.

È fondamentale non imporre concetti predefiniti alla ricerca per comprendere adeguatamente l'esperienza degli intervistati (Gehman, et al., 2018). La scelta di questo metodo, per lo studio oggetto della tesi, è dovuta proprio a questo motivo, in quanto lascia spazio all'interpretazione e alla formulazione di nuove ipotesi e concetti.

L'osservazione non partecipata consente di raccogliere dati in modo discreto e obiettivo, mantenendo una distanza che minimizza l'impatto del ricercatore sul campo di studio. Questa pratica è particolarmente riconosciuta per la sua capacità di fornire una visione imparziale delle dinamiche osservate (Angrosino, 2007). D'altra parte, le interviste consentono un'immersione più profonda nelle percezioni e nelle esperienze dei partecipanti, arricchendo i dati osservazionali con *insight* qualitativi significativi (Kawulich, 2005). Questa combinazione metodologica, definita come triangolazione, è particolarmente valorizzata in quanto aumenta la validità e l'affidabilità dei risultati

della ricerca (Denzin & Lincoln, 2011) (Yin, 2009).

Inoltre, l'integrazione di diverse tecniche di raccolta dati consente una comprensione più completa e sfaccettata del fenomeno studiato, offrendo una panoramica che collega efficacemente strutture organizzative e interazioni umane (Patton, 2023). Come afferma Patton (2008), nell'analisi qualitativa "sia le prove che la prospettiva adottata rispetto alle prove necessitano di essere chiarite".

La trascrizione di ciascuna intervista è stata attentamente analizzata per classificare le informazioni fornite dagli intervistati.

Inoltre, è stato fondamentale applicare una codifica tematica rigorosa per identificare e analizzare i pattern emergenti nei dati. Questa tecnica, descritta da Braun e Clarke (2006), ha permesso di organizzare i dati in categorie significative, facilitando l'estrazione di conclusioni pertinenti e l'interpretazione delle dinamiche osservate. La combinazione di questi metodi ha garantito una comprensione approfondita e multidimensionale del fenomeno studiato.

I risultati derivanti dall'analisi del singolo caso e dall'analisi incrociata sono illustrati nel Capitolo 4.

### **3.5 Qualità della ricerca**

Una ricerca condotta correttamente dovrebbe soddisfare i requisiti di affidabilità e validità (Yin, 2003) attraverso tutte le fasi dell'analisi, dalla raccolta dei dati fino alla presentazione dei risultati. L'affidabilità riguarda la coerenza dei risultati con i dati raccolti (Yin, 2003), mentre la validità riguarda le relazioni tra concetti teorici e osservazioni che dovrebbero spiegare tali concetti (Whittemore, Chase, & Mandle,

2001). Il concetto di validità nella ricerca qualitativa è stato rielaborato più volte per adattarsi ai contributi unici di questa tradizione scientifica. I concetti tradizionali di validità interna ed esterna, affidabilità e oggettività sono stati trasformati in credibilità, trasferibilità, attendibilità e confermabilità (Whittemore, Chase, & Mandle, 2001).

Whittemore et al. (2001) identificano criteri di validità primaria come autenticità, criticità e integrità, e criteri di validità secondaria come esplicitezza, vividezza, creatività, completezza, congruenza e sensibilità. Questi criteri aiutano a garantire che la ricerca qualitativa sia rigorosa e significativa.

La complessità e le contraddizioni nell'applicazione dei criteri di validità basati sul positivismo alla ricerca qualitativa sono state evidenziate attraverso l'applicazione pratica (Whittemore, Chase, & Mandle, 2001). Tuttavia, mantenere un equilibrio tra creatività e rigore analitico è essenziale per la validità della ricerca qualitativa. La ricerca qualitativa deve incorporare rigore, soggettività e creatività nel processo scientifico. Una sintesi dei punti di vista contemporanei suggerisce che la flessibilità tra criteri comuni fornisce la migliore garanzia per l'integrazione dell'arte e della scienza nella ricerca qualitativa (Whittemore, Chase, & Mandle, 2001).

La tensione tra approcci quantitativi e qualitativi, nonché tra purismo epistemologico e pluralismo, è un tema ricorrente nella discussione sulla validità della ricerca qualitativa. Queste tensioni influenzano lo sviluppo dei criteri di validità e la loro applicazione nella pratica (Whittemore, Chase, & Mandle, 2001).

All'interno di questa tesi, l'affidabilità è garantita dall'applicazione di una metodologia di studio strutturata e affidabile. Le osservazioni partecipate e non partecipate sono state sistematicamente documentate, e i dati raccolti sono stati registrati e trascritti per consentire una revisione accurata. Questo processo minimizza

il rischio di malintesi e assicura che ogni dettaglio venga considerato, in linea con le raccomandazioni di Turner (2021), che sottolinea l'importanza di rileggere le trascrizioni per "immergersi" nei dati e conoscerli a fondo.

Inoltre, è stato garantito che tutti i partecipanti al caso studio, che hanno apportato un notevole contributo, firmassero un modulo di consenso informato, permettendo loro di restare anonimi qualora lo desiderassero. Questa misura ha incoraggiato la condivisione di informazioni sensibili, essenziali per comprendere appieno i processi di efficientamento e ottimizzazione. La gestione della ricchezza dei dati qualitativi è stata affrontata utilizzando un approccio sistematico per classificare e intrecciare le informazioni in nuove dimensioni concettuali (Turner, Ting, Wong, Lim, & Tan, 2021).

Per quanto riguarda la validità, questo requisito è soddisfatto se la ricerca spiega ciò che dovrebbe. Secondo Stenbacka (2001), la validità può essere verificata attraverso la generalizzabilità dei risultati. Patton (2002) aggiunge che nella ricerca qualitativa, la validità può essere rafforzata attraverso la triangolazione.

Inoltre, sono stati utilizzati e riportati diversi report e dati specifici del settore sanitario per rafforzare ulteriormente la validità della tesi.

Per migliorare ulteriormente la validità dello studio, è stato utilizzato il metodo della verifica incrociata (Creswell & Miller, 2000), che consente di corroborare i dati da più fonti, aumentando così la credibilità dei risultati. Lincoln e Guba (1985) sostengono che l'uso di strategie di triangolazione, come la verifica incrociata, può migliorare significativamente la qualità della ricerca qualitativa. La triangolazione può essere effettuata in diversi modi, tra cui la triangolazione dei dati, degli investigatori, delle teorie e delle metodologie (Denzin, 2017).

Inoltre, per garantire una maggiore attendibilità, è stato adottato un approccio di

“*audit trail*” (Guba & Lincoln, 1989), che prevede la documentazione dettagliata di tutte le fasi del processo di studio. Questo approccio facilita la trasparenza e consente ad altri ricercatori di seguire e verificare i percorsi decisionali intrapresi durante lo studio.

## 4. RISULTATI

In questo capitolo andremo ad analizzare i risultati emersi dall'indagine effettuata tramite la triangolazione delle metodologie. Questa tesi ha utilizzato una combinazione di metodologie, tra cui osservazioni partecipate, interviste semi-strutturate, osservazioni non partecipate e un'approfondita analisi quantitativa dei dati raccolti e concessi dalla struttura. Questo caso studio ha riguardato la Fondazione IRCCS Mondino, analizzando in particolare il *patient journey*, il miglioramento dei processi organizzativi del servizio prenotazioni e accettazione e la gestione delle liste di attesa, sulla base dello studio effettuato.

Le osservazioni partecipate ci hanno permesso di acquisire una comprensione diretta e dettagliata delle dinamiche operative e interpersonali all'interno delle strutture sanitarie, mentre le osservazioni non partecipate hanno fornito un punto di vista più oggettivo e distaccato sulle stesse dinamiche. Le interviste hanno raccolto le esperienze, le opinioni e le percezioni del personale sanitario, fornendo un ricco quadro qualitativo che integra e approfondisce i dati quantitativi ottenuti tramite i vari report.

La combinazione di queste metodologie ha permesso di triangolare i dati, garantendo una maggiore validità e affidabilità dei risultati. Nel corso del capitolo, presenteremo i risultati suddividendoli in sezioni tematiche principali, corredandoli con tabelle, grafici e citazioni significative dalle interviste per fornire una rappresentazione completa e dettagliata delle scoperte emerse dal nostro studio.

### 4.1 Osservazione non partecipata

Gli sportelli, presso il Mondino, sono organizzati in tre principali categorie operative:

prenotazioni, accettazione ricoveri e accettazioni ambulatoriali. Tuttavia, in determinati orari prestabiliti, è disponibile anche uno sportello per il ritiro referti.

Generalmente, sono operativi quattro sportelli di accettazione, uno dei quali dedicato esclusivamente ai ricoveri. Lo sportello 04, sebbene destinato alle accettazioni ambulatoriali da un punto di vista teorico, funziona prevalentemente come servizio informativo a causa dell'alto volume di richieste. Infatti, nel periodo di osservazione, si sono registrate 24 richieste di informazioni da parte dei pazienti nel giro di un'ora.

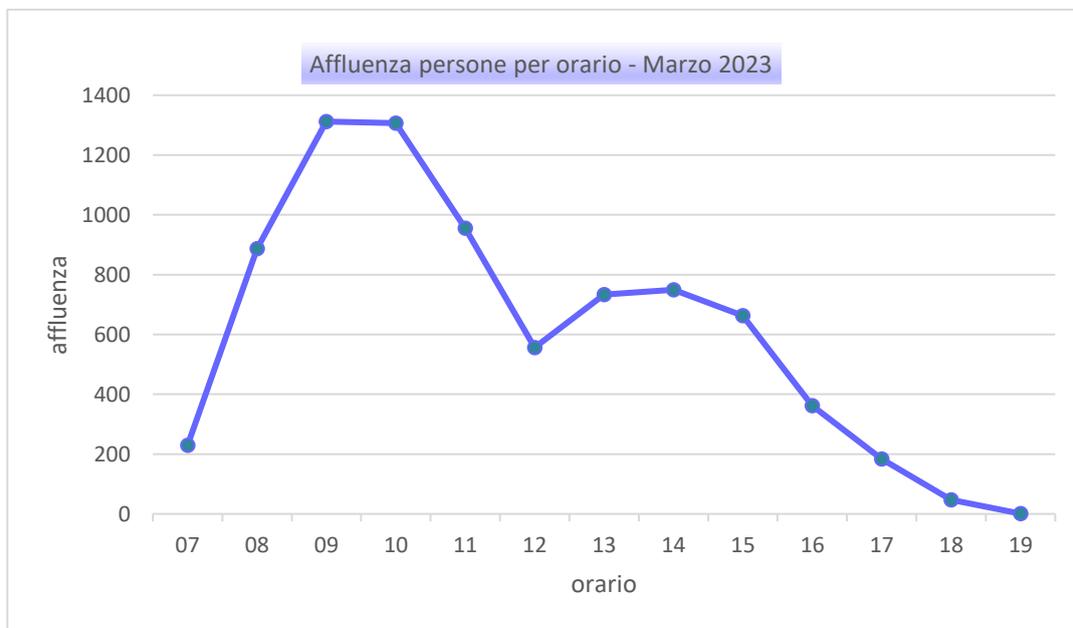
Lo sportello 02, d'altra parte, si distingue per la sua velocità nella gestione delle operazioni di accettazione. Questa rapidità operativa, essendo in netto contrasto con la lentezza operativa degli altri, evidenzia una disomogeneità nell'efficienza del servizio. Gli sportelli dedicati ai ricoveri presentano una permanenza media maggiore rispetto agli altri, in linea con le aspettative. Certo è che pause caffè e problemi tecnici, come schermi spenti, hanno notevolmente influenzato la continuità del servizio provocando rallentamenti nelle operazioni e aumentando i tempi di attesa per i pazienti. La mancanza di informazioni visive ha ulteriormente aggravato la confusione tra i pazienti, accentuando l'inefficienza complessiva del sistema.

L'affluenza dei pazienti varia significativamente nel corso della mattinata, raggiungendo un picco di 44 persone in attesa intorno alle 9:25. Durante questo periodo di osservazione, sono state osservate situazioni in cui pazienti con appuntamenti alle 9:30 non erano stati ancora accettati poco prima dell'orario previsto. Questo ritardo ha costretto i medici a richiamare direttamente i pazienti dalla sala d'attesa, bypassando il normale flusso di accettazione.

Queste dinamiche mettono in luce alcune criticità nel sistema di gestione delle attese, evidenziando l'importanza di una migliore organizzazione per evitare disagi sia ai

pazienti che al personale medico.

Figura 10: Affluenza delle persone per orario presso il Mondino – marzo 2023. Fonte: elaborazione propria.



La sala d’attesa risulta avere un numero insufficiente di sedute durante momenti di maggior affluenza, con pazienti che sono impossibilitati a sedersi. Inoltre, l’area bambini non dispone di adeguati strumenti per l’intrattenimento. Sono poi presenti, di contro, schermi informativi spenti e pannelli non informativi, trattando piuttosto le “storie di Golgi”. Anche il banco accoglienza, seppur presente, non è operativo, contribuendo ad aumentare la confusione e a incrementare le richieste di informazione agli sportelli aperti. Il totem delle informazioni è posizionato in modo poco visibile e offre un’eccessiva varietà di tipologie di biglietti, generando ulteriore confusione tra i pazienti.

I tempi medi di attesa e permanenza allo sportello sono rilevati come significativi, con frequenti episodi di pazienti che manifestano apertamente frustrazione e insoddisfazione. Il personale agli sportelli sembra mancare di una formazione adeguata nel gestire le

lamentate da parte dei pazienti.

Possiamo aggiungere che durante l'osservazione alcuni pazienti si sono mostrati confusi, richiedendo informazioni e assistenza ai ricercatori presenti.

Queste osservazioni, dedotte tramite osservazioni non partecipate, forniscono un quadro dettagliato delle criticità e delle potenzialità nonché delle possibili aree di miglioramento del servizio offerto.

Nel contesto delle osservazioni non partecipate svolte per questo studio, lo studente ha vissuto un'esperienza diretta presso il Mondino, che ha fornito utili spunti sull'efficienza dei servizi sanitari offerti. Di seguito, viene descritta dettagliatamente questa esperienza, aggiungendo osservazioni e analisi sui possibili fattori che influenzano l'organizzazione e la gestione del servizio.

Lo studente ha prenotato un esame specialistico tramite l'assicurazione sanitaria aziendale e, con sua sorpresa, ha ottenuto un appuntamento entro una settimana, dimostrando un'ottima efficienza nei tempi di attesa per la prenotazione. Il giorno dell'esame, lo studente è arrivato alle 14:15 e, utilizzando il totem per prendere il numero per l'assicurazione, ha trovato una sola persona davanti a sé. È stato chiamato entro 2-3 minuti. Questa rapidità potrebbe essere attribuita a diversi fattori. Innanzitutto, l'orario dell'appuntamento, compreso tra le 14:00 e le 15:00, solitamente coincide con un minor afflusso di persone (come si vede dal grafico 10 che riporta affluenza). Tuttavia, la presenza di un solo sportello aperto in quella fascia oraria potrebbe comunque generare lunghe code in caso di un'improvvisa concentrazione di pazienti. Questi elementi evidenziano l'importanza di una gestione efficiente delle risorse e delle tempistiche per mantenere elevati livelli di servizio.

Completata l'accettazione, lo studente si è recato al reparto di radiologia dove ha

trovato il radiologo che lo stava aspettando. Questo livello di prontezza non gli era mai capitato prima e ha ottenuto la prestazione necessaria in pochissimo tempo. In totale, dal momento del suo arrivo fino alla conclusione dell'esame, sono passati solo 20 minuti.

Tale efficienza potrebbe essere dovuta a un insieme di fattori favorevoli, tra cui l'orario meno affollato e l'organizzazione del personale. Tuttavia, resta da considerare se questa efficienza sia una costante o se sia stata un caso fortuito.

Anche considerando l'efficienza sotto il punto di vista dei costi, sarebbe opportuno valutare l'eventualità in cui il personale, come il radiologo, rimanga inattivo per lunghi periodi. Se, ad esempio, il radiologo stesse aspettando lo studente senza che quest'ultimo arrivasse o se ci fosse stato un lungo intervallo tra il paziente precedente e il suo appuntamento, ciò rappresenterebbe un'inefficienza. Questo scenario è controproducente per la Fondazione, in quanto il radiologo, che rappresenta un costo significativo, resterebbe inattivo e il suo tempo non verrebbe impiegato in modo ottimale. Pertanto, è essenziale un'attenta gestione delle risorse e delle tempistiche per assicurare che il personale medico sia impegnato in maniera efficiente, massimizzando così l'efficienza operativa e riducendo i costi inutili.

Il venerdì successivo lo studente che ha effettuato l'osservazione è ritornato per ritirare il referto. L'attesa per il referto è stata di 2-3 giorni, un tempo ragionevole. Arrivato alle 15:30-16:00, un orario presumibilmente più affollato, ha preso il numero per il ritiro referti e, nonostante ci fosse più gente rispetto alla visita precedente, aveva solo una persona davanti a sé. Tuttavia, l'attesa è stata significativamente più lunga, circa mezz'ora, nonostante la pratica del ritiro referti sia solitamente molto rapida. Questo ritardo sembra essere dovuto alla gestione delle code e alla priorità data ai numeri, che non risultava chiara.

La situazione si è sbloccata quando una signora, in attesa da tempo, si è lamentata allo sportello poiché venivano chiamati tutti i numeri tranne quelli dei referti. È stata servita immediatamente, senza che il suo numero fosse chiamato, il che non è del tutto corretto e trasparente. Poco dopo, è stato chiamato anche il numero dello studente, concludendo così la sua esperienza.

Da questa esperienza, emerge la necessità di migliorare la chiarezza e l'equità nella gestione delle priorità ai numeri per il ritiro referti. Un'organizzazione più trasparente potrebbe ridurre le frustrazioni dei pazienti e ottimizzare l'efficienza complessiva del servizio di erogazione dei referti e in senso generale di tutti gli sportelli, garantendo un'esperienza più fluida e soddisfacente per tutti i pazienti coinvolti.

#### **4.2 Osservazione partecipata**

Durante le interviste condotte ad ottobre 2023 presso la Fondazione Mondino, con l'obiettivo di andare a migliorare ed ottimizzare il servizio di *front office* e *patient journey*, sono emersi dettagli significativi riguardo alla struttura organizzativa attuale e alle sfide quotidiane affrontate dal team.

Per analizzare in modo più dettagliato i dati raccolti dalle interviste, è stata applicata una codifica tematica. Questa metodologia ha permesso di organizzare le informazioni in temi principali e sottotemi, fornendo una visione chiara delle dinamiche operative e delle sfide affrontate. Di seguito, viene presentata la codifica tematica delle interviste.

Figura 11: Codifica intervista Responsabile servizio Front Office e Back Office. Fonte: elaborazione propria.

TEMI	SOTTOTEMI	DESCRIZIONE
Struttura e organizzazione attuale	Composizione del team	13 persone al <i>front office</i> (accettazione, CUP, ricoveri)
		5 persone al <i>back office</i>
	Competenze	Personale con competenze <i>multitasking</i>
		Personale monospecialistico
	Formazione	Conoscenza del gestionale A4H
		Raggiungimento <i>multitasking</i> (accettazione e prenotazione)
	Gestione turni	Gestionale Zucchetti per gestione turni
		Turni flessibili vs turni non flessibili
		<i>Back office</i> non ha turni
Performance attuale e sfide principali	Stress e motivazione	Lavoro monotono, ciclico
		Disagio del paziente genera stress nell'operatore
		Corsi con psicologo
	Problemi organizzativi	Gestione personale che usufruisce della 104
		Formazione <i>multitasking</i> per sostituzioni
	Supporto insufficiente	Unico riferimento è il Responsabile Servizio <i>front office</i>
Richieste continue di assistenza		
Processi e procedure	Procedura prenotazione, accettazione e pagamenti	Sportello "prenotazione" unico
		Formare personale dinamico e versatile ( <i>multitasking</i> )
		Procedure di controllo settimanali
	Automazione procedure	Introdotta nuovo gestionale

		Velocizzati i processi
		Nuovo software per ricoveri a partire da gennaio
Feedback e risoluzione dei problemi	Organizzazione <i>feedback</i> dal team	Feedback giornalieri
		Confronto e <i>feedback</i> diretti tra responsabile e personale
		Implementazione dei <i>feedback</i> ricevuti
	Organizzazione <i>feedback</i> dai pazienti	<i>Feedback</i> ricevuti dalla <i>customer satisfaction</i>
		Implementazione dei <i>feedback</i> raccolti
Visione futura e prospettive	Miglioramenti a breve termine	Necessità di sportelli <i>multitasking</i>
		Introduzione app per prenotazioni
	Organizzazione degli ambulatori	Passaggio da ambulatori nominali a divisionali
		Riduzione problemi logistici e disservizi

Attualmente, il *Front Office* è composto da un totale di 13 persone, di cui 6 dedicate all'accettazione, 5 al CUP, di cui 4 al telefono e 1 allo sportello, e 2 ai ricoveri. Nel *back office*, invece, operano 5 persone che si occupano della fatturazione per enti terzi e dei pagamenti.

Figura 12: Distribuzione del Personale nel *Front Office* e *Back Office*. Fonte: elaborazione propria.

AREA	Numero di persone	Dettagli
<i>Front office</i>	13	6 accettazione, 5 CUP, 2 ricoveri
<i>Back office</i>	5	Fatturazione e pagamenti

La gestione dei turni avviene tramite il gestionale “Zucchetti”, con alcune modalità

flessibili che consentono ai dipendenti di scambiarsi gli orari, sebbene alcuni turni siano rigidamente strutturati. È stato sottolineato che il responsabile del servizio inserisce personalmente i turni nel sistema gestionale e lascia libertà di scambio tra i dipendenti.

Durante le interviste, è emerso che il lavoro al *front office* viene percepito come ripetitivo e spesso stressante, soprattutto a causa dei lunghi tempi di attesa dei pazienti che manifestano la loro negatività e della pressione per gestire le assenze, specialmente quelle dovute alla legge 104. Il responsabile del servizio ha commentato che questa situazione ha un impatto negativo sul morale degli operatori, che a volte si trovano a gestire situazioni di ansia e stress. È stato evidenziato anche un sentimento di scarsa gratificazione nel lavoro, con alcuni dipendenti che ritengono che il lavoro al *front office* venga visto con un certo pregiudizio sociale.

Per affrontare queste sfide, sono stati intrapresi diversi interventi formativi. Ad esempio, sono state organizzate giornate di formazione ad agosto 2023 per introdurre il nuovo software gestionale A4H. Questo training è stato considerato cruciale per migliorare le competenze del personale e ottimizzare i processi di prenotazione e accettazione. Inoltre, sono stati avviati programmi di affiancamento per promuovere il multitasking, con l'obiettivo di formare il personale in grado di operare su più servizi, riducendo così la dipendenza da specializzazioni specifiche.

A proposito dei processi e delle procedure, è stato evidenziato che attualmente sono in corso miglioramenti significativi. L'introduzione del nuovo gestionale a maggio ha contribuito a velocizzare le operazioni quotidiane. Tuttavia, è previsto un cambio del software per i ricoveri a gennaio, il che richiederà ulteriori sessioni formative per garantire una transizione senza intoppi.

Nel contesto del feedback e della gestione dei problemi, è stato evidenziato che il

responsabile del Servizio raccoglie regolarmente feedback dal suo team e interviene prontamente per risolvere i problemi operativi. La *customer satisfaction* viene gestita attraverso l'ufficio qualità, che analizza e implementa i feedback ricevuti dai pazienti e dai *caregiver*.

Guardando al futuro, il Responsabile ha espresso il desiderio di vedere miglioramenti significativi nell'organizzazione del lavoro. In particolare, è interessato a implementare sportelli *multitasking* per migliorare l'efficienza operativa e a sviluppare un sistema di ambulatori divisionali per ridurre i disagi logistici e migliorare il servizio ai pazienti. Queste iniziative sono viste come cruciali per affrontare le sfide attuali e preparare il *Front Office* della Fondazione Mondino per future esigenze e cambiamenti nel settore sanitario.

Le interviste hanno messo in luce un servizio sottoposto a una notevole pressione, con riconoscimento delle difficoltà sia a livello operativo che nella gestione del personale e dei pazienti. Sono in atto diverse strategie di miglioramento, tra cui la formazione e l'adozione di nuove tecnologie, e sono previsti ulteriori progetti per ottimizzare i servizi.

Questa sezione fornisce una panoramica dettagliata delle informazioni emerse durante le interviste, inclusi i dettagli sulla struttura organizzativa, le sfide affrontate dal team, i miglioramenti attuali e pianificati, nonché le prospettive future per il miglioramento del servizio.

Nella sezione successiva ci soffermeremo, invece, sull'analisi dei dati relativi alle prenotazioni, accettazioni e statistiche dell'erogatore della Fondazione, presenti su report forniti dal Mondino stesso, dedicandoci quindi all'analisi quantitativa descrittiva, fornendo un quadro numerico e descrittivo che completerà l'approfondimento qualitativo appena trattato.

### **4.3 Analisi quantitativa**

Questa sezione della tesi è dedicata all'analisi quantitativa, condotta al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza dei processi all'interno della Fondazione Mondino. Sulla base dei dati contenuti nei report forniti dalla Fondazione stessa, l'analisi prende in esame particolarmente i tempi di attesa e di servizio per i pazienti. I dati analizzati si riferiscono alle prenotazioni, accettazioni e statistiche dell'erogatore (totem), prendendo in considerazione un periodo di 9 mesi (da gennaio a settembre 2023), organizzati e analizzati per individuare tendenze, picchi e potenziali aree di miglioramento, contribuendo ad una comprensione più approfondita delle dinamiche operative.

L'indagine quantitativa utilizza statistiche descrittive per sintetizzare e interpretare i dati riguardanti il personale, le operazioni e le prestazioni del servizio di prenotazioni e accettazione. L'obiettivo è quello di offrire una panoramica chiara delle tendenze esistenti, identificando eventuali anomalie e suggerimenti per farne fronte.

Integrando questa analisi quantitativa con i risultati dell'indagine qualitativa, si ottiene una triangolazione dei dati che arricchisce l'interpretazione complessiva.

Tale approccio combinato consente di verificare le osservazioni e le percezioni con dati misurabili e oggettivi, fornendo un quadro chiaro e bilanciato. Questa metodologia integrata migliora l'affidabilità e la comprensione delle dinamiche all'interno della Fondazione, consolidando la validità dei risultati ottenuti e offrendo un supporto solido ai fine dell'ottimizzazione dei processi.

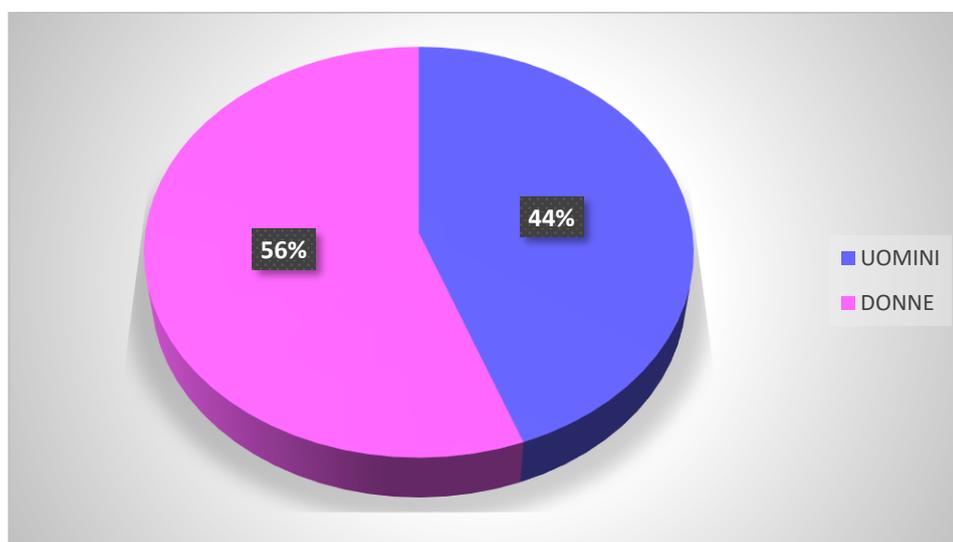
#### **4.3.1 Distribuzione pazienti per genere e provenienza**

Sulla base dei dati analizzati dai report di prenotazioni e accettazione, una prima

constatazione che possiamo effettuare è la distribuzione dei pazienti per genere durante il periodo dell'anno analizzato, con una suddivisione mensile. Questi dati offrono una visione chiara e strutturata delle affluenze ospedaliere, distinguendo tra le diverse necessità e abitudini di accesso ai servizi sanitari da parte dei pazienti di genere maschile e femminile.

L'analisi della distribuzione mensile evidenzia come il numero di pazienti femminili sia costantemente superiore a quello dei pazienti maschili in ogni mese considerato.

*Figura 13: Prenotazioni per genere. Fonte: elaborazione propria.*



Ad esempio, nel mese di gennaio sono state registrate 8.272 prenotazioni da parte di donne rispetto alle 6.915 da parte di uomini. Questa tendenza si mantiene costante anche nei mesi successivi, con differenze che variano di mese in mese ma che generalmente favoriscono una maggiore presenza di pazienti di sesso femminile, con il culmine raggiunto nel mese di marzo con prenotazione di uomini pari a 6.187 rispetto alle 8.489 da parte delle donne e una differenza pari a 2.302.

Figura 14: Prenotazioni per genere suddivise per mesi. Fonte: elaborazione propria.

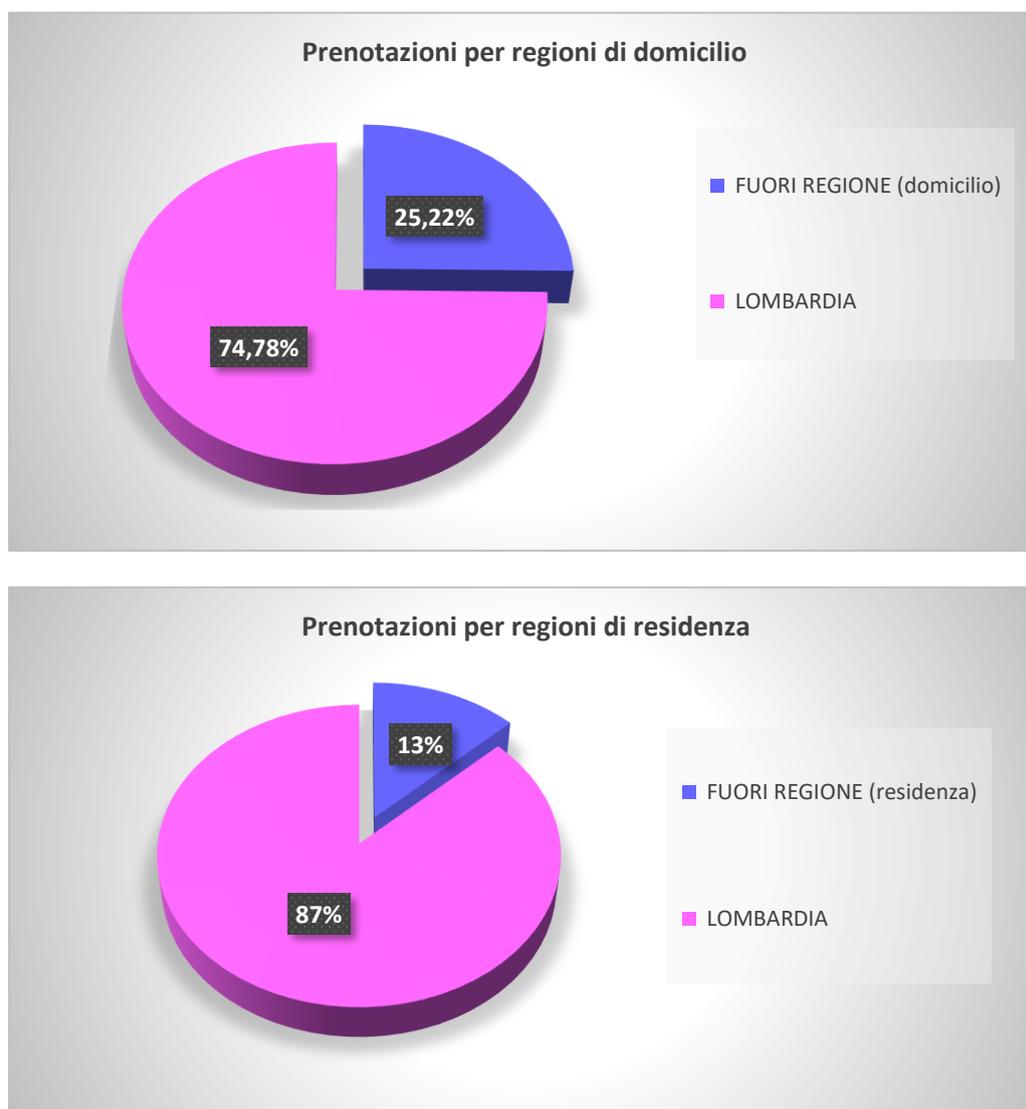
MESE	UOMINI	DONNE
Gennaio	6915	8272
Febbraio	5940	7148
Marzo	6187	8489
Aprile	4692	6241
Maggio	5789	7960
Giugno	5098	6419
Luglio	5499	6611
Agosto	3976	5044
Settembre	6093	6816
TOTALE	50189	63000

I dati analizzati illustrano la distribuzione dei pazienti non solo per genere, quindi uomini e donne, ma anche per provenienza geografica, distinguendo tra pazienti residenti o domiciliati in Lombardia e quelli provenienti da altre regioni. Anche questi dati sono suddivisi per mese, permettendo un'analisi dettagliata delle affluenze nel corso del periodo considerato.

L'analisi dei dati rivela come, nel corso dei mesi considerati, ci sia una distinzione significativa tra pazienti domiciliati in Lombardia e quelli provenienti da altre regioni. Per esempio, in un mese come gennaio, si osserva che la maggioranza di pazienti, pari al 75,70% siano domiciliati in Lombardia, ma vi è anche una presenza rilevante di pazienti fuori regione (2.734 pari al 24,30%), indicando un'attrattiva o una necessità di accesso ai servizi sanitari lombardi anche da parte di chi abita altrove.

Il picco di pazienti provenienti da fuori regione, in proporzione al totale dei pazienti mensili, è stato raggiunto nel mese di luglio con quasi il 27% di pazienti domiciliati fuori dalla Lombardia, mentre il più alto numero di pazienti fuori regione, in termini assoluti, è stato raggiunto a maggio con 3.605 pazienti.

Figura 15: Prenotazioni per provenienza geografica (domicilio e residenza). Fonte: elaborazione propria.



### 4.3.2 Tipologia di contratto delle prestazioni

L'analisi delle prestazioni per tipo di contratto, con l'esame delle differenze tra i pazienti domiciliati in Lombardia e i fuori regione, è cruciale per comprendere la composizione dei tipi di contratto che interagiscono con la Fondazione e le relative proporzioni. Questo può influenzare significativamente la pianificazione strategica, la gestione delle risorse e l'ottimizzazione dei processi all'interno dell'organizzazione.

I dati mostrano che, tra le prestazioni erogate ai pazienti fuori regione, la maggior parte è coperta dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN), che rappresenta il 70,72% del totale.

Questo riflette una forte dipendenza dal sistema pubblico anche per i pazienti che non risiedono in Lombardia. Le prestazioni erogate in libera professione rappresentano il 5,86%, suggerendo che una minoranza dei pazienti sceglie di pagare direttamente per avere un medico di loro scelta. Il 10% circa delle prestazioni è per pazienti solventi, che pagano completamente per i servizi ricevuti senza l'intermediazione dell'assicurazione sanitaria, indicando una quota significativa di utenti che preferisce questa modalità di pagamento evitando le liste d'attesa, con prenotazioni che sono generalmente più rapide e flessibili rispetto al SSN – anche se sicuramente più care. Le prestazioni identificate con “altro” sono il 13,67%, comprendo prestazioni inerenti alla ricerca (ad esempio, partecipazione a trial clinici), assicurazioni private e convenzioni aziendali.

*Figura 16: Tabella prestazioni per tipo di contratto di pazienti provenienti da fuori regione.*

*Fonte: elaborazione propria.*

MESE	FUORI REGIONE (domicilio)	SSN	SOLVENTI	LIBERA PROFESSIONE	ALTRO
<b>TOTALE</b>	28083	19860	2737	1647	3839
	100,00%	70,72%	9,75%	5,86%	13,67%
<b>GENNAIO</b>	2734	1949	247	152	386
	100,00%	71,29%	9,03%	5,56%	14,12%
<b>FEBBRAIO</b>	3461	2122	358	181	800
	100,00%	61,31%	10,34%	5,23%	23,11%

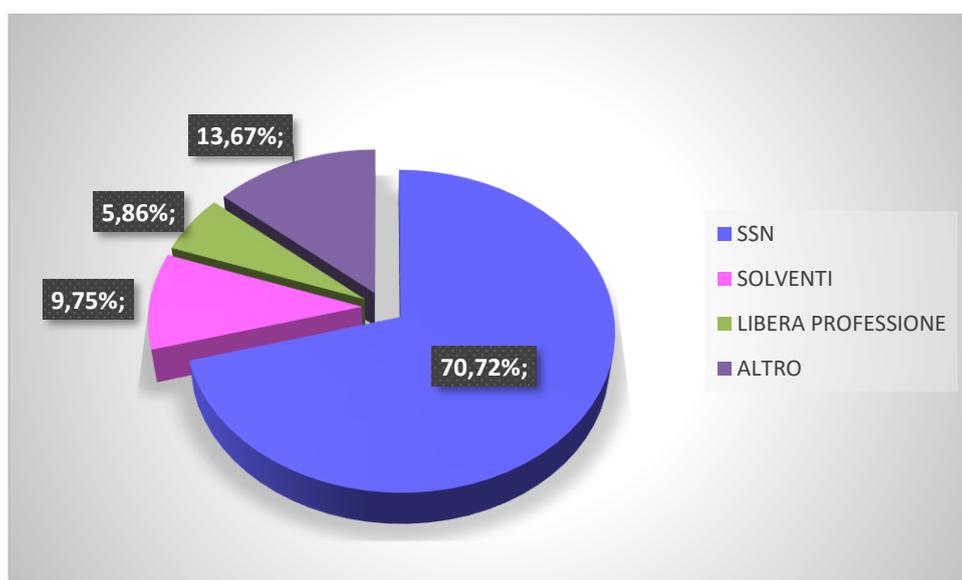
<b>MARZO</b>	3804	2476	296	220	812
	100,00%	65,09%	7,78%	5,78%	21,35%
<b>APRILE</b>	2844	1983	245	182	434
	100,00%	69,73%	8,61%	6,40%	15,26%
<b>MAGGIO</b>	3605	2620	354	232	399
	100,00%	72,68%	9,82%	6,44%	11,07%
<b>GIUGNO</b>	3334	2426	328	181	399
	100,00%	72,77%	9,84%	5,43%	11,97%
<b>LUGLIO</b>	3020	2357	318	180	165
	100,00%	78,05%	10,53%	5,96%	5,46%
<b>AGOSTO</b>	2250	1666	250	110	224
	100,00%	74,04%	11,11%	4,89%	9,96%
<b>SETTEMBRE</b>	3031	2261	341	209	220
	100,00%	74,60%	11,25%	6,90%	7,26%

Dall'analisi della tabella, si osserva una significativa variabilità mensile delle prestazioni.

Le prestazioni aumentano a maggio e giugno, anche se il culmine è stato raggiunto a marzo. Durante i mesi estivi di luglio e agosto, le prestazioni diminuiscono, per poi risalire a settembre.

*Figura 17: Prestazioni per tipo di contratto di pazienti provenienti da fuori regione (domicilio).*

*Fonte: elaborazione propria.*



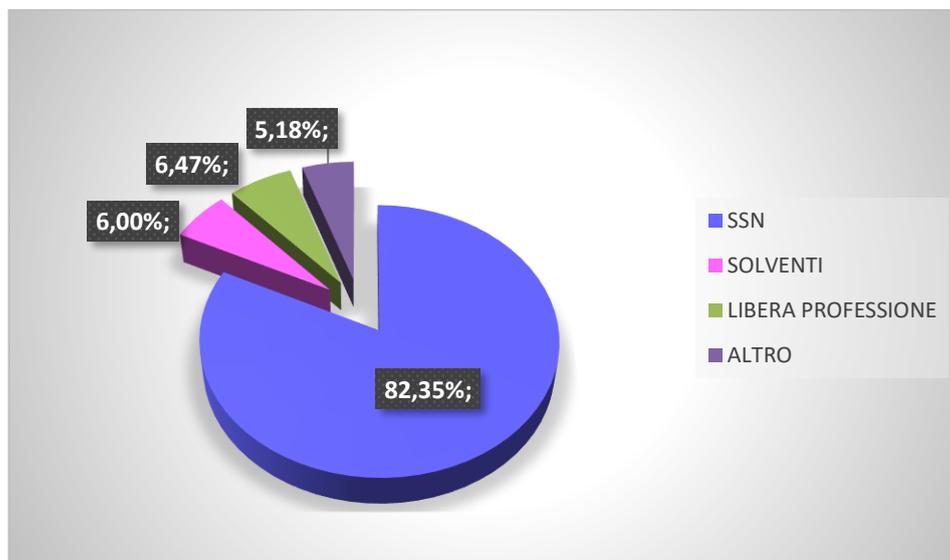
Se adesso analizziamo gli stessi report da un punto di vista integrale, includendo anche i

pazienti domiciliati in Lombardia, osserviamo come i dati riferiti al periodo gennaio-settembre 2023 mostrano che la maggior parte delle prestazioni, l'82,35%, è stata erogata tramite il Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Questo indica che la stragrande maggioranza dei pazienti utilizza i servizi forniti dal sistema pubblico, riflettendo una forte dipendenza dal SSN per le prestazioni sanitarie.

Le prestazioni erogate in libera professione rappresentano il 6,47% mentre il servizio per pazienti solventi, cioè coloro che pagano completamente per i servizi senza l'intermediazione dell'assicurazione sanitaria e senza la scelta del medico, costituisce il 6% del totale. Ciò indica che esiste una quota significativa di utenti che preferisce pagare direttamente per i servizi ricevuti, probabilmente per evitare le lunghe attese che caratterizzano il sistema sanitario.

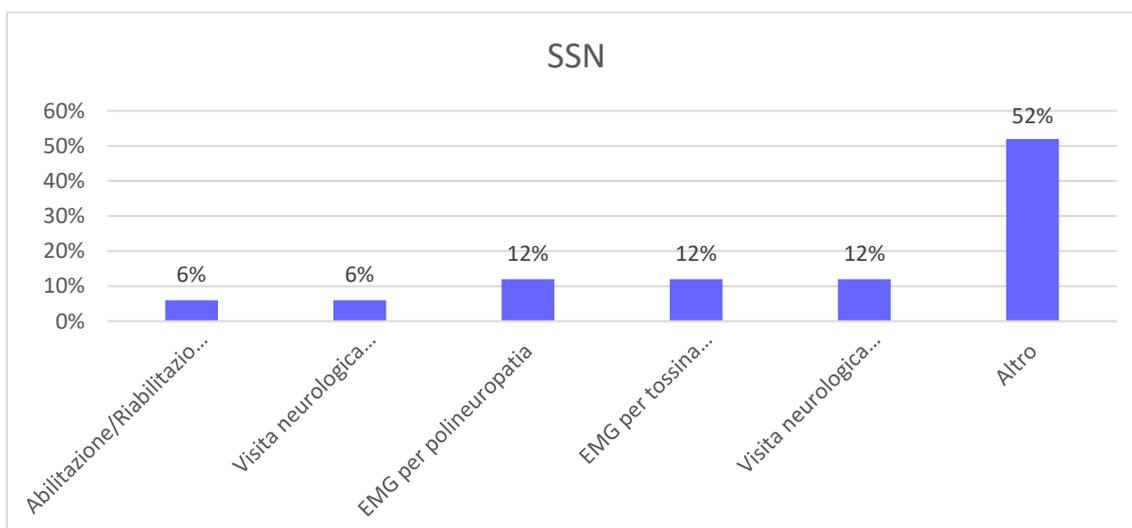
Le prestazioni identificate con "altro" rappresentano il 5,18%, ripartite in prestazioni legate alla ricerca, che ammontano al 3,30%, riflettendo l'investimento della Fondazione nell'ambito della ricerca clinica e scientifica, e in prestazioni coperte dalle assicurazioni, pari all'1,88% del totale, suggerendo che solo una minima parte dei servizi è stata fornita attraverso questo canale.

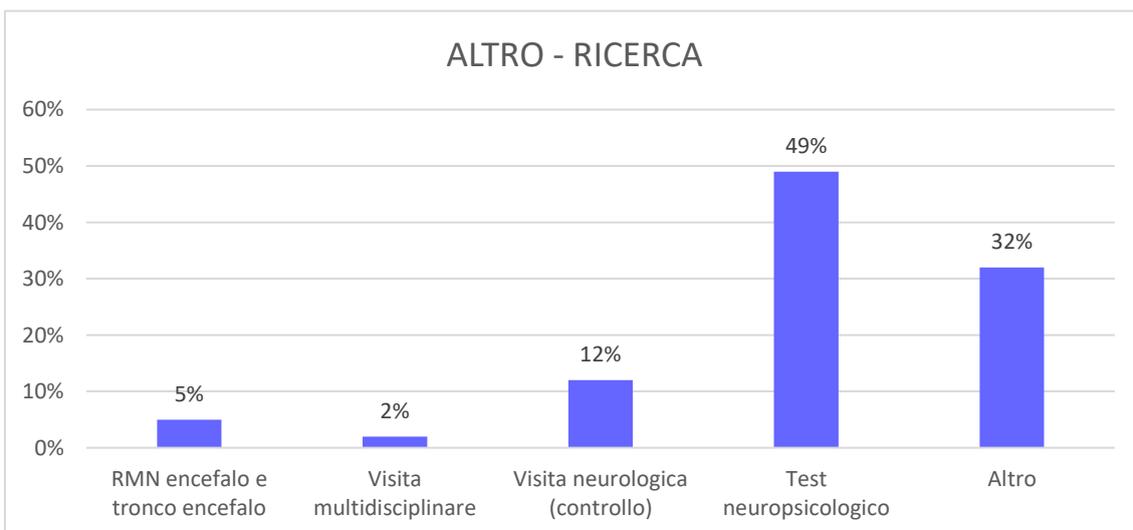
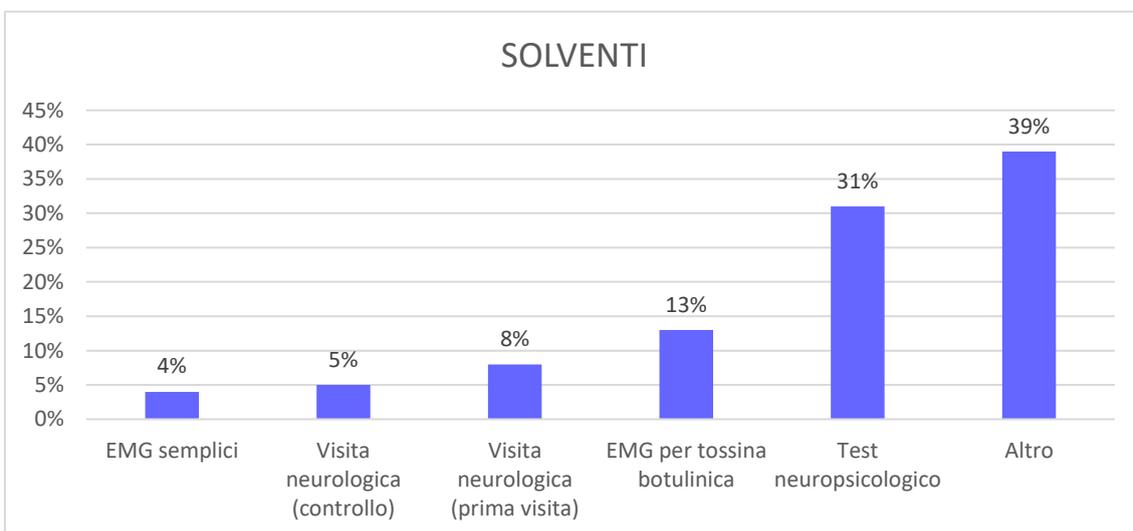
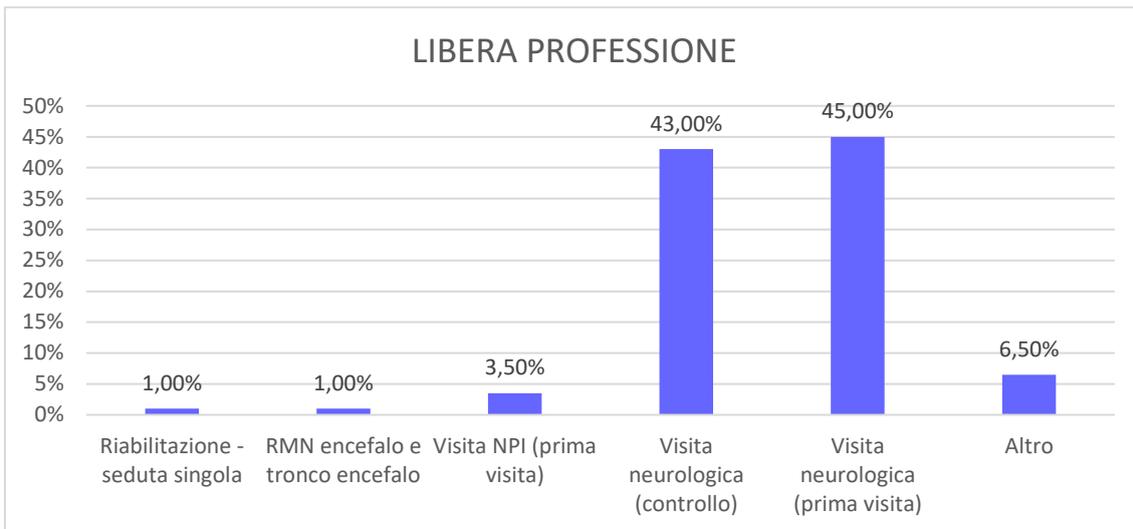
Figura 18: Prestazioni per tipo di contratto generale. Fonte: elaborazione propria.



Quando confrontiamo queste prestazioni con quelle relative alla sola regione Lombardia, emergono delle differenze significative. I dati mostrano che in Lombardia si osservano variazioni mensili che possono essere attribuite a fattori stagionali, esigenze specifiche della popolazione locale o variabili economiche e sociali.

Figura 19: Tipologie di prestazioni per tipo di contratto. Fonte: elaborazione propria.





Le differenze osservate tra le prestazioni per i pazienti domiciliati in Lombardia e quelli fuori regione offrono una visione dettagliata della varietà di servizi e delle modalità di accesso utilizzate dai pazienti della Fondazione Mondino. Queste differenze possono essere attribuite a una serie di fattori che hanno importanti implicazioni per la pianificazione strategica e la gestione delle risorse dell'istituzione.

La percentuale più alta di prestazioni erogate tramite il SSN (82,35%) a livello generale riflette una forte dipendenza dal sistema sanitario pubblico locale. Questo indica che i residenti in Lombardia tendono a utilizzare i servizi pubblici, probabilmente a causa di una maggiore accessibilità e della qualità percepita dei servizi offerti dal SSN nella regione. La percentuale inferiore di prestazioni coperte dal SSN (70,72%) tra i pazienti fuori regione suggerisce che questi pazienti potrebbero avere meno accesso a servizi adeguati nelle loro regioni di origine, spingendoli a cercare trattamenti specialistici presso la Fondazione Mondino, anche a pagamento.

La quota significativa di pazienti che scelgono di pagare direttamente per i servizi (sia in libera professione che come pazienti solventi) tra i pazienti fuori regione indica una maggiore disponibilità o necessità di evitare le liste d'attesa e ottenere servizi più rapidamente. Questo potrebbe essere dovuto a una percezione di urgenza maggiore o a una valutazione delle condizioni di salute che richiedono interventi tempestivi.

L'alta percentuale di prestazioni legate alla ricerca dimostra, invece, l'attrazione della Fondazione Mondino come centro di eccellenza per trattamenti innovativi e sperimentali. Questo potrebbe essere un indicatore del prestigio della Fondazione e della sua capacità di attirare pazienti da diverse regioni per partecipare a studi clinici e ricevere cure avanzate.

La variabilità mensile delle prestazioni, con un picco osservato nei mesi di maggio e

giugno e un calo durante i mesi estivi, può essere attribuita a fattori stagionali, variazioni nella disponibilità del personale medico, e differenze nella domanda di servizi sanitari durante l'anno. Questo suggerisce la necessità di una pianificazione flessibile delle risorse per adattarsi ai cambiamenti nella domanda di servizi.

#### **4.3.3 Analisi indicatori di andamento**

L'analisi degli indicatori di andamento del front office della Fondazione Mondino, sulla base del report che va da gennaio ad agosto 2023, fornisce informazioni preziose sull'efficienza operativa e sull'esperienza del paziente, cruciali per ottimizzare i processi interni, migliorare la gestione delle risorse e garantire una migliore qualità del servizio. I dati estratti dal report indicano diversi aspetti che riflettono la capacità del front office di gestire le prenotazioni, i ricoveri, i prelievi, le accettazioni ambulatoriali, il ritiro dei referti e gli accessi totali.

Per quanto riguarda le prenotazioni gestite allo sportello, il numero medio giornaliero varia tra 61 e 94, con una media di prenotazioni gestite entro 15 minuti che è pari al 94,89%. Il tempo di attesa medio mensile per le prenotazioni varia da 2 minuti e 27 secondi a 8 minuti e 6 secondi. Questi dati evidenziano che la maggior parte delle prenotazioni viene gestita in tempi relativamente brevi, suggerendo una buona efficienza del sistema di prenotazione. Tuttavia, la variabilità nel tempo di attesa medio può indicare periodi di maggiore affluenza che richiedono una gestione più efficace delle risorse o l'implementazione di soluzioni per migliorare ulteriormente l'efficienza.

Per quanto riguarda i ricoveri gestiti allo sportello, il numero medio varia tra 12 e 18 al giorno, con un tempo di attesa medio che oscilla tra 10 minuti e 47 secondi e 15 minuti

e 30 secondi. La variabilità nella gestione dei ricoveri entro 15 minuti, che varia tra 2 e 10 al giorno, con una media pari al 51,31%, è influenzata particolarmente dal mese di febbraio e può indicare l'andamento irregolare della domanda di ricovero, suggerendo la necessità di un approccio più dinamico nella gestione delle risorse e del personale. Rispetto alle prenotazioni, c'era da aspettarsi comunque un tempo di attesa medio più elevato data la maggiore complessità della gestione delle operazioni relative ai ricoveri rispetto alle prenotazioni.

Analizzando i prelievi gestiti allo sportello, il numero medio giornaliero varia tra 7 e 11, con la maggior parte gestita entro 15 minuti. Il tempo di attesa medio per i prelievi oscilla tra 4 minuti e 22 secondi e 12 minuti e 52 secondi, indicando una discreta variabilità. Anche in questo caso, i picchi di attesa suggeriscono la necessità di migliorare l'efficienza durante i periodi di maggiore affluenza.

Le accettazioni ambulatoriali SSN rappresentano una delle attività più voluminose del front office, con un numero medio giornaliero che varia tra 120 e 192. La maggior parte delle accettazioni SSN viene gestita entro 15 minuti, per il 95,42% delle accettazioni totali, con un tempo di attesa medio tra 2 minuti e 23 secondi e 4 minuti e 20 secondi. Questi dati riflettono una buona capacità del sistema di gestire un elevato volume di accettazioni in tempi rapidi, sebbene ci sia sempre spazio per miglioramenti, specialmente nei giorni di maggiore affluenza.

Per quanto riguarda le accettazioni ambulatoriali dei pazienti solventi, il numero medio gestito al giorno varia tra 13 e 42, con la quasi totalità delle accettazioni gestite entro 15 minuti e un tempo di attesa medio che varia da 2 minuti a 2 minuti e 50 secondi. Questo suggerisce che i pazienti solventi ricevono un servizio rapido ed efficiente, probabilmente grazie a processi ottimizzati per questo tipo di pazienti.

Il ritiro dei referti mostra un numero medio giornaliero tra 15 e 22, con tutti i ritiri gestiti entro 15 minuti e un tempo di attesa medio che varia tra 58 secondi e 2 minuti e 8 secondi. Questo indica un'alta efficienza nel processo di ritiro dei referti, che viene gestito in tempi estremamente brevi anche se bisogna tener conto della minor complessità della gestione di questa operazione che richiede tempistiche ridotte rispetto ad altre attività gestite dagli sportelli.

Infine, il numero medio di accessi totali allo sportello varia tra 231 e 369 al giorno, mostrando la notevole capacità del *front office* di gestire un elevato volume di utenti quotidianamente.

Possiamo dire, quindi, che la Fondazione Mondino mostra una buona efficienza operativa nel *front office* con aree di successo evidenti, come la gestione delle accettazioni ambulatoriali e il ritiro dei referti. Tuttavia, per ottimizzare ulteriormente i processi, è importante affrontare la variabilità nei tempi di attesa, migliorare la gestione dei ricoveri e mantenere un monitoraggio costante per garantire che l'efficienza rimanga elevata anche durante i periodi di picco, quindi stabile. L'implementazione di tecnologie avanzate e una pianificazione più dinamica delle risorse potrebbero essere strategie efficaci per affrontare queste sfide e migliorare ulteriormente l'esperienza del paziente.

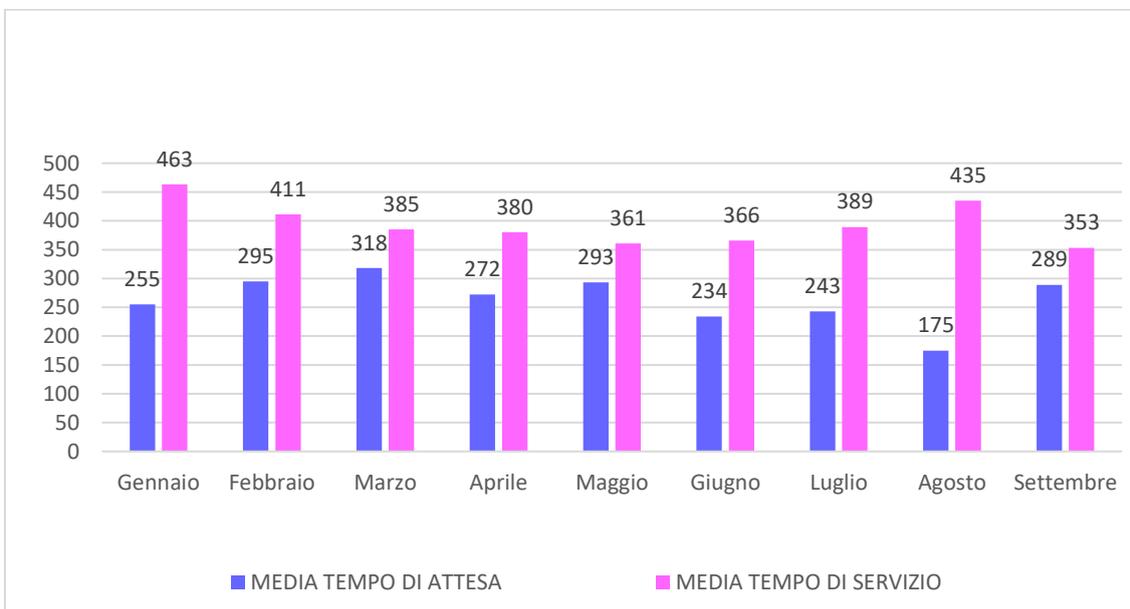
#### **4.3.4 Analisi tempi di attesa e di servizio in accettazione**

I tempi di attesa in accettazione sono un indicatore chiave dell'efficienza operativa e dell'esperienza del paziente presso la Fondazione Mondino. Questa sezione offre un'analisi dettagliata dei dati raccolti sui tempi di attesa e sui tempi di servizio (interazione con il personale).

Durante il periodo analizzato, i tempi medi di attesa all'accettazione mostrano una variabilità significativa, con febbraio e marzo che risultano essere i mesi con la maggior durata media di attesa.

Figura 20: Tempo di attesa e di servizio medio in secondi per mese. Fonte: elaborazione propria.

MESE	MEDIA TEMPO DI ATTESA	MEDIA TEMPO DI SERVIZIO	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	TEMPO MASSIMO DI SERVIZIO
Gennaio	255	463	7549	23733
Febbraio	295	411	10718	26412
Marzo	318	385	15579	20401
Aprile	272	380	16090	17250
Maggio	293	361	25189	16732
Giugno	234	366	15684	17685
Luglio	243	389	19976	14059
Agosto	175	435	8604	22108
Settembre	289	353	11989	21003



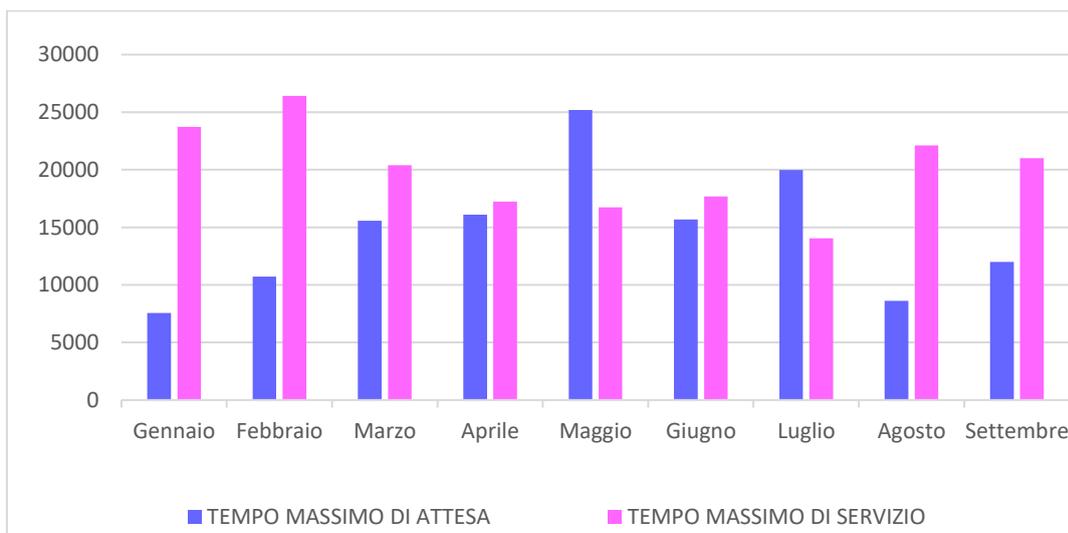
Come visibile dal grafico, a gennaio, il tempo medio di attesa è stato di 255 secondi. Nei mesi successivi, possiamo osservare un incremento, con 295 secondi a febbraio e 318

secondi a marzo. Questa tendenza al rialzo potrebbe stare ad indicare un aumento del carico di lavoro per il personale del front office, specialmente nei periodi di maggiore affluenza.

Il tempo di servizio, ossia il tempo necessario per completare la pratica con il paziente una volta chiamato allo sportello, mostra una tendenza al miglioramento nel periodo analizzato. Come indicato nel grafico il tempo medio di servizio è passato da 463 secondi a gennaio, a 380 secondi ad aprile. Questa riduzione progressiva può riflettere un miglioramento dell'efficienza operativa, possibilmente dovuto a una maggiore familiarità del personale con le procedure o all'introduzione di nuove metodologie di lavoro.

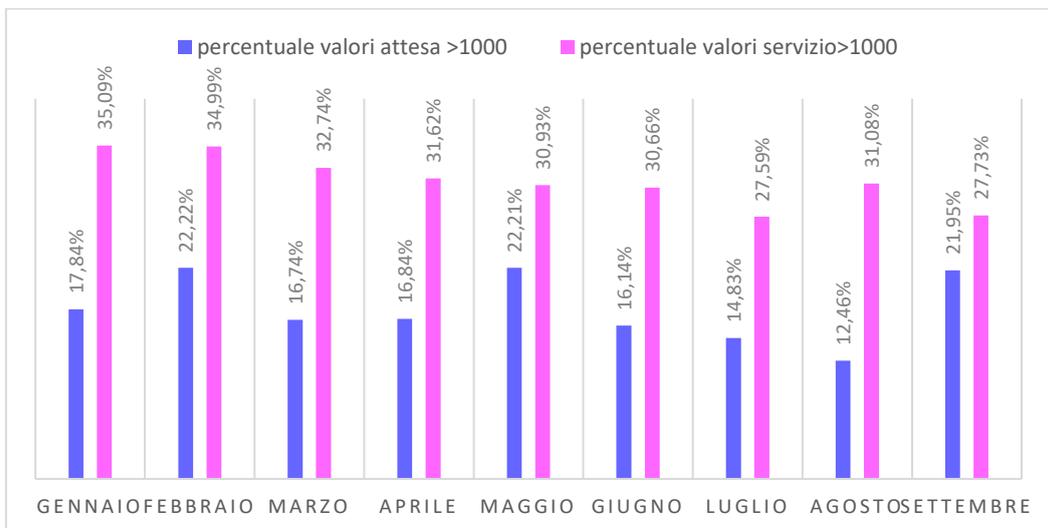
Abbiamo poi analizzato i tempi massimi di attesa registrati in ciascun mese, con punte che variano significativamente. Ad esempio, ad aprile, il tempo massimo di attesa ha raggiunto i 16.090 secondi, corrispondenti a circa 4 ore e 28 minuti. Questo dato rappresenta una grave inefficienza ed un potenziale rischio per l'esperienza del paziente, evidenziando la necessità di un intervento mirato per gestire meglio i picchi di affluenza e garantire tempi di attesa più prevedibili e uniformi.

Figura 21: Tempo di attesa e di servizio massimo per mese. Fonte: elaborazione propria.



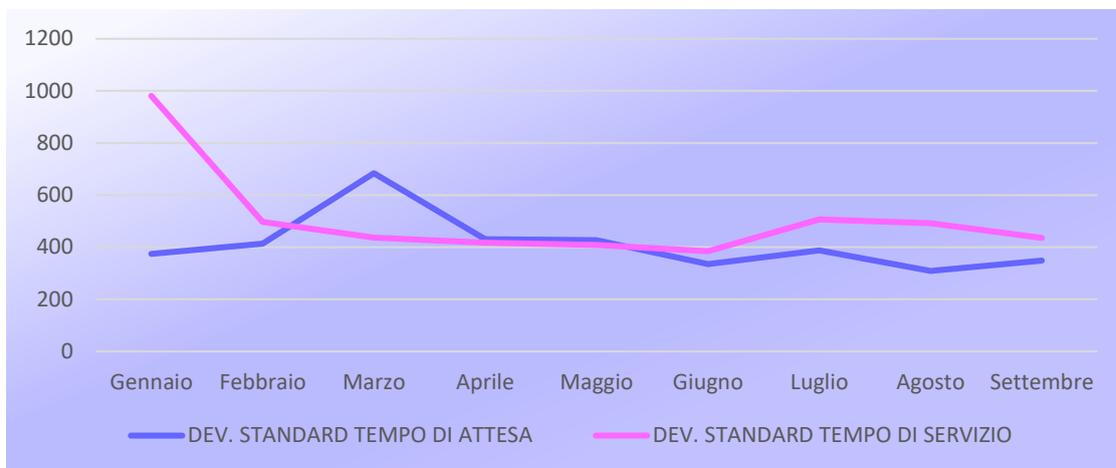
Oltre ai tempi medi e massimi, è importante considerare anche la frequenza delle attese prolungate. Ho quindi analizzato il numero di episodi in cui il tempo di attesa medio in un intervallo di tempo supera i 1000 secondi (circa 17 minuti) notando come un numero abbastanza alto di pazienti deve affrontare lunghe attese, con un picco raggiunto a febbraio con il 22% dei pazienti che hanno atteso più di questa soglia. Questa tendenza sottolinea la necessità di strategie operative per ridurre il numero di casi in cui i pazienti devono attendere oltre un tempo ragionevole, migliorando così la percezione del servizio.

Figura 22: Tempo di attesa e di servizio superiore ai 1000 secondi. Fonte: elaborazione propria.



La variabilità nei tempi di servizio è altrettanto rilevante. La deviazione standard dei tempi di servizio varia dai 980 secondi di gennaio ai 409 di maggio, segnalando un significativo miglioramento nella consistenza del servizio offerto. Una minore variabilità nei tempi di servizio indica che i pazienti possono aspettarsi un'esperienza più uniforme, indipendentemente dal giorno o dal carico di lavoro.

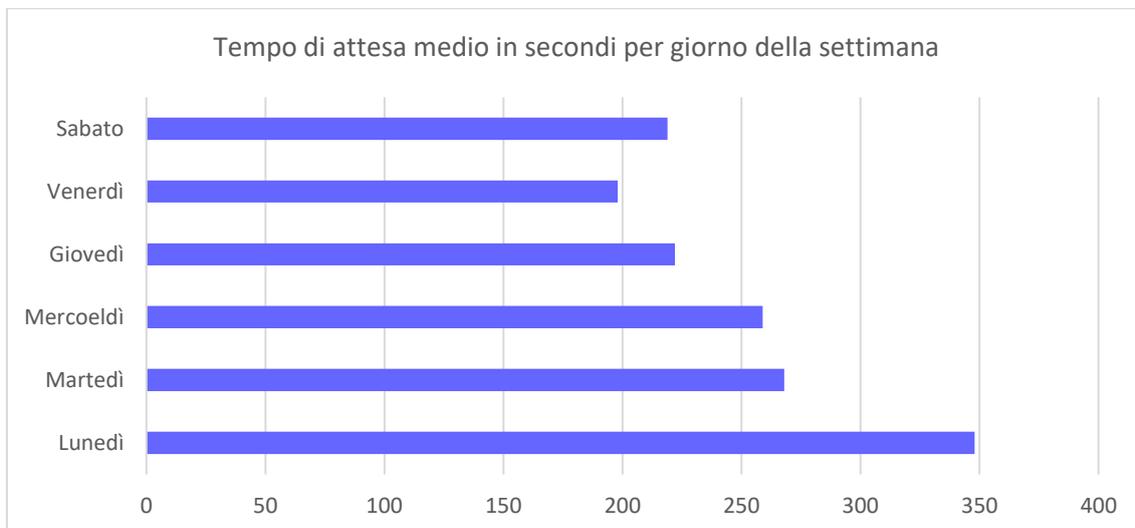
Figura 23: Deviazione standard tempi di attesa e di servizio. Fonte: elaborazione propria.



Tuttavia, i dati sui tempi massimi di servizio mostrano ancora episodi di interazioni eccezionalmente lunghe, con punte fino a 26.412 secondi in febbraio. Questi casi rappresentano un’anomalia che richiede attenzione, poiché un singolo episodio di servizio prolungato può avere un impatto negativo sull’efficienza complessiva del front office e sulla soddisfazione del paziente.

Considerando, invece, i dati giornalieri possiamo osservare come lunedì è il giorno con il tempo di attesa medio più elevato, pari a 348 secondi.

Figura 24: Tempo di attesa medio per giorno. Fonte: elaborazione propria.

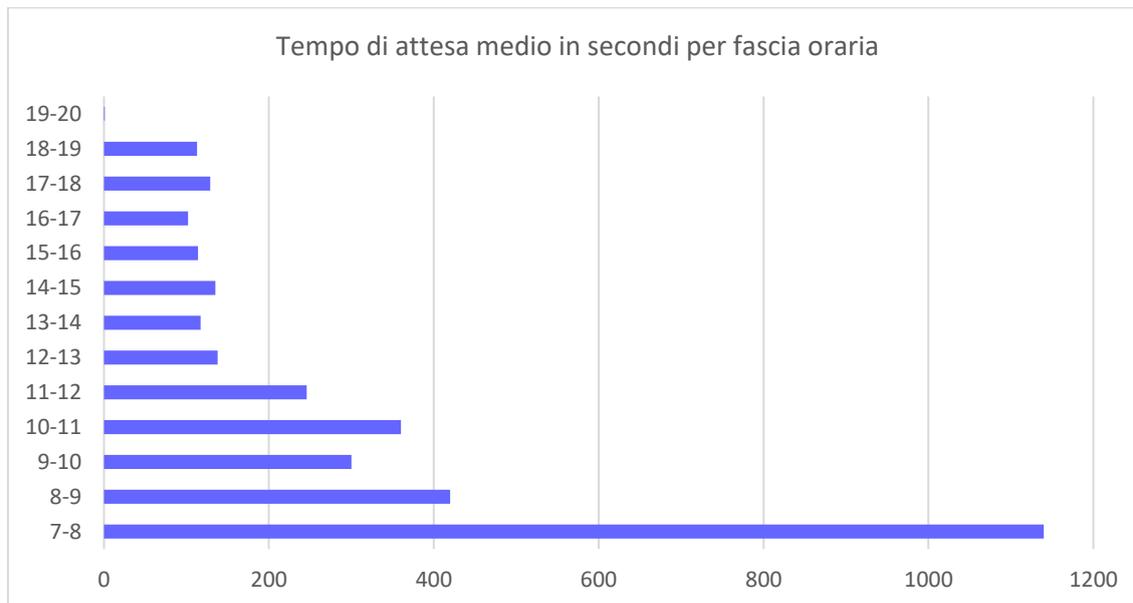


Questo dato può essere attribuito all'accumulo di richieste e procedure rimaste in sospeso durante il fine settimana, con un conseguente aumento del carico di lavoro all'inizio della settimana. Inoltre, il lunedì è presumibilmente il giorno in cui si effettuano più ricoveri, che essendo procedure più lunghe, richiedono maggior tempo aumentando, di conseguenza, i tempi di attesa. Rispetto agli altri giorni, questo picco suggerisce la necessità di una gestione più attenta delle risorse proprio all'inizio della settimana lavorativa.

Il martedì, con un tempo medio di 268 secondi, e il mercoledì, con 259 secondi, mostrano un miglioramento rispetto al lunedì, ma restano comunque giorni con tempi di attesa relativamente alti.

Il giovedì e il venerdì, invece, registrano una diminuzione significativa dei tempi di attesa, rispettivamente 222 secondi e 198 secondi. Probabilmente verso la fine della settimana il flusso di pazienti si stabilizza, permettendo al personale di gestire le richieste in modo più efficiente. Il sabato, con un tempo medio di attesa di 219 secondi, mostra un leggero aumento rispetto al venerdì, ma resta comunque inferiore rispetto ai primi giorni della settimana.

Figura 25: Tempo di attesa medio per fasce orarie. Fonte: elaborazione propria.



Se ci soffermiamo ora sulle fasce orarie, il tempo di attesa più elevato si verifica tra le 7:00 e le 8:00, con un picco preoccupante di 1140 secondi (circa 19 minuti). Questo dato ci indica che l'inizio della giornata è particolarmente critico, probabilmente a causa di un afflusso massiccio di pazienti che cercano di ottenere il servizio il prima possibile. La congestione nelle prime ore della mattina potrebbe essere alleviata con una migliore distribuzione del personale o con l'introduzione di misure per gestire l'afflusso iniziale in modo più efficiente.

Dopo il picco iniziale, i tempi di attesa calano significativamente nella fascia oraria 8:00-9:00. Questa tendenza può essere attribuita a una presenza ridotta di personale nelle prime ore del giorno, che tende a stabilizzarsi e aumentare progressivamente. Di conseguenza, una volta superato il picco iniziale, il sistema riesce a stabilizzarsi, migliorando l'efficienza del servizio e riducendo i tempi di attesa.

Nel pomeriggio, i tempi di attesa continuano a diminuire, raggiungendo il minimo tra le 16:00 e le 17:00, con meno di 2 minuti di attesa, prima di un leggero aumento nelle ore

successive. Verso la fine della giornata la domanda si riduce ulteriormente, permettendo una gestione rapida delle richieste rimanenti.

#### 4.3.5 Composizione personale front office

L'analisi della composizione del personale al *front office* della Fondazione Mondino mette in luce una struttura organizzativa equilibrata, che combina personale dipendente e personale somministrato, con una distribuzione tra le diverse tipologie contrattuali.

Questa strategia consente di mantenere una certa flessibilità nella gestione delle risorse umane, permettendo all'istituto di adattarsi rapidamente alle variazioni nel carico di lavoro, garantendo al contempo continuità operativa.

Figura 26: Composizione del personale al Front Office. Fonte: elaborazione propria.

MANSIONE	LAVORATORI DIPENDENTI	LAVORATORI SOMMINISTRATI
CASSA	2	3
CUP	2	3
FATTURAZIONE	2	0
SOLVENTI	1	1
RICOVERI	1	1
TOTALE	8	8

Il personale dipendente rappresenta una parte stabile e fondamentale del *front office*, assicurando un alto livello di competenza e una conoscenza approfondita dei processi interni. Questi lavoratori, essendo integrati a lungo termine nell'organizzazione, hanno la possibilità di sviluppare competenze specifiche e una forte identificazione con gli

obiettivi della Fondazione. Tuttavia, la rigidità contrattuale del personale dipendente può rappresentare una limitazione in termini di flessibilità operativa, specialmente in situazioni di picchi di lavoro o emergenze, dove può risultare difficile rispondere rapidamente alle esigenze operative.

D'altra parte, il personale somministrato fornisce un supporto prezioso, permettendo di coprire esigenze temporanee e gestire variazioni nel flusso di pazienti senza dover impegnare risorse a lungo termine. Questo tipo di contratto, in cui un'agenzia per il lavoro assume un lavoratore e lo invia a prestare servizio presso un'altra azienda chiamata utilizzatrice, offre alla Fondazione la possibilità di modulare la forza lavoro in base alle necessità contingenti, riducendo i costi fissi legati al personale. Tuttavia, l'integrazione di personale somministrato può comportare alcune criticità, come una possibile mancanza di continuità nella qualità del servizio, dovuta alla minore familiarità di questi lavoratori con le procedure specifiche della Fondazione, nonché un possibile senso di instabilità tra i dipendenti somministrati stessi, che potrebbe influire negativamente sulla loro motivazione e, quindi, performance.

Un altro aspetto rilevante emerso dall'analisi è la tendenza a specializzare ciascuna risorsa in una singola mansione. Sebbene questa pratica garantisca un'elevata competenza specifica, facilitando la gestione operativa quotidiana e migliorando l'efficienza delle singole funzioni, espone l'organizzazione a potenziali rischi operativi. In particolare, la specializzazione eccessiva può diventare problematica in caso di assenze non previste, come malattie o ferie, poiché la sostituzione di personale specializzato diventa complessa e può provocare rallentamenti nelle attività del front office.

In conclusione, la Fondazione Mondino presenta una struttura del *front office* ben bilanciata tra personale dipendente e somministrato, con un livello elevato di

specializzazione. Tuttavia, per migliorare ulteriormente l'efficienza e la resilienza del front office, sarebbe utile adottare strategie che aumentino la flessibilità interna, promuovendo una maggiore polivalenza delle risorse e migliorando la comunicazione tra i vari livelli organizzativi. Inoltre, una revisione periodica delle risorse e delle loro distribuzioni potrebbe contribuire a mantenere un equilibrio ottimale tra stabilità e flessibilità, riducendo al minimo i rischi operativi.

#### **4.4 Discussione**

L'analisi dei dati presentati nel Capitolo 4 ha messo in luce diversi aspetti chiave relativi all'efficienza operativa e alla gestione dei pazienti presso il *front office* della Fondazione Mondino. Questi risultati sono cruciali per comprendere le dinamiche quotidiane del servizio e per individuare le aree in cui è possibile intervenire per ottimizzare le prestazioni. Per una comprensione completa delle dinamiche, è stato essenziale integrare i risultati quantitativi con un'analisi qualitativa, attraverso osservazioni partecipate, non partecipate e interviste con il personale.

Le osservazioni partecipate, in cui lo studente ha potuto assistere in prima persona con la sua presenza alle diverse attività quotidiane del *front office*, hanno permesso di acquisire una comprensione diretta delle sfide operative e delle interazioni tra il personale e i pazienti. Durante queste sessioni, è emerso che il personale tende a sviluppare competenze specifiche per le singole mansioni, ma questo può portare a una ridotta flessibilità in caso di assenze o picchi di lavoro. In situazioni di forte affluenza, è stato osservato che la mancanza di personale in grado di ricoprire ruoli multipli può causare rallentamenti significativi, soprattutto durante le ore di punta.

Inoltre, è stato rilevato che il personale agli sportelli non sembra avere una formazione adeguata nella gestione delle lamentele dei pazienti in grado di soddisfare le esigenze e le richieste, il che può aggravare ulteriormente le difficoltà operative e rallentare il servizio. Durante l'osservazione, alcuni pazienti hanno confuso i ricercatori per assistenti del personale, chiedendo loro informazioni e assistenza. Questo fenomeno, insieme al fatto che molti pazienti si rivolgono ad altri pazienti per chiedere indicazioni, suggerisce una possibile carenza di una segnaletica chiara ed efficace. La mancanza di cartelloni informativi o di altre forme di comunicazione visiva potrebbe contribuire a creare confusione e a rendere meno efficiente l'interazione tra pazienti e personale, specialmente in un ambiente caratterizzato da elevati flussi di persone.

Le interviste svolte con il personale del *front office* hanno rivelato una forte motivazione a fornire un servizio di alta qualità, ma hanno anche messo in luce alcune criticità, come la gestione dello stress in situazioni di sovraccarico e la percezione di una mancanza di supporto tecnologico adeguato. Anche la percezione del lavoro come stressante e ripetitivo e la pressione dei pazienti che esprimono la propria insofferenza per le lunghe attese influiscono negativamente sulla motivazione del personale. Alcuni operatori hanno sottolineato la necessità di una maggiore automazione nei processi di accettazione e di un miglioramento delle infrastrutture digitali per ridurre il carico di lavoro.

D'altra parte, i pazienti hanno fornito preziose informazioni sulla loro esperienza e sulle loro aspettative. Sebbene la maggior parte dei pazienti si sia dichiarata soddisfatta del servizio, sono emersi alcuni temi ricorrenti, come la desiderabilità di una maggiore trasparenza sui tempi di attesa e l'importanza di un ambiente più accogliente. Alcuni pazienti hanno suggerito l'introduzione di sistemi di prenotazione più intuitivi e la

possibilità di ricevere aggiornamenti in tempo reale sui tempi di attesa, similmente a quanto avviene in altre strutture sanitarie avanzate.

Sono state analizzate anche le recensioni online riguardanti la Fondazione, da cui è emersa una visione eterogenea delle diverse esperienze, con opinioni che variano in funzione anche dei diversi servizi offerti. Uno dei temi ricorrenti emersi dalle recensioni è relativo ai tempi di attesa, sia per quanto riguarda la prenotazione telefonica sia per le attese in clinica con diverse recensioni che hanno evidenziato disagi significativi, con pazienti che hanno riferito di aver atteso per ore prima di poter completare le procedure richieste.

Anche la percezione dell'organizzazione e della gestione del *front office* è stato un altro aspetto che ha diviso le opinioni dei pazienti. Alcune recensioni hanno segnalato una percezione di disorganizzazione e inefficienza nella gestione delle visite. Nonostante queste critiche, molte altre recensioni hanno sottolineato aspetti positivi, elogiando la qualità delle cure e il trattamento ricevuto, indicando che, sebbene ci siano margini di miglioramento nella gestione operativa, il livello di cura fornito rimane elevato.

È fondamentale considerare che le recensioni online tendono a rappresentare gli estremi dell'esperienza dei pazienti, con una predominanza di opinioni estremamente positive o negative. Questo fenomeno sottolinea come tali recensioni possano essere poco rappresentative del *sentiment* generale dei pazienti (Hu, Pavlou, & Zhang, 2017). Pertanto, sebbene le recensioni online forniscano informazioni preziose, è importante trattarle con cautela e contestualizzarle all'interno di un'analisi più ampia.

Le osservazioni non partecipate, dove l'osservatore ha mantenuto un ruolo esterno senza intervenire, hanno invece evidenziato delle discrepanze tra la percezione del servizio da parte dei pazienti e le prestazioni effettive. È stato notato, ad esempio, che i

pazienti tendono a percepire come più lungo il tempo di attesa nei periodi di maggiore affluenza, anche quando i tempi rientrano nelle medie registrate. Questo suggerisce che, oltre a migliorare l'efficienza operativa, c'è spazio per interventi che mirino a gestire le aspettative dei pazienti e a migliorare la loro esperienza complessiva.

L'integrazione dei risultati qualitativi con i dati quantitativi ha permesso di ottenere una visione più completa delle dinamiche del *front office*.

Uno degli aspetti più rilevanti emersi è la variabilità dei tempi di attesa sia per giorno della settimana che per fascia oraria. In particolare, i dati evidenziano che il lunedì è caratterizzato da tempi di attesa significativamente più elevati rispetto agli altri giorni della settimana, con un tempo medio di attesa di 348 secondi, mentre il venerdì risulta essere il giorno con le attese più brevi, con una media di 198 secondi. Questa tendenza può essere attribuita a un accumulo di richieste durante il weekend che vengono gestite ad inizio settimana, ma suggerisce anche una possibile inefficienza nella distribuzione del personale all'inizio della settimana. Ottimizzare la presenza del personale il lunedì, adeguando gli orari di lavoro del personale sulla base dei picchi di affluenza, potrebbe contribuire a ridurre questa inefficienza, migliorando l'esperienza del paziente.

Un altro punto cruciale riguarda i tempi di attesa per fascia oraria. L'analisi ha rivelato che il picco maggiore si verifica nella fascia oraria tra le 7:00 e le 8:00, con un tempo medio di attesa di 1140 secondi. Questo dato è particolarmente rilevante poiché indica un problema strutturale nell'organizzazione delle prime ore di servizio. L'accumulo di pazienti in questo intervallo potrebbe derivare dalla concentrazione delle attività di accettazione nelle prime ore della giornata o da una preparazione iniziale insufficiente. Per mitigare questo problema, si potrebbe considerare l'adozione di turni sfalsati e flessibili o l'introduzione di personale aggiuntivo per gestire l'afflusso iniziale,

garantendo così una distribuzione più uniforme dei pazienti e riducendo i tempi di attesa.

Oltre a queste osservazioni, l'analisi ha rivelato che il calo dei tempi di attesa nelle ore successive è piuttosto progressivo, ma non uniforme. Quindi, oltre alle prime ore del mattino, esistono ulteriori momenti della giornata in cui la gestione del flusso dei pazienti potrebbe essere ottimizzata. Ad esempio, un leggero aumento dei tempi di attesa si osserva tra le 10:00 e le 12:00, fasce orarie in cui potrebbe essere utile implementare strategie di gestione più dinamiche, come il monitoraggio in tempo reale dei flussi e l'adattamento delle risorse in base alla domanda.

Alla luce delle criticità emerse dall'analisi dei dati quantitativi e qualitativi, risulta evidente la necessità di introdurre strategie di miglioramento che possano ottimizzare il funzionamento del *front office* della Fondazione Mondino.

Una delle soluzioni più efficaci per affrontare le criticità emerse potrebbe essere l'introduzione di tecniche di *lean management* nel contesto ospedaliero, che potrebbe portare a miglioramenti incrementali, tra cui la riduzione degli sprechi, la standardizzazione dei processi e l'ottimizzazione delle risorse. Sviluppato originariamente presso la Toyota in Giappone, il *lean management* è diventato una pratica diffusa in molte industrie, compreso il settore sanitario (Rotter, et al., 2017).

Nel contesto del settore sanitario, l'applicazione del *Lean Management* può portare a una migliore gestione delle risorse, riduzione dei tempi di attesa per i pazienti, maggiore soddisfazione dei dipendenti e dei pazienti, nonché a una maggiore qualità complessiva dell'assistenza sanitaria. Attese inutili, movimenti non necessari, duplicazione di attività, e risorse non ottimizzate potrebbero essere ridotte. Ad esempio, una delle criticità emerse dalle analisi riguarda i lunghi tempi di attesa sia per le prenotazioni telefoniche che per l'accettazione in clinica. Attraverso l'applicazione di tecniche *lean* come la

standardizzazione dei processi e l'integrazione di un sistema di prenotazione più flessibile che permetta di distribuire meglio gli appuntamenti si potrebbe contribuire a ridurre i picchi di affluenza nelle ore di punta, riducendo drasticamente questi tempi e migliorando così l'esperienza del paziente.

Anche la mappatura dei flussi di lavoro per identificare e rimuovere i passaggi inefficaci o inutili potrebbe essere una tecnica valida ai fini dell'ottimizzazione dei processi mentre l'introduzione di procedure standardizzate per l'accoglienza e la gestione delle chiamate potrebbe anche migliorare la fluidità del processo, assicurando un servizio migliore.

L'implementazione di miglioramenti incrementali, attraverso feedback continui con il personale del front office, potrebbe contribuire a una riduzione progressiva delle inefficienze e un aumento della motivazione del personale, aumentando la flessibilità del *team* stesso.

L'introduzione di sistemi di intelligenza artificiale e chatbot, ad esempio, potrebbe rappresentare un'opportunità significativa per la gestione delle chiamate e la risoluzione delle richieste dei pazienti.

L'implementazione di chatbot per la gestione delle richieste più comuni, come prenotazioni o richieste di informazioni semplici, potrebbe ridurre notevolmente i tempi di attesa telefonica, lasciando al personale umano la gestione delle situazioni più complesse. Questa soluzione non solo migliorerebbe l'efficienza del *front office*, ma potrebbe anche ridurre la possibilità di errore umano, garantendo una risposta più accurata e soprattutto tempestiva ai pazienti.

Inoltre, l'introduzione di tecnologie come i sistemi di gestione delle code automatizzati e le piattaforme online per la prenotazione autonoma delle visite potrebbe ulteriormente

alleviare la pressione sul personale del front office.

Un confronto con altre strutture ospedaliere che hanno implementato con successo modelli di gestione del flusso di pazienti può offrire spunti preziosi. Alcuni ospedali hanno adottato sistemi di *queue management* avanzati, un insieme di tecnologie e metodologie progettate per gestire l'ordine di servizio ai pazienti, ottimizzando i tempi di attesa e la distribuzione delle risorse (Wiler, Bolandifar, Griffey, Poirier, & Olsen, 2013). Questi sistemi utilizzano algoritmi predittivi che anticipano i picchi di domanda e permettono di adattare dinamicamente il personale e le risorse disponibili, garantendo un flusso di pazienti più regolare e una riduzione delle congestioni.

Altri hanno implementato soluzioni tecnologiche che permettono ai pazienti di registrarsi in anticipo e ricevere aggiornamenti in tempo reale sui tempi di attesa, riducendo così la congestione nelle aree di attesa. Questo non solo ridurrebbe la congestione delle sale di attesa ma andrebbe anche a migliorare l'esperienza del paziente, fornendo trasparenza e riducendo l'ansia legata all'incertezza sui tempi di attesa.

Le proposte di miglioramento non solo potrebbero ridurre i tempi di attesa e migliorare la soddisfazione dei pazienti, ma avrebbero anche un impatto positivo sulla gestione delle risorse interne. Un'organizzazione più efficiente consentirebbe al personale di gestire meglio i carichi di lavoro, riducendo lo stress e migliorando la qualità del servizio offerto. Tuttavia, per implementare queste modifiche, sarà necessario un piano di azione ben strutturato, che includa soprattutto corsi di formazione del personale, l'adozione di nuove tecnologie e un monitoraggio continuo dei risultati per garantire che gli obiettivi che saranno prefissati vengano raggiunti.

In conclusione, l'analisi dei risultati ha evidenziato delle aree critiche che, se affrontate con le giuste strategie, possono portare a significativi miglioramenti nell'efficienza

operativa del front office della Fondazione Mondino. Implementare soluzioni innovative e adottare best practices da altre strutture potrebbe non solo risolvere le problematiche attuali, ma anche preparare la Fondazione a future sfide nel settore sanitario.

## 5. CONCLUSIONI

Riesaminando tutto il materiale informativo e i vari approfondimenti effettuati nella stesura di questa tesi, si evince che in un settore complesso come quello delle organizzazioni sanitarie, l'efficienza operativa e la gestione ottimale dei servizi rappresentano fattori determinanti per garantire non solo l'eccellenza clinica, ma anche un'esperienza al paziente centrata e di alta qualità. Ogni processo interno assume un'importanza strategica. La Fondazione IRCCS Mondino, rinomata per la sua eccellenza nel campo delle neuroscienze, si trova purtroppo a dover fare i conti con i disagi dovuti ad una gestione organizzativa non del tutto efficiente, trovandosi a fronteggiare sfide organizzative che richiedono un'analisi approfondita dei processi interni, con particolare attenzione ai servizi di front e back office, che impattano direttamente sulla soddisfazione dei pazienti.

La letteratura esistente sulla gestione sanitaria ha evidenziato una significativa lacuna riguardo l'ottimizzazione dei processi organizzativi interni. Nonostante l'importanza riconosciuta di tali processi, il loro impatto sul *patient journey* e sulla soddisfazione dei pazienti è spesso sottovalutato. Questo studio ha dunque guidato la mia tesi, ponendo al centro la seguente domanda di ricerca: *“Come possono essere migliorati i processi organizzativi e la gestione del servizio di front e back office presso la Fondazione IRCCS Mondino per ottimizzare l'esperienza del paziente e incrementarne la soddisfazione?”*.

Per rispondere a questa domanda, è stato adottato un approccio metodologico basato su un caso studio, utilizzando un'analisi mista di dati qualitativi e quantitativi. L'analisi è stata condotta attraverso osservazioni dirette, interviste semi-strutturate con il personale, e la raccolta di dati attraverso report interni. Questo approccio ha permesso di identificare non solo le criticità esistenti, ma anche di proporre soluzioni mirate per il superamento

delle stesse.

I risultati emersi dallo studio hanno evidenziato che una gestione più efficiente delle attività di prenotazione e accettazione non solo riduce i tempi di attesa, ma migliora anche significativamente l'interazione tra i pazienti e il personale, contribuendo a un aumento della soddisfazione complessiva. In particolare, l'introduzione di tecnologie e pratiche gestionali innovative ha mostrato un potenziale significativo per migliorare l'efficienza operativa e la qualità del servizio percepito.

Tuttavia, è importante riconoscere che questo studio presenta alcune limitazioni. In primo luogo, l'analisi si è concentrata su un singolo caso studio, quello della Fondazione Mondino, il che potrebbe limitare la generalizzabilità dei risultati ad altre strutture sanitarie. Inoltre, il contesto sanitario è in continua evoluzione, fattori esogeni potrebbero influenzare ulteriormente l'efficacia delle soluzioni proposte nel tempo.

In conclusione, questo studio intende apportare un contributo alla letteratura esistente e suggerisce soluzioni concrete per l'ottimizzazione dei processi organizzativi presso la Fondazione IRCCS Mondino. Le soluzioni presentate non solo si dimostrano efficaci nel contesto specifico dell'Istituto, ma potrebbero anche essere applicabili ad altre strutture sanitarie con problematiche simili. L'adozione di queste misure rappresenta un passo importante verso un'organizzazione più efficiente, capace di coniugare l'eccellenza clinica con una gestione ottimale delle risorse e dei processi, a tutto vantaggio dei pazienti e del personale sanitario, supportando così un futuro sostenibile e all'altezza delle aspettative crescenti nel mondo della sanità.

Risulta quindi chiaro che per raggiungere dei risultati ottimali e far sì che l'efficienza si adegui all'eccellenza, bisognerebbe creare un vortice di soluzioni innovative ed efficaci incentrate soprattutto sul diritto alla salute di ogni singolo individuo. Partendo da ciò,

creare, quindi, dei presupposti adeguati al raggiungimento di una piena soddisfazione da parte sia dei pazienti, che già si trovano a dover sostenere i costi e soprattutto il peso fisico e psicologico di una malattia più o meno grave, e sia da parte del personale sanitario e dei vari operatori impegnati nel *front* e *back office* che si trovano a dover fronteggiare dei grossi problemi di natura burocratica ed organizzativa che non gli competono e che comunque rallentano il loro importantissimo ed indispensabile lavoro creando un neo scuro anche sul nome della struttura stessa.

Durante la stesura della presente tesi, mi sono servito di strumenti basati sull'intelligenza artificiale generativa, come ChatGPT, per supporto attività.

## Bibliografia

- Adams, W. C. (2015). *Conducting semi-structured interviews. Handbook of practical program evaluation.*
- AGENAS. (2022). *Portale Statistico AGENAS. Raccolta di report ed analisi a cura dell'ufficio statistico di AGENAS.* Retrieved from Ministero della Salute.
- AGENAS. (2024). *AGENAS. Tempi e liste di attesa.* Retrieved from Ministero della Salute.
- Alimo-Metcalf, B., & Alban-Metcalf, R. (2004). Heaven can wait. In *Communication, Relationships and Care* (pp. 357-363). Routledge.
- Alloisio, S. (2004). Convegno di Roma - Il Servizio Sanitario Nazionale, un sistema di qualità: sapere, etica, risorse ed organizzazione. *Gli IRCCS: La Ricerca Sanitaria; La legge di riordino 288/03.*
- Alloisio, S. (2024). Convegno Governo Clinico 31 maggio. Roma.
- Altmann, J. (1974). *Observational study of behavior: sampling methods. Behaviour.*
- Andell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of public administration research and theory*, 18(4), 543-571.
- Anderson, J. G. (2007). Social, ethical and legal barriers to e-health. *International journal of medical informatics*, 76(5-6), 480-483.
- Anderson, N., De Dreu, C., & Nijstad, B. (2004). The Routinization of Innovation Research: A Constructively Critical View of the State-of-the-Science. *Journal of Organizational Behavior, Vol.25.*
- Angrosino, M. (2007). *Doing ethnographic and observational research.* Sage.
- Ball, S. J. (1981). *Beachside comprehensive: A case study of secondary schooling.* Cambridge University Press.
- Bennis, W. G. (1989). Managing the dream: Leadership in the 21st century. *Journal of organizational change management*, pp. 2(1), 6-10.
- Bibliosan. (2020). *La valutazione bibliometrica della ricerca sanitaria. Valutazione di idoneità del ricercatore sanitario e rendicontazione del personale della ricerca corrente.*
- Biselli, D. (2013). *L'Organizzazione del Sistema Sanitario Italiano. Breve Esposizione dai Fondamenti Teorici ai Numeri Reali.*
- Blandini, F. (2023). Nuovo ruolo del Direttore Scientifico: una ri(e)voluzione organizzativa. *Mondino Neuro week 2023.*

- Bloch, A. (1989). Dilemma di Rocky. In *Il secondo libro di Murphy*. Milano: Longanesi.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, pp. 3(2), 77-101.
- Bryant, A., & Charmaz, K. (2008). *The sage handbook of Grounded Theory*. London: Sage.
- Busetto, L., Wick, W., & Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and practice*, 2(1), 14.
- Camera dei deputati . (2022). *Delega al Governo per il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288*.
- Camera dei Deputati - *Le fonti del finanziamento del Servizio sanitario nazionale*. (2018).
- Camera dei deputati. (2022). *Ricerca sanitaria*.
- Carbone, C., Ricci, A., & Longo, F. (2014). *Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive*. Rapporto OASI 2014. pp. 437- 462.
- Censis. (2023). *OSPEDALI&SALUTE Ventunesimo rapporto annuale 2023*.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. sage.
- Cicchetti, A., & Morandi, F. (2022). *PNRR Missione salute: una missione possibile?*
- Cinelli, G. M., Meda, F., & Gugiatti, A. (2021). La struttura e le attività del SSN. In G. M. Cinelli, *Rapporto OASI 2021* (pp. 37-115). Egea.
- Coda, V. (1988). *L'orientamento strategico dell'impresa*. Unione Tip.-Ed. Torinese.
- Coggi, C., & Ricchiardi, P. (2005). *Progettare la ricerca empirica in educazione*. Carocci.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2002). *Research methods in education*. routledge.
- Coulter, A., Fitzpatrick, R., & Cornwell, J. (2009). Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses. *London: King's Fund*, 7-9.
- Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into practice*. 39(3), 124-130.
- Creswell, J. W., Shope, R., Plano Clark, V. L., & Green, D. O. (2006). How interpretive qualitative research extends mixed methods research. *Research in the Schools*, 13(1), 1-11.
- D. lgs 502/1992. (art. 3-bis). Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- D. lgs. 288/2003. Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3. *art. 8*.

- D. lgs. 502/1992. (art. 12-bis). Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- D. lgs. 502/1992. (art. 3). Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- Dawkins, M. S., Martin, P., & Bateson, P. (1994). Measuring Behaviour. An Introductory Guide. *Journal of Animal Ecology*, 63(3), 746.
- De Vries, E. J. (2006). Innovation in services in networks of organizations and in the distribution of services. In *Research policy* (pp. 35(7), 1037-1051). Elsevier.
- Dellinger, A. B., & Leech, N. L. (2007). Toward a unified validation framework in mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1(4), 309-332.
- Denicolai, S., & Previtali, P. (2020). Precision Medicine: Implications for value chains and business models in life sciences. *Technological forecasting and social change*, 151, 119767.
- Denicolai, S., & Previtali, P. (2023). Innovation strategy and digital transformation execution in healthcare: The role of the general manager. *Technovation*, 121, 102555.
- Denzin, N. K. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Routledge.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In N. K. Lincoln, *The Sage handbook of qualitative research* (pp. (3rd ed., pp. 1–32).). Sage Publications Ltd.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. Sage.
- Derlet, R. W., & Richards, J. R. (2000). Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Annals of emergency medicine*, 35(1), 63-68.
- Djellal, F., Gallouj, F., & Miles, I. (2013). Two decades of research on innovation in services: Which place for public services? *Structural change and economic dynamics*, 98-117.
- Drucker, P. (2009). Management is doing things right: Leadership is doing the right things. *US Naval Institute Proceedings*, Vol. 135, No. 4, p. 96.
- E., J. R., Grove, A. L., & Clarke, A. (2019). Pillar integration process: A joint display technique to integrate data in mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 13(3), 301-320.
- Edgman-Levitan, S., & Daley, J. (2002). *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health. *Journal of Medical Internet Research*, 3 (2):20.

- Ferré, F., de Belvis, A. G., Valeria, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., . . . Maresso, A. (2014). *Italy: health system review. Health systems in transition*.
- Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo. (2022). *Relazione performance*.
- Fondazione Mondino. (2016). *Statuto, regolamenti, documentazione - Statuto*.
- Fondazione Mondino. (2017). *I primi cent'anni del Mondino storia esemplare*.
- Fondazione Mondino. (2023, luglio). *Amministrazione trasparente*. Retrieved from Carta dei servizi.
- Fondazione Mondino. (2023). *Statuto, regolamenti, documentazione - Atto organizzativo*. Retrieved from Atto organizzativo della Fondazione Mondino.
- Fondazione Mondino. (2024). *La storia e il futuro della Fondazione. Fondazione Mondino tra storia e futuro*.
- France, G., Taroni, F., & Donatini, A. (2005). The Italian health-care system. *Health economics*, 14(S1), S187-S202.
- Gallouj, F., & Savona, M. (2009). Innovation in services: a review of the debate and a research agenda. *Journal of evolutionary economic*, 19:149–172.
- Gallouj, F., & Toivonen, M. (2011). Elaborating the characteristics-based approach to service innovation: making the service process visible. *Journal of Innovation Economics*, 33-58.
- Gallouj, F., & Weinstein, O. (1997). Innovation in services. In *Research Policy* (pp. 26(4–5): 537–556). Elsevier.
- Gehman, J., Glaser, V. L., Eisenhardt, K. M., Gioia, D., Langley, A., & Corley, K. G. (2018). Finding theory–method fit: A comparison of three qualitative approaches to theory building. *Journal of management inquiry*, 27(3), 284-300.
- Gentile, L. (2024). *Health Technology Assesment*. Retrieved from Sanita' Pubblica Ed Organizzazione Sanitaria. Università degli Studi di Pavia.
- Gherardi, S., & Nicolini, D. (2001). Il pensiero pratico. Un'etnografia dell'apprendimento. *Rassegna italiana di sociologia*, pp. 42(2), 231-256.
- Giannini, E. (2016). *Il SSN breve compendio su obiettivi e norme di riferimento*. ANSI - Associazione Nazionale Sanità integrativa e welfare.
- Gomes, P., & Lapão, L. V. (2011). The SIGLIC system for improving the access to surgery in Portugal. *Electronic Journal of Information Systems Evaluation*, pp. 14(1), pp160-166.
- Goundar, S. (2012). *Research methodology and research method*. Victoria University of Wellington,.
- Greene, J. C. (2007). *Mixed methods in social inquiry (Vol. 9)*. John Wiley & Sons.
- Greer, A. L., Greer, S. A., & Meyer, A. D. (1983). The diffusion of medical technology to

- community hospitals: An institutional analysis. *Unpublished manuscript, University of Wisconsin-Milwaukee.*
- Griffiths, E. R. (1983). *NHS Management Inquiry: Griffiths Report on NHS*. SHA.
- Grilli, R. (2003). Tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie: problema da eliminare o fenomeno da governare. In G. FIORENTINI, *I servizi sanitari in Italia* (pp. 245-267). Bologna: Il Mulino.
- Gualandi, R., Masella, C., Viglione, D., & Tartaglini, D. (2019). Exploring the hospital patient journey: What does the patient experience? *PloS one*, 14(12), e0224899.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Sage.
- Guglielmi, G. (2023). La partecipazione italiana al bando THCS - transforming health and care systems.
- Guglielmi, G. (2023). La Riforma degli IRCCS: la valutazione della Ricerca IRCCS. *Mondino neuro week 2023*.
- Ham, C. (2003). Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *The Lancet*, 361, 1978-1980.
- Hammersley, M. (2006). Ethnography: problems and prospects. *Ethnography and education*. Taylor & Francis, pp. 1(1), 3-14.
- Hargreaves, D. H. (2006). *Social relations in a secondary school*. Routledge.
- Hartley, J. (2005). Innovation in governance and public services: Past and present. *Public money and management*, pp. 25(1), 27-34.
- HealthTech360. (2022). *Patient journey: perché è importante per la Sanità e la salute dei cittadini*. Retrieved from HealthTech360.
- Heyvaert, M., Hannes, K., Maes, B., & Onghena, P. (2013). Critical appraisal of mixed methods studies. *Journal of mixed methods research*, 7(4), 302-327.
- Hu, N., Pavlou, P. A., & Zhang, J. (2017). On self-selection biases in online product reviews. *MIS quarterly*.
- Hurst, J., & Siciliani, L. (2003). Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. *OECD Health Working Papers*, 25.
- Istat. (2021). *La spesa in ricerca e sviluppo*.
- ISTAT. (2023). *Annuario statistico italiano. Sanità e salute*, pp. 153-195.
- ISTAT. (2023). *Datawarehouse Sanità Regione Veneto, Adjusted Clinical Groups, e Banca Dati Assistito Regione Lombardi*.
- Jaques, E. (1981). *Il servizio sanitario: il modello inglese come guida per la riforma sanitaria in Italia*. Etas Libri.
- Kawulich, B. B. (2005). Participant observation as a data collection method. In *Forum*

- qualitative sozialforschung/forum: Qualitative social research (Vol. 6, No. 2).*
- Kjellson, G., Clarke, P., & Gerdtham, U. G. (2014). Forgetting to remember or remembering to forget: a study of the recall period length in health care survey questions. *Journal of health economics*, 35, 34-46.
- Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (2010). *The five practices of exemplary leadership (Vol. 237)*. John Wiley & Sons.
- Kumar, R. D. (2022). Leadership in healthcare. *Clinics in Integrated Care*, 10, 100080.
- Kumar, R., & Khiljee, N. (2016). Leadership in healthcare. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine* 17(1), 63-65.
- Lacey, C. (2017). Problems of Sociological Fieldwork: A Review of the Methodology of ‘Hightown Grammar’. In *The organisation and impact of social research* (pp. 63-88). Taylor & Francis.
- Länsisalmi, H., Kivimäki, M., P., Aalto, R., & Rouranen, R. (2006). Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research. *Nursing Science Quarterly*, Vol. 19.
- Lega, F., & De Pietro, C. (2005). Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy. *Health policy*, 74(3), 261-281.
- Lega, F., Rotolo, A., & Sartirana, M. (2022). Dealing with pluralism: the managerial work of CEOs in Italian public healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1222.
- Legge 833/1978. Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del servizio sanitario nazionale.
- Lichtenberg, F. R. (2014). Pharmaceutical innovation and longevity growth in 30 developing and high-income countries, 2000–2009. *Health Policy and Technology*, 36-58.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Loiudice, M. (2001). *Domanda e offerta in sanità*. Retrieved from Care I, Parole Chiave.
- Longest Jr, B. B., & Darr, K. J. (2014). *Managing health services organizations and systems*. Health Professions Press.
- Longhurst, R. (2003). Semi-structured interviews and focus groups. In *Key methods in geography* (pp. 3(2), 143-156).
- Lorenzin, B. (2016). Stati Generali della Ricerca Sanitaria.
- Macinati, M. S., & Anessi Pessina, E. (2014). Management accounting use and financial performance in public health-care organisations: Evidence from the Italian National Health Service. *HEALTH POLICY*, pp. 117 (1): 98-111.
- Maggiore, G., & Sena, B. (2017). Cambiamento e innovazione nell’organizzazione sanitaria: un approccio interdisciplinare alla service innovation.
- Malerba, F., & Orsenigo, L. (1995). Schumpeterian patterns of innovation. *Cambridge journal*

- of Economics, 19(1)*, pp. 47-65.
- Malinowski, B. (1922). *Argonauti del Pacifico occidentale*.
- Mariotti, G. (1999). *Tempi d'attesa e priorità in sanità: la selezione della domanda come strategia per la qualità* (Vol. 388). Milano: FrancoAngeli.
- Marzaroli, V. F. (1992). *Marzaroli, Varia Fortunati. Efficienza efficacia qualità nelle organizzazioni non profit pubbliche: le aziende del sistema sanitario*. Il Mulino.
- Massaro, M. (2023). Digital transformation in the healthcare sector through blockchain technology. Insight from academic research and business developments. *Technovation, 120*, 102386.
- May, C., Gask, L., Atkinson, T., Ellis, N., Mair, F., & Esmail, A. (2001). Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry. *Social science & medicine*, pp. 52(12), 1889-1901.
- Mazzuccato, M. (2013). *The Entrepreneurial State: Debunking Public vs. Private Sector Myths*. *Public Affairs*. Perseu Books Group.
- Miller, F. A., & French, M. (2016). Organizing the entrepreneurial hospital: Hybridizing the logics of healthcare and innovation. *Research Policy, 45(8)*, 1534-1544.
- Ministero della Salute. (2002). *Attività di ricerca finalizzata*.
- Ministero della salute. (2011). *La ricerca sanitaria: realtà e prospettive*.
- Ministero della Salute. (2017). *Direzione generale della ricerca e della innovazione in sanità* . Retrieved from Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria- PNRS 2017-2019.
- Ministero della Salute. (2019). *PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA*.
- Ministero della Salute. (2019). *Servizio sanitario nazionale: i LEA - I principi del Servizio sanitario nazionale (SSN)*.
- Ministero della Salute. (2019). *Servizio sanitario nazionale: i LEA - LEA, Regioni e Province autonome*.
- Ministero della Salute. (2021). *Direzione generale della ricerca e dell'innovazione in sanità - Bando della ricerca finalizzata 2021*.
- Ministero della Salute. (2021). *Ricerca sanitaria - Bussole IRCCS*.
- Ministero della Salute. (2021). *Ricerca sanitaria - Investimenti per la ricerca con fondi ordinari*.
- Ministero della Salute. (2021). *Ricerca sanitaria - Ricerca finalizzata*.
- Ministero della Salute. (2022). *Programmazione triennale 2022-2024*.
- Ministero della Salute. (2022). *Ricerca sanitaria - Finanziamento dei progetti di ricerca in rete*.
- Ministero della Salute. (2022). *Ricerca sanitaria - Ricerca corrente. Attività scientifica degli IRCCS*.

- Ministero della Salute. (2022). *Ricerca sanitaria. Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria*.
- Ministero della Salute. (2023). *Ricerca Sanitaria - Riconoscimento e conferma carattere scientifico IRCCS*.
- Ministero della Salute. (2023). *Ricerca sanitaria - Sistema ricerca del SSN*. Retrieved from Riconoscimento e conferma carattere scientifico IRCCS.
- Ministero della Salute. (2024). *Ricerca sanitaria - Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico - IRCCS*.
- Ministero della salute. (2024). *SSN*.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze. (2021). *Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Missioni, programmi e azioni delle Amministrazioni centrali dello Stato - Missione 17, Programma 20, Attività 1: Ricerca corrente settore sanità pubblica*.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze. (2024). *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024*.
- Ministero dell'Università e della Ricerca. (2021). *PNR - Programma nazionale per la ricerca 2021-2027*.
- Nelson, R. R. (1985). *An evolutionary theory of economic change*. Harvard university press.
- NHS Leadership Academy. (2013). *The Healthcare Leadership Model, version 1.0*.
- Noseworthy, T., & McGurran, J. (2001). *From chaos to order: making sense of waiting lists in Canada. Final report*. Western Canada waiting list project.
- OECD, F. M. . (1981). *The measurement of scientific and technical activities*.
- Onwuegbuzie, A. J., & Johnson, R. B. (2006). The validity issue in mixed research. In *Research in the Schools* (pp. 13(1), 48-63).
- O'Sullivan, M. (2000). The innovative enterprise and corporate governance. *Cambridge Journal of Economics*, 393-416.
- Parkinson, G., & Drislane, R. (2011). Qualitative research. *Online dictionary of the social sciences*.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Sage.
- Patton, M. Q. (2008). *Qualitative Research and Evaluation Method*. Sage publications.
- Patton, M. Q. (2023). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. Sage publications.
- Pell, J. P., Hart, J. T., Pell, A. C., Norrie, J., Ford, I., & Cobbe, S. M. (2000). Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study  
Commentary: Three decades of the inverse care law. *British Medical Journal*, pp. 320(7226), 15-19.

- Pinch, T. J., & Bijker, W. E. (1987). The social construction of facts and artifacts: Or how the sociology of. In *The social constructions of technological systems: New directions in the Sociology and History of Technology* (pp. 17, 1-6).
- Pine, B. J., & Gilmore, J. H. (1999). *Welcome to the experience economy*. Harvard Business Press.
- Pisano, G. P. (2019). *Creative construction: The DNA of sustained innovation*. New York: PublicAffairs.
- Previtali, P. (2017). *La sfida del management sanitario: organizzazione e innovazione del sistema di welfare*. Pavia: Pavia University press.
- Previtali, P. (2018). *Management sanitario e governance della complessità*. Pavia: University Press.
- Previtali, P., & Cerchiello, P. (2018). The prevention of corruption as an unavoidable way to ensure healthcare system sustainability. *Sustainability*, 10(9), 3071.
- Quarta, S. (2020). *L'osservazione partecipante: uno strumento di conoscenza della complessità sociale*.
- Rajasekar, S., Philominathan, P., & Chinnathambi, V. (2006). Research Methodology. RIN. (2018). *Rete delle Neuroscienze e della Neuroriabilitazione - IRCCS network of Neuroscience and Neurorehabilitation* .
- Rotter, T., Plishka, C. T., Adegboyega, L., Fiander, M., Harrison, E. L., Flynn, R. J., & Kinsman, L. (2017). Lean management in health care: effects on patient outcomes, professional practice, and healthcare systems. *The Cochrane Database of Systematic* .
- Saukko, P. (2005). *Methodologies for cultural studies: An integrative approach*. The Sage handbook of qualitative research.
- Schillaci, O. (2024). *Ministero della Salute - PNRR - Salute - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*.
- Semeraro, R. (2022). L'analisi qualitativa dei dati di ricerca in educazione. *Italian Journal of educational research*, (7), 97-106.
- Sempio, O. L. (1998). *Vygotskij, Piaget, Bruner: concezioni dello sviluppo*. R. Cortina.
- Shapiro, J., & Rashid, S. (2011). *Leadership in the NHS*. Bmj.
- Shortell, S. M., & Kaluzny, A. D. (1994). *Health care management: Organization, design, and behavior (Delmar series in health services administration)*. Albany: Delmar Publishers.
- Shueb, S., Gul, S., Nisa, N. T., Shabir, T., Ur Rehman, S., & Hussain, A. (2022). Measuring the funding landscape of COVID-19 research. *Library Hi Tech*. 40(2), 421-436.
- Silver, R. (2017). Healthcare leadership's diversity paradox. *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)*.
- Sørensen, E., & Torfing, J. (2011). Enhancing collaborative innovation in the public sector.

- Administration & society*, 43(8), 842-868.
- Spera, A. (2018). Leadership e Comunicazione in sanità. In P. Previtali, *Management sanitario e governance della complessità* (pp. 209-214). Pavia University Press.
- Stenbacka, C. (2001). Qualitative research requires quality concepts of its own. *Management decision*, pp. 39(7), 551-556.
- Thakur, R., Hsu, S. H., & Fontenot, G. (2012). Innovation in healthcare: Issues and future trends. *Journal of Business Research*, 65(4), 562-569.
- The Beryl Institute. (2024). *Defining Patient and Human Experience*. Retrieved from The Beryl Institute.
- Trincherò, R. (2004). *I metodi della ricerca educativa*. Laterza.
- Tsianakas, V., Maben, J., T., Wiseman, T., Robert, G., Richardson, A., . . . Davies, E. A. (2012). Using patients' experiences to identify priorities for quality improvement in breast cancer care: patient narratives, surveys or both? *BMC health services research*, 12, 1-11.
- Turner, D., Ting, H., Wong, M. W., Lim, T. Y., & Tan, K. L. (2021). Applying qualitative approach in business research. *Asian Journal of Business Research*, 11(3), 1-13.
- Van Ackere, A., & Smith, P. C. (1999). Towards a macro model of National Health Service waiting lists. System Dynamics Review. *The Journal of the System Dynamics Society*, 15(3), 225-252.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of marketing*, 68(1),1-17.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- West, M. A. (1990). The social psychology of innovation in groups. In J. W. Sons, *Innovation and creativity at work: Psychological and organizational strategies* (pp. 309-333).
- Whitman, M., & Valpuesta, D. (2010). Examining human resources' efforts to develop a culturally competent workforce , Vol. 29 No. 2. *The Health Care Manager*, 117-125.
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative health research*, pp. 11(4), 522-537.
- Wiler, J. L., Bolandifar, E., Griffey, R. T., Poirier, R. F., & Olsen, T. (2013). An emergency department patient flow model based on queueing theory principles. *Academic Emergency Medicine*, 20(9), 939-946.
- Windrum, P., & García-Goñi, M. (2008). A neo-Schumpeterian model of health services innovation. In *Research policy* (pp. 37(4),649-672.).
- Woodward, J. (1970). *Industrial Organization: Behavior and Control (trad. it. Comportamento e controllo nell'organizzazione, Rosenberg & Sellier, Torino, 1983)*. Oxford University

Press.

Yin, R. K. (2003). Designing case studies. *Qualitative research methods*, pp. 5(14), 359-386.

Yin, R. K. (2006). Mixed methods research: Are the methods genuinely integrated or merely parallel. In *Research in the Schools* (pp. 13(1), 41-47).

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods (Vol. 5)*. Sage.

Zach, L. (2006). Using a multiple-case studies design to investigate the information-seeking behavior of arts administrators. *Library trends*, 55(1), 4-21.

Ziebland, S., Coulter, A., Calabrese, J. D., & Locock, L. (2013). *Understanding and using health experiences: improving patient care*. Oxford: Oxford University Press.