

10 Configurazione delle reti ospedaliere e organizzazione del personale: quali strategie e leve aziendali?

di Claudio Buongiorno Sottoriva, Mario Del Vecchio, Giorgio Giacomelli, Roberta Montanelli, Marco Sartirana e Francesco Vidè¹

10.1 Introduzione, obiettivi e metodi

I modelli organizzativi a rete sono considerati una soluzione efficace – e ampiamente incoraggiata dalla normativa nazionale e dalle linee guida internazionali – per coniugare l’offerta ospedaliera sui territori con la necessaria concentrazione della casistica specialistica (Buongiorno Sottoriva *et al.*, 2023). Tuttavia, in un contesto di *shortage* dei professionisti sanitari, in cui coesistono difficoltà di reclutamento e scarsa attrattività dei presidi periferici, è necessario che l’evoluzione dei modelli di servizio non si basi solo su scelte di efficienza tecnica e sulla ricerca di economia di scala e specializzazione, ma sostenga anche la creazione di ambienti di lavoro favorevoli per i professionisti in tutti i nodi della rete. È quindi necessario disegnare strategie che garantiscano non solo la centralizzazione della casistica complessa presso i centri *hub*, ma anche una effettiva integrazione tra i centri di primo e secondo livello, la specializzazione delle strutture, l’identificazione di vocazioni specifiche dei diversi stabilimenti ospedalieri, accompagnandole con coerenti politiche di organizzazione del lavoro e gestione del personale.

A titolo di esempio, la scelta di disegnare unità operative uniche inter-presidio può garantire una più facile integrazione dei clinici, ma spesso genera anche una minore capacità della direzione di promuovere lo sviluppo professionale dei singoli collaboratori. La soluzione delle equipe itineranti che dai

¹ Il capitolo è frutto di un comune lavoro di confronto e di ricerca, ad ogni modo i §§ 10.1 e 10.4 sono da attribuire a Marco Sartirana, il § 10.2 a Giorgio Giacomelli, il § 10.3 a Claudio Buongiorno Sottoriva, il § 10.5 a Francesco Vidè, il § 10.6 a Roberta Montanelli e il § 10.7 a Mario Del Vecchio. Si ringraziano per la preziosa collaborazione: Luigi Vercellino e Lorenza Chessa, Maria Elisena Focati Pisani, Giuseppe Antonio Minetti, Moreno Italo Raffa della ASL di Alessandria; Tiziano Carradori, Francesca Bravi e Vanni Agnoletti, Barbara Camerani, Marcello Galvani e Matteo Tebaldi della AUSL Romagna; Thomas Schael e Antonio Grassadonia, Simona Grossi, Valentina Manso, Camilla Marinelli e Marzia Muzi della ASL Lanciano-Vasto-Chieti.

centri *hub* si spostano verso gli *spoke* appare promettente per coniugare specializzazione e capillarità, e sembra offrire una soluzione a vantaggio dei pazienti localizzati presso aree periferiche, ma rischia di non garantire percorsi di crescita professionale per i medici dei centri minori.

Il Rapporto OASI ha affrontato in passato alcuni di questi temi, con particolare riferimento ai trade off tra concentrazione o diffusione dei servizi nei territori (Del Vecchio *et al.*, 2019), alle equipe itineranti (Del Vecchio *et al.*, 2016), all'attrattività degli ospedali periferici nei confronti dei professionisti (Buongiorno Sottoriva *et al.*, 2023), o al ruolo degli ospedali di minori dimensioni nel sistema sanitario (Bobini *et al.*, 2020). Questo contributo analizza esperienze di reti ospedaliere che prevedono forme di spostamento dei professionisti sanitari tra diversi presidi di una stessa azienda, al fine di comprenderne le logiche organizzative e professionali, nonché i fattori facilitanti. Ciò consentirà di comprendere quali relazioni esistono tra l'organizzazione dei servizi in rete e le scelte di organizzazione e gestione del personale, in particolare in un contesto di carenza di professionisti.

Da un punto di vista metodologico, in primo luogo è stata condotta un'analisi della letteratura internazionale in merito ai fattori che guidano le scelte di configurazione in rete dei servizi pubblici e sanitari. L'analisi ha poi adottato un approccio qualitativo attraverso lo studio di tre casi, in contesti regionali e geografici differenti: l'ASL di Alessandria, l'AUSL della Romagna e l'ASL Lanciano-Vasto-Chieti. Si tratta di aziende di significativa estensione territoriale, caratterizzate anche da presidi localizzati in contesti periferici o montani, e che hanno avviato esperienze rilevanti di riorganizzazione in rete dei servizi sanitari. Sono state svolte complessivamente 15 interviste (cinque per ogni azienda) con membri della direzione aziendali e *key informants*. Questi ultimi sono stati selezionati tra i manager coinvolti nell'implementazione di reti che prevedono lo spostamento di professionisti tra diversi presidi, in diversi ambiti disciplinari. La radiologia e il personale infermieristico e ostetrico nella ASL di Alessandria; la cardiologia e l'anestesia nell'AUSL della Romagna; le diverse discipline coinvolte nella diagnosi e cura del carcinoma mammario all'ASL Lanciano-Vasto-Chieti.

10.2 Rassegna della letteratura

In termini generali, le reti si possono intendere come soluzioni finalizzate ad affrontare, tramite combinazioni variabili di integrazione intra-organizzativa o inter-organizzativa (Ahgren & Axelsson, 2007), problemi che non trovano risposta soddisfacente nell'ambito degli assetti unitari delle organizzazioni (Agranoff, 2007). Le reti possono riguardare diverse organizzazioni, diverse partizioni organizzative o diversi soggetti all'interno dell'organizzazione.

Sulla natura degli aggregati aziendali che riflettono scelte di organizzazione dei servizi in logiche di rete la letteratura propone diverse classificazioni. Alcuni autori (ad esempio, Bazzoli *et al.*, 1999) considerano la combinazione di differenziazione (la varietà di servizi erogati lungo il continuum dell'offerta), integrazione (i meccanismi utilizzati per allineare gli sforzi tra le componenti dell'organizzazione) e centralizzazione (il grado di concentrazione logistica dell'offerta). Altri (Lega, 2002) prendono in considerazione l'assetto legale (composto da uno o da più soggetti giuridici), il risultato del gioco risultante dalle interazioni (a somma zero oppure diversa da zero) e l'intensità dell'intento strategico comune. Altri ancora (Nowell & Milward, 2023) distinguono i network sulla base dell'unità di analisi (se i soggetti di interesse primario siano gli attori, i gruppi, i sistemi o i legami tra essi), dell'entitatività (se l'insieme di attori sia considerata o meno come un sistema o gruppo di ordine superiore) e dell'intenzionalità (se i membri si affilino consapevolmente a una rete che, ad esempio, si è data un nome).

Guardando più specificamente al contesto sanitario, Lega (2001) distingue due logiche per l'organizzazione delle reti ospedaliere: l'organizzazione «in rete», che implica una relazione esclusivamente funzionale tra i servizi inclusi nella rete e si limita ad un coordinamento tecnico-scientifico e l'organizzazione «a rete», che considera la rete ospedaliera come un insieme di nodi legati da connessioni continue e comporta una riconfigurazione dell'offerta in termini di ridefinizione della tipologia di prestazioni, volumi e *case-mix* produttivi dei servizi coinvolti, oltre che di coordinamento tecnico-scientifico.

I *driver* della collaborazione ospedaliera possono essere molteplici e includono fattori di varia natura, dall'erogazione di un'assistenza integrata centrata sul paziente (De Regge *et al.*, 2018), all'intenzione di conseguire economie di scala (ad esempio, in ragione dell'integrazione di servizi comuni come l'amministrazione delle risorse umane, le procedure di approvvigionamento, i sistemi informativi), alle condizioni contingenti (legate, ad esempio, alla condivisione di figure professionali presenti in quantità limitata).

Nel prosieguo del capitolo si farà riferimento a reti intra-aziendali, vale a dire combinazioni economiche aggregate di una stessa azienda del tipo multi-unità (Lega, 2002): si tratta, in altre parole, di cooperazioni tra ospedali della stessa azienda, partizioni organizzative di ospedali e gruppi di professionisti, finalizzate all'erogazione di una diversificata gamma di servizi alla comunità di riferimento dell'azienda a cui fanno capo (Alexander *et al.*, 2003) e che prevedono, solitamente, forme di riconfigurazione dell'offerta.

Nel caso italiano, le soluzioni organizzative orientate verso logiche di rete hanno solitamente come obiettivo complessivo l'ottimizzazione delle risorse a disposizione e il contestuale mantenimento della qualità del servizio e risentono dei seguenti principali fattori tra loro interagenti (Del Vecchio *et al.*, 2019): la correlazione tra concentrazione della casistica di pazienti acuti e gli outcome

intermedi e finali, in ragione delle economie di specializzazione; il crescente *shortage* dei medici e la conseguente esigenza di garantire un livello minimo di dotazione di personale specializzato per l'operatività del singolo nucleo di attività; la scarsità di risorse a disposizione del SSN in ambito, soprattutto, di investimenti (Borsoi *et al.*, 2023); il consolidato divario tra i centri urbani principali e le aree periferiche nell'attrarre i professionisti e la conseguente concentrazione dei modelli di servizio nelle aree urbane, con implicazioni critiche in riferimento alla capacità attrattiva degli altri centri di erogazione (Buongiorno Sottoriva *et al.*, 2023).

Questi fattori, peraltro, si collocano in un contesto caratterizzato da esigenze di natura differenziata. Da un lato, vi sono esigenze espressione della logica aziendale, ovvero dei bisogni di efficienza ed efficacia dell'offerta di servizi. Tra questi, ad esempio, rilevano la tendenziale ristrutturazione degli erogatori di prestazioni acute a fronte di una presa in carico sempre più territoriale (con interventi normativi come il D.M. 70/2015 e il D.M. 77/2022) e l'esigenza di identificare le aree di eccellenza sulle quali concentrare il portafoglio di servizi secondo logiche di vantaggio competitivo (Lega, 2005) per governare la mobilità inter-regionale. Altre esigenze sono invece riconducibili alla logica politica, vale a dire, al rapporto tra sistema di offerta e bisogni di rappresentanza territoriale; a titolo di esempio, si pensi alla resistenza locale alla razionalizzazione del sistema di offerta in ragione di esigenze legate alla prossimità di accesso simbolica o sostanziale e ai riflessi datoriali della presenza degli ospedali (Cohen & Ahern, 2014; Saltman & Chanturidze, 2020). Altre esigenze, ancora, esprimono le istanze della logica professionale, cioè il rapporto tra sistema di offerta e bisogni dei professionisti: tra questi, ad esempio, la necessità sempre più pressante di attrarre e trattenere il personale con determinate competenze ed expertise per assicurare la sostenibilità del servizio, specialmente nelle aree periferiche (Buongiorno Sottoriva *et al.*, 2023).

Quanto alle modalità di organizzazione delle interdipendenze tra stabilimenti ospedalieri appartenenti a una stessa azienda, Del Vecchio e colleghi individuano tre modelli principali (2019):

- i. distribuire il percorso di fruizione dei pazienti nella rete degli stabilimenti, rendendo diffuso l'accesso ai processi a minore specializzazione negli stabilimenti prossimi all'utenza e concentrare le attività ad alta specializzazione (modelli *hub* e *spoke*) in centri dedicati;
- ii. concentrare le componenti dell'offerta nei diversi stabilimenti in funzione della distribuzione delle attività per tipologia e livello di specializzazione necessario;
- iii. aumentare la flessibilità del luogo di erogazione lasciando che siano i professionisti a spostarsi tra gli stabilimenti (secondo il modello delle *equipe itineranti*).

Sotto il profilo gestionale, è interessante soffermarsi sui fattori a supporto dell'organizzazione a rete ospedaliera. In quest'ambito, non si può prescindere dal fondamentale contributo di Ansell e Gash (2008) in cui vengono analizzate e classificate le condizioni che influenzano l'efficacia delle reti nel conseguimento dei risultati. Il loro modello individua quattro categorie di fattori, tra loro interconnesse: le condizioni iniziali, che si riferiscono allo stato iniziale della rete e includono fattori quali la fiducia tra i membri, la distribuzione delle risorse, gli incentivi alla partecipazione e una chiara comprensione dell'interdipendenza tra i partecipanti; il disegno istituzionale, che si concentra sulla struttura formale della rete, definita ad esempio dalle regole stabilite, dalle forme di garanzia del rispetto di tali regole da parte di tutti gli attori e dalle configurazioni organizzative e di servizio; la leadership facilitativa, vale a dire il complesso delle competenze e dei comportamenti dei soggetti chiamati a gestire e orientare il funzionamento della rete, quali ad esempio la capacità di comporre i disaccordi in modo costruttivo e motivare la rete verso il raggiungimento dei suoi obiettivi di collaborazione; il processo collaborativo, che si riferisce alle interazioni e alle modalità di confronto all'interno della rete e prevede idealmente una comunicazione regolare, attività condivise e un focus sul raggiungimento di obiettivi intermedi.

Su tali basi, la ricerca successiva ha ulteriormente approfondito i fattori che tendono a influenzare l'efficacia della rete nell'ambito dei servizi pubblici (Kenis e Raab, 2020; Peeters *et al.*, 2023).

Facendo eco a tali contributi, Smith (2020) ha esteso la categorizzazione originaria enfatizzando, in particolare, la natura composita dei comportamenti manageriali e il loro ruolo nelle reti. Le categorie di fattori abilitanti individuate da Smith (2020) sono dunque:

- i. il contesto della rete, che si riferisce ai fattori esterni che influenzano la rete, come l'ambiente istituzionale, le relazioni preesistenti tra i membri, la disponibilità (o scarsità) di risorse e la stabilità complessiva del sistema;
- ii. la struttura della rete, che definisce i confini e la progettazione formale della rete, includendo elementi come le strutture di governance e la composizione della rete stessa;
- iii. il management della rete, che riconosce un ampio ruolo svolto dai leader all'interno delle reti (Klijn *et al.*, 2010), oltre alla mera facilitazione. Tra questi, rilevano aspetti come la risoluzione dei conflitti, l'adattamento alle circostanze mutevoli, la promozione dell'apprendimento e dell'innovazione della rete, la promozione di un orientamento condiviso e la distribuzione del potere, oltre alla facilitazione di processi decisionali collettivi;
- iv. i processi di rete, ovvero le attività collaborative che si svolgono all'interno della rete stessa e includono elementi quali la costruzione della fiducia, lo sviluppo di obiettivi condivisi e la comunicazione chiara.

È evidente che le modalità di effettivo funzionamento di tali fattori possono assumere connotazioni parzialmente dissimili nelle reti intra-organizzative rispetto a quelle inter-organizzative, e ancor di più in ragione degli effetti del professionalismo sulle dinamiche di orientamento e controllo dei comportamenti: a solo titolo di esempio, si pensi all'attenuata efficacia della gerarchia nell'ambito della strutturazione della governance della rete in contesti ad alta intensità di conoscenza (Del Vecchio & Giacomelli, 2020). Un'interessante ulteriore prospettiva è offerta, nel panorama della ricerca di management sanitario nel nostro Paese, da Damiani e colleghi (2022), che identificano tre fattori chiave per l'integrazione dei contesti organizzativi complessi come le reti ospedaliere: accanto alla capacità di convincere gli attori – quando orientati al proprio interesse particolare – a perseguire obiettivi di valore trasversale per l'organizzazione, ovvero la leadership, gli autori evidenziano la formazione multiprofessionale e multilivello sul tema della governance dei sistemi complessi, e la valorizzazione e gestione delle informazioni come parti integranti dei processi di integrazione delle reti.

Nell'analisi dei casi in questo capitolo, pertanto, adatteremo le chiavi di lettura proposte nella letteratura nazionale e internazionale descrivendo le modalità di configurazione dei servizi sanitari in logiche di rete (disegno o struttura della rete) ed evidenziando la combinazione dei processi di collaborazione e del ruolo del management, sia professionale sia aziendale, nel determinare il funzionamento delle reti stesse a fronte di condizioni di contesto di particolare tensione sul fronte delle risorse interne.

10.3 Il caso della ASL di Alessandria

L'ASL di Alessandria è una delle dodici aziende sanitarie territoriali del Piemonte, con un valore di produzione di circa 880 milioni di euro, circa 800 posti letto e 4.000 dipendenti. Il territorio di riferimento dell'azienda misura 3.559 km² e comprende 187 Comuni per una popolazione complessiva, all'inizio del 2023, di 405.701 abitanti. Questo territorio occupa l'area sud-orientale del Piemonte e, confina con aree particolarmente attrattive dal punto di vista sanitario, come la Provincia di Torino, ma anche la Lombardia e l'Emilia-Romagna. L'Asl consta di cinque presidi ospedalieri: l'Ospedale Santo Spirito di Casale Monferrato e l'Ospedale San Giacomo di Novi Ligure, che sono DEA di I livello e hanno entrambi tra i 200 e i 250 posti letto, e i presidi Ospedale SS. Antonio e Margherita di Tortona, Ospedale Mons. Giovanni Galliano di Acqui Terme, e Ospedale Civile di Ovada (ciascuno con meno di 150 posti letto). Nella stessa area è presente anche il DEA di II livello, l'Azienda Ospedaliera «SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo» di Alessandria.

La natura dispersa e variegata dei presidi aziendali, unita al contesto di squi-

libri nel mercato del lavoro sanitario, hanno richiesto all'azienda negli ultimi anni la profusione di sforzi e soluzioni organizzative per garantire l'erogazione dei servizi. In particolare, l'azienda ha fatto esperienza di livelli di carenza eterogenea tra presidi e tra le diverse partizioni organizzative, che hanno richiesto la creazione di reti intra aziendali. A fronte delle regole nazionali non sempre flessibili e contrattualmente sfavorevoli alle equipe itineranti, l'approccio aziendale ha dovuto coniugare le esigenze organizzative con quelle individuali, per favorire soluzioni concertate e logiche *win-win*. L'azienda ha dunque supportato progettualità che permettessero l'interscambio di professionisti tra presidi e unità operative, la riorganizzazione delle attività in un senso più efficace ed efficiente e, contestualmente, favorissero lo sviluppo professionale e il benessere personale dei dipendenti.

Sono illustrate di seguito due esperienze di particolare interesse. In primo luogo, viene approfondito l'ambito radiologico. Successivamente, vengono descritte le azioni aziendali in ambito infermieristico e ostetrico. Sebbene ciascuna di queste presenti modalità operative peculiari, si riscontrano fattori di contesto, scelte strategiche e strumenti impiegati che risultano comuni a entrambe.

10.3.1 Integrazione tra hub e spoke in radiologia

Le caratteristiche distintive dell'esperienza

All'interno del dipartimento dei servizi, la radiologia è rappresentata da due strutture complesse, a Novi Ligure e Casale Monferrato, a cui afferiscono quattro strutture semplici, rispettivamente due per ogni struttura complessa: Tortona, Ovada, Acqui Terme e Casale Monferrato (quest'ultima specificamente dedicata alla radiologia interventistica). In ambito radiologico, l'ASL di Alessandria sperimenta gli stessi problemi evidenziati globalmente per tutta l'azienda. Oltre alla natura dispersa e variegata delle unità radiologiche, queste ultime hanno sperimentato una crescente difficoltà nel sostenere i carichi di lavoro, sia a causa delle criticità nei processi di reclutamento, sia della capacità di trattenere i professionisti.

Per affrontare questi problemi e mantenere i livelli di servizio, l'azienda ha investito sia nella creazione di una rete intra-aziendale radiologica, sia nelle condizioni più ampie che possono supportare l'attrazione di nuovi professionisti e la *retention* del personale in servizio.

Per quanto riguarda l'Unità operativa complessa di Casale Monferrato, vi sono, oltre al direttore, 9 radiologi nel presidio di Casale e 2 in quello di Acqui Terme. Tra i due presidi vi è una distanza di quasi 70 chilometri, cioè quasi un'ora in automobile. Tra queste due unità è stato attivato un progetto che ha consentito al personale di ciascuna di partecipare alla distribuzione dei turni dell'altra, con il sostegno dell'azienda e della direzione della struttura complessa.

Rispetto agli investimenti che hanno riguardato il contesto lavorativo, innanzitutto, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha permesso di programmare un ricambio tecnologico, con l'acquisto di apparecchiature più moderne e potenzialmente più accattivanti per il personale. Inoltre, si è investito sulla logistica e sugli ambienti di lavoro rendendoli più accoglienti e meglio organizzati. Al di là del renderlo più confortevole per l'utenza, la scelta discende dalla volontà di creare un ambiente di lavoro più accogliente per il personale. Infine, si è scelto di modificare il perimetro delle attività, con diversi cambiamenti organizzativi, tutti focalizzati nel creare maggiori opportunità di sviluppo professionale per i radiologi e al contempo rendere l'erogazione del servizio più efficace ed efficiente. Si è deciso, ad esempio, di internalizzare gli screening senologici, prima eseguiti da professionisti esterni, favorendo la formazione e la certificazione di tutti i radiologi in un centro specializzato; è stata costituita un'unità operativa dedicata alla radiologia interventistica, per costruire competenze professionali anche in un presidio di minori dimensioni, rinviando al centro *hub* la casistica più complessa. Infine, è stato introdotto un servizio di teleradiologia, per la refertazione a distanza, rendendo più flessibile l'organizzazione del lavoro; sono stati infine inclusi anche i radiologi nei team multidisciplinari, per creare opportunità di crescita professionale tramite il confronto con altri specialisti. Alcune di queste attività aggiuntive sono state introdotte in modo diffuso anche nei centri *spoke*. Inoltre, occorre sottolineare che anche rispetto alle attività usuali, nei centri *spoke* l'approccio e la riorganizzazione sono risultati innovativi.

I fattori di successo

Diversi sono i fattori di successo di questa esperienza. Anzitutto l'impegno congiunto della direzione aziendale e della direzione di unità, con la prima che ha fornito le risorse, organizzative, tecnologiche ed economiche, per la realizzazione delle progettualità radiologiche, e la seconda che ha motivato il personale e guidato l'implementazione. Entrambe hanno contribuito a un processo di dialogo sindacale in modo che le attività fossero concordate e supportate da tutti gli attori coinvolti. È stata sottolineata la connessione tra lo sforzo aggiuntivo richiesto al personale, per aumentare i volumi di attività, e la risposta ai bisogni di salute della popolazione. Dal punto di vista della gestione delle risorse umane, l'azienda ha da tempo intrapreso un percorso di cambiamento relativo alle politiche di gestione del personale, che ha contribuito a creare un contesto favorevole all'implementazione di progetti di rete. In particolare, sono stati distinti organizzativamente le attività relative all'amministrazione del personale e quelle relative all'*human resource management*, con la creazione di un ufficio dedicato sullo sviluppo organizzativo. Dal punto di vista organizzativo, la presenza del supporto fornito dal personale di cooperativa ha permesso di sopperire alle esigenze di servizio più

complicate, come i turni notturni e le guardie nel presidio di Acqui Terme, ma anche di dedicare alla formazione parte del tempo lavoro degli specialisti interni. Il personale è stato incentivato alle attività attraverso una ricompensa economica, favorita dalla presenza di un fondo aziendale residuo, maggiore del minimo previsto dalle disposizioni nazionali. Questo ha permesso di rendere più simili la remunerazione del personale interno e quella del personale di cooperativa. È stata poi strutturata un'offerta professionalmente stimolante, ad esempio con l'introduzione della radiologia interventistica e includendo i radiologi nei team multidisciplinari. Queste innovazioni hanno permesso di creare opportunità professionalmente interessanti per i radiologi creando un clima più favorevole a modelli organizzativi che prevedono maggiore flessibilità nei turni e nelle collocazioni geografiche e interessanti anche setting di lavoro più periferici.

10.3.2 Integrazione del personale infermieristico e ostetrico

Le caratteristiche distintive dell'esperienza

Sia in ambito infermieristico che in ambito ostetrico l'azienda ha introdotto innovazioni organizzative per far fronte alle carenze di personale.

Per quanto riguarda l'area infermieristica, l'azienda ha intrapreso un'ampia azione di ridisegno dei percorsi chirurgici, che ha permesso di riflettere sulle dotazioni esistenti e necessarie di personale nelle diverse attività. Uno dei risultati di questa riflessione consiste, nei presidi di Acqui Terme e Casale Monferrato, in un meccanismo di equipe itinerante per la gestione dei blocchi operatori, per la chirurgia generale e l'ortopedia, sotto la guida di un coordinatore infermieristico che ha temporaneamente assunto l'incarico nei due presidi. Due infermieri del blocco operatorio del presidio di Acqui Terme si spostano, fino a quattro giorni a settimana, verso il presidio più grande di Casale Monferrato, per supportare nella gestione delle sei sale operatorie, che accolgono un *case mix* più ampio in termini di specialità e complessità. Circa un terzo degli infermieri ha accettato di partecipare all'iniziativa, raccogliendo adesioni anche tra professionisti senior. Il nuovo contesto ha così permesso agli infermieri di ampliare il proprio campo di azione professionale e le proprie competenze. L'azienda ha remunerato le ore aggiuntive e le trasferte, unendo al contempo un'attenta pianificazione operativa e logistica, inclusa la possibilità di utilizzare un'automobile aziendale condivisa tra i professionisti per gli spostamenti tra i due presidi. Oltre alla condivisione di professionisti tra i due presidi, l'azienda ha favorito anche la condivisione tra unità operative interne al presidio, coinvolgendo anche gli infermieri di sala gessi e radiologia. Il loro inserimento nelle turnazioni ha permesso all'azienda di gestire più facilmente i turni di guardia, assenze ed emergenze, e al personale di esercitare una più ampia gamma di competenze.

Per l'area ostetrica, e più in generale in ambito territoriale, l'azienda si è impegnata a ridisegnare l'offerta di servizi, bilanciando accessibilità e organizzazione. Nell'ambito dei consultori si è lavorato per riaggregare l'offerta in un numero minore di punti di erogazione, con una simultanea riaggregazione del personale. Le ostetriche hanno potuto così lavorare in un contesto con economie di scala e di specializzazione e maggiori risorse da investire in servizi innovativi. Ad esempio, la formazione sull'allattamento al seno e la gestione in autonomia della gravidanza fisiologica hanno permesso di costruire servizi che valorizzassero le competenze maturate. La nuova offerta di servizi ha aumentato l'utenza dei consultori pubblici, anche oltre i segmenti di utenti tradizionalmente raggiunti, contribuendo alla motivazione del personale. Considerando le difficoltà di reclutamento di medici specialisti in ginecologia, il rafforzamento di percorsi a conduzione principalmente ostetrica, per esempio nella gestione della gravidanza fisiologica, ha favorito dinamiche di *skill-mix change*.

I fattori di successo

Diversi sono i fattori di successo di queste due esperienze, l'una infermieristica e l'altra ostetrica, in parte simili a quelli già descritti in precedenza. Rimane costante l'impegno congiunto della direzione aziendale e del coordinatore infermieristico, con la prima che ha supportato una remunerazione adeguata delle ore aggiuntive e il secondo che ha motivato il personale e gestito l'implementazione. Sebbene gli incarichi di coordinamento infermieristico siano differenziati tra i due presidi, la momentanea unificazione dei due incarichi presso un unico responsabile ha permesso una gestione unitaria e una condisione degli obiettivi aziendali meno legata alle logiche dei singoli presidi. Nel caso dei consultori è stato possibile costruire un percorso *de facto* di *skill mix change* anche in virtù della carenza di specialisti in ginecologia. La carenza di personale è stata dunque una opportunità per un'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse per rispondere ai bisogni di salute.

Al contempo, le iniziative aziendali di revisione dei processi e la maggiore attenzione alla gestione delle risorse umane hanno determinato l'esistenza di una finestra di opportunità. Anche in questo caso, l'innovazione organizzativa in ambito infermieristico è avvenuta su base volontaria, essendo i due presidi a una distanza maggiore di quella prevista dal contratto collettivo di lavoro per la mobilità intraaziendale. È stato inoltre sottolineato che il ricorso a forme di coercizione non sarebbe risolutivo nel lungo periodo e alla lunga ridurrebbe la capacità di trattenere professionisti. Il personale è stato incentivato anche in questo caso sia attraverso una ricompensa economica, favorita dalla presenza di un fondo aziendale residuo ma comunque non superiore a quella che si sarebbe ottenuta svolgendo le ore aggiuntive nel proprio presidio, sia attraverso un'offerta professionalmente stimolante, che ha creato opportunità di crescita

e stimolo professionale, al di là delle attività usualmente svolte dagli infermieri nei propri luoghi di primario impiego.

10.4 Il caso della AUSL della Romagna

L'AUSL della Romagna è una delle più grandi aziende sociosanitarie del Paese, con un valore di produzione di circa 2,5 miliardi di euro, quasi 3.000 posti letto e oltre 16.000 dipendenti. Istituita nel 2013 con l'accorpamento di quattro aziende preesistenti, è responsabile della tutela della salute di circa di 1.125.000 abitanti residenti nei 75 comuni delle Provincie di Ravenna (RA), Forlì-Cesena (FC) e Rimini (RN), per un territorio complessivo di oltre 5.000 km². L'assistenza ospedaliera è erogata in quattro presidi di maggiori dimensioni, con un numero di posti letto compreso tra 400 e 600 (Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini), in tre presidi distrettuali con 100-300 posti letto (Lugo, Faenza, Riccione) e in sei stabilimenti di minori dimensioni con meno di 100 posti letto (Santarcangelo di Romagna, Bagno di Romagna, Cesenatico, S. Sofia, Cattolica e Novafeltria), tre dei quali localizzati in area appenninica.

La collaborazione in rete tra ospedali e discipline nel territorio della Romagna ha una storia pluridecennale. La Regione Emilia-Romagna, con il Piano Sanitario Regionale 99/01, aveva dato avvio all'implementazione di modelli organizzativi a rete, anticipando ciò che si sarebbe poi esteso a livello nazionale con il DM70/2015. Nell'area romagnola le reti sono state ulteriormente rafforzate con l'istituzione di un'azienda unica. Per alcune discipline sono stati previsti accorpamenti con la creazione di unità operative uniche aziendali, mentre in molti casi le unità operative sono rimaste autonome, ma all'interno di progettualità di rete.

Negli ultimi anni, tali forme di collaborazione si sono intensificate a causa dello *shortage* medico generale e della difficoltà di reclutare professionisti in alcune discipline, soprattutto nei presidi periferici di minori dimensioni. In particolare, l'azienda ha favorito forme di gestione flessibile dei professionisti nelle diverse sedi aziendali, disegnando, con il supporto dei direttori di UO e degli staff aziendali, adeguati sistemi di valorizzazione professionale. In alcuni casi sono state inoltre individuate, nell'ambito della contrattazione integrativa con le organizzazioni sindacali e nel rispetto del CCNL, forme di remunerazione aggiuntiva per valorizzare tale flessibilità. Verranno illustrate di seguito due esperienze di particolare interesse. In primo luogo, la rotazione dei professionisti tra un centro *hub* e un centro *spoke* in area cardiologica. In secondo luogo, lo spostamento di anestesisti per sopperire alle difficoltà di copertura di turni di lavoro nelle sale operatorie di strutture periferiche.

10.4.1 Integrazione tra hub and spoke in cardiologia

Le caratteristiche distintive dell'esperienza

L'organizzazione aziendale in *hub* e *spoke* nell'ambito cardiologico ha concentrato le attività specialistiche, e in particolare le unità coronariche, nei quattro ospedali principali. Gli ospedali *spoke* di minori dimensioni, dedicati ad attività di minore complessità e localizzati in centri periferici, scontano una difficoltà ad attrarre e a mantenere professionisti.

Per far fronte a tale problematica le due UO di cardiologia di Forlì e Faenza hanno sviluppato una stabile integrazione. Su base volontaria, tre professionisti giovani impiegati nello *spoke* di Faenza, per uno o due giorni a settimana ciascuno, si recano nel centro *hub* di Forlì, dove possono svolgere attività specialistica, ad esempio in ambito emodinamico, elettrofisiologico, e di UTIC. In quegli stessi giorni, da Forlì un professionista si reca a Faenza per occuparsi di patologie croniche e diagnostica cardiovascolare di I e II livello. Inoltre, l'UO di Forlì gestisce la casistica notturna anche per il territorio di Faenza, e i tre professionisti di Faenza coprono sei turni notturni al mese presso l'ospedale di Forlì. La rotazione dei professionisti viene svolta nell'ambito dell'attività istituzionale, senza incrementare il carico di lavoro e senza ulteriori costi per l'azienda.

Tale formula ha rappresentato una soluzione interessante per garantire una formazione più completa dei professionisti, in particolare i più giovani, e offrire loro opportunità di specializzazione negli ambiti di maggiore interesse per ciascuno. Ciò vale in primis per i professionisti dello *spoke*, rendendo così appetibile tale sede di lavoro periferica, ma anche per i professionisti di Forlì interessati a specializzarsi su attività ambulatoriali quali ad esempio lo scompenso o l'*imaging* cardiaco, che nel centro *hub* non necessariamente trovavano spazi di crescita, e che oggi possono invece confrontarsi con una casistica consistente nello *spoke*. Al contempo, lo sviluppo di un canale di mobilità dei pazienti preferenziale tra i due presidi ha rappresentato per il centro hub l'opportunità di incrementare la casistica potenziale per l'elezione.

I fattori di successo

Diversi sono i fattori di successo di questa esperienza. Anzitutto la committenza strategica della direzione aziendale, che ha proposto il progetto alle strutture e ha garantito loro il relativo supporto operativo necessario.

Importante è stato quindi l'impegno delle strutture e dei rispettivi direttori. Ciò è stato facilitato dalla storia di collaborazione che caratterizza l'azienda, dal clima di fiducia tra unità operative e nel rapporto con la direzione aziendale e da una cultura di attenzione alle reali esigenze dei pazienti. In particolare, è stata importante la disponibilità del centro hub ad accogliere i professionisti dello *spoke*, nonché a facilitare il coinvolgimento dei propri collaboratori nella cura delle cronicità.

A ciò si aggiunge il valore dell'iniziativa riconosciuto dai singoli professionisti, che l'hanno colta come opportunità di sviluppo professionale. È stato, inoltre, importante rendere l'iniziativa facoltativa e non obbligatoria, così da adattarla alle preferenze di crescita dei singoli. Naturalmente questo aspetto rende necessaria una continua manutenzione nel tempo, dal momento che possono cambiare le persone o si può modificare la loro disponibilità a spostarsi, richiedendo periodiche verifiche e relativi interventi correttivi.

Da ultimo, è importante segnalare la prossimità territoriale tra le due strutture, dal momento che il tempo di viaggio tra una struttura e l'altra è di circa 20 minuti.

Questa esperienza di grande interesse, in cui i professionisti stanno imparando il valore di fare esperienze professionali in diverse UO e strutture, potrà inoltre rappresentare un «vivaio» da cui selezionare professionisti che vantano una formazione a 360° anche per gli altri ospedali dell'azienda.

10.4.2 Lo spostamento tra presidi per rispondere alle carenze di personale in anestesia

Le caratteristiche distintive dell'esperienza

L'azienda ha riscontrato una buona attrattività dell'ospedale di Cesena nei confronti degli anestesisti, a fronte invece di una significativa difficoltà di reclutamento nelle sedi di minori dimensioni. Su iniziativa della direzione, e coinvolgendo i direttori delle strutture interessate e le organizzazioni sindacali di riferimento, è stata quindi avviata un'esperienza di invio di anestesisti a copertura delle UO dei presidi con carenza di personale, in particolare Santarcangelo, Ravenna, Faenza e Lugo.

È stata data la possibilità agli anestesisti di Cesena che lo desideravano di effettuare turni di sala operatoria negli altri presidi, aggiuntivi rispetto all'orario di lavoro, con una retribuzione di 80 euro all'ora, oltre a prevedere il rimborso spese per la trasferta. Dei circa 60 anestesisti della struttura, la metà si è resa disponibile. Più recentemente, anche alcuni anestesisti dell'ospedale di Rimini hanno iniziato a partecipare al progetto.

Sono stati pertanto sottoscritti accordi integrativi con le organizzazioni sindacali della dirigenza area sanità. Tali accordi, attraverso l'utilizzo di risorse residue dai fondi contrattuali di riferimento, hanno sostenuto il riconoscimento economico ai professionisti delle progettualità descritte a fronte dello svolgimento di turni oltre l'ordinario orario di lavoro.

Per gli anestesisti, oltre alle difficoltà logistiche, non sono mancate inizialmente difficoltà dovute alla scarsa conoscenza del contesto e del personale medico e infermieristico, dovendosi inserire in team già esistenti, con la percezione di un maggior rischio nell'esercizio della propria attività professionale. Tuttavia, col tempo tale esperienza ha rappresentato per molti anche la possi-

bilità di crescere in autonomia e emergere come punto di riferimento. Inoltre, tale iniziativa ha favorito la conoscenza reciproca tra le diverse strutture e la comprensione dei rispettivi punti di forza e criticità, riducendo così le difficoltà iniziali e facilitando la collaborazione in rete.

I fattori di successo e le prospettive future

Diversi sono i fattori di successo di questa esperienza. Anche in questo caso, è stata determinante la spinta della direzione aziendale, che ha proposto il progetto alle strutture e ha garantito un supporto operativo sia nel disegno degli accordi sindacali che in termini di programmazione dell'attività sanitaria.

Per ottenere il coinvolgimento dell'UO di Cesena è stata garantita la possibilità di reclutare tutto il personale necessario per l'UO, a fronte della disponibilità a far svolgere attività oltre l'orario di lavoro negli altri presidi. Lo sviluppo di un clima di collaborazione tra le diverse strutture è stato progressivo e non privo di qualche difficoltà, ma facilitato dall'esperienza di integrazione durante gli anni della pandemia, e da un ricambio generazionale avvenuto negli ultimi anni. Con riferimento al coinvolgimento dei singoli professionisti, anche in questo caso, è stato importante rendere l'iniziativa facoltativa.

Elemento chiave è il sistema delle regole. In particolare, gli accordi integrativi con le rappresentanze sindacali hanno consentito di trovare soluzioni concrete a fronte delle esigenze dei territori. Preziosa è stata la definizione di un importo orario rilevante, nonché la capacità di liquidare i trattamenti economici di incentivazione non alla fine dell'anno ma bimestralmente. L'azienda ha comunque adottato soluzioni contrattuali diverse a seconda dei diversi contesti. Se per l'anestesia si è fatto ricorso ai progetti di incentivazione aggiuntiva sopradescritti, per altre discipline si è optato per progetti legati a obiettivi di qualità, con rimborsi aggiuntivi non collegati ad attività al di fuori dell'orario di lavoro. Mentre per alcuni ambiti critici quali l'emergenza urgenza non si è potuto prescindere dalle prestazioni aggiuntive, remunerate con risorse aziendali.

Per il futuro, appare interessante favorire l'invio di professionisti anche nella direzione opposta, ovvero dando la possibilità ad anestesisti di centri di minori dimensioni che lo desiderano di svolgere attività presso centri *hub*. Alla luce della rafforzata collaborazione tra i centri alcune esperienze di questo tipo sono già in sperimentazione, per favorire lo sviluppo professionale e incrementare l'attrattività del lavoro nei presidi periferici, soprattutto nei confronti dei professionisti più giovani. Inoltre, si potrebbe valutare di favorire anche per il personale infermieristico lo scambio di competenze tra centri periferici, caratterizzati da maggiore autonomia del personale, e centri di maggiori dimensioni, dove si svolgono procedure più specialistiche.

10.5 Il caso della ASL di Lanciano-Vasto-Chieti

L'ASL di Lanciano-Vasto-Chieti opera sul territorio della Provincia di Chieti, che comprende 104 Comuni e serve circa 400.000 abitanti. L'azienda si compone di circa 5.000 dipendenti ed è articolata, come da ultimo atto aziendale, in cinque strutture ospedaliere. Il Policlinico SS. Annunziata di Chieti, a cui afferisce lo Stabilimento Ospedaliero di Ortona, rappresenta il presidio principale con circa 18.000 ricoveri all'anno e 460 posti letto, a cui si aggiungono i presidi di Vasto e Lanciano. L'assistenza territoriale è organizzata in tre aree distrettuali, mentre permangono tre Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) nelle strutture di Casoli, Gissi e Guardiagrele.

A partire dagli anni Novanta, l'azienda ha incoraggiato alcuni professionisti dell'Ospedale di Ortona a dedicare le proprie attività alla presa in carico di pazienti con tumore al seno, creando le basi per sviluppare un centro senologico specialistico di riferimento per tutte le attività di prevenzione, cura e assistenza relative alle patologie mammarie. Nel corso del tempo si è così affermato un modello di gestione integrata di servizi specializzati per la diagnosi e la terapia del tumore alla mammella presso il «*Breast Centre*» della ASL Lanciano-Vasto-Chieti, che dal 2014 riceve la certificazione EUSOMA dell'*European Society of Breast Cancer Specialists*. In anni in cui l'offerta ospedaliera della ASL andava razionalizzandosi e altri ospedali venivano trasformati in PTA, a Ortona sono stati chiusi alcuni reparti, ma l'attività dell'ospedale è andata progressivamente focalizzandosi sulla senologia e più in generale sulle patologie femminili, collaborando in rete con gli altri tre ospedali della ASL. L'Ospedale della donna di Ortona rappresenta oggi una *focused factory* di eccellenza sul territorio, con oltre il 50% delle pazienti che provengono da fuori Provincia.

Le caratteristiche distintive dell'esperienza

Presso il centro di Ortona vengono erogate tutte le attività di diagnosi e cura in ambito senologico, in quanto sono presenti le Unità Operative di Chirurgia ad indirizzo senologico, radiologia senologica interventistica, oncologia senologica e anatomia patologica. Fanno eccezione gli interventi chirurgici che richiedono una terapia intensiva, che vengono effettuati prevalentemente presso l'Ospedale di Lanciano con la presenza dell'equipe chirurgica di Ortona. Inoltre, non essendo presente la risonanza magnetica a Ortona, le prestazioni di RM alla mammella vengono effettuate a Lanciano dai radiologi di Ortona, o presso il presidio di Chieti, dove vengono effettuate anche le prestazioni di radioterapia. Nell'ambito dell'attività di diagnosi, Ortona rappresenta il centro di riferimento per le attività di screening di secondo livello e per tutta l'attività interventistica e peri-operatoria, che non vengono svolte negli altri presidi.

Presso l'Ospedale di Ortona sono stati creati dei team di professionisti totalmente dedicati, al fine di concentrare la casistica e garantire i livelli di exper-

tise e di casistica richiesti dalla Certificazione EUSOMA. Ad esempio, presso l'UOS Radiologia senologica radiologi e tecnici sanitari di radiologia medica sono basati a Ortona e totalmente dedicati alla senologia (part-time presso gli altri presidi), svolgendo attività di diagnostica clinica, screening e interventistica. Il team di radiologi di Ortona, inoltre, referta le mammografie di screening effettuate presso tutti i presidi ospedalieri aziendali ed è l'unico personale dedicato alle attività di secondo livello dello screening mammografico.

La concentrazione della casistica e i requisiti di certificazione hanno reso il centro di Ortona un punto di attrazione per molti professionisti interessati alla patologia mammaria, che vi lavorano in maniera esclusiva. Alcuni, tuttavia, in passato hanno suddiviso la settimana lavorativa tra gli ospedali di Chieti e Ortona, come oggi continua a fare ad esempio il Responsabile della UOS di Oncologia Senologica. Il lavoro su più presidi rientra a pieno titolo nell'attività istituzionale.

Alcuni professionisti, sia medici che tecnici, hanno svolto alcuni periodi di formazione presso l'Ospedale di Ortona, per poi trasferire l'expertise sulle patologie mammarie presso altre strutture della ASL. Diverse scuole di specialità prevedono un periodo di formazione degli specializzandi e degli studenti presso l'Ospedale di Ortona. Emerge tuttavia come la scelta di specializzarsi sulla senologia richieda una forte motivazione: è opportuno effettuarla solo dopo aver trascorso alcuni anni di formazione in centri con uno spettro di casistica più ampio.

Da ultimo, un'occasione di crescita professionale anche per i professionisti che non lavorano a Ortona è rappresentata dagli incontri – prevalentemente online – dei gruppi multidisciplinari, a cui partecipano professionisti di diverse strutture, e dagli incontri periodici tra professionisti della stessa disciplina che si occupano della patologia mammaria nelle diverse sedi aziendali.

I fattori di successo

Diversi sono i fattori di successo che hanno consentito di consolidare l'Ospedale di Ortona come centro core del «*Breast Centre*» aziendale e portarlo a divenire centro di eccellenza certificato a livello nazionale e internazionale attraverso la centralizzazione di professionisti su questo presidio. In primo luogo, la presenza di esperienze e competenze specializzate nella cura delle patologie mammarie all'interno di un unico presidio ha consentito di attivare una riflessione strategica rispetto alla possibilità di focalizzare i servizi erogati su uno specifico target di pazienti. La specializzazione del presidio ha favorito la definizione di una chiara mission, rendendo l'ospedale di Ortona attrattivo per professionisti esperti in patologie mammarie e riconoscibile per pazienti alla ricerca di una presa in carico integrata e personalizzata.

Il processo è stato avviato e gestito sotto la guida della direzione aziendale che già nel 2012 ha promosso la costituzione dell'unità di radiologia senologica

di Ortona con l'obiettivo di centralizzare le diverse professionalità. Allo stesso tempo, si rileva la presenza di una cultura organizzativa collaborativa in grado di favorire la discussione tra pari e la proposta di soluzioni organizzative dal basso da parte dei Direttori delle singole Unità Operative e dai referenti del percorso. Un ruolo fondamentale di raccordo tra Direzione e singoli professionisti viene svolto dall'Ufficio Qualità, che raccoglie le proposte di cambiamento, analizza i processi per verificare la distribuzione dei professionisti, discute le potenziali soluzioni in sede di auditing e in riunioni ristrette con la Direzione aziendale, si confronta con l'Ufficio Personale per l'individuazione delle procedure giuridiche da adottare. Le decisioni relative alla gestione del personale vengono formalizzate attraverso ordini di servizio della Direzione Sanitaria per riallocare il personale sulla base di fabbisogni personali e organizzativi. In questo contesto, i requisiti richiesti dalla Certificazione EUSOMA rappresentano un driver rilevante per guidare il processo di specializzazione delle competenze professionali presso l'Ospedale di Ortona.

Da un punto di vista gestionale, vengono organizzati settimanalmente meeting multidisciplinari presso l'ufficio del Gruppo Interdisciplinare di Cure Oncologiche (GICO) del presidio di Ortona. Questi incontri favoriscono la condivisione di buone pratiche, l'integrazione e il senso di appartenenza all'interno di un percorso medico comune, l'apprendimento e la crescita professionale. A questi meeting si aggiunge l'attenzione rivolta ad attività di formazione continua: ad esempio, i tecnici di radiologia senologica vengono formati per assumere il ruolo di tutor, responsabili della formazione e della valutazione della performance di altri tecnici. Inoltre, il presidio di Ortona rappresenta un centro di formazione sulle patologie mammarie, dove i diversi professionisti degli altri presidi si recano per sviluppare competenze specialistiche. Si rileva, inoltre, l'importanza della collaborazione con l'Università Gabriele d'Annunzio, in quanto le unità operative di ASL Lanciano-Vasto-Chieti sono sedi formative per medici specializzandi e studenti in tirocinio che supportano l'erogazione delle prestazioni, oltre a garantire la possibilità di supportare i percorsi terapeutici tradizionali attraverso le attività dell'Ambulatorio di Medicina Integrata con sede a Ortona per la prevenzione terziaria e per il supporto ai soggetti in corso di trattamento chemioterapico e ormonoterapico. Grazie alla collaborazione con l'Università, in questo ambulatorio, presente dal 2021 nella programmazione della Regione Abruzzo, si erogano prestazioni di agopuntura, nutrizione e attività motoria adattata con modalità indoor, outdoor, in remoto e virtuale. Inoltre, la provenienza dei professionisti dalla stessa scuola di specializzazione favorisce la conoscenza reciproca e lo sviluppo di un clima collaborativo.

Da un punto di vista operativo-logistico, la possibilità di centralizzazione e spostamento dei professionisti viene favorita dalla prossimità geografica tra i diversi presidi ospedalieri e dalla possibilità di utilizzare il medesimo badge per accedere a tutte le sedi aziendali.

10.6 Discussione

La configurazione delle reti ospedaliere è frutto di una continua ricerca di equilibrio tra istanze diverse, interdipendenti tra loro e non sempre convergenti: efficacia e qualità dei servizi offerti, uso ottimale delle risorse, accessibilità da parte degli utenti, condizioni di lavoro dei professionisti, conformazioni geografiche dei territori e stratificazione nel tempo delle sedi di offerta. A supporto di queste scelte il legislatore ha offerto, in passato, indicazioni uniformi a livello nazionale con standard e criteri guida (D.M. 70/2015). Le aziende analizzate nel capitolo sono state dapprima impegnate nelle scelte relative alla rete ospedaliera in senso stretto e sono ora principalmente focalizzate sul potenziamento dell'offerta territoriale (D.M. 77/2022) con le inevitabili ripercussioni che questo ha sulla rete ospedaliera.

Utilizzando il framework teorico illustrato nella rassegna della letteratura (Smith 2020), dall'analisi emergono elementi che possono essere ricondotti alla struttura, al management e ai processi di rete (Tabella 10.1)². Si tratta di fattori critici di successo del funzionamento delle reti ospedaliere eventualmente trasferibili anche ad analoghe realtà aziendali.

In primo luogo, in termini di struttura della rete, abbiamo identificato tre diverse forme di interdipendenza tra le configurazioni delle reti ospedaliere e la gestione del personale.

La ASL di Alessandria si caratterizza per la ricerca di equilibrio in un territorio vasto, che vede la compresenza di cinque presidi ospedalieri e di un'Azienda ospedaliera autonoma nel capoluogo e che confina con aree di grande attrattività sanitaria. In questo contesto, abbiamo identificato alcune forme di flessibilità del lavoro e messo in luce l'impatto che le tensioni sul fronte del personale stanno generando sulla struttura della rete di offerta con un'interessante esperienza di potenziamento della funzione risorse umane.

La AUSL della Romagna, con l'articolazione complessa dei suoi punti di offerta, ha una storia di visione a rete dei servizi, che ha anticipato il D.M. 70/2015. L'Azienda, inoltre, da sempre ricerca forme di continuità anche con i servizi territoriali. In questo caso abbiamo analizzato le forme di flessibilità nella gestione del personale che l'Azienda ha introdotto per cercare di rispondere alla carenza di professionisti in un equilibrio di interdipendenza dei due fattori: rete ospedaliera e gestione del personale.

Infine, la ASL Lanciano-Vasto-Chieti, sulla spinta dei criteri Eusoma, ha scelto strategicamente di orientare progressivamente il piccolo Ospedale di Ortona verso una *focused factory* dedicata all'oncologia e, in questo caso ab-

² La prima variabile del modello, il contesto di rete, non è stata utilizzata in quanto le aziende analizzate si muovono tutte nel medesimo ambiente istituzionale e si configurano come reti intraorganizzative.

biamo analizzato le strategie di gestione del personale che sono derivate dalla rimodulazione della rete.

In tutti e tre i casi, al di là della natura della interdipendenza, abbiamo trovato soluzioni implementate per introdurre forme di flessibilità nell'impiego dei professionisti nella rete dei servizi e interessanti esempi di gestione del cambiamento.

In particolare, sono state adottate forme volontarie di flessibilità del personale, disponibile a prestare attività in diverse sedi aziendali, ricercando elementi che potessero sostenere la motivazione dei professionisti alla collaborazione.

In termini di management della rete, soggetti diversi interni alle aziende si sono attivati per identificare, promuovere e percorrere nuove soluzioni organizzative, a fronte di situazioni di criticità o di necessità nell'erogazione dei servizi. Un tratto comune identificato nell'analisi è il supporto offerto dalle direzioni strategiche aziendali al middle management e alle direzioni di unità operativa per identificare e realizzare soluzioni organizzative per affrontare la carenza di risorse e le tensioni nel sistema di offerta. Le direzioni aziendali hanno garantito loro strumenti (dati, consulenza organizzativa, formazione) e risorse (economiche, tecnologiche) per l'individuazione di possibili soluzioni e nuove modalità di intervento.

Tra le strutture aziendali che hanno facilitato le trasformazioni e l'individuazione di nuove soluzioni operative, in collaborazione con le direzioni di unità operativa, ci sono stati l'Ufficio Qualità (ASL Lanciano-Vasto-Chieti), la Direzione delle Professioni Sanitarie e lo Sviluppo Organizzativo (ASL di Alessandria) e gli uffici dell'Amministrazione del Personale in tutte e tre le Aziende. Nello specifico nella ASL di Alessandria il supporto alle direzioni di unità operativa è stato offerto dall'Ufficio Sviluppo Organizzativo con alcuni innovativi strumenti di valorizzazione dei contributi individuali.

Ulteriori aspetti, che hanno avuto grande spazio nelle narrazioni degli intervistati, sono stati la caparbietà, la determinazione e la competenza con cui gli attori aziendali hanno identificato e percorso nuove soluzioni organizzative. Grande impegno è stato profuso nelle negoziazioni che hanno consentito di attivare processi volontari di scambio dei professionisti tra le sedi di lavoro. Capacità distintiva è stata dimostrata dai direttori di unità operativa nell'identificare proposte interessanti per i propri collaboratori, contando sulla conoscenza dei loro profili motivazionali. In sintesi, sono risultati elementi fondamentali la capacità negoziale e la leadership dei responsabili delle strutture di afferenza.

Tra i processi di rete o strumenti a supporto della flessibilità e della collaborazione tra i professionisti, una leva particolarmente utile è stata la prospettiva di uno sviluppo professionale dato dalla casistica più ampia di quella vista operando in un'unica sede di lavoro. Questo argomento ha funzionato sia, come prevedibile, nel passaggio tra centri minori e ospedali hub, ma anche nella di-

Tabella 10.1 Sintesi dei casi analizzati

Macro-categorie	Variabili osservate	ASL Alessandria	AUSL Romagna	ASL Lanciano Vasto Chieti
Struttura	<i>Interdipendenze tra scelte organizzative e di gestione del personale</i>	Personale → rete	Personale ↔ rete	Personale ← rete
	<i>Gerarchia (UO unica inter-presidio)</i>	Presente in parte	Assente	Assente
Management	<i>Commitment vertici azienda</i>	Presente	Presente	Presente
	<i>Supporto strutture aziendali</i>	Ufficio Sviluppo Organizzativo (HR) e Direzione Professioni Sanitarie	HR (Accordi sindacali)	Ufficio Qualità (e HR)
	<i>Leadership espressa dalla direzione di UO</i>	Motivazione	Motivazione e negoziazione; collaborazione	Motivazione e negoziazione; collaborazione
Processi	<i>Incentivi individuali</i>	Professionali ed economici (radiologia e comparto blocco operatorio)	Professionali (cardiologia); economici (anestesia)	Professionali
	<i>Convenienze per UO</i>	Non necessarie (UO unica)	Copertura turni e soddisfazione collaboratori (cardiologia); soddisfazione fabbisogni di personale (anestesia)	Accreditamento

reazione opposta, grazie a un'azione di *sense-making* dei direttori di struttura che hanno inquadrato le esperienze in un'ottica formativa di più ampio respiro.

In termini di motivazione alla collaborazione e alla flessibilità, sono stati utilizzati anche incentivi economici ulteriori rispetto a quelli già previsti, ricavati, non senza difficoltà, dagli uffici del personale tra i fondi a disposizione per progettualità aziendali speciali o su specifiche poste di incentivazione. Una volta identificati i fondi e definite le progettualità e le condizioni operative della gestione dei professionisti, gli uffici competenti (principalmente gli uffici di gestione del personale) hanno anche coinvolto le rappresentanze sindacali per la condivisione delle scelte concordate con i professionisti.

Fra i fattori di successo di queste operazioni così articolate dal punto di vista organizzativo e amministrativo è stata più volte citata dagli intervistati una cultura organizzativa centrata sulla collaborazione, fondata, in particolare, sulla prassi della condivisione delle criticità e sulla ricerca di soluzioni come sintesi di istanze aziendali, professionali, di qualità dei servizi nonché di accettabilità sociale. Questa pratica sembra aver creato un clima di fiducia e un senso di appartenenza quanto meno rispetto alle unità operative di afferenza.

Rispetto, invece, alle principali difficoltà incontrare nell'introduzione di forme di flessibilità nell'impiego del personale sono da segnalare alcuni elementi di contesto come la norma del contratto di lavoro che disciplina gli spostamenti del personale tra le sedi di lavoro oltre i cinquanta chilometri di distanza, che

per essere superata richiede progettualità ad hoc insieme alla ricerca di fondi e alla necessità di confronti sindacali.

Tornando al tema centrale dell'interdipendenza tra rete ospedaliera e gestione del personale, i casi della Romagna e di Alessandria mostrano come le tensioni sul mercato del lavoro stiano ponendo in primo piano la gestione delle persone tra le variabili rilevanti per il funzionamento della rete oltre alla prossimità dei servizi per i pazienti, alle economie di scala, all'appropriato utilizzo delle tecnologie e alla concentrazione delle competenze. In questi casi, la variabile del personale vede ora, dunque, rafforzato il proprio peso relativo inducendo le aziende a studiare forme di ottimizzazione delle condizioni di lavoro.

La questione è particolarmente sfidante dal momento che le aziende chiedono ai propri professionisti disponibilità alla flessibilità come risposta a una situazione di crisi. La flessibilità è dunque innanzitutto una necessità prima che un'opportunità, a differenza di quando in passato la carenza di personale era meno sentita e alcune forme di flessibilità, come le equipe itineranti erano state introdotte principalmente come opzione di crescita professionale (Del Vecchio *et al.*, 2016). Ora il tema è diventato maggiormente critico e obbliga le aziende a identificare leve di motivazione del personale sempre più raffinate. Dall'analisi sembra, infatti, emergere come le aziende siano impegnate nella ricerca di soluzioni per l'utilizzo della risorsa scarsa del personale che le costringe a un maggiore ascolto delle istanze dei professionisti.

Oltre a una centralità del tema della motivazione del personale, abbiamo, anche, iniziato a cogliere i primi segnali di trasformazione delle configurazioni dei servizi causati dalle tensioni sul mercato del lavoro. Abbiamo, per esempio, osservato una riqualificazione dei servizi offerti dalla radiologia e dai consultori della ASL di Alessandria pensata per offrire un ambiente professionale più stimolante per il personale oltre che a favore della presa in carico dei pazienti. Tuttavia, non sembra si tratti ancora di un fenomeno profondamente trasformativo della struttura organizzativa delle reti e della loro geografia dei servizi.

Non abbiamo, invece, trovato modifiche nelle strutture organizzative, come la creazione di unità operative uniche su più sedi, salvo nel caso di Alessandria che già in precedenza aveva adottato questa soluzione. Le difficoltà nelle trasformazioni sembrano derivare in particolare dalla *path dependence* delle pregresse distribuzioni di responsabilità.

Si può, dunque in sintesi, affermare che le aziende siano principalmente impegnate in processi di modifica della distribuzione del personale con forme di collaborazione volontarie intra professionali mantenendo, per il momento, ferme le macro-configurazioni di offerta dei servizi, le strutture organizzative e le funzioni di produzione al loro interno.

Le spinte al cambiamento del sistema di offerta nelle reti ospedaliere causate dal disagio dei professionisti con l'uscita dal sistema e dalla decrescente attrattività delle professioni sanitarie, sembrano dunque porre al centro dell'at-

tenzione gli strumenti e le logiche di gestione del personale. Questa necessità, pur non essendo parte di un disegno strategico, può rappresentare un'importante occasione di cambiamento, in grado di superare le tipiche resistenze che le aziende sanno mettere in campo in chiave difensiva e conservativa. E in effetti le aziende analizzate hanno mostrato di aver investito sulla funzione personale, sia in chiave più tradizionale ricorrendo alle competenze amministrative necessarie per rendere possibili nuove soluzioni organizzative, ma anche in chiave gestionale, a supporto dei responsabili delle unità operative.

Se infine, come dice la letteratura (Damiani *et al.*, 2022), il successo delle reti dipende dalla conoscenza delle interdipendenze tra le parti, in prospettiva futura sembra particolarmente utile insistere sulla formazione (anche accademica) dei professionisti. Una migliore comprensione degli scenari evolutivi dei bisogni di salute e dei sistemi di offerta potrebbe allineare le attese di ruolo e agevolare forme di flessibilità nelle espressioni professionali sempre più coerenti con le esigenze di dinamismo del sistema delle cure.

10.7 Conclusioni

Le esperienze analizzate e le riflessioni proposte nel capitolo incrociano due temi cruciali per il futuro delle aziende sanitarie pubbliche: da una parte, il necessario ripensamento della geografia di produzione ed erogazione dei servizi, ovvero la rete, e, dall'altra, quello dei professionisti, più in generale della gestione delle risorse umane. Rispetto a quanto osservato e nella specifica prospettiva prescelta, emergono almeno due aree problematiche sulle quale può essere utile proporre alcune brevi riflessioni.

La prima attiene ai fattori che spingono le aziende ad affrontare il tema della riconfigurazione dei servizi, in questo caso di quelli ospedalieri. Fino all'acutizzarsi dello *shortage* di professionisti, le tendenze di lungo periodo (anche delineate sul piano istituzionale e normativo con il D.M. 70/2015), che avrebbero dovuto indurre le aziende a intervenire sulla configurazione dei propri servizi, non sembravano aver prodotto una reazione adeguata. Nonostante un insieme sempre più consistente di riflessioni, disegni programmatori regionali e prescrizioni nazionali, il passo del cambiamento, complice anche la pandemia, non era certamente quello che sarebbe stato augurabile attendersi. Così, dopo quasi un decennio dal D.M. 70/2015, in molti casi le aziende del SSN agiscono prevalentemente spinte dalle necessità, più che da un disegno. Ciò non implica necessariamente l'assenza di disegni strategici o di innovazioni, ma il vincolo esterno, ovvero la carenza di professionisti e la necessità di continuare ad erogare i servizi, sembrerebbe rappresentare una condizione indispensabile per avviare operazioni decise e coordinate di concentrazione e redistribuzione dei saperi e delle attività.

Che questa «innovazione per necessità» riesca a realizzarsi e a fornire risposte soddisfacenti ai problemi che l'ambiente pone, testimonia l'esistenza di capacità in alcune aziende e consente di indagare, come è stato fatto in questo capitolo, le condizioni che rendono possibile, facilitano o migliorano la risposta stessa. Rimangono però, e non possono essere sottovalutati, tutti i limiti di un apprendimento per shock, al di là della ovvia considerazione che la risposta a una emergenza, peraltro prevedibile, pur riuscendo a mobilitare energie e risorse in altre condizioni non mobilitabili, è, nella maggior parte dei casi, meno efficiente rispetto alla costruzione di condizioni in grado di gestire per tempo le medesime complessità.

Un primo limite è la «volatilità» dell'apprendimento: le soluzioni a ciò che viene avvertita come una emergenza, anche se frutto di dinamiche ampiamente prevedibili, raramente vengono adeguatamente capitalizzate ossia tradotte in meccanismi e strutture che possono aiutare l'azienda a rispondere a questioni che non si esauriscono con il superamento della fase acuta. In questa prospettiva, l'innovazione inserita in un disegno, anche se non necessariamente frutto del disegno stesso, può continuare a produrre i suoi effetti nel tempo e stimolare ulteriore apprendimento. Un secondo limite delle soluzioni in condizioni di emergenza diviene evidente quando i problemi vengono collocati in una adeguata prospettiva temporale. Lo *shortage* di professionisti è un problema dell'oggi a cui bisogna dare risposta, ma affonda le sue radici nelle scelte del passato. Si tratta dunque di capire non solo l'origine ma anche la probabile evoluzione dei problemi dell'oggi. Se oggi, ad esempio, vi è una carenza di professionisti medici, in futuro vi sarà una sovrabbondanza di professionisti. Di conseguenza, se lo *shortage* di professionisti è destinato a mutare radicalmente nei prossimi anni, bisogna valutare attentamente se alcune soluzioni potranno, e fino a quando, conservare una loro razionalità.

Esistono poi altri problemi che rientrano nell'ambito della gestione del personale. Negli ultimi anni il Rapporto OASI ha sempre dedicato un capitolo ai temi del personale, evidenziando, insieme alle effettive capacità e modalità di risposta delle aziende, la mancanza un presidio gestionale adeguato sia in termini di quadri concettuali che di meccanismi e strutture dedicate. Non sorprendentemente anche il capitolo di quest'anno conferma lo scenario e le interpretazioni proposte gli anni precedenti. La specifica prospettiva adottata consente di meglio mettere a fuoco, tra le altre, due questioni che vale la pena considerare con una certa attenzione.

La prima è il ruolo giocato da condizioni esterne poste sotto la responsabilità di altri soggetti istituzionali nel condizionare le capacità delle aziende. Nei capitoli che il rapporto dedica al personale, come negli altri, è sempre stata sottolineata l'autonomia e la responsabilità delle aziende e del suo management nel costruire le migliori condizioni di funzionamento, evitando visioni che attribuiscono alle regole e al contesto istituzionale nel suo insieme la prevalente

responsabilità sul funzionamento e i risultati del sistema. È sempre più evidente, però, che la dimensione dei problemi richiede regole e condizioni diverse affinché le aziende possano esercitare il loro ruolo. In questa prospettiva, la contrattazione collettiva nazionale e i CCNL della sanità che ne scaturiscono sembrano essere sempre più lontani dai concreti problemi che le aziende devono affrontare, e la questione della mobilità ne è un buon esempio. È difficile immaginare che le aziende possano risolvere i loro problemi se la contrattazione non riconosce fino in fondo la fine del tradizionale modello stanziale del lavoro professionale e non costruisce regole diverse. Per certi versi analoga è la riflessione sul livello regionale. Salvo qualche lodevole eccezione, le regioni, e i gruppi pubblici regionali nei quali le aziende sono inserite, non hanno posto in essere politiche e azioni coerenti su questioni critiche come, ad esempio, la inevitabile competizione sul mercato del lavoro tra le singole aziende.

La seconda questione che emerge nitidamente dai casi è il ruolo dei responsabili delle unità operative come leader professionali. Fin dall'inizio del processo di aziendalizzazione l'enfasi è stata prevalentemente posta sulla necessità che i primari riuscissero compiutamente ad assumere responsabilità di carattere manageriale complessivo, rispondendo prioritariamente di risorse e risultati dell'unità a loro affidata. Un insieme di dinamiche sta da tempo trasformando le tradizionali filosofie organizzative e con esse il ruolo delle unità operative disciplinari e delle responsabilità di chi è chiamato a guidarle. I problemi legati alla gestione dei professionisti e dei loro saperi si inseriscono in questo quadro e spingono verso una caratterizzazione in cui la dimensione professionale e quella manageriale si integrano nella figura del responsabile, con un focus sulla gestione delle persone. Come mostrato dai casi, ai responsabili di struttura è ora sempre più spesso richiesta una capacità di guida dei professionisti, capacità di guida basata, da una parte, su una realistica identificazione dei possibili percorsi di sviluppo e specializzazione e, dall'altra, sul patrimonio di legittimazione e fiducia riconosciuto dai diversi interlocutori, professionisti in primis. Di questa progressiva accentuazione di un ruolo di gestore di persone e saperi, accanto a quello più tradizionale di responsabile di risorse e risultati, bisognerà indagare meglio consistenza e implicazioni, soprattutto in termini di competenze da costruire e sviluppare.

10.8 Bibliografia

- Agranoff, R. (2007), *Managing within networks: Adding value to public organizations*. Georgetown University Press.
- Ahgren, B., e Axelsson, R. (2007), «Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden». *The International journal of health planning and management*, 22(2), 145-157.

- Alexander, J. A., Lee, S. Y. D., e Bazzoli, G. J. (2003), «Governance forms in health systems and health networks». *Health Care Management Review*, 28(3), 228-242.
- Ansell, C., & Gash, A. (2008), «Collaborative governance in theory and practice». *Journal of public administration research and theory*, 18(4), 543-571.
- Bazzoli, G. J., Shortell, S. M., Dubbs, N., Chan, C., e Kralovec, P. (1999), «A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos». *Health services research*, 33(6), 1683.
- Bobini, M., Furnari, A., Ricci, A. (2020) Gli ospedali di piccole dimensioni del SSN: mappatura, profilo e prospettive nella rete ospedaliera nazionale, In *Rapporto OASI 2020* (pp. 379-406). Egea.
- Borsoi, L., Cinelli, G., Furnari, A., Notarnicola, E., Rota, S. (2023), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale». In *Rapporto OASI 2023* (pp. 83-144). Egea.
- Buongiorno Sottoriva, C., Del Vecchio, M., Giacomelli, G., Montanelli, R., Sartirana, M., e Vidè, F. (2023), «Rispondere alle carenze di personale medico nel sistema sanitario: tra attrattività dei presidi periferici e forme di lavoro non convenzionali». In *Rapporto OASI 2023* (pp. 433-472). Egea.
- Burns, L. R., Nembhard, I. M., e Shortell, S. M. (2022), «Integrating network theory into the study of integrated healthcare». *Social Science & Medicine*, 296, 114664.
- Cohen, A. K., e Ahern, J. (2014), «Invited commentary: How research on public school closures can inform research on public hospital closures». *Social Science & Medicine*, 114, 197-199.
- Damiani, G., Di Pumpo, M., Giubbini, G., Lombi, L., Specchia, M. L., & Som-mella, L. (2022), «Hospital networks in Italy: state of the art and future perspectives. Insights from a qualitative research study». *Igiene e sanità pubblica*, 79 (2), 70-91.
- Del Vecchio M, Lega F, Prenestini A., (2016) La trasformazione delle unità operative: team multidisciplinari ed équipe itineranti i In *Rapporto OASI 2016*
- Del Vecchio, M., Ferrara, L., Longo, F., e Prenestini, A. (2019), «Le nuove strategie aziendali tra specializzazione delle competenze, diffusione e concentrazione dei servizi: un'analisi empirica». In *Rapporto OASI 2019* (pp. 373-416). Egea.
- De Regge, M., De Pourcq, K., Gemmel, P., Van de Voorde, C., Van den Heede, K., e Eeckloo, K. (2018), «Varying viewpoints of Belgian stakeholders on models of interhospital collaboration». *BMC Health services research*, 18, 1-14.
- Del Vecchio, M., & Giacomelli, G. (2020), «Personale e Sanità: un'agenda per il management delle Risorse Umane nel SSN e nelle sue aziende». *Mecosan: management ed economia sanitaria*: 114, 2, 2020, 11-31.

- Ginter, P. M., Duncan, W. J., e Swayne, L. E. (2018), *The strategic management of health care organizations*. Wiley.
- Kenis, P., & Raab, J. (2020), «Back to the future: Using organization design theory for effective organizational networks». *Perspectives on Public Management and Governance*, 3(2), 109-123.
- Klijn, E. H., Steijn, B., & Edelenbos, J. (2010), «The impact of network management on outcomes in governance networks». *Public Administration*, 88(4), 1063-1082.
- Lega F. (2001), «Organizzazione, strategia e gestione dei dipartimenti ospedalieri nelle aziende sanitarie multi-ospedale: proposta, analisi e discussione di possibili assetti di riferimento», *Organizzazione Sanitaria*, 1, pp. 2-17.
- Lega, F. (2002), *Gruppi e reti in sanità. Strategie di gestione*. Egea.
- Lega, F. (2005), «Strategies for multi-hospital networks: a framework». *Health Services Management Research*, 18(2), 86-99.
- Nowell, B., e Milward, H. B. (2022), *Apples to apples: A taxonomy of networks in public management and policy*. Cambridge University Press.
- Peeters, R., Westra, D., van Raak, A. J., & Ruwaard, D. (2023), «So happy together: a review of the literature on the determinants of effectiveness of purpose-oriented networks in health care». *Medical Care Research and Review*, 80(3), 266-282.
- Saltman, R. B., e Chanturidze, T. (2020), «Why Is Reform of Hospitals So Difficult?». *Understanding hospitals in changing health systems*, 167-192.
- Smith, J. G. (2020), «Theoretical advances in our understanding of network effectiveness». *Perspectives on Public Management and Governance*, 3(2), 167-182.