

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

**Rapporto OASI 2016**

**Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano**

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

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2016:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, la mappatura della rete ospedaliera alla luce dei nuovi standard, il governo dell'assistenza farmaceutica, l'implementazione del programma nazionale HTA per dispositivi medici;
- a livello aziendale, discute la trasformazione delle unità operative, confrontando le esperienze dei team multidisciplinari e delle équipes itineranti; si focalizza su percorsi di selezione del *top management* e sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica; descrive i differenti approcci alle cure intermedie a livello internazionale e nazionale e ne analizza i modelli organizzativi, i target di utenti e le formule di servizio; analizza i risultati preliminari della sperimentazione dei CReG; approfondisce le sfide della gestione centralizzata degli acquisti e l'impatto della crisi della finanza pubblica sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende del SSN.

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

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5142-9



9 788823 851429

€ 65,00

[www.egeaonline.it](http://www.egeaonline.it)

Rapporto OASI 2016

CERGAS - Bocconi



a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2016

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla  
Gestione dell'Assistenza  
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management





**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2016

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla  
Gestione dell'Assistenza  
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

 Egea



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

*Impaginazione:* Compos 90, Milano

Copyright © 2016 EGEA S.p.A.  
Via Salasco, 5 – 20136 Milano  
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753  
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2016

ISBN 978-88-238-5142-9

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



*Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®*

# 11 La trasformazione delle unità operative: team multidisciplinari ed équipe itineranti

di Mario Del Vecchio, Federico Lega, Anna Prenestini<sup>1</sup>

## 11.1 Le declinanti basi di una «autarchia organizzativa»

Scopo del presente capitolo è quello di descrivere e indagare alcune importanti innovazioni organizzative che stanno attraversando il panorama delle aziende sanitarie. Si tratta di soluzioni che non intendono, almeno in prima battuta, modificare l'architettura di fondo che ispira la struttura organizzativa delle aziende sanitarie, ma che, da una parte, segnalano, una volta di più, come i principi tradizionalmente posti alla base di quelle strutture si stiano modificando e, dall'altra, concorrono a realizzare e a dare impulso a un cambiamento ricco di implicazioni lungo tutte le dimensioni del funzionamento aziendale.

Un inevitabile punto di partenza per la comprensione delle dinamiche che coinvolgono le aziende sanitarie è il professionalismo ovvero caratteristiche e conseguenze dello status di professionisti accordato ad alcuni gruppi di individui nella società e nei contesti di lavoro. La sociologia ha sviluppato una riflessione molto estesa sulle professioni e i professionisti a partire da alcune classiche posizioni come quella di Wilensky (1964) o quella di Freidson (2001). Il primo ipotizza per la costituzione di una professione un percorso tipico scandito in cinque fasi: comparsa di una certa attività lavorativa come occupazione a tempo pieno, istituzione di scuole di formazione specialistica, nascita di associazioni professionali, ottenimento dell'appoggio dello Stato a protezione dell'attività profes-

<sup>1</sup> Il capitolo è frutto di un lavoro di ricerca comune degli autori che ne condividono congiuntamente contenuti e risultati. Sono attribuiti a Mario Del Vecchio i §§ 11.1 e 11.2, a Federico Lega il § 11.5 e ad Anna Prenestini i §§ 11.3 e 11.4. Gli autori ringraziano per le interviste e per il prezioso contributo nel reperimento delle informazioni necessarie alla strutturazione dei casi: per l'AOU di Careggi, il Direttore Generale Monica Calamai, il direttore del Centro Oncologico di Riferimento Dipartimentale (CORD) prof.ssa Daniela Massi, la coordinatrice della *Breast Unit* dott.ssa Catia Angiolini, il coordinatore della *Pancreas Unit* dott. Marco Farsi, la coordinatrice della *Scleroderma Unit* dott.ssa Serena Guiducci; per l'ASST Papa Giovanni XXIII, il Direttore Generale Carlo Nicora e il direttore del Cancer Center prof. Roberto Labianca; per l'AUSL di Reggio Emilia, il Direttore Generale Fausto Nicolini; per l'ASST Ovest Milanese, il Direttore Generale Massimo Lombardo.

nale (per lo più una qualche forma di monopolio dell'attività o di protezione del titolo occupazionale), elaborazione di un codice etico. Il secondo identifica alcuni elementi critici per lo sviluppo e il mantenimento di una professione: un corpo complesso di conoscenze che richieda ampia discrezionalità nel suo momento applicativo, divisione del lavoro, mercati del lavoro e accesso alla professione codificati e protetti da regole particolari, una ideologia che richiami a valori superiori. Seppure in prospettive diverse, le analisi che vengono dalla sociologia delle professioni sono concordi nel mettere a fondamento del fenomeno un sapere specializzato che solo il gruppo padroneggia e sulla cui applicazione e i suoi esiti né il paziente né l'organizzazione sono in grado di esercitare un sufficiente controllo (asimmetria informativa). Ne scaturisce, come sottolinea Tousijn (2013), la possibilità per i produttori di governare le decisioni fondamentali riguardanti il loro ciclo produttivo (cosa fare, come farlo, a chi, quando), possibilità che è «la radice del concetto di autonomia professionale» (p.177).

Il controllo delle professioni sull'accesso al sapere e il potere che esse esercitano nel definirne natura, contenuti e ambiti di applicazione sostengono l'autonomia professionale, ovvero la relativa libertà delle professioni nel pianificare e svolgere il proprio lavoro. Il concetto di autonomia è spesso utilizzato per descrivere e spiegare una capacità di influenza che si esprime in due ambiti diversi, che, seppure interconnessi, è bene mantenere distinti (Waring and Currie 2009). Il primo fa riferimento al singolo professionista e alla dimensione tecnico-operativa nello svolgimento del proprio lavoro. Il secondo è di natura collettiva e attiene alla dimensione sociale e a quella organizzativa in senso stretto, ovvero a come l'autonomia si riflette nella organizzazione del lavoro e nella distribuzione delle responsabilità all'interno di contesti organizzati. In questo secondo ambito, la traduzione del controllo sul sapere in autonomia è certamente più problematica, in quanto la configurazione delle unità organizzative e il loro inserimento nelle regole generali dell'azienda dipendono da una pluralità di fattori che vanno dalla dimensione operativa fino a quella giuridico-istituzionale. La natura del sapere gioca un ruolo di rilievo: quanto meno esso è codificato ed esplicito, tanto più convincente è la richiesta di autonomia organizzativa. Nella misura in cui il sapere include elementi taciti, esperienziali, indeterminati, «esoterici», il governo della sua concreta applicazione non può che fare riferimento al corpo professionale, limitando la pretesa di altri soggetti di intervenire o competere per la direzione o la valutazione dei professionisti e del loro lavoro (Abbott 1988) (Lam 2000).

In questo contesto prende corpo la «burocrazia professionale» (Mintzberg 1985) come configurazione organizzativa nella quale il nucleo operativo, composto quasi esclusivamente da professionisti, mentre si specializza lungo dimensione orizzontale, gode di una ampia autonomia rispetto a possibili «interferenze» provenienti dalla dimensione verticale (gerarchia). Nel caso della sanità, finora caratterizzato in termini di sapere e di distribuzione del potere

dalla «dominanza medica» (Freidson 1970, 2001), ciò si traduce nella classica struttura articolata attorno al concetto di specialità, che è al tempo stesso una partizione significativa e istituzionalizzata del sapere medico e l'elemento che caratterizza una aggregazione organizzativa caratterizzata da significativi gradi di autonomia.

Ma per comprendere appieno quella che nel contesto italiano ha assunto la tradizionale forma di una «divisione ospedaliera» e spiegarne le dinamiche evolutive, bisogna fare riferimento a un secondo insieme di fenomeni e circostanze che possono essere riassunti nella locuzione «paradigma dell'acuzie» (Kane, Priester et al. 2005). I sistemi e le aziende sanitarie sono state per lungo tempo organizzati per rispondere, prevalentemente, alle necessità poste dalle patologie acute. Queste sono, in genere, caratterizzate da una serie di elementi quali (Damiani 2015): esordio improvviso; decorso che si svolge in un intervallo di tempo definito; causa individuabile in maniera univoca; diagnosi e prognosi solitamente accurate; trattamento e cura limitati nel tempo con possibilità di risoluzione completa; evoluzioni possibili guarigione o decesso; follow up per un tempo limitato; comorbilità scarse. Nel paradigma dell'acuzie non solo a un problema corrisponde un sapere (specialità), sufficientemente identificato o identificabile, titolato a fornire la risposta, ma la risposta stessa, l'insieme di processi e operazioni da porre in essere, può essere confinata in un ambito temporale, spaziale e operativo (setting) anch'esso definito. La corrispondenza tra partizioni del sapere e problemi da affrontare consente, sul piano organizzativo e delle responsabilità, di affidare al sapere tutte le risorse e condizioni necessarie per affrontare la patologia. Tra saperi, setting e patologie si instaurano relazioni talmente intense che gli stessi saperi si possono gerarchizzare in relazione ai setting e alla gravità della patologia (lo specialista ospedaliero e quello territoriale).

Dal punto di vista della struttura organizzativa il quadro appena delineato consente di risolvere in modo semplice e immediato la tensione che tutte le aziende devono affrontare, in sede di progettazione, tra criteri di aggregazione del lavoro orientati alle attività, ai saperi, ai mezzi, da una parte, e quelli orientati ai risultati, ai prodotti, ai mercati dall'altra. Tale tensione, che porta a «complicare» la struttura organizzativa attraverso la contestuale presenza di dimensioni di responsabilità diverse (es. le strutture a matrice), viene annullata alla radice, in quanto saperi, attività, processi e risultati nei fatti coincidono. Emerge così la forma idealtipica dell'ospedale nel quale l'unità operativa, di matrice disciplinare medica, è un'entità tendenzialmente autosufficiente, autarchica nell'aspirazione perché il governo diretto di tutte le risorse e i processi utili al proprio funzionamento è garanzia ed esito, al tempo stesso, della propria autonomia. Un'immagine molto conosciuta, e in alcuni casi ancora presente nella realtà, è quella della «clinica universitaria», protetta da una vetrata sulla quale campeggia il nome del «proprietario», accessibile solo dopo avere bussato a un campanello. Al di là della vetrata ci sono i saperi e i processi che risolvono tutte le ne-

cessità poste dalla patologia e in quello spazio sono anche confinati tutti i percorsi del paziente.

Evidentemente si tratta di una rappresentazione stilizzata di un fenomeno che ha subito notevoli evoluzioni rispetto alla sua forma originale. Ma la tensione verso una autosufficienza, comunque giustificata, la difesa di un «monopolio disciplinare» in relazione ad aree o singole patologie, le difficoltà di coordinamento e le guerre professionali per il controllo del territorio (Lega 2008) trovano, tuttora, nella struttura organizzativa, pensata come definizione, una volta per tutte, del proprio dominio professionale e operativo, un terreno di riferimento e un obiettivo da perseguire. La managerializzazione dei «primari» nella prima fase dell'aziendalizzazione, lungi dal rappresentare una rottura rispetto alle logiche del professionalismo, sembra averne rappresentato, piuttosto, una evoluzione che non ha messo in discussione le basi disciplinari dell'architettura organizzativa, anzi ne ha sancito i principi, considerando spesso le unità operative come delle mini-aziende da affidare ai professionisti in cambio di un impegno sulle risorse e sui risultati (rispetto del budget e limitati interventi aziendali sul funzionamento interno) (Del Vecchio 2009). Nemmeno la successiva evoluzione in senso dipartimentale sembra avere segnato una vera rottura rispetto all'impianto tradizionale, in quanto i dipartimenti o si sono rivelati, nella maggior parte dei casi, troppo deboli in relazione alle ambizioni di integrazione e multidisciplinarietà o, in pochi altri, hanno funzionato come delle vere e proprie unità operative, modificando, rispetto alle logiche consolidate, solo la scala dimensionale.

Se le logiche tradizionali, che tendono a riprodurre mappe e partizioni del sapere medico nella struttura organizzativa, in aziende essenzialmente a «una dimensione», sono ancora visibilmente presenti, molte delle condizioni che ne avevano sorretto l'affermazione e lo sviluppo si sono progressivamente indebolite, facendo emergere esigenze nuove che spingono verso logiche e soluzioni organizzative diverse.

## 11.2 Il nuovo e le sue ragioni: i contenuti della ricerca

Una delle ragioni che giustificano strutture organizzative a base disciplinare è la natura del sapere. Come già accennato, se i saperi e risultati che conseguono alla sua concreta applicazione non sono sufficientemente espliciti e codificati solo gli interpreti legittimati del sapere stesso sono in grado di pianificare, valutare e organizzare il lavoro degli individui. La medicina basata sulle evidenze, lo sviluppo e la diffusione di protocolli e linee guida, la definizione e misurazione degli esiti sono tutte tendenze che stanno trasformando la pratica medica anche nel nostro paese. La conseguenza sul piano organizzativo è che la cooperazione tra individui portatori di saperi diversi diviene più semplice e che le funzioni di coordinamento e direzione non implicano più quella diretta padronanza del sa-

pere che caratterizzava le unità disciplinari. Per usare la terminologia di Mintzberg (1985) la standardizzazione dei processi e dei risultati modifica limiti e condizioni relativi all'esercizio della supervisione diretta (la gerarchia) e amplia le possibilità di mutuo adattamento, fornendo un linguaggio comune agli individui portatori di saperi diversi coinvolti nei processi di lavoro.

La sfida più importante al modello disciplinare non sembra, comunque, tanto provenire da una crescente codificazione del sapere, quanto dall'emergere come paradigma dominante e preoccupazione principale dei sistemi e delle aziende sanitarie della cronicità, della multipatologia, dei percorsi. Demografia e progressi scientifici e tecnologici rendono sempre meno rilevante e realistico lo scenario disegnato dal paradigma dell'acuzie nel quale il paziente è portatore di un singolo, specifico problema, allocabile con sufficiente chiarezza a una determinata partizione del sapere medico, risolvibile in un arco di tempo limitato in un solo e determinato *setting*. I problemi di cui i pazienti sono portatori sono sempre più spesso molteplici e necessitano al tempo stesso, da una parte, di una maggiore specializzazione e, dall'altra, di un minor grado di specialismo (approcci olistici) e/o di una più stretta collaborazione tra i saperi. L'attribuzione di un paziente a una disciplina è un processo complesso, le cui basi sono sempre meno legittimate e i cui criteri necessitano di laboriose condivisioni tra gli attori coinvolti. I percorsi del paziente, ora sempre più spesso cronico e non soltanto per effetto dell'età (si pensi ad esempio ai progressi in oncologia), non si risolvono in un unico *setting*, ma implicano luoghi e contesti diversi, presidiati dallo stesso sapere o da saperi diversi, nei diversi momenti della patologia (ricovero acuto, ambulatorio ospedaliero, ambulatorio territoriale, ricovero post-acuto, riabilitazione, domicilio). La naturale coincidenza tra discipline, problemi e *setting* tende a scomparire, rendendo l'assetto organizzativo, l'aggregazione delle attività e la distribuzione delle responsabilità, un terreno di scelta più aperto, da configurare anche in relazione alle specifiche contingenze.

Alla standardizzazione dei saperi e alla rottura di una relazione biunivoca tra saperi e problemi, si aggiungono altri fenomeni che concorrono a indebolire le basi delle strutture tradizionali. Almeno tre di essi meritano una breve menzione.

Il primo è legato al fenomeno della specializzazione nelle scienze mediche. Si tratta di una chiara tendenza al moltiplicarsi di specialità e sub-specialità derivate da un insieme di fattori e non soltanto dal progresso scientifico e tecnologico (Detsky, Gauthier et al. 2012). Da un certo punto in poi, la frammentazione nella partizione dei saperi rende inevitabilmente problematica la loro traslazione in termini di assetti organizzativi. Unità piccole, che tendono alla autosufficienza, producono inefficienze che non sono più sopportabili dalle aziende soprattutto in un contesto di risorse scarse (si pensi alle guardie o alle dotazioni tecnologiche). Emergono così progressivamente per la strutturazione organizzativa basi diverse da quelle disciplinari o, perlomeno, si trasforma il ruolo assunto dalle unità disciplinari in un contesto nel quale coesistono unità di natura diversa.

Un secondo fenomeno è il peso e la rilevanza delle cosiddette *operations* nel funzionamento delle organizzazioni sanitarie. La dimensione operativa ovvero la razionalità nelle sequenze delle operazioni fisiche che accompagnano l'applicazione del sapere è stata tradizionalmente in sanità oscurata dalla dimensione professionale. La crescita della complessità nelle operazioni di produzione fisico-tecnica, da una parte, e la possibilità di standardizzarne i risultati, dall'altra, hanno portato alla concettualizzazione delle «piattaforme», le quali altro non sono che parti del funzionamento rese tendenzialmente neutre rispetto alle componenti professionali che dei loro servizi usufruiscono. Dal punto di vista dell'organizzazione ciò significa la potenziale sottrazione, alle unità disciplinari e al governo dei professionisti, di parti quantitativamente rilevanti dei processi produttivi, le quali vengono ora gestite in una logica, per così dire, industriale (Villa 2012, Del Vecchio e Roma 2011).

Da ultimo bisogna segnalare, un indebolimento della dominanza medica, in parte ascrivibile a dinamiche di carattere generale che attengono al mondo delle professioni nel loro insieme o alle trasformazioni interne alla stessa professione medica (Sofritti 2014), ma per una parte rilevante indotta dall'ascesa in termini di status e di potere della professione infermieristica. La domanda di riconoscimento e legittimazione del proprio ruolo espressa dagli infermieri, non solo inizia a trovare sempre più ampio accoglimento, ma si esprime spesso proprio sul terreno organizzativo, attraverso la costituzione di unità di matrice infermieristica o la definizione di responsabilità multidisciplinari (Borgonovi et al. 2015).

L'insieme delle trasformazioni descritte, nel loro vario intrecciarsi, hanno minato alcuni pilastri fondamentali su cui poggiava il modello disciplinare. Ciò non significa che i saperi non continuino a essere una delle dimensioni rilevanti nell'articolazione della struttura organizzativa. Non si tratta, però, solo di un fenomeno ascrivibile a una inerzia organizzativa, che vede il permanere di logiche e soluzioni anche quando siano venute meno le ragioni che ne avevano favorito la diffusione. Il sapere, la disciplina rimangono un criterio di aggregazione importante perché il confronto tra pari, la possibilità di entrare nel merito, la capacità di orientare i comportamenti continuano a trovare nella condivisione del sapere stesso una precondizione difficilmente sostituibile. Quelle sanitarie rimangono, in sintesi, delle organizzazioni professionali.

Muta il fatto che la dimensione professionale non è più il solo criterio attorno al quale costruire partizioni organizzative e distribuire responsabilità. Da questo punto di vista le strutture organizzative iniziano a diventare effettivamente pluridimensionali, cioè a essere orientate da tensori diversi (il dominio professionale, i percorsi del paziente, l'efficientamento operativo), tensori che diventano altrettanti criteri di progettazione organizzativa (Lega et al. 2010). Le strutture organizzative, mentre si articolano su diverse dimensioni e usano, contestualmente, criteri diversi, perdono quella omogeneità garantita da una comune matrice offerta dalla partizione dei saperi, uguale a tutte le latitudini e per tutte le

dimensioni, per rispondere a contingenze e opportunità locali. Ogni organizzazione è chiamata a trovare il suo equilibrio, combinando i criteri di progettazione, per diventare, in sintesi, un caso a sé.

Quanto fin qui esposto serve a meglio comprendere la scelta dell'oggetto della presente ricerca e le finalità che guidano l'osservazione. L'oggetto sono due dinamiche che caratterizzano il cambiamento delle équipe mediche e che costituiscono due rotture, parziali, ma significative rispetto alle configurazioni tradizionali.

La prima dinamica è quella delle Unità Multidisciplinari (UM) ovvero della creazione di aggregazioni e meccanismi organizzativi tali da fare convergere su uno specifico problema (patologia) una pluralità di specialità<sup>2</sup>. Dal punto di vista dei compiti assegnati, delle configurazioni organizzative e delle modalità operative le UM difficilmente possono essere considerate come un modello unitario. Esprimono l'esigenza di «mettere insieme» più saperi in una o più fasi del percorso del paziente allo scopo, non solo di coordinarne *ex ante* gli eventuali interventi o di garantire la presa in considerazione di punti di vista diversi in alcuni snodi decisionali critici, ma anche di non lasciare a «meccanismi casuali» (*pigeonholing*) la scelta dei percorsi di cura a fronte di una pluralità di opzioni disponibili. Più che a un abbandono delle basi disciplinari, si assiste all'inserimento di nuove dimensioni che producono nuove strutture e meccanismi organizzativi, i quali a loro volta impattano sul ruolo e il significato delle strutture pre-esistenti<sup>3</sup>.

La seconda dinamica è la creazione di meccanismi di «movimento» delle équipe mediche sui diversi nodi della rete ospedaliera e territoriale per erogare le prestazioni (c.d. meccanismi di pendolo, «tribù nomadi» o équipe itineranti), non solo a livello aziendale, ma anche attraverso collaborazioni inter-aziendali. In questo caso si rompe il consolidato legame tra i luoghi (in alcuni casi i *setting*) in cui l'attività viene erogata e i saperi. Le équipe itineranti rappresentano una risposta possibile alla crescente tensione tra spinte alla specializzazione e concentrazione (la necessità di assicurarsi soglie minime), da una parte, e l'esigenza

<sup>2</sup> La letteratura scientifica riporta i diversi benefici ottenibili attraverso la cooperazione dei professionisti in team multidisciplinari – in particolare quelli dedicati alle patologie oncologiche – tra cui (Prades et al. 2015): a) una più corretta diagnosi e definizione dei trattamenti sanitari, cui conseguono anche possibili cambiamenti alle terapie e ai trattamenti in precedenza determinati dal singolo operatore (nel caso della maggior parte dei tumori a maggior diffusione); b) tassi di sopravvivenza più elevati (nel caso dei tumori al colon-retto, testa-collo, mammella, esofago e polmone); c) una maggiore soddisfazione dei pazienti; d) una maggiore soddisfazione dei professionisti coinvolti, risultato del miglioramento della comunicazione e della collaborazione all'interno dei gruppi multidisciplinari.

<sup>3</sup> Qualora sia stabilito un modello organizzativo di riferimento, generalmente le Unit Multidisciplinari (UM) sono strutture organizzative funzionali cui partecipano professionisti inseriti, dal punto di vista del controllo gerarchico, in diverse Unità Operative (UO) e Dipartimenti; tali UM, quindi, operano trasversalmente all'organizzazione per dipartimenti gestionali e svolgono una funzione di coordinamento delle attività cliniche su percorsi per specifiche patologie o classi di utenti.

di distribuire i servizi, incardinando anche su base locale processi a elevata specializzazione, dall'altra. Tale risposta stacca la componente professionale da una specifica piattaforma o da un insieme locale di percorsi, per renderla «agganciabile» a piattaforme diverse.

Sulla base delle chiavi di lettura fin qui esposte sono state analizzate alcune esperienze per dare conto di come le nuove logiche della multidisciplinarietà (paragrafo 1.3) e del pendolarismo (paragrafo 1.4) vengano introdotte e possano diffondersi, coesistendo con strutture di tipo più consolidato. Tali dinamiche rappresentano sfide che tutte le aziende si troveranno ad affrontare e che, lentamente ma inevitabilmente, metteranno in discussione alcuni tratti delle attuali strutture organizzative. La finalità di quanto presentiamo è quindi quella di osservare e interpretare come tali trasformazioni possano avvenire.

### 11.3 Le unità multidisciplinari

In questo paragrafo saranno approfonditi i casi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi di Firenze e dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, tra le prime nel panorama sanitario italiano a dotarsi di UM strutturate. Il box 11.1 riporta la metodologia utilizzata per l'analisi dei casi sulle équipe multidisciplinari.

#### Box 11.1 Metodologia di analisi per le équipe multidisciplinari

Per ognuna delle aziende sono stati analizzati documenti istituzionali relativi alle UM e sono stati intervistati i professionisti che coordinano o sovrintendono alcuni dei team multidisciplinari presenti nelle diverse aziende. L'intervista si è focalizzata su alcuni aspetti centrali per comprendere l'organizzazione e il funzionamento delle UM:

- modalità organizzative della UM (*mission*, composizione del team, routine organizzative, spazi destinati, risorse tecniche e amministrative dedicate, comunicazione e visibilità della *unit* all'esterno, ecc.);
- ruoli e responsabilità formali (ruolo del coordinatore del team e posizione organizzativa, predisposizione di delibere o di documenti formali di riconoscimento della UM, matrice compiti e responsabilità del team);
- allocazione di risorse e definizione dei risultati (esistenza di un budget della UM, raccordo tra obiettivi di budget delle Unità Operative e quelli della UM, esistenza di un cruscotto delle *performance* di UM e valutazione dei risultati, definizione del costo per paziente gestito dal *team* multidisciplinare attraverso sistemi di contabilità analitica, ecc.);
- gestione del paziente (modalità di reclutamento e inserimento nella discussione dei *team* multidisciplinari, esistenza di un referto multidisciplinare a firma congiunta, gestione dei colloqui con i pazienti, ecc.).

Le UM sono state selezionate in relazione alle caratteristiche organizzative e al grado di strutturazione in azienda, ma anche alla necessità di effettuare una comparazione tra i due casi dell'AOU di Careggi e dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

### 11.3.1 Le Unit Multidisciplinari all'AOU Careggi di Firenze

L'ospedale Careggi è una Azienda Ospedaliero-Universitaria situata nella città di Firenze, integrata con l'Università degli Studi della stessa città, punto di riferimento dell'alta specializzazione per l'Area Vasta, ma anche regionale e nazionale per alcune patologie. L'AOU ha una dotazione di circa 1300 posti letto suddivisi in una struttura a padiglioni, oltre 5000 dipendenti ospedalieri e 288 universitari ed esegue ogni anno circa 100.000 ricoveri (considerando unitariamente il regime ordinario e gli accessi in Day Hospital) e quasi 128.000 accessi al pronto soccorso<sup>4</sup>. Nella *mission* dell'AOU è dichiarato il perseguimento dello sviluppo dell'alta specializzazione e dell'innovazione in ambito organizzativo-gestionale e clinico-assistenziale, anche mediante l'introduzione di tecnologie e di modificazioni tecniche, produttive e organizzative che rendano l'azienda all'avanguardia per la diagnosi, la cura e la ricerca traslazionale.

Il più recente atto aziendale dell'AOU delinea le caratteristiche delle UM all'articolo 25, definendole come «una entità funzionale multidisciplinare che, partendo da risorse già disponibili e in afferenza al DAI (Dipartimento ad Attività Integrata) prevalente, riunisce e coordina le competenze di diversi specialisti coinvolti nella gestione di uno specifico percorso assistenziale complesso». Le UM del Careggi sono costituite da équipe multidisciplinari e multiprofessionali che condividono linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici basati sui bisogni clinici e assistenziali del paziente, caratterizzandosi per attività ad elevata specializzazione tecnico-professionali non rinvenibili in un'unica UO ma in più ambiti disciplinari. Le UM non hanno risorse dedicate, ma utilizzano i fattori produttivi delle UO al cui interno si sviluppa una parte del percorso assistenziale dei pazienti per le patologie oggetto del lavoro del *team*. Tale assorbimento di risorse è negoziato in sede di budget in relazione alla casistica, alla didattica e alla ricerca. Nel medesimo articolo dell'atto aziendale si prevede che per ogni *Unit* venga individuato un Responsabile di percorso, con atto del direttore generale e d'intesa con il Rettore.

Le UM del Careggi sono state oggetto di specifico provvedimento del direttore generale, che per ciascuna ne ha deliberato il progetto istitutivo<sup>5</sup>. Nell'ottica della visibilità esterna delle UM, sul sito aziendale è previsto uno spazio nel qua-

<sup>4</sup> Dati 2015 presenti sul sito dell'AOU, ultimo accesso 30/07/2016.

<sup>5</sup> Ad oggi sono presenti presso l'AOU le seguenti UM: *Breast Unit*; *Pancreas Unit*; *Prostate Unit*; *Scleroderma Unit*; ECMO (*Extra Corporeal Membrane Oxigenation*) *Unit*, dedicata al trattamento di supporto nel caso di patologie in corso che impediscono una adeguata ossigenazione del sangue; EMI (Emergenze Mediche Intra-Ospedaliere) *Unit*; *IBD (Inflammatory Bowel Disease) Unit*, dedicata alle malattie infiammatorie croniche intestinali; *Pelvi Perineology Unit*, dedicata al trattamento delle patologie e disfunzioni del pavimento pelvico; *Unit Piede Diabetico*; *Unit Foniatria e deglutologia*; *Unit Neurosonologia*; *Unit Chirurgia endocrina*; *Unit Chirurgia ciclo breve*. È in attivazione la *Unit* di Medicina materno-fetale.

le sono descritte le attuali UM e ognuna di esse ha a disposizione una pagina nella quale riportare informazioni organizzative, nominativi dei professionisti partecipanti al team, *mission*, obiettivi, ecc.

Il presente contributo si sofferma sull'approfondimento di 3 UM<sup>6</sup>: 1) *Breast Unit* (BU), deliberata nel maggio 2014; 2) *Pancreas Unit* (PAU), deliberata nel dicembre 2014; 3) *Scleroderma Unit* (SU), deliberata nel novembre 2015. Le prime due nascono dall'esperienza dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) che già operavano per discutere collegialmente i casi più complessi di pazienti oncologici.

### *Breast Unit*

La BU è la UM che ha maggiore strutturazione in tutte le Aziende Sanitarie, ciò in quanto vi sono risoluzioni del Parlamento Europeo<sup>7</sup> che – in considerazione del fatto che tale approccio terapeutico aumenta le probabilità di sopravvivenza e migliora la qualità della vita – invitano gli Stati Membri a garantire l'istituzione di centri senologici certificati interdisciplinari e a trattare i tumori del seno nell'ambito di BU certificate dall'Eusoma (European Society of Breast Cancer Specialist), seguendo criteri organizzativi, strutturali e qualitativi orientati all'eccellenza<sup>8</sup>.

Nel caso dell'AOU Careggi, la BU è coordinata da una professionista oncologa, allo stesso tempo direttore dell'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Oncologia della mammella. Il *core team* della BU è composto dai professionisti del Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) dei tumori della mammella: chirurghi senologi, ginecologo senologo, chirurghi plastici, radiologi senologi, anatomopatologi specialisti in carcinoma della mammella, oncologi medici, farmacisti oncologi, radioterapisti, infermiere *case manager* e infermieri di senologia<sup>9</sup>. I compiti di ciascuno dei professionisti sono stabiliti all'interno del PDTA del tumore al seno. Non tutti i professionisti del *core team* partecipano obbligatoriamente a tutte le sedute della BU: il chirurgo plastico, ad esempio, viene coinvolto solo nei casi in cui è richiesta la sua specifica competenza.

I membri della BU si incontrano una volta a settimana, il martedì dalle 12.30 alle 14.30, per discutere i casi già sottoposti a intervento chirurgico, di cui sia di-

<sup>6</sup> I ricercatori hanno assistito a un convegno organizzato dall'AOU Careggi il 9 giugno 2016 dedicato alle Unit Multidisciplinari, approfondendo – per economia complessiva del presente capitolo – solo alcune delle esperienze attraverso delle interviste ai coordinatori delle UM sulla base della metodologia riportata nel box 14.1;

<sup>7</sup> Risoluzioni del Parlamento Europeo di Strasburgo del 5 giugno 2003 e del 25 ottobre 2006.

<sup>8</sup> Tali indicazioni sono state recepite dal parlamento italiano e dai Consigli Regionali.

<sup>9</sup> Un altro nucleo di professionisti, pur non facente parte del *core team*, partecipa attivamente al percorso senologico e agli interventi diagnostici e/o terapeutici nell'ottica della presa in carico complessiva della paziente con cancro alla mammella, in particolare: fisioterapisti e fisiatristi, psico-oncologi, medici nucleari, genetisti, ginecologi per la preservazione della fertilità o altre problematiche causate dalle terapie oncologiche, endocrinologi, dietisti, medici dello sport, palliativisti, fitoterapisti, anestesisti-agopuntori, dermatologi ed esperti di *camouflage*.

spionibile il referto anatomopatologico, per definire il percorso successivo (terapie farmacologiche adjuvanti e radioterapia). Inoltre, due volte al mese è effettuata una riunione ulteriore (il secondo e quarto lunedì del mese) per discutere i casi pre-operatori. Complessivamente sono discussi circa 30 casi ogni settimana. I materiali documentali per i casi post-operatori da sottoporre alla discussione della BU sono preparati da personale amministrativo del COD (Centro Oncologico di riferimento Dipartimentale), struttura dedicata all'accoglienza e alla prenotazione delle prestazioni per i pazienti. Il personale amministrativo del COD svolge anche attività segretariale e di supporto amministrativo alla refertazione. L'infermiere *case manager* si occupa della preparazione delle sedute di discussione dei casi pre-operatori più complessi, indicati dai clinici di riferimento allo stesso infermiere *case manager*. Il referto emesso dalla BU è firmato congiuntamente da chirurgo senologo, oncologo e radioterapista con allegato il referto istologico firmato dall'anatomopatologo. Dopo la discussione multidisciplinare, il chirurgo senologo restituisce il referto emesso dalla BU alla paziente e comunica la data della visita con l'oncologo medico.

La BU non ha spazi e risorse tecnologiche dedicate ma usufruisce di una delle sale multimediali messe a disposizione per le riunioni dei GOM<sup>10</sup>.

Non vi sono obiettivi di budget specifici per la UM, sebbene la BU stia elaborando un insieme di indicatori espressivi della gestione clinica, assistenziale e organizzativa delle pazienti con cancro al seno.

### *Pancreas Unit*

La Regione Toscana e l'ITT (Istituto Tumori Toscana) hanno recentemente individuato criteri specifici per la creazione di un sistema di competenze per la gestione di patologie rare e/o complesse. Il tumore del pancreas – riconosciuto quale patologia complessa – è stato oggetto della definizione di un percorso diagnostico-terapeutico. All'interno del modello organizzativo a rete delineato dalla Regione<sup>11</sup>, la PAU dell'AOU Careggi è oggi centro di riferimento (Unità di

<sup>10</sup> Nella riprogettazione organizzativa della BU (allegata alla delibera del direttore generale), si prevedono importanti modifiche dal punto di vista fisico-logistico, tra le quali la convergenza di larga parte del percorso senologico – e dei professionisti coinvolti – presso il quarto piano del padiglione dedicato alle cliniche chirurgiche, con 2 sale operatorie dedicate, un reparto di 18 PL ordinari, 2 medicherie e 6 ambulatori (dedicati a visite anestesiolgiche, fisioterapia e agopuntura, trattamento dei linfedemi, collaudo delle protesi esterne per le pazienti mastectomizzate senza ricostruzione e supporto psicologico). Nello stesso piano saranno previsti i locali per la struttura COD, ulteriori 2 ambulatori e una sala per circa 20 persone dedicata ai *meeting* multidisciplinari e agli *audit* clinici.

<sup>11</sup> La rete per le neoplasie pancreatiche prevede due nodi: Unità di Competenza (UC) e Unità associate (UA). Le UC sono strutture di riconosciuta professionalità per la gestione di patologie oncologiche di alta complessità – essendo presenti tutte le figure professionali necessarie per la gestione multidisciplinare – e hanno un ruolo strategico nell'iter diagnostico e terapeutico, in quanto effettuano anche il trattamento chirurgico resettivo. L'UA gestisce fasi del processo diagnostico e/o terapeutico di media/bassa intensità, potendosi in essa effettuare trattamenti oncologici e radioterapici in accordo con quanto programmato con l'UC, oltre al *follow-up*.

Competenza) e coordinamento per l'Area Vasta Centro (DGRT n° 394/2016), in virtù delle seguenti caratteristiche: 1) adeguati volumi assistenziali per struttura e professionista già trattati annualmente e il potenziale bacino di utenza; 2) presenza del GOM dedicato; 3) presenza di tutti i requisiti strutturali e tecnologici necessari; 4) presenza di tutte le competenze specialistiche e professionali necessarie a seguire adeguatamente il percorso del paziente con neoplasie pancreatiche.

La PAU dell'AOU Careggi è coordinata da un chirurgo generale con forte specializzazione epato-pancreatica e nasce dall'esperienza rilevante del GOM dei Tumori Epato-bilio-pancreatici (di cui lo stesso chirurgo è coordinatore) che ne diventa parte integrante. Il coordinatore della PAU ha il compito di organizzare i lavori e le attività dei membri, in funzione dei compiti della UM. Il responsabile della PAU è titolare di un incarico di alta professionalità.

Dal punto di vista organizzativo, la PAU afferisce al DAI oncologico. Gli obiettivi che si pone la PAU, descritti anche sul sito aziendale nella pagina dedicata, sono molteplici:

- ▶ istituire un gruppo di lavoro multispecialistico e multi-professionale dedicato alla patologia oncologica del pancreas;
- ▶ definire un PDTA condiviso per la presa in carico del paziente affetto da tumore del pancreas, aggiornandolo periodicamente sulla base delle più recenti evidenze scientifiche;
- ▶ concentrare la casistica – in particolare chirurgica – e trattare la patologia pancreatico-avvalendosi delle più aggiornate tecniche diagnostiche, chirurgiche, interventistiche endoscopiche radiologiche, oncologiche e radioterapiche;
- ▶ organizzare un percorso perioperatorio che preveda supporto nutrizionale, correzione delle problematiche metaboliche, sostegno psicologico ed eventuali cure palliative;
- ▶ ridurre le fughe della patologia oncologica pancreatico-all'esterno dell'Area Vasta Centro e della Regione Toscana;
- ▶ sviluppare specifici progetti nell'ambito della ricerca scientifica, oltre ad essere importante luogo di formazione per gli specializzandi aprendo ad essi la partecipazione alle valutazioni multidisciplinari nell'ambito degli incontri del GOM.

Il *core team* della PAU è composto da professionisti provenienti da diverse UO e con diverse specializzazioni: chirurgia generale oncologica ad indirizzo robotico, nella quale sono individuati 3 chirurghi che hanno una casistica annuale di almeno 10 interventi/anno per neoplasie pancreatiche (soglia minima necessaria per garantire le competenze su tale tipo di chirurgia); radiologia; anatomia patologica; endoscopia chirurgica; radiologia interventistica; radioterapia; gastroenterologia ed endoscopia; oncologia medica; nutrizione clinica (che, tuttavia, non partecipa alle sedute del GOM). Per tali professionisti sono declinate le attività

e responsabilità in seno alla PAU (riportate anche nel progetto in allegato alla delibera di attivazione della UM) e ad ognuna delle discipline specialistiche coinvolte è richiesto di nominare un referente per la PAU. Inoltre, vi sono ulteriori professionisti che non fanno parte del *core team* ma che sono individuati quali specialisti di riferimento per problematiche connesse ai tumori pancreatici, in particolare sono coinvolte le specialità di: endocrinologia, medicina nucleare, psiconcologia, anestesia e rianimazione, medicina perioperatoria, terapia del dolore e cure palliative. La PAU si avvale, quando necessario al percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo, di tutte le professionalità sanitarie con specifica esperienza.

Il GOM, nel quale vengono discussi i casi relativi alle neoplasie pancreatiche, si riunisce tutti i lunedì alle ore 13:00 presso l'aula messa a disposizione dalla Radiologia. Il PAU non ha personale né risorse dedicate e la sede prevalente è individuata nel padiglione del DAI oncologico, nel quale sono presenti la maggior parte delle risorse afferenti al percorso delle neoplasie pancreatiche. I casi vengono portati alla discussione del GOM direttamente dai professionisti che vi partecipano. Il GOM è aperto alla discussione dei casi provenienti da tutte le strutture ospedaliere di Careggi, senza preclusione anche per le strutture ospedaliere dell'Area Vasta. La compilazione della scheda di valutazione del paziente è a cura del GOM, il referto è firmato dai professionisti presenti, rappresentanti delle diverse discipline, e appartenenti al *core team* ed è parte integrante e sostanziale della documentazione sanitaria.

In data 14/07/2016, un'ulteriore delibera della direzione generale dell'AOU Careggi ha aggiornato l'organizzazione della PAU, inserendo 3 indicatori di efficacia del percorso da misurare con cadenza annuale.

### *Scleroderma Unit*

La Sclerosi Sistemica (SS), comunemente detta Sclerodermia, è una malattia rara ad elevata morbilità e mortalità, tale da richiedere significative competenze nella gestione degli aspetti legati alla malattia stessa ma anche le sue rilevanti complicanze. Un sensibile miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da SS è garantito dall'alta specializzazione presente in ospedali di III livello e da approcci caratterizzati da multidisciplinarietà. A partire da questi presupposti, è stata creata una *Unit* dedicata alla diagnosi e cura della SS (SU).

Gli obiettivi che si pone la SU possono riassumersi nei seguenti punti focali:

- ▶ sviluppo dei percorsi clinico-organizzativi dedicati all'assistenza del paziente affetto da SS – secondo un approccio multidisciplinare e attraverso la creazione di una rete con MMG, specialisti territoriali e strutture ospedaliere di II livello – in modo da garantire l'identificazione dei pazienti nelle fasi precoci della malattia e l'integrità del percorso diagnostico e di cura paziente in termini di continuità e congruità degli interventi sanitari;

- ▶ aggiornamento continuo delle linee guida e dei protocolli scientifici in modo da garantire la revisione dei percorsi diagnostico-terapeutici in atto e l'inserimento di terapie innovative;
- ▶ concorre, insieme alle UO di afferenza dei professionisti, a definire percorsi formativi adeguati allo sviluppo di competenze e all'aggiornamento dei professionisti su tale patologia.

La responsabilità della SU è in capo ad un dirigente medico della UO di Reumatologia, ricercatrice dell'Università degli Studi di Firenze. La SU afferisce al DAI neuromuscoloscheletrico e degli organi di senso.

A differenza dei modelli precedenti, ove la discussione multidisciplinare dei casi era parte fondamentale dell'organizzazione della UM, in questo caso la SU ha un coordinamento preminente da parte della UO di Reumatologia dell'AOU Careggi, che si avvale delle consulenze di diversi specialisti di altri reparti. Il *core team* è composto da 6 medici reumatologi (su un totale di 20 medici della UO di reumatologia), 4 biologi universitari e circa 7 infermieri dedicati alle terapie infusive e alla cura delle lesioni della cute. Sono i reumatologi, tuttavia, che prendono in carico i pazienti fin dal momento del sospetto diagnostico e che attivano le consulenze necessarie per il paziente. Lo stesso *team* si è occupato di definire il percorso diagnostico-terapeutico e il pacchetto di attività ambulatoriale complessa programmabile (PACC) collegato. Tali professionisti si incontrano ogni martedì e giovedì per discutere insieme le cartelle cliniche dei pazienti con SS e decidere quali attività consulenziali interne all'azienda siano da richiedere per ciascuno. Il mercoledì mattina alle 7.30 le attività del *core team* e la discussione dei casi più complessi vengono portate all'attenzione di tutti i medici della UO di Reumatologia, rappresentando anche un momento di formazione congiunta. Le sedi utilizzate dalla SU corrispondono a quelle della UO di Reumatologia.

L'individuazione dei consulenti prevalenti per la patologia (cardiologi, pneumologi, ecc.) è avvenuta con un lungo processo di conoscenza da parte del team dell'UM ma anche di auto-selezione dei consulenti stessi, in funzione degli interessi professionali che questi ultimi dimostravano per la patologia e per l'approfondimento delle sue caratteristiche. Ad oggi, il team di consulenti per la SS è consolidato e vi è stata nel tempo una progressiva specializzazione delle competenze di tali specialisti sull'individuazione di aspetti peculiari e rilevanti della patologia. La discussione collegiale con i consulenti prevalenti è richiesta dai membri della SU quando i casi presentano delle comorbidità importanti, altrimenti vengono comunque effettuati dei colloqui telefonici in merito ai loro referti sui pazienti. Una volta al mese, la coordinatrice della SU incontra i consulenti con cui è necessario interagire più spesso, per pianificare insieme le attività relative al percorso.

Una necessità che ancora non ha trovato soluzione è quella di condividere la

cartella informatizzata del paziente, in modo che tutti i consulenti prevalenti possano accedervi.

Attualmente non sono previsti obiettivi di budget dedicati alla SU, nemmeno tra quelli indicati per l'UO di Reumatologia.

### 11.3.2 Le Unit Multidisciplinari all'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo

L'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo è stata istituita il 1 gennaio 2016 con legge di riordino del SSR lombardo (LR 23 agosto 2015) che ha previsto l'integrazione a livello istituzionale dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII e dell'Ospedale Civile di San Giovanni Bianco e ha trasferito all'azienda le responsabilità della gestione delle attività territoriali precedentemente detenute dall'ASL. Questo contributo si concentra sulle UM create prima del riordino istituzionale presso l'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. L'ospedale ha una dotazione di circa 900 posti letto in una struttura monoblocco ed esegue ogni anno quasi 45.000 ricoveri (considerando unitariamente il regime ordinario e gli accessi in Day Hospital) e quasi 100.000 accessi al pronto soccorso. Nella sua *vision* riportava la necessità di consolidare il ruolo di ospedale di riferimento per la provincia di Bergamo e sviluppare un forte carattere di rilievo nazionale di alta specializzazione per l'emergenza, nelle aree dei trapianti, dell'oncologia, delle malattie cardiovascolari e del settore materno infantile.

Il Piano di organizzazione aziendale 2011-2014 aveva previsto l'istituzione di 4 Aree Strategiche Trasversali (AST): 1) Cancer Center; 2) Emergenza-urgenza; 3) Trapianti; 4) Ospedale della mamma e del bambino. Tali AST hanno diversi obiettivi, in particolare:

- ▶ favorire l'integrazione tra ricerca, didattica e assistenza;
- ▶ sviluppare la *clinical governance*, il miglioramento continuo della qualità dei servizi e il raggiungimento di elevati standard assistenziali;
- ▶ creare un ambiente che favorisca l'espressione dell'eccellenza professionale dell'ospedale.

Le AST sono strutture organizzative a valenza funzionale, che integrano professionisti appartenenti a diverse unità organizzative e dipartimentali al fine di condividere percorsi clinici *evidence based*, facilitare il lavoro in équipe multidisciplinari oltre che la comunicazione e le relazioni con pazienti, familiari, medici di medicina generale e specialisti esterni. In base alla natura e alla mission di ciascuna AST, possono prevalere obiettivi di integrazione: i) di natura clinica e assistenziale (multidisciplinarietà); ii) di natura logistico-organizzativa (percorsi fisici e presa in carico del paziente tra diverse aree produttive). Ciascuna delle AST ha un proprio direttore. Al fine di attivare tali strutture organizzative, ciascuna delle AST è stata accompagnata in un processo di definizione della *mis-*

sion e di mappatura delle proprie linee di attività (c.d. linee di prodotto); è stato, inoltre, definito un modello di riferimento per gli strumenti organizzativi e gestionali necessari al governo delle AST, che ha condotto ad una sperimentazione pilota sul *Cancer Center* e sull'AST dell'Emergenza-Urgenza<sup>12</sup>.

In questo quadro, le UM sono le cellule fondamentali delle AST attraverso le quali si dà piena attuazione agli obiettivi di multidisciplinarietà e cooperazione tra professionisti per migliorare le linee di attività e la presa in carico dei pazienti.

In questa sede si è scelto di esaminare in modo unitario le UM più strutturate in azienda, individuate nelle UM del *Cancer Center* in relazione alle quali la nomina dei *team leader* è stata oggetto di delibera nel settembre 2015: Prostate Unit (PRU), Breast Unit (BU)<sup>13</sup>, Melanoma Unit (MU), Carcinoma Polmone (CP) e Carcinoma Colon-retto (CC). Seguirà un approfondimento sulla Prostate Unit (PRU). Anche in questo caso, l'esperienza dei GOM è stata determinante nello sviluppo delle UM, di cui oggi sono parte integrante<sup>14</sup>.

I *team leader* di queste UM hanno il compito di promuoverne l'attività e coordinare i lavori nel pieno rispetto della *mission* dell'AST cui afferiscono. Tali responsabili sono stati scelti fra medici dirigenti delle UO dell'ospedale Papa Giovanni XXIII senza incarico di struttura semplice o complessa (ad eccezione di un caso, in cui è assegnata – per altra funzione – una struttura semplice). In particolare, la PRU ha come coordinatore uno specialista urologo, la BU una specialista oncologo medico, il CP una specialista oncologa; nel caso del CC e della MU, i coordinatori sono due: oncologo medico e chirurgo nel primo caso, oncologo medico e dermatologo nel secondo caso. Ad oggi, il coordinamento di una UM non prevede l'assegnazione di una posizione organizzativa o di un incarico di alta professionalità, essendo anzi specificato nella delibera che l'adozione del provvedimento di nomina non comporta per l'azienda alcun maggior onere.

Per ciò che riguarda le routine organizzative, ognuna delle UM si incontra per discutere i casi almeno una volta alla settimana (ad es. BU, CP e CC il lunedì, MU il mercoledì, PRU il giovedì). Lo stile di lavoro è simile, con un *core team* multidisciplinare di specialisti che porta in discussione i casi di tumore, con par-

<sup>12</sup> Il progetto di accompagnamento ai professionisti e alla direzione strategica dell'AO Papa Giovanni XXIII per l'attivazione delle AST è stato condotto da due degli autori del presente capitolo (FL e AP) nell'ambito di un progetto di formazione-intervento della SDA Bocconi – School of Management. In particolare, la sperimentazione si è focalizzata sulla Prostate Unit (PRU) e sul Trauma Team, perciò in questa sede sarà approfondito soprattutto il caso della PRU come modello di riferimento cui tutte le altre UM dovranno tendere.

<sup>13</sup> La BU, come nel caso dell'AOU Careggi, segue la disciplina e gli orientamenti europei e italiani relativi a organizzazione, requisiti strutturali e standard di qualità (previsti dall'EUSOMA), oltre le indicazioni della ROL (Rete Oncologica Lombarda).

<sup>14</sup> Giova evidenziare che all'interno dell'ospedale operano ulteriori GOM che svolgono in modo efficace i propri compiti, la cui descrizione, tuttavia, esula dall'oggetto del presente lavoro.

ticolare attenzione a quelli nuovi e più complessi. Ad esempio, nella BU vengono discussi tutti i casi di pazienti operate nelle due settimane precedenti con referto istologico; nel caso del CC è generalmente il chirurgo che sottopone il caso, ma nel caso di carcinoma con metastasi anche il gastro-enterologo od oncologo. Il *core team* che discute i casi è ristretto e fisso per ciascuna delle UM e comprende 1 o 2 professionisti per ogni specialità, tranne anatomo-patologi e radiologi che vengono coinvolti solo in alcune riunioni, sebbene tutti gli specialisti partecipino al percorso stabilito dalla UM. I referti di valutazione del paziente sono firmati da tutti gli specialisti membri della UM, ma il colloquio successivo alla valutazione multidisciplinare è tenuto solo da uno specialista.

Tutti i gruppi hanno definito un PDTA, in alcuni casi anche formalizzandolo, mentre non hanno un budget o degli obiettivi specifici relativi al lavoro dell'UM. Anche le UO specialistiche i cui professionisti sono coinvolti nelle UM non hanno nei propri budget obiettivi dedicati al lavoro nei team multidisciplinari.

Attualmente nessuno dei gruppi ha spazi fisici, risorse tecnologiche e amministrative dedicate. Le sale in cui si incontrano sono di pertinenza di una delle UO coinvolte nella discussione multidisciplinare. Tutti gli specialisti hanno possibilità di accedere ai dati della cartella ambulatoriale del paziente che è digitale, ma non esiste ancora la cartella clinica informatizzata.

### *Prostate Unit*

La PRU è un team multidisciplinare che si pone come obiettivo fondamentale il miglioramento del percorso del paziente con neoplasia della prostata dal momento della diagnosi sino ai *follow up*, inclusa la prevenzione e il trattamento delle ricadute di malattia e i trattamenti conseguenti. Il team della PRU ha il compito di pianificare, ottimizzare ed erogare la cura per il carcinoma della prostata più indicata per i bisogni di salute di ogni singolo paziente.

La PRU è composta da tutti i professionisti dell'ospedale Papa Giovanni XXIII che sono specializzati nel trattamento del tumore della prostata, dedicano una rilevante parte della propria attività professionale alla diagnosi e alla cura di tale patologia e effettuano una manutenzione continua del loro sapere professionale attraverso la partecipazione a corsi e convegni sul tema.

Il coordinatore della PRU, un dirigente urologo, svolge i seguenti compiti e responsabilità:

- ▶ organizzazione delle riunioni e istruzione dell'ordine del giorno;
- ▶ referente della PRU nell'interlocuzione con l'AST *Cancer Center* o altri settori dell'ASST Papa Giovanni XXIII;
- ▶ responsabile della raccolta dati e informazioni per l'alimentazione di un cruscotto delle *performance*;
- ▶ referente per l'attività ECM e di formazione sul campo dei membri del *team*;
- ▶ definizione/presentazione di proposte per il miglioramento del percorso del

paziente con neoplasia alla prostata, dell'organizzazione delle risorse produttive allocate al percorso e del funzionamento dello stesso gruppo multidisciplinare.

Il *core team* della PRU è composto da un professionista che partecipa a tutte le riunioni del team multidisciplinare e da un referente sostituto, per ciascuna delle seguenti specialità: urologia, radioterapia, anatomo-patologia, oncologia medica, infermieri della riabilitazione. Il *core team* ha le seguenti responsabilità:

- ▶ Valutazione delle alternative terapeutiche qualora l'esito della biopsia prostatica sia positivo;
- ▶ Valutazione dell'esito dell'esame istologico post-intervento chirurgico e della potenziale radioterapia adiuvante;
- ▶ Valutazione della terapia per le ricadute di malattia.

Durante le discussioni sono portati all'attenzione del *core team* soprattutto i casi dei pazienti che necessitano del primo tipo di valutazione e spesso sono discussi anche i casi di pazienti che hanno tumori di altro tipo del tratto uro-genitale.

Gli incontri del *core team* si tengono ogni giovedì dalle 16.00 alle 18.00 presso gli studi medici dell'urologia o, in alternativa, una sala riunioni ove sia attiva una *work station* con i software necessari. In caso di esito positivo della biopsia prostatica, i nominativi dei pazienti vengono inseriti all'interno del book/agenda informatizzata da parte degli anatomo-patologi. Tutti gli argomenti diversi dalla discussione dei casi clinici devono essere comunicati preventivamente al coordinatore.

Il *core team* ha definito il percorso del paziente con tumore maligno alla prostata, stabilendone le attività per ciascuna delle fasi rilevanti. Inoltre, è stata formalizzata una matrice compiti/responsabilità per ciascuno dei membri del *core team*. Infine, è stato elaborato un cruscotto di indicatori per valutare il percorso del carcinoma della Prostata e il funzionamento della PRU, tenendo in considerazione diverse dimensioni:

- ▶ attrattività e copertura;
- ▶ efficacia;
- ▶ efficienza della PRU e del percorso;
- ▶ *outcome* e appropriatezza del percorso di cura;
- ▶ attività e complessità terapie per il carcinoma della prostata;
- ▶ consumi.

Tale cruscotto, tuttavia, non è stato sinora alimentato.

La PRU, così come le altre UM, non ha spazi né risorse dedicate. Inoltre, attualmente non esiste una pagina del sito aziendale che riporti informazioni o sia dedicata alla PRU, né agli altri team multidisciplinari.

### 11.3.3 Discussione dei casi sulle équipe multidisciplinari

Dai casi che sono stati riportati in queste pagine, certamente non esaustivi della varietà di team multidisciplinari creati all'interno delle aziende sanitarie italiane, si evince comunque come le UM più strutturate e organizzate siano quelle derivanti dall'esperienza di gruppi multidisciplinari per patologie oncologiche (GOM), le cui *routine* organizzative diventano parte integrante del funzionamento della *Unit*. La BU, in particolare, ha alla base una corposa disciplina di livello europeo, nazionale e regionale, sebbene non sempre suscettibile di interpretazione chiara ed univoca.

La UM dedicata alla Sclerodermia è quella che maggiormente diverge – sotto il profilo delle routine organizzative e della composizione del *core team* – dagli altri esempi riportati. La SU è composta da professionisti reumatologi che inseriscono nelle routine organizzative della propria UOC la discussione dei casi relativi alla sclerosi sistemica, mentre gli altri specialisti intervengono con le proprie consulenze lungo un percorso definito dai reumatologi. In ogni caso, è stata scelta la strada di identificare dei consulenti prevalenti, coinvolgendoli nella programmazione delle attività necessarie per il percorso e nella discussione dei casi più complessi.

La formalizzazione delle UM, nel caso dell'AOU Careggi, ha condotto a deliberare anche il progetto organizzativo. Di contro, l'ospedale Papa Giovanni XXIII ha formalizzato solo il ruolo dei team leader delle UM.

Con riferimento all'attribuzione dell'incarico di responsabile della UM, nell'AOU Careggi non è stata fissata una regola univoca: le decisioni relative alla tipologia di incarico e alla relativa indennità sono definite caso per caso. Per quanto riguarda l'ospedale Papa Giovanni XXIII, invece, il coordinatore delle UM è sempre un medico senza responsabilità di struttura complessa, ma non è prevista alcuna attribuzione di indennità e il ruolo si configura, per il professionista, quale incarico onorifico e orientato all'ottenimento di una maggiore visibilità interna ed esterna.

Tra gli strumenti organizzativi e manageriali, risultano scarsamente utilizzati sia le matrici di attribuzione dei compiti e delle responsabilità per il *core team* (ben definita solo la matrice della PRU), sia gli indicatori di performance (solo indicatori di percorso per la PAU e un cruscotto completo ma non ancora utilizzato per la PRU). Inoltre, non sono definiti gli obiettivi di budget dedicati al lavoro della UM. Ancora, la maggior parte delle UM non ha risorse logistiche, tecnologiche e di supporto dedicate. Tra gli strumenti di carattere clinico-organizzativo, PDTA e linee guida sono utilizzati dalla maggior parte delle équipe.

Infine, seppur la visibilità esterna e la promozione del lavoro in équipe multidisciplinari sia ritenuto un obiettivo da perseguire, solo PAU e SU utilizzano lo spazio dedicato sul sito per informazioni sulle proprie attività, seppure solo descrittive e generali.

Tabella 11.1 **Quadro sinottico caratteristiche UM indagate**

	AOJ Careggi			Ospedale Papa Giovanni XXIII	
	Breast Unit	Pancreas Unit	Scleroderma Unit	Prostate Unit	Breast Unit, Melanoma Unit, Carcinoma Coloretto, Carcinoma Polmone
Formalizzazione UM	Si, delibera aziendale con definizione team leader e progetto descrittivo allegato			Si, delibera aziendale con definizione team leader	
Responsabile UM	Oncologo medico, responsabile di struttura semplice di oncologia della mammella e coordinatore GOM	Chirurgo epato-pancreatico, coordinatore del GOM	Reumatologa, senza incarichi di struttura	Urologo, senza incarichi di struttura	Oncologo medico per BU e CP; Oncologo medico e specialista chirurgo/dermatologo per MU e CC
Core team	Numeroso (oltre 20 professionisti coinvolti) e corrispondente ai membri del GOM	Numeroso (oltre 20 professionisti coinvolti) e corrispondente ai membri del GOM	Composto da reumatologi, la coordinatrice ha rapporti costanti con gli altri specialisti consulenti prevalenti	Ristretto (meno di 10 professionisti coinvolti) e corrispondente ai membri del GOM	Ristretto (meno di 10 professionisti coinvolti) e corrispondente ai membri del GOM
Routine organizzative stabilite	Incontro settimanale all'interno del GOM per la discussione di casi post-operatori; incontro a settimane alterne per la discussione dei casi pre-operatori più complessi	Incontro settimanale all'interno del GOM	Incontro settimanale per il core team e mensile con gli specialisti consulenti prevalenti	Incontro settimanale all'interno del GOM	Incontri settimanali o bisettimanali all'interno del GOM
Matrice compiti-responsabilità	Non formalizzata per il team ma per l'apporto dei professionisti sul PDTA	Non formalizzata	Non formalizzata	Si	Non formalizzata per il team ma per l'apporto dei professionisti sul PDTA
Budget	No	No	No	No	No
Indicatori delle performance della UM	No	Indicatori di efficacia del percorso	No	Cruscotto multidimensionale definito ma non utilizzato	No
Pagine web dedicate su sito aziendale	Si	Si	Si	No	No
Spazi e risorse dedicate	Risorse amministrative di supporto agli incontri del GOM	No	No	No	No

Per conseguire pienamente i vantaggi del lavoro multidisciplinare nelle aziende sanitarie, particolarmente rilevante è la strutturazione dei *team* e la definizione di regole di funzionamento e routine organizzative che garantiscano un coordinamento ottimale dell'impegno di tutti i medici e i professionisti all'interno dei gruppi multidisciplinari. Nei casi analizzati, strutturazione delle UM è a stadi differenziati ma tutte si sono dotate di basilari strumenti manageriali e routine organizzative, sebbene sia necessaria una più approfondita definizione di un modello organizzativo di riferimento da parte delle aziende o – qualora presente – un maggiore sforzo diretto alla sua implementazione; ciò che sembra mancare in ciascuna delle esperienze è un investimento in termini di risorse (tecnologiche, di data management, fisico-logistiche, ecc.) a supporto del loro sviluppo e funzionamento.

#### 11.4 Le équipe specialistiche tra i nodi delle reti aziendali e interaziendali

In questo paragrafo si approfondiscono due casi di aziende sanitarie che hanno esperienze di meccanismi di «movimento» delle proprie équipe mediche specialistiche tra nodi della propria rete ospedaliera e, in taluni casi, anche di integrazione inter-aziendale tra specialisti: l'AUSL di Reggio Emilia e l'ASST Ovest Milanese. Il box 11.2 riporta la metodologia utilizzata per l'analisi.

##### Box 11.2 Metodologia di analisi per le équipe specialistiche itineranti

L'analisi dei casi si è basata sull'analisi dei documenti istituzionali aziendali e su interviste ai direttori generali delle Aziende Sanitarie, che hanno raccontato le diverse esperienze in atto. In particolare, l'intervista si è focalizzata sui seguenti punti:

- le caratteristiche e l'organizzazione della rete ospedaliera (e territoriale) dell'azienda;
- le motivazioni e/o le occasioni in base alle quali sono state scelte soluzioni organizzative che prevedono lo spostamento degli specialisti;
- le équipe coinvolte, le forme contrattuali e organizzative utilizzate (aziendali o, anche, inter-aziendali) e le modalità con cui si è attuato il meccanismo di «pendolo»;
- condizioni facilitanti o criticità del percorso organizzativo intrapreso.

##### 11.4.1 L'esperienza dell'AUSL di Reggio Emilia

L'AUSL di Reggio Emilia (RE) estende la propria area di competenza nell'omonima provincia situata intorno al centro della regione Emilia Romagna, nella quale risiedono circa 530 mila abitanti.

Il presidio ospedaliero unico dell'Azienda si compone di 5 stabilimenti ospedalieri (complessivamente oltre 700 PL), uno per ciascuno dei 5 distretti territoriali della AUSL:

- ▶ S. Anna di Castelnovo ne' Monti, che si trova sulle montagne appenniniche (circa 45 km da RE e un bacino distrettuale di utenza intorno ai 35.000 abitanti), è un ospedale di base di circa 105 PL;
- ▶ Civile di Guastalla (circa 30 km da RE e un bacino distrettuale di 75.000 abitanti), confinante con la provincia di Mantova, risulta più strutturato in quanto – pur rimanendo ospedale di base con circa 217 PL – presenta le specialità di pediatria, cardiologia, rianimazione, ecc. Inoltre, attrae casistica, per alcune specialità, dalla provincia lombarda confinante;
- ▶ Ercole Franchini di Montecchio (circa 18 km da RE e un bacino distrettuale di circa 65.000 abitanti), confinante con la provincia di Parma, è un ospedale di base con circa 130 PL che ha la caratteristica di essere attrattivo per parte dei residenti della Val D'Enza parmense, in particolare per la sua vocazione uro-ginecologica (con la costituzione del centro del pavimento pelvico) e il punto nascita di 750 parti/anno;
- ▶ Cesare Magati di Scandiano (circa 13 km da RE ed un bacino distrettuale di 80.000 abitanti), confinante con la provincia di Modena, ospedale di base con 120 PL, è punto di riferimento per la chirurgia ortopedica dell'arto superiore;
- ▶ San Sebastiano di Correggio (circa 18 km da RE e un bacino distrettuale di 55.000 abitanti), confinante con la provincia di Modena, è stato trasformato con il Piano Attuativo Locale del '97 in struttura riabilitativa pubblica – chiudendo le degenze chirurgiche e il punto nascita (all'epoca circa 700 parti) – ed è diventato punto di riferimento per tutta la provincia e anche regionale/extraregionale per le gravi cerebrolesioni (rete GRACER).

Gli stabilimenti ospedalieri, in particolare quelli di base, svolgono un ruolo di riferimento fondamentale per rispondere ai bisogni di ricovero e assistenza specialistica della popolazione residente nei distretti. All'interno di questi stabilimenti sono integrati servizi ospedalieri e territoriali, in particolare la specialistica ambulatoriale, il centro prelievi e il CUP.

L'ospedale di riferimento del distretto della città di Reggio Emilia è, invece, l'AO S. Maria Nuova (oltre 900 PL), IRCCS con vocazione onco-ematologica e hub di riferimento della provincia per il II e III livello di assistenza. Inoltre, a Reggio Emilia si trovano due strutture ospedaliere private accreditate che erogano attività in regime di degenza. Nel distretto cittadino, i servizi territoriali dell'AUSL sono erogati nelle 3 case della salute situate nella città di Reggio Emilia.

Nonostante la decisione di mantenere alcune funzioni e vocazioni rilevanti negli ospedali di base, fin dai primi piani attuativi locali – integrati tra AUSL e AO – la strategia è stata quella di centralizzare le principali funzioni di II e III livello (radioterapia, neurologia, reumatologia, ecc.) dentro l'AO, con la quale l'AUSL ha avuto sempre rapporti improntati alla cooperazione interistituzionale.

In questa sede si è deciso di approfondire singolarmente quattro esperienze particolarmente significative relative alle équipe mediche dell'AUSL di RE (differenti in termini di motivazioni alla base, periodo di riferimento, soluzioni organizzative adottate, ecc.). Alcune di queste esperienze si configurano, inoltre, come esempi di forte integrazione e collaborazione interistituzionale con l'AO.

### *Oculistica*

Il potenziamento della specialità di oculistica nell'AUSL di RE è stato pianificato alla fine degli anni novanta (PAL 1997), quando è stata prevista la riqualificazione dell'ospedale di Correggio che possedeva un comparto operatorio. Le analisi epidemiologiche e demografiche riportavano un aumento della popolazione anziana con necessità di intervento di cataratta, inoltre lo sviluppo delle tecniche chirurgiche per la cura di queste patologie conduceva alla possibilità di effettuare gli interventi in Day Surgery o, come avvenuto successivamente, attraverso un accesso ambulatoriale. In quegli anni, la AO effettuava oltre 1.500 interventi di cataratta, tuttavia per i pazienti anziani della provincia risultava particolarmente disagiata spostarsi verso RE per effettuare l'intervento e parte della casistica si disperdeva nelle province limitrofe. E' perciò stata istituita una struttura operativa semplice di oculistica presso il dipartimento acuti dell'ospedale di Correggio, organizzata come équipe itinerante su 4 delle 5 sedi ospedaliere dell'AUSL. Tali sedi sono state opportunamente attrezzate con le tecnologie necessarie per il lavoro degli oculisti. L'équipe infermieristica e anestesiologicala a supporto degli oculisti è sempre stata, invece, quella stanziale presente nelle diverse sedi ospedaliere.

Oggi la specialità di oculistica è organizzata come struttura complessa aziendale e comprende 8 oculisti che, complessivamente, eseguono circa 3000 interventi di cataratta l'anno, oltre ad effettuare oltre 300 trattamenti e interventi retinici. Inoltre, in seguito alla ristrutturazione di comparti operatori e alla creazione di ambulatori chirurgici, anche l'ospedale di Guastalla è diventato sede di attività dell'équipe di oculistica, in particolare per quei pochi interventi che necessitano di ricovero ordinario.

Ogni sede ha un oculista di riferimento, che garantisce la continuità assistenziale per i pazienti ed è referente per i professionisti della sede ospitante, sebbene gli oculisti siano pienamente interscambiabili. In ciascuna delle sedi si svolge una seduta operatoria a settimana, salvo il caso di Correggio, ove il numero delle sedute previste è maggiore.

A RE gli interventi di cataratta sono effettuati presso l'AO, che è specializzata in traumi oculari, patologia corneale, patologia oculare autoimmune e interventi retinici, e il privato accreditato.

### *Urologia*

Agli inizi degli anni 2000, a seguito dell'aumento dell'incidenza delle patologie urologiche maschili, associato anche al miglioramento delle capacità diagnosti-

che, l'UO di urologia dell'AO non riusciva a far fronte alla domanda di interventi e ciò provocava un sensibile allungamento dei tempi di attesa nonché una fuga di casistica verso le province e le regioni limitrofe. Di conseguenza, all'interno dell'AUSL nasceva la necessità di rispondere alle maggiori richieste della popolazione tramite la creazione di una struttura operativa semplice con 3 operatori, all'interno della chirurgia generale, presso l'ospedale di Guastalla. Nel corso del tempo, e all'aumentare delle attività erogate, è stato incrementato il numero degli specialisti urologi componenti l'équipe. Tale circostanza ha consentito di estendere l'attività ambulatoriale presso altre 2 sedi ospedaliere (Correggio, per contenere una significativa mobilità passiva su Carpi, e Montecchio), mantenendo l'attività chirurgica più complessa presso l'ospedale di Guastalla.

Ad oggi, gli interventi più complessi e le prostatectomie sono effettuati presso l'ospedale di Guastalla. L'attività chirurgica è erogata anche presso l'ospedale di Montecchio in regime di DS oppure week surgery (non gravato dalle liste d'attesa dovute alle prostatectomie), dove è anche attivo il green laser per l'Ipertrrofia Prostatica Benigna. Nella stessa sede è stata, altresì, potenziata l'attività relativa alle patologie del pavimento pelvico dell'uro-ginecologia. La sede di Correggio ospita l'attività strumentale e ambulatoriale.

Tale configurazione ha permesso di costituire una rete urologica in cui i distretti di Guastalla, Correggio e Montecchio sono gestiti dalla struttura complessa dell'AUSL di RE, mentre gli altri distretti sono coperti dall'attività dell'unità operativa dell'AO attraverso un accordo interaziendale. Le due aziende hanno poi differenziato le competenze distintive delle due equipe urologiche: mentre la urologia della AOSP è punto di riferimento per la patologia oncologica, coentemente alla *mission* dell'IRCCS, viceversa la urologia dell'AUSL ha sviluppato una propria competenza distintiva per la patologia dell'uretere attraverso la endourologia, l'urologia endoscopica e le tecniche mini-invasive.

### *Endoscopia digestiva*

L'esperienza dell'endoscopia digestiva nasce su basi diverse dalle precedenti, muovendo dalla necessità di rivedere completamente le modalità clinico-organizzative e di accesso dei pazienti al II livello degli accertamenti endoscopici (in particolare, colonscopie), in previsione dell'avvio di un'estesa campagna di *screening* per il carcinoma del colon retto. Agli inizi degli anni 2000, nell'AO vi era una struttura complessa di Endoscopia, mentre in tutti gli ospedali dell'AUSL erano presenti ambulatori specialistici di endoscopia incardinati all'interno di strutture complesse di chirurgia e – meno frequentemente – di medicina, ciascuno dei quali aveva procedure, standard di riferimento e risultati molto differenziati. L'avvio della campagna di *screening* imponeva di effettuare una scelta tra concentrare il 2° livello endoscopico in una o due strutture ospedaliere o accreditare tutti gli ospedali per questa funzione. La strategia perseguita dall'azienda è stata quella di migliorare il livello qualitativo e organizzativo di tutti gli ambu-

latori ospedalieri presenti in azienda, attraverso la definizione di standard di prodotto in termini di omogeneità, equità e accessibilità (Nicolini, 2016). Perciò, intorno al 2003, gli endoscopisti dell'AUSL e dell'AO sono stati inseriti in un gruppo di lavoro che – attraverso un percorso di audit e governo clinico – era chiamato a definire un PDTA per l'effettuazione delle colonscopie, che comprendesse procedure, schede di valutazione e richiesta su modello unico, standard clinico-organizzativi di riferimento e indicatori di processo e di esito. Per l'adeguamento agli standard identificati, il gruppo di lavoro ha richiesto risorse umane (ad es. per la sedo-analgesia almeno 1 medico e 1 infermiere o 1 OSS per ambulatorio) e tecnologiche (attrezzature mediche e informatizzazione database) aggiuntive; richieste cui le due Aziende hanno dato riscontro positivo. L'AUSL, d'altra parte, ha chiesto a quei professionisti che non avevano una vocazione esclusiva per l'endoscopia (ad esempio, alcuni dei medici effettuavano anche interventi di chirurgia), di scegliere di specializzare le proprie competenze unicamente su questa disciplina. In tal modo è stata creata un'unica UO aziendale, composta da specialisti che hanno accettato la sfida della specializzazione nel campo dell'endoscopia digestiva; è stato designato un endoscopista referente per ognuno degli ospedali dell'AUSL, prevedendosi, al contempo, la rotazione dei professionisti tra le sedi per effettuare gli screening di II livello (colonscopie) e l'attività ambulatoriale clinica gastroenterologica e del colon. All'AO vengono inviati i casi più complessi che richiedono il III livello di assistenza.

È stato, inoltre, attivato un programma inter-aziendale di endoscopia digestiva, il cui coordinatore è il direttore dell'UO presente nell'AO, che presidia il governo clinico, definisce percorsi dei pazienti tra *hub* (AO) e *spoke* (AUSL) ed elabora standard clinici e organizzativi.

I risultati positivi della collaborazione interaziendale tra i professionisti endoscopisti, misurati in più *round* di valutazione degli esiti nell'ambito dell'audit, sono stati molteplici e hanno permesso di migliorare sensibilmente le performance delle due aziende su tali servizi<sup>15</sup>.

### *Breast Unit interaziendale*

L'esperienza della Breast Unit è un altro esempio di fruttuosa cooperazione interaziendale che nasce dalla necessità di concentrare i volumi di attività relativi agli interventi per tumore maligno alla mammella. Negli anni duemila, le diverse UO di chirurgia generale dell'AUSL e quelle dell'AO effettuavano interventi per tumore al seno con volumi molto differenti di produzione, in alcuni casi sensibilmente inferiori ai gold standard richiesti dalla letteratura scientifica.

<sup>15</sup> Si riportano, in questa sede, due evidenze relative al miglioramento del servizio ottenuti: il tasso grezzo di completamento delle colonscopie, passato dall'87,7% (valutazione ex ante, 2003) al 95,7% (2006); il tasso di utilizzo di un'adeguata sedazione, aumentato dal 51,1% (2003) al 76,5% (2006). I dati sono stati riportati in diverse conferenze nazionali e internazionali, tra le quali l'International Forum on Quality and Safety in Health Care del 2007 organizzato da BMJ (Formisano *et al.*, 2007).

Di conseguenza, l'AO ha deciso di attivare un'UO di chirurgia senologica e, dando seguito ad un accordo formale, sono stati coinvolti i chirurghi senologi dell'AUSL. Tali professionisti sono stati assegnati gerarchicamente alle dipendenze della struttura specialistica dell'AO, attuando un trasferimento dei posti in pianta organica, ma prevedendo il lavoro in comando presso due ospedali dell'AUSL (Scandiano e Guastalla).

Oggi, i chirurghi senologi dell'UO (7 operatori) operano a rotazione sulle tre sedi in cui vengono effettuati gli interventi. Si registrano risultati positivi anche in relazione ai tempi d'attesa, che risulterebbero maggiori se si concentrasse tutta l'attività solo nell'*hub* di riferimento (AO di RE). Per gli interventi nelle sedi AUSL di Scandiano e Guastalla si spostano anche gli anatomo-patologi dell'AO specializzati sul tumore mammario per effettuare le proprie attività in estemporanea, avendo dotato gli ospedali della necessaria e idonea attrezzatura.

Per quanto riguarda le specifiche contrattuali, l'AUSL di RE ha adottato un sistema in cui i professionisti fanno parte di UO complesse con sede fissa in uno degli ospedali della rete e gli spostamenti presso le altre sedi sono rimborsati come spese di trasferimento<sup>16</sup>.

I fattori che hanno favorito lo sviluppo dei modelli esaminati sono stati, in particolare, le pregresse esperienze di cooperazione e integrazione con l'AO a partire dalla redazione del PAL unico, la definizione di un cruscotto per la gestione dei PL comune alle due aziende su tutta la provincia, ecc. Da un certo numero di anni, inoltre, sono attivi i due dipartimenti interaziendali di radiologia e di emergenza-urgenza. Oggi è in corso un progetto interaziendale che dovrà condurre alla definizione di un piano per la fusione delle due aziende.

Gli ostacoli che sono stati affrontati sono legati principalmente a due fattori di carattere culturale: i) il «campanilismo sanitario» derivante dal fatto che l'AUSL di RE è frutto della fusione di 6 pre-esistenti USL, ciascuna con un ospedale, orientate all'autosufficienza sanitaria sul territorio e dotate di professionisti molto radicati e conosciuti nel contesto; ii) la percezione di perdita di autonomia professionale da parte degli specialisti e delle strutture organizzative. Tali criticità sono state risolte in parte in modo naturale, con la fuoriuscita dal mondo del lavoro di medici più ancorati alla retorica professionalista, in parte grazie alla capacità dimostrata dalle direzioni aziendali di prospettare i vantaggi e le opportunità che meccanismi di «movimento» dei professionisti avrebbero potuto garantire per la risposta ai bisogni dei pazienti e la stessa professionalità dei medici (per i quali maggiori volumi ottenuti nelle diverse sedi di lavoro si traducono in maggiore specializzazione, ecc.).

<sup>16</sup> Nel caso in cui l'abitazione del professionista sia più vicina all'ospedale nel quale si effettua la propria attività, il professionista effettuerà la timbratura del cartellino presso quest'ultima sede.

## 11.4.2 L'esperienza dell'ASST Ovest Milanese

La riforma sanitaria che, con legge regionale n. 23 dell'11 agosto 2015, dà avvio al percorso di evoluzione istituzionale e organizzativo del Sistema Socio Sanitario Lombardo (SSSL) ha previsto la costituzione, dal 1 gennaio 2016, della nuova ASST Ovest Milanese, che comprende le strutture ospedaliere e territoriali delle disciolte Azienda Ospedaliera «Ospedale Civile di Legnano» e dell'ASL nr. 1 della Provincia di Milano.

Il settore ospedaliero dell'ASST Ovest Milanese si compone di 4 stabilimenti ospedalieri, raggruppati in 2 presidi ospedalieri (PO) – PO di Legnano-Cuggiono e PO di Magenta-Abbiategrasso:

- ▶ Civile di Legnano, ospedale monoblocco di recente costruzione e attivo dalla fine 2010, con circa 550 PL, è *hub* della rete in quanto eroga tutte le discipline mediche, comprese quelle di alta specializzazione, e garantisce il DEA di II livello;
- ▶ ospedale SS. Benedetto e Gertrude di Cuggiono (circa 15 km da Legnano), è un ospedale di base;
- ▶ ospedale G. Fornaroli di Magenta, che si trova nei pressi delle montagne appenniniche (circa 20 km da Legnano), è un ospedale di I livello con DEA;
- ▶ ospedale Costantino Cantù di Abbiategrasso (circa 28 km da Legnano), è un ospedale di base.

Tutti gli ospedali, compresi quelli più piccoli, hanno una vocazione anche chirurgica.

Le équipe coinvolte nei meccanismi di «movimento» tra i vari ospedali sono numerose, in particolare: ortopedia, chirurgia generale, chirurgia plastica, chirurgia vascolare, neurologia, nefrologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva; tali esperienze verranno discusse in modo unitario.

L'origine dell'organizzazione per «tribù nomadi» è riscontrabile già a fine degli anni '90 al momento dell'accorpamento di diverse strutture nell'ex AO di Legnano. La volontà della direzione aziendale, fin d'allora, era quella di unificare alcune unità operative a livello sovra-ospedaliero per garantire una maggiore integrazione tra équipe della stessa specialità e creare un'identità aziendale comune. Nel tempo si sono aggiunte ulteriori motivazioni derivanti, in particolare, dalla necessità di concentrare quelle prestazioni in relazione alle quali le evidenze scientifiche dimostravano una maggiore qualità e sicurezza all'aumentare dei volumi. Inoltre, scegliendo la strategia delle équipe «nomadi», non si privavano i piccoli ospedali – e i cittadini afferenti – delle attività della disciplina specialistica, poiché questi rimanevano comunque nodi di erogazione di attività a medio-bassa complessità. D'altro canto, i meccanismi di «movimento» rappresentavano un'opportunità per gli stessi professionisti, non più assegnati unicamente a un

ospedale nel quale avrebbero dovuto svolgere attività a più bassa complessità, ma organizzati in pool operanti anche in ospedali *hub* e di I livello.

In generale, nell'ospedale più grande (Legnano o Magenta) è effettuata attività dedicata alle patologie più gravi o a medio-alta complessità, mentre negli ospedali più piccoli (Cuggiono e Abbiategrasso) si effettua attività a minor complessità o ambulatoriale.

Un caso interessante è quello relativo alla UO di ortopedia, i cui professionisti si spostano tra gli ospedali di Legnano e di Cuggiono: le attività ad alta complessità e la traumatologia (legata al DEA di II livello) sono effettuate presso l'ospedale di Legnano, mentre l'attività in elezione di media-bassa complessità è concentrata a Cuggiono, dove i pazienti sono ricoverati nell'area di *week surgery* multispecialistica. Almeno il 50% dei professionisti della UO si sposta sui nodi della rete.

Anche la UO di chirurgia generale di Legnano opera la medio-bassa complessità presso Cuggiono, mentre la UO di chirurgia generale di Magenta ha uno suo *spoke* presso l'ospedale di Abbiategrasso. In questi casi, circa il 30% dei chirurghi effettua la rotazione tra le sedi.

L'équipe della chirurgia vascolare svolge l'attività ambulatoriale per il piede diabetico per 3 giorni alla settimana presso l'ospedale di Legnano, 1 giorno presso Abbiategrasso e 1 presso Cuggiono.

Non necessariamente lo spostamento degli specialisti avviene dall'*hub* verso gli *spoke*: la UOC di Neurologia, i cui professionisti sono generalmente specializzati su ben specifiche patologie neurologiche, vede uno spostamento dei neurologi di Legnano all'ospedale di Magenta per la gestione dell'ictus, mentre i neurologi di Magenta si spostano presso l'ospedale di Legnano per effettuare attività ambulatoriale relativa alle demenze.

Tra le esperienze di collaborazione interaziendali ve ne sono due particolarmente rilevanti, istituite da convenzioni che ne definiscono i termini e le modalità di funzionamento: l'équipe unica di medicina del lavoro con l'ospedale Sacco di Milano e le attività di emergenza svolte dai neuroradiologi interventistici dell'ospedale Niguarda presso quello di Legnano.

Dal punto di vista formale, i pool unici dei medici sono stati disciplinati da atti formali che prevedono – anche per questioni medico-legali – che i professionisti lavorino su più di una sede. L'organizzazione specifica dei turni dei professionisti nei vari ospedali è stabilita, invece, dal direttore di struttura complessa, che decide anche in merito all'individuazione dei professionisti chiamati a spostarsi su più sedi; a tali determinazioni fa seguito l'autorizzazione formale da parte della direzione sanitaria. Allo stato attuale non risultano disponibili soluzioni ottimali per disciplinare, in via contrattuale, la rotazione delle équipe; la ASST ha quindi dovuto adottare formule diversificate. Inoltre, il sistema del rimborso delle spese chilometriche, nel caso della dirigenza medica, è poco utilizzato.

I fattori che hanno favorito l'introduzione di questi meccanismi di «movimento» delle équipe derivano, in particolare, dalla forte condivisione dei progetti tra le UOC e la direzione strategica aziendale. I direttori di struttura complessa si sono impegnati in prima persona, garantendo un periodo di lavoro iniziale presso la sede ospedaliera periferica e selezionando i professionisti più idonei. Nel caso di discipline specializzate al proprio interno come, ad esempio, neurologia e gastroenterologia ed endoscopia digestiva, il percorso è stato più semplice poiché lo spostamento viene considerato dai professionisti come parte imprescindibile della propria attività di «esperti di patologia». Anche la creazione di UOC trasversali ai diversi ospedali ha aiutato lo sviluppo di queste esperienze, sebbene lo sforzo maggiore sia stato quello della costruzione di un'identità culturale comune all'interno dell'azienda.

I risultati dell'esperienza sono certamente positivi: si è arrivati a conseguire gli obiettivi di concentrazione dell'attività per équipe ed è anche aumentata la produzione totale. I prossimi passi, nella strategia della direzione strategica, mirano a conseguire un incremento della gamma delle prestazioni erogabili nelle sedi più piccole, anche attraverso uno sforzo di investimento tecnologico.

### 11.4.3 Discussione dei casi sulle équipe «itineranti»

Le esperienze dell'AUSL di RE e dell'ASST Ovest Milanese offrono un interessante spaccato di come è stato affrontato il tema delle équipe itineranti dei medici a livello aziendale e nelle interazioni con le aziende operanti nello stesso territorio di riferimento. L'AUSL di RE ha iniziato ad affrontare questo tema già a fine anni '90, maturando un bagaglio culturale ed esperienziale importante per affrontare anche il prossimo passo dell'unificazione istituzionale con l'AO di RE e il progressivo accorpamento delle UO. L'esperienza dell'ASST Ovest Milanese è relativamente più «giovane» e ancora in divenire, ma ha già prodotto esempi di successo che dovranno trovare nuova collocazione e impulso anche a seguito delle modificazioni istituzionali previste dalla Regione Lombardia e della richiesta di un nuovo assetto organizzativo aziendale.

Analizzando i due casi, emergono alcuni punti chiave che richiedono particolare attenzione.

In primo luogo, in entrambi i casi (in particolare quello dell'AUSL di RE) si è arrivati a definire delle soluzioni organizzative differenti per ciascuna delle équipe mediche coinvolte, in relazione a: i) le diverse motivazioni alla base dello spostamento dei professionisti; ii) gli obiettivi da conseguire; iii) le caratteristiche tipiche della disciplina. Ciò non significa che non debbano esserci dei modelli e delle regole organizzative di riferimento, ma la flessibilità delle soluzioni organizzative è comunque indispensabile per garantire il miglior funzionamento dell'équipe tra i diversi nodi della rete e un'efficace risposta ai fabbisogni che hanno generato la necessità di spostamento.

In secondo luogo, alla base dei casi esaminati vi è l'idea che la concentrazione delle attività per migliorare gli esiti ottenuti dalle équipe non significhi necessariamente effettuarle nella stessa sede fisica, né che le reti ospedaliere debbano essere inevitabilmente centripete (con lo spostamento dei pazienti verso l'*hub* di riferimento). Risultano particolarmente emblematici i casi della *breast unit* interaziendale dell'AUSL di RE – in cui i professionisti effettuano gli interventi di tumore maligno alla mammella anche presso due ospedali di base – e dell'ortopedia di Legnano – che garantisce le prestazioni di elezione in DS e WS anche presso l'ospedale di base di Cuggiono –. Concentrare tutti gli interventi nell'*hub* di riferimento (anche quelli a medio-bassa complessità) comporta un aggravio sulle liste d'attesa difficilmente affrontabile con sedute aggiuntive di sala operatoria. Questa formula organizzativa permette all'*hub* di dedicare un maggiore spazio operatorio all'attività ad alta specializzazione e complessità, liberando la lista d'attesa dell'attività a medio-bassa complessità da erogare nelle sale operatorie di ospedali più piccoli.

Un terzo punto è dato dalla difficoltà di reperire degli schemi contrattuali che riescano a rispondere in modo adeguato alle caratteristiche di queste nuove soluzioni organizzative. Ognuna delle due aziende si è dotata di strumenti contrattuali o formali *ad hoc* che risolvono l'esigenza immediata di garantire il lavoro dell'équipe presso diverse sedi con meccanismi di rotazione. Tuttavia, diventa sempre più importante stabilire a livello nazionale delle regole nuove e più flessibili, che definiscano i termini del lavoro «itinerante» dei medici anche dal punto di vista retributivo.

Un'ultima questione critica, che accomuna i due casi, è quella del necessario cambiamento culturale da parte dei professionisti medici, le cui resistenze possono – in taluni casi – rallentare (o richiedere un maggiore sforzo per condurre) questo processo.

## 11.5 Conclusioni

Indubbiamente il fenomeno dell'organizzazione dei professionisti in unit multidisciplinari (UM) è al suo esordio nel contesto del SSN. Ma, come evidenziato fin dall'introduzione di questo lavoro e dell'analisi dei casi illustrata e discussa nei precedenti paragrafi, il tema affonda le sue radici nello stesso modello organizzativo che ha dominato le strutture sanitarie italiane nell'ultimo secolo.

Senza ritornare sulle ragioni specifiche per cui l'assetto organizzativo centrato sui primariati, oggi strutture complesse, richieda quella «manutenzione straordinaria» che solo le UM sembrano oggi garantire, basti ricordare che:

1. La corrispondenza tra partizioni organizzative e dominanza di un sapere specialistico e di relativi contenuti tecnici è sfumata nel tempo, certamente fin

dagli anni '60 quando in misura crescente di è sentita l'esigenza di ricorrere a forme dipartimentali per riconciliare ed integrare non solo saperi tra loro complementari, ma spesso anche sovrapponibili (Lega e DePietro, 2005; Lega, 2008). Di recente poi il fenomeno è cresciuto considerevolmente con l'avvento delle diagnostiche interventistiche, delle terapie di nuova generazione, delle chirurgie mininvasive, tutti tasselli nuovi di un sempre più articolato e complesso puzzle di possibili risposte tecniche al medesimo problema di salute che può generare le conosciute turf wars (guerre di territorio) tra professionisti (Levin, Rao e Bonn, 2005);

2. Per quanto la medicina basata sulle evidenze sia ancora parziale, e probabilmente lo rimarrà, oggi il sapere clinico è certamente meno esoterico di quanto non fosse 50 anni fa. Gli strumenti moderni ci permettono di misurare prestazioni cliniche e loro contenuti, di valutare il raggiungimento di livelli di attività minimi (soglie) studiati scientificamente come necessari per garantire il conseguimento e la manutenzione della curva di apprendimento dei medici. Quindi, sia la cosiddetta variabilità artificiale – cioè quella differenza nel processo di cura ed assistenza per il medesimo problema di salute che non trova giustificazione nelle condizioni di contesto biologiche del paziente od organizzative della struttura sanitaria (Lega, Villa e Barbieri 2009; Lega, Giusepi e Villa 2012) – che la piena discrezionalità del professionista nel definire quali casistiche trattare – indipendentemente dalla maturazione di una adeguata competenza basata sull'esperienza accumulata tramite volumi di attività significativi – sono due condizioni su cui le moderne aziende sanitarie hanno gli strumenti per intervenire.
3. Stante i benefici riportati dalla letteratura, l'organizzazione in UM è in questa prospettiva una soluzione organizzativa che può favorire la cooperazione tra professionisti, sia finalizzata a ricomporre eventuali turf wars, sia ad affrontare situazioni di variabilità artificiale e discrezionalità immotivata, attraverso la definizione e concentrazione delle casistiche che ricadono nello spettro di azione della UM.

Sotto il profilo quindi delle ragioni fondanti la scelta di diverse aziende sanitarie, quando non la necessità, di riconfigurare la propria organizzazione attraverso la progressiva strutturazione dei UM, non ci sono dubbi.

Tuttavia, la rilettura delle esperienze di Firenze, Bergamo, e parte di quelle di Legnano e Reggio Emilia, evidenzia altri aspetti che rendono ulteriormente interessante la soluzione dei UM, e che indicano altresì alcune direzioni e condizioni vincolanti o necessarie per dare pieno respiro alla potenzialità insite nella stessa.

Tale rilettura può essere condotta e meglio strutturata prendendo a riferimento tre livelli di analisi e intervento: quello del professionista, del management aziendale e del sistema nel complesso.

### *Le UM e le opportunità e sfide per i professionisti*

Le UM possono rappresentare una straordinaria opportunità per rilanciare e riconfigurare i percorsi di carriera dei professionisti. In un contesto ambientale ed organizzativo in cui si riducono gli spazi di carriera verticale tradizionali, quelli sulla direzione delle strutture complesse e semplici o dei dipartimenti, le UM rappresentano una soluzione organizzativa che apre a delle evoluzioni di carriera sulla linea orizzontale delle aziende sanitarie (assumendo che in linea di massima si posizionano a matrice rispetto alle strutture complesse e semplici, in quanto pensate per lavorare su processi trasversali multidisciplinari e spesso multiprofessionali).

In questa prospettiva, la leadership di una UM può essere pensata come un gradino importante nella carriera di un professionista, quando non un punto di arrivo. Come in alcuni dei casi avviene quando la leadership corrisponde al riconoscimento di una alta professionalità. O qualcosa anche di più. Qui ovviamente occorre tenere conto dei quadri contrattuali vigenti, ma nel punto successivo relativo al contributo atteso dal sistema si approfondirà questo elemento per il quale si attendono cambiamenti significativi.

In ogni caso, interessante è notare come la leadership di una UM può essere quindi lo sbocco di un professionista per il quale non vi è la possibilità di ambire ad un sentiero verticale, a cui però l'azienda sanitaria di appartenenza vuole riconoscere il valore, status, visibilità ed ovviamente retribuzione. Oltre a specifiche responsabilità di cui si dirà nel prossimo paragrafo.

Con le dovute sensibilità organizzative, ed un attenta profilatura di ruolo, le posizioni di leadership delle Unit potrebbero quindi essere attribuite: i) a valenti professionisti senza incarichi di struttura, proprio per valorizzare quella fascia di medici subito sotto i «primari»; ii) a giovani particolarmente capaci, talentuosi ed emergenti. Certamente gli stessi direttori di struttura possono ricoprire il ruolo di leader della UM, laddove la loro competenza, legittimazione, esperienza organizzativa ne richiedono la scesa in capo. Ma al tempo stesso, loro per primi, e i sindacati, dovrebbero lasciare aperta la possibilità di una assegnazione della *leadership* di UM più ampia possibile, proprio per cogliere ogni opportunità di valorizzazione e riconoscimento dei propri collaboratori e potenzialmente di tutta la classe medica dell'azienda.

Inoltre, anche l'appartenenza alla UM non in posizione di leader, ma come membro, dovrebbe avere una sua rilevanza, testimoniata oltre che dagli atti formali aziendali, da elementi organizzativi riconoscibili.

L'identificazione dell'appartenenza alla UM come elemento visibile (segnalazione specifica scritta e/o colore sul camice, presenza nella segnaletica aziendale), la definizione di elementi di fisicità e logistica laddove necessari od opportuni (l'ambulatorio o la sala visite/consulti allocata alla UM) sono molto importanti per generare senso di appartenenza, identità, ed affermazione e legittimazione agli occhi dei pazienti.

*Le UM e le attese e responsabilità del management aziendale*

Per il management aziendale le UM possono essere una «risorsa» organizzativa molto importante oltre a quanto già discusso ed analizzato in precedenza per i seguenti motivi:

- ▶ la costruzione di una UM può rappresentare un meccanismo indiretto di «certificazione» professionale dei suoi membri, sia per i senior già formati, sia per i giovani ancora in fase di affinamento delle proprie competenze. Appartenervi implica il possesso di una competenza tecnica, il suo sviluppo ulteriore, la sua manutenzione nel tempo. In una qualche misura, entrare nel team di una UM implica accettarne i modelli e standard di pratica professionale, partecipare alla sua formazione ed aggiornamento professionale, accettare la supervisione professionale del leader, o comunque la misurazione della propria pratica rispetto alle attese definite proprio dagli standard e modelli. Dal punto di vista aziendale, questo elemento «certificativo» aggiunge ulteriore valore alla soluzione della UM oltre a quanto già discusso in merito a guerre di territorio, discrezionalità e variabilità artificiale;
- ▶ organizzare per UM, e quindi per processi trasversali, apre anche la possibilità di contaminare la cultura organizzativa con un modo di pensare nuovo in cui l'azienda sanitaria, in particolare l'ospedale, sono concepiti come strutture che si organizzano per linee di prodotto, la cui responsabilità è in capo alle UM. Linee di prodotto per le quali vanno identificati i target, analizzati i bisogni, definito il portafoglio di prestazioni e servizi accessori da erogare, costruito il processo organizzativo e logistico migliore, definita una strategia aziendale nelle diverse aree di attività (istituzionale, a pagamento, libera professione, turismo internazionale, ecc.), predisposti modelli organizzativi e standard di servizio. In questo senso, pensare alle UM come titolari di una linea di prodotto o servizio, mutuando dall'esperienza delle *clinical services lines* anglosassoni (Parker, Charns e Young, 2001), impone l'adozione di una mentalità, di una cultura, di tipo manageriale-imprenditoriale. In cui la UM – in particolare il suo leader – è chiamata ad elaborare un piano di medio termine di sviluppo strategico delle proprie attività, un suo modello operativo, un sistema di misurazione delle performance, e tutto quanto serve per costruire un proprio posizionamento strategico nel proprio contesto di riferimento di offerta e bisogno di salute, ad accrescere la reputazione, ad aumentare ove necessario e voluto l'attrattività, a conseguire specifici risultati;
- ▶ Le UM, in quanto titolari di una linea di prodotto, e dei processi operativi sottostanti, hanno una responsabilità di risultato. Questo implica la loro inclusione nei meccanismi aziendali di fissazione degli obiettivi annuali e strategici, quali i processi di pianificazione strategica, di budget, di allocazione di specifiche risorse logistiche e strumentali. In questa prospettiva, l'avvento della funzione di gestione operativa che si sta concretizzando in molte aziende sanita-

rie – ad esempio come avvenuto al Careggi di Firenze, ma in *nuce* anche a Bergamo – non solo spezza la dominanza del tradizionale modello disciplinare come già ben rappresentato nei paragrafi introduttivi, ma consente anche di avere gli strumenti ed i metodi per concretizzare l'esercizio ed il controllo delle responsabilità di risultato delle UM. La costruzione di specifici cruscotti di performance management, la definizione delle risorse da allocare per un uso efficiente da parte della UM in cooperazione o condivisione con le strutture complesse, semplici e dipartimentali, la reingegnerizzazione dei processi operativi (tramite i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali o approcci simili, con le tecniche del *lean*, del *six-sigma* ecc.) sono alcune delle possibilità di sviluppo e consolidamento delle UM favorite dall'adozione degli altri strumenti propri di una gestione operativa.

Sulla base di quanto sopra, emerge anche più chiaramente la responsabilità che ha il management aziendale nei confronti dello sviluppo organizzativo rappresentato dalle UM. Responsabilità nel dare riconoscimento organizzativo alle UM, oltre quello formale, per quanto questo sia un primo passo necessario. Tutti i casi studiati mettono in luce la necessità di traguardare un punto di arrivo dell'organizzazione in cui le UM sono qualcosa di più di un gruppo di lavoro che svolge nel modo migliore un lavoro di gruppo. Un punto in cui le UM assumano la valenza di centri di responsabilità, con una propria scheda di budget, misure di efficienza di processo, misure e responsabilità di *outcome*, di innovazione professionale, di riconfigurazione dei processi, di controllo ed ottimizzazione dei consumi di risorse.

In questa prospettiva, anche l'organizzazione di UM «nomadi» potrebbe consolidarsi. La questione delle equipe nomadi, e le sue implicazioni, è già stata discussa approfonditamente nel paragrafo 11.4.3, vale la pena però qui ricordare l'importanza e la priorità che la loro costituzione rappresenta per il management delle aziende sanitarie. In particolare per conseguire gli obiettivi di concentrazione delle casistiche, di equità nell'accessibilità diffusa alle prestazioni, di sfruttamento ottimale della capacità produttiva nelle varie piattaforme/strutture di cui dispone l'azienda. Il tema tuttavia presenta due dimensioni di analisi, come messo in evidenza dalle analisi: uno quello relativo al «nomadismo» di equipe monospecialistiche (o di singoli professionisti), l'altro quello della circolazione di UM, con la maggiore complessità che ciò comporta. In entrambi i casi vi è una responsabilità del management aziendale nello sfruttare appieno le possibilità oggi date dai quadri contrattuali vigenti, così come sollecitare interventi di sistema laddove necessario. In particolare per arrivare a rendere efficacemente nomadi ove opportuno le UM, in quanto espressione della massima garanzia di dare davvero la migliore attenzione, integrazione, continuità agli assistiti di tutto il territorio supervisionato dall'azienda sanitaria.

In ogni caso, la prima vera «rottura» con il passato che le aziende sanitarie devono probabilmente fare è culturale, quella del lasciar credere che le UM

siano una riproposizione in salsa diversa dei gruppi interdisciplinari o altri momenti di cooperazione che più o meno forzati o spontanei hanno caratterizzato – a macchia di leopardo – gli ultimi trenta anni della sanità italiana (Lega, 2005; 2013).

Sono e devono diventare qualcosa di più, per dare concretezza alla matrice organizzativa necessaria dal duplice obiettivo del presidiare contemporaneamente saperi disciplinari (attraverso le strutture complesse) e processi trasversali multi-disciplinari (Lega 2012). Le UM quindi non sostituiscono le strutture complesse e semplici, ma le affiancano. Gli stessi professionisti delle UM appartengono e prestano servizio presso un struttura, usano le risorse allocate alla stessa struttura quando la UM non ne ha sue dedicate, dividono il proprio tempo tra attività per la UM e per la struttura, in base a programmi, obiettivi e risultati attesi. Con il supporto degli strumenti della gestione operativa e della programmazione e controllo, e sotto la supervisione di una Direzione Sanitaria o Generale.

#### *Le UM ed il contributo del sistema*

Un nodo fondamentale, già avanzato nella parte di discussione dei casi studiati ed in apertura di questo paragrafo, riguarda il problema dell'inserimento delle UM nei vigenti quadri contrattuali del personale. In particolare come riconoscere la funzione del leader della UM, e come inquadrare le UM quando assumono rilevanza organizzativa. Non sono strutture semplici o complesse, ma possono avere allocate specifiche risorse nonché obiettivi gestionali e di risultato. Certamente condurle può rappresentare il riconoscimento di una alta professionalità, ma oltre all'indirizzo professionale ci può essere la richiesta di un importante lavoro gestionale. Quale quello della reingegnerizzazione del processo, della responsabilità sui consumi, sugli *outcome*, sull'uso di determinate risorse. Possono essere incarichi di progetto? O di programma come talvolta avviene in alcune aziende? Ma il leader della UM dovrebbe negoziare o ricevere un budget operativo e avere voce in capitolo nella valutazione individuale annuale dei membri della UM stessa, in relazione al loro contributo al conseguimento degli obiettivi ed osservanza delle regole del gioco definite assieme (o anche imposte ove necessario)? A parere di chi scrive sì, se si vuole dare concretezza organizzativa alle UM, soprattutto per renderle soluzione organizzativa capace di sopravvivere al venir meno della persona che ne assume inizialmente la leadership, od alla Direzione Aziendale che ne ha promosso la nascita. Ma tutto ciò non configura la UM come una struttura organizzativa, e quindi pone il tema legale e sindacale del riconoscimento al leader di un ruolo da direttore di struttura? Questa è probabilmente la principale preoccupazione nelle direzioni delle aziende sanitarie pubbliche, che impedisce il salto di qualità organizzativo delle UM, prima ancora che la «regolazione» dei meccanismi operativi aziendali anche su di esse oltre che sulle strutture tradizionali.

Qui occorre un contributo del Sistema. Siamo prossimi alla fase dei rinnovi contrattuali, e questa materia organizzativa deve ispirare il nuovo quadro contrattuale. La variabile organizzativa deve essere ulteriormente «sbloccata», permettendo alle aziende di definire incarichi con gradi diversi di responsabilità professionale e gestionale che non debbano trovare necessariamente collocazione nelle caselle ormai classiche delle strutture da un lato e degli incarichi professionali dall'altro. Per quanto riguarda gli aspetti retributivi già oggi le aziende possono muovere le leve della retribuzione di risultato (per quanto debole quantitativamente in molte aziende, rimane simbolicamente importante), e quella delle risorse per progetti e programmi. Ma occorre di più. Occorre dare stabilità alle UM, perché diventino percorsi di carriera, e non puri ruoli estemporanei, e necessariamente temporanei. Serve forse un riconoscimento stabile, che abbia una qualche vicinanza o anche equivalenza con la visibilità e status della direzione di una struttura, senza la responsabilità legale e gestionale che essa comporta, ma con alcuni gradi importanti di responsabilità gestionale e di risultato. Soggette a valutazione, a conferma o disconferma dell'attribuzione del ruolo. Come naturalmente avverrebbe in ogni azienda che attribuisce un nuovo incarico con le relative attese. L'auspicio è quindi quello che il Sistema (sia l'SSN nel complesso – in particolare attraverso Ministero ed Agenas – od ove fallisse questo e comunque in affiancamento le singoli Regioni nell'ambito delle loro autonomie) inserisca rapidamente nella propria agenda questa tematica, definendo un quadro contrattuale che offra la possibilità alle aziende di sviluppare il lato UM della propria organizzazione, meglio se in un contesto intelligentemente regolato che individui limiti e condizioni alla loro individuazione per evitare abusi ed opportunismi cui purtroppo spesso si è prestata in passato la materia organizzativa nelle aziende sanitarie, ma sufficientemente flessibile da consentire alla Direzioni Aziendali di cucire l'abito su misura per la propria realtà. Forse, l'individuazione di una terza linea di incarichi, posizionata tra quelli prevalentemente gestionali e quelli prevalentemente professionali, e con la definizione chiara del quadro di responsabilità connesse, potrebbe essere un primo spunto di riflessione. Infine, è chiaro che anche una rinnovata attenzione istituzionale al tema della mobilità dei professionisti, delle equipe monospecialistiche o delle UM è quanto mai opportuna. Alla luce delle sfide delle aziende sanitarie che richiedono crescenti gradi di mobilità e nomadismo dei professionisti. Attenzione che dovrebbe essere indirizzata a generare il senso di una «nuova normalità» nelle aspettative di mobilità dei professionisti, di movimento nella rete clinica, da coniugarsi ovviamente con le specifiche strategie aziendali e nel con le esigenze di una pratica clinica sicura.

Per concludere, scopo di questo contributo, attraverso lo studio delle dinamiche ed esperienze di UM ed équipe itineranti caratterizzanti oggi il SSN, era quello di ricostruire un quadro concettuale-intepretativo dell'evoluzione ne-

gli assetti organizzativi delle aziende sanitarie. Da cui trarne le implicazioni gestionali immediate per le direzioni delle aziende sanitarie, e quelle più generali sull'adeguatezza o incoerenza degli impianti contrattuali e normativi in essere che sostengono o impediscono lo sviluppo pieno delle UM. Quadri che in effetti sembrano essere per lo più disallineati e riduttivi rispetto all'innovazione in essere, e che necessitano una re-interpretazione o manutenzione straordinaria.

Ci auguriamo quindi di essere riusciti a mettere a fuoco il tema, evidenziandone le principali ragioni e opportunità, nonché le sfide che si pongono nel SSN per la realizzazione di una trasformazione, o meglio riconfigurazione organizzativa che sembra essere rapidamente necessaria, se non inevitabile.

## Bibliografia

- Abbott A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labour*. Chicago, University of Chicago.
- Borgonovi E., Cotta R., Filannino C. e Trincherò E. (2015). «Trasformazione della geografia dei servizi e ruolo delle professioni sanitarie: un'analisi di casi nella Regione Lazio». In CERGAS Bocconi, *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2015*. Milano, Egea.
- Damiani G. (2015). Governance di sistema e di produzione. Presentazione al convegno «ARS Assistenza continua agli anziani non autosufficienti: cosa valutare per agire», Firenze 21 Aprile 2015.
- Del Vecchio M. (2009). *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*. Milano, Egea.
- Del Vecchio M. e Roma I. (2011). «L'operations management come innovazione gestionale», *Mecosan* 20(81): 19-37.
- Detsky A.S., Gauthier S.R. e Fuchs V.R. (2012). «Specialization in medicine: How much is appropriate?», *JAMA* 307(5): 463-464.
- Formisano D., Sassatelli R., Gigliobianco A., Nicolini F., Mazzi G., Bedogni G., Riccò D., Manghi I. e il gruppo Audit Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva di Reggio Emilia. «Clinical Audit for Quality Improvement in Digestive Endoscopy: an Italian Experience». International Forum on Quality and Safety in Health Care, Barcelona, 18-20 April, 2007.
- Freidson E. (1970). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York, Atherton.
- Freidson E. (2001). *Professionalism: The Third Logic*. Chicago, University of Chicago Press.
- Giusepi I., Lega F., Villa S., «Gli assetti organizzativi a supporto della gestione operativa: esperienze a confronto», *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*, Milano, EGEA.

- Kane R., Priester R. e Totten A. (2005). *Meeting the Challenge of Chronic Illness*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Lam A. (2000). «Tacit knowledge, organizational learning and societal institutions: an integrated framework» *Organization Studies*(21): 487-513.
- Lega F. (2008). *Management dell'azienda brain-intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali*. Milano, Egea.
- Lega F., Mauri C., Prenestini A. (2010). *L'ospedale tra presente e futuro: Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*. Milano, Egea.
- Lega F., Calciolari S. (2012). «Coevolution of hospitals and patients: how changing epidemiology and technology advances drive organisational innovations and lay new challenges», *Journal of healthcare management*.
- Lega F. (2005). «Organizational and strategic choices for multi-hospital networks: a framework», *Health Service Management Research*, Vol. 18, n. 2.
- Lega F., DePietro C. (2005). «Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy», *Health Policy*, n. 74.
- Lega F., Villa S., Barbieri M. (2009). «Restructuring patient flow logistics around patient care needs: implications and practicalities from three critical cases», *Health Care Management Science*, 2009; 12:155-165.
- Lega F. (2008). «The rise and fall(acy) of clinical directorates in Italy», *Health Policy* 85, 252-262.
- Lega F. (2013). *Management della Sanità: lineamenti essenziali e sviluppi recenti del settore e dell'azienda sanitaria*, Egea.
- Lega F. (2012). «Oltre i pregiudizi e le mode: natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale», *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*, Milano, EGEEA.
- Levin D.C., Rao V.M., Bonn J. (2005). «Turf wars in radiology: the battle for peripheral vascular interventions», *Journal of American College of Radiology*, 2(1):68-71.
- Mintzberg H. (1985). *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Bologna, Il Mulino.
- Parker V.A., Charms M.P., Young G.J. (2001). «Clinical service lines in integrated delivery systems: an initial framework and exploration», *Journal of Healthcare Management*, 46(4):261-75.
- Prades J., Remue E., Van Hoof E., Borrás J.M. (2015). «It is worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organization of MDTs and their impact on patient outcomes». *Health Policy*, 119:464-474.
- Sofritti F. (2014). «La professione medica nella sanità riformata. Alcune categorie concettuali per leggere il mutamento.» *Cambio. Rivista sulle Trasformazioni Sociali*. Anno IV(7/Giugno): 41-52.
- Tousijn W. (2013). *Dai mezzi ai fini: il nuovo professionalismo. Cura e salute. Pro-*

*spettive sociologiche*, in G. Vicarelli (a cura di), *Cura e Salute*. Roma, Carocci editore.

Villa S. (2012). *L'operations management a supporto del sistema di operazioni aziendali. Modelli di analisi e soluzioni progettuali per il settore*. Padova, CEDAM.

Waring J. e Currie G. (2009). «Managing Expert Knowledge: Organizational Challenges and Managerial Futures for the UK Medical Profession» *Organization Studies*, (30): 755-778.

Wilensky H. (1964). «The professionalization of everyone?», *American sociological review*, LXX: 133-158.