

13 Logiche e modelli organizzativi per le reti ospedaliere: analisi di due casi aziendali

di Anna Prenestini, Clara Carbone, Isabelli Giusepi, Federico Lega, Luciano Flor, Claudio Garbelli¹

13.1 Introduzione

L'organizzazione delle reti ospedaliere è uno dei temi centrali nell'agenda degli studiosi di management, delle direzioni strategiche aziendali e dei *policy maker*, a seguito dei rilevanti cambiamenti sociali, epidemiologici, ambientali e tecnologici che stanno investendo la sanità con estrema dinamicità e velocità.

Dal punto di vista della domanda, i progressi della medicina hanno consentito di mitigare o, addirittura, debellare alcune malattie con caratteristiche acute. Questo fenomeno ha contribuito a un progressivo innalzamento dell'età media e all'insorgenza di patologie croniche che richiedono di essere trattate al di fuori delle strutture di ricovero, le quali dovranno dedicarsi quasi esclusivamente all'assistenza delle patologie acute.

Dal punto di vista dell'offerta, i sistemi sanitari sono sempre più caratterizzati da una scarsità di risorse economiche e finanziarie, mentre i progressi delle tecnologie e delle tecniche mediche offrono enormi possibilità di rispondere in modo sempre più efficace alle malattie nel loro stadio di acutizzazione. Perciò è fondamentale concentrare le tecnologie più costose e la casistica più complessa presso poche sedi ospedaliere (Bensa *et al.*, 2008) e, allo stesso tempo, trasferire presso gli ospedali di prossimità alcune tecnologie e determinati tipi di interven-

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, i §§ 13.4 e 13.6 sono da attribuire a Clara Carbone, il §13.5.1 a Isabella Giusepi, il §13.2 a Federico Lega, Luciano Flor e Claudio Garbelli e i restanti §§ ad Anna Prenestini.

Gli autori ringraziano: per la stesura del caso della rete ospedaliera dell'AO di Melegnano, il dott. Francesco Ceratti (già Direttore Sanitario dell'AO di Melegnano) e la dott.ssa Daniela Troiano (già Direttore Amministrativo dell'AO di Melegnano, oggi Direttore Generale dell'AO di Pavia); per la stesura del caso della rete ospedaliera dell'APSS di Trento, la dott.ssa Livia Ferrario (Direttore Generale del Dipartimento Politiche Sanitarie della Provincia Autonoma di Trento), il dott. Eugenio Gabardi (Direttore Sanitario dell'APSS di Trento), il dott. Franco Debiase (Direttore Amministrativo dell'APSS di Trento) e la dott.ssa Paola Maccani (Direttore per l'Integrazione Socio-Sanitaria dell'APSS di Trento).

ti e procedure sanitarie che sono diventati di *routine* ed eseguibili anche con un numero basso di casi trattati.

Il presupposto di base della riprogettazione delle reti ospedaliere è che sia indispensabile la ricerca dell'integrazione tra strutture di ricovero è nel senso di procedure difficili che poi si sono routinizzate in modo da conseguire i seguenti importanti fabbisogni (IPPR 2006, Edwards *et al.* 2004):

- ▶ la garanzia della sicurezza e della qualità delle prestazioni, attraverso la concentrazione della casistica in modo da favorire la specializzazione delle équipe mediche;
- ▶ il mantenimento dell'accessibilità ai servizi ospedalieri per le collettività più distanti dai centri di alta specializzazione, mantenendo negli ospedali di prossimità alcune importanti funzioni come ad esempio un punto di primo soccorso, ambulatori specialistici, DH, DS, servizi diagnostici e riabilitazione;
- ▶ il recupero di efficienza, da un lato con investimenti mirati in relazione alla riorganizzazione delle specialità e dell'assistenza all'interno della rete ospedaliera, dall'altro attraverso la prevenzione del ricovero ospedaliero, una migliore organizzazione delle degenze e lo sviluppo dell'assistenza post-ospedaliera;
- ▶ il raggiungimento di una flessibilità organizzativa e produttiva adeguata, in modo da rispondere proattivamente ai cambiamenti dei bisogni sanitari e dell'offerta.

A tali fabbisogni, spesso è stata data risposta attraverso politiche regionali: ormai la maggior parte delle regioni ha inserito tra le proprie priorità strategiche il tema delle reti ospedaliere, generalmente sotto la dimensione progettuale di sistema o di area vasta. Tali interventi richiedono l'organizzazione e la gestione di reti ospedaliere tra aziende sanitarie autonome dal punto di vista giuridico ma che coesistono all'interno dello stesso spazio geografico e istituzionale.

Non meno rilevante è il tema delle reti ospedaliere a soggetto giuridico unico, ossia di proprietà di un'unica azienda. In Italia, infatti, nell'ultimo ventennio è aumentato considerevolmente il numero di aziende sanitarie che gestiscono più strutture di ricovero, a seguito²:

- ▶ dei processi di accorpamento delle ASL, che assumono nella quasi totalità delle regioni italiane una valenza provinciale o, in taluni casi, anche regionale (ad esempio, ASUR delle Marche e ASREM del Molise; cfr. capitolo

² Tale fenomeno è altrettanto rilevante nel caso dei gruppi multiospedalieri privati, che rappresentano una presenza sempre più importante nei contesti regionali e locali. Questo articolo, tuttavia, si focalizza sul fenomeno delle aziende sanitarie multipresidio del settore pubblico.

- 2) e che, quindi, si trovano a coordinare e gestire una rete ospedaliera composta da più strutture che appartenevano alle precedenti aziende sanitarie autonome;
- ▶ dei processi di scorporo degli ospedali dalle ASL, con la creazione di AO multipresidio (come già realizzato dalla regione Lombardia e, in prospettiva, nella regione Piemonte) o di fusione di AO (ad esempio, a seguito del riordino del SSR siciliano).

A fronte di questi fenomeni, appare sempre più rilevante che le aziende sanitarie si dotino delle metodologie e degli strumenti necessari per analizzare la propria rete ospedaliera e per riprogettarla in modo da definire modelli di funzionamento che promuovano sinergie, integrazione, economie di *know how* e di scopo.

L'obiettivo di questo capitolo è quello di applicare a due diversi casi aziendali un modello metodologico, proposto da Carbone *et al.* (2011), al fine di analizzare le logiche di fondo e i fattori critici di contesto che ispirano le diverse soluzioni per la riorganizzazione delle reti ospedaliere.

I casi sono stati selezionati secondo il principio per il quale risultano massime le differenze in termini di fattori di contesto (Fattore, 2005) per osservare eventuali difformità/convergenze sulle proposte di riprogettazione organizzativa.

Inoltre, le direzioni strategiche di tali aziende hanno favorito il lavoro di analisi e di riprogettazione mettendo a disposizione professionisti e flussi informativi aziendali nell'ambito di progetti di formazione e ricerca intervento. Tali progetti avevano lo scopo di supportare metodologicamente la riorganizzazione delle reti e accompagnare con attività di *tutorship* e *coaching* la discussione e la condivisione delle scelte organizzative.

I casi selezionati sono:

- ▶ un'AO multipresidio inserita in un'area metropolitana di una regione di grandi dimensioni: l'AO di Melegnano della regione Lombardia. Il caso risulta particolarmente interessante per via delle caratteristiche del contesto, quali l'ampia estensione territoriale e la peculiare posizione nell'area metropolitana di Milano, la vicinanza con strutture di ricovero pubbliche e private accreditate di eccellenza e le difficili vie di comunicazione fra i presidi ospedalieri dell'azienda stessa.
- ▶ un'ASL multipresidio appartenente ad un contesto istituzionale mono-azienda: l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) della Provincia Autonoma di Trento. Il caso dell'APSS è rilevante per diverse motivazioni: in primo luogo, è un'unica azienda sanitaria che opera su un territorio caratterizzato da una configurazione fisico-orografica molto differenziata al suo interno, con una storica forte autonomia delle strutture ospedaliere che

ne fanno parte e con una presenza di strutture private accreditate piuttosto limitata; in secondo luogo, essendo l'unica azienda sanitaria pubblica presente sul territorio, è particolarmente influente la commistione delle politiche provinciali in materia di sanità con le strategie organizzative aziendali. I principi su cui si fonda la riprogettazione organizzativa e della *governance* del Servizio Sanitario Provinciale sono infatti concepiti in relazione alle caratteristiche del contesto e della specifica azienda alla quale dovranno applicarsi. Le strategie organizzative, quindi, hanno ricevuto forti stimoli al cambiamento dalla promulgazione della Legge Provinciale 16/2010 «Tutela della salute in provincia di Trento» per il riordino del SSP, nella quale vi erano precise disposizioni in relazione alla *governance* e all'organizzazione aziendale.

Per entrambi i casi, le caratteristiche del contesto determinano la rilevanza di un'operazione di riprogettazione della rete ospedaliera anche da un punto di vista politico e sociale.

Il capitolo si articola nel modo seguente: il paragrafo 13.2 sintetizza le principali soluzioni organizzative per le reti ospedaliere da un punto di vista concettuale, il paragrafo 13.3 presenta il metodo e il modello teorico utilizzato, i paragrafi 13.4 e 13.5 presentano l'applicazione del modello ai due casi aziendali e il paragrafo 13.6 trae alcune considerazioni conclusive.

13.2 Logiche e modelli di riferimento per le reti ospedaliere

Due sono le logiche di fondo per la riorganizzazione delle reti ospedaliere (Le-ga, 2001):

- ▶ la prima, definibile come «organizzazione in rete», implica esclusivamente una relazione funzionale tra i servizi ospedaliere inclusi nella rete e si limita, quindi, ad un coordinamento tecnico-scientifico, ossia la condivisione di linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, definizione di possibili percorsi di sviluppo professionale dei clinici;
- ▶ la seconda, «organizzazione a rete», concepisce la rete ospedaliera come un insieme di nodi legati fra di loro da connessioni continue e implica una riconfigurazione dell'offerta in termini di ridefinizione della tipologia di prestazioni, dei volumi e dei case-mix produttivi dei servizi ospedaliere coinvolti, oltre che di coordinamento tecnico-scientifico tra gli ospedali che ne fanno parte. I modelli organizzativi fondamentali per la riprogettazione della rete ospedaliera sono i cosiddetti modelli organizzativi «*hub and spoke*» e «poli e antenne», sintetizzati nel Riquadro 13.1.

Riquadro 13.1 **I modelli ospedalieri «a rete»**

Il modello «*hub and spoke*» si fonda sulla differenziazione degli ospedali rispetto alla complessità della casistica trattata: l'*hub* è il perno del sistema, nel quale vengono concentrate tutte le maggiori tecnologie e le équipe specializzate per effettuare la casistica di alta e media complessità di tutte le specialità mediche; negli *spoke* si effettuano, invece, trattamenti di media e bassa complessità per le principali discipline mediche e chirurgiche – generalmente in regimi assistenziali di DH, DS o ambulatoriali – mentre i casi più complessi vengono rinviati all'*hub* della rete. I modelli «*hub and spoke*» si possono articolare per presidio ospedaliero (ad esempio, nel caso di un'ASL o un AO multipresidio nelle quali insistono più ospedali generalisti di grandi e piccole dimensioni) o anche per dipartimento interpresidio che, nello specifico, prevede l'attuazione di una logica di riconfigurazione dell'offerta che separa le procedure complesse da quelle semplici e routinarie (una delle UU.OO. del dipartimento assume un ruolo di perno di riferimento per la casistica complessa, mentre le restanti UU.OO. svolgono il ruolo di *spoke* trattando casi medio-semplici e fornendo maggiore disponibilità ambulatoriale).

Il modello «poli e antenne» si costruisce in base alla ricerca della complementarità tra vocazioni specialistiche: i «poli» sono i centri ospedalieri che si specializzano in determinate discipline (ad esempio, ortopedia, cardiologia, riabilitazione, oncologia, ecc.) e che fungono da perno del sistema proprio per quella specialità; le «antenne» hanno funzione di primo accesso, diagnosi e trattamento di bassa complessità per le discipline trattate nei poli, rimandando al polo specialistico di riferimento il paziente che necessita di una risposta più complessa. Ogni ospedale può essere polo per una determinata disciplina e antenna per le altre. I modelli di rete «poli e antenne» si possono articolare per stabilimento ospedaliero (questo è soprattutto funzionale per la programmazione di area metropolitana, area provinciale o area vasta) o per dipartimento interpresidio in cui una UO funge da polo di riferimento nella rete definendo una propria vocazione e riprogettando il proprio case mix produttivo per privilegiare tale specializzazione, mentre le restanti UU.OO. svolgono un ruolo di antenna nei suoi confronti.

Fonte: adattamento da Lega (2003)

L'organizzazione «in rete», a valenza esclusivamente clinico-scientifica, assume significato e si può concretizzare solo a livello di dipartimento o di area clinica, mentre l'organizzazione «a rete» può trovare applicazione sia a livello dipartimentale sia di ospedale nel suo complesso.

Tali modelli di progettazione organizzativa delle reti ospedaliere si completano con logiche di «pendolo» delle équipe specialistiche tra i diversi nodi della rete (Lega et al., 2010). Il modello del pendolo sovverte l'idea per cui è il paziente che deve spostarsi per ricevere diagnosi e cura presso il livello della rete più appropriato per la risposta al suo problema di salute: in questo caso, sono le équipe di professionisti che si spostano presso i vari ospedali della rete per effettuare trattamenti³.

³ Questo modello si adatta bene soprattutto per le discipline chirurgiche che eseguono interventi in regime ambulatoriale o di *Day Surgery* e che non hanno necessità di tecnologie particolarmente sofisticate (ad es. oculistica, otorinolaringoiatria, ecc.). Per le altre attività mediche o chirurgiche è possibile mettere in campo questo modello se gli ospedali che accolgono le équipe hanno le tecnologie, gli spazi e i servizi necessari per poter effettuare in piena sicurezza gli interventi terapeutici.

In ogni caso, nella riprogettazione di una rete ospedaliera i diversi modelli possono e devono convivere per una maggiore efficacia del sistema.

13.3 Metodo e modello teorico

Il metodo utilizzato per la riorganizzazione della rete di entrambe le aziende sanitarie oggetto di analisi è riconducibile al filone dell'*Action Research* di Kurt Lewin (1946), che collega la ricerca sociale al cambiamento organizzativo. Secondo tale impostazione:

- ▶ i ricercatori assumono un ruolo di agenti del cambiamento e la ricerca, oltre ad avere fini conoscitivi, assume anche una funzione di promozione dell'azione organizzativa;
- ▶ tutte le tipologie di attori aziendali (direzione strategica, *middle management* e direttori di unità operative), sebbene coinvolti in diverso modo e con scopi differenti, collaborano alla definizione dei problemi oggetto di indagine e alla raccolta dei dati e delle informazioni;
- ▶ l'analisi, le diagnosi e le ipotesi di riprogettazione prodotte dai ricercatori vengono infine sottoposte a confronto e validate con gli attori aziendali.

Il modello teorico proposto da Carbone *et al.* (2011) si avvale di una serie di strumenti e metodi definiti dalla letteratura e ampiamente utilizzati nelle aziende per i processi di sviluppo strategico e organizzativo. Esso si articola in tre passaggi che vengono descritti nel Riquadro 13.2 : i) mappatura e analisi dell'ambiente esterno e interno; ii) individuazione dei fattori critici per la progettazione della rete ospedaliera; iii) gestione del processo di accompagnamento.

I primi due passaggi del modello teorico rispondono alla necessità di definire un processo di *naming*, efficace per associare un «nome» al problema che manifesta l'organizzazione, e di *framing* necessario per definire il quadro entro il quale si colloca il problema organizzativo (Lega, 2008). Diagnosi e quadri concettuali vengono condivisi nel terzo passaggio di accompagnamento, con il fine ultimo di definire dei percorsi di riorganizzazione della rete ospedaliera coerenti.

Il modello teorico viene qui riportato nei suoi elementi principali, sebbene l'applicazione ai due casi abbia comportato un adattamento rispetto ai fabbisogni informativi necessari per l'analisi delle reti ospedaliere indagate⁴.

⁴ Per approfondimenti sul modello teorico si rimanda al lavoro di Carbone *et al.* (2011).

Riquadro 13.2 **Il modello teorico per l'analisi, la riprogettazione e l'accompagnamento alle reti ospedaliere: passaggi fondamentali**

1. Mappatura e analisi dell'ambiente esterno e interno: per quanto concerne l'ambiente esterno, vengono analizzati:

- i diretti concorrenti dell'azienda sanitaria, ovvero tutti gli erogatori ospedalieri operanti nell'ambito territoriale dell'azienda oggetto d'indagine. In particolare, si procede: (i) definendo a priori il perimetro all'interno del quale identificare i concorrenti; (ii) analizzando le principali vie di comunicazione che collegano le strutture ospedaliere dell'azienda oggetto di analisi tra di esse e con i concorrenti diretti, poiché la scelta di una struttura ospedaliera da parte dei cittadini può essere influenzata dalla facilità di spostamento derivante dalle caratteristiche della rete viaria e dalle condizioni dei mezzi di trasporto; (iv) esaminando le principali linee produttive erogate dai diversi concorrenti diretti per comprendere se esistono opportunità, ossia potenziali spazi di sviluppo delle attività sanitarie per la rete, oppure minacce, che invece impongono una riflessione su un eventuale ridimensionamento di alcuni servizi e/o sulla necessità di spostare il focus delle proprie attività su linee produttive non coperte o coperte in modo marginale dai concorrenti diretti;
- la domanda sanitaria e i principali flussi dei pazienti, attraverso l'analisi: (i) della mobilità dei pazienti residenti nell'ASL in cui si colloca la rete ospedaliera (sia tra i presidi dell'azienda oggetto di studio sia verso altre strutture di ricovero); (ii) del tasso di attrazione di tali strutture rispetto a pazienti provenienti da altre ASL o regioni;
- la normativa, la documentazione istituzionale e le linee guida della regione in materia di rete ospedaliera, ove disponibili e cogenti.

Per quanto riguarda l'ambiente interno, vengono elaborati e interpretati i principali dati strutturali e di produttività a livello aziendale, di presidio ospedaliero e, infine, di unità operativa per evidenziare le differenze in termini di efficienza, di complessità e di appropriatezza tra le diverse articolazioni organizzative.

2. Individuazione e interpretazione dei fattori critici per la progettazione della rete ospedaliera: alla luce dei risultati della mappatura e dell'analisi vengono individuate le variabili fondamentali sulla base delle quali definire il modello organizzativo della rete ospedaliera (ad esempio, per l'ambiente esterno, le specificità del contesto fisico-orografico e delle vie di comunicazione, i flussi di mobilità dei pazienti, oltre alle indicazioni regionali in materia di rete ospedaliera; per l'ambiente interno, le potenziali vocazioni delle UU.OO., la propensione alla mobilità tra strutture ospedaliere da parte delle équipes mediche, ecc.). Questo passaggio è di tipo concettuale, non cronologico: infatti, i fattori critici vengono individuati e «isolati» già nella fase di mappatura ma, soprattutto, vengono evidenziati e rimessi in discussione durante la fase di accompagnamento che vede come attore primario, nella conduzione del processo di cambiamento, la direzione strategica aziendale.

3 Processo di accompagnamento: per supportare il cambiamento, condividere i dati e le informazioni prodotte e valutare le alternative di rete ospedaliera, sono previsti alcuni momenti di confronto tra i vari livelli aziendali. In particolare:

- *brainstorming* della direzione strategica, durante i quali vengono analizzate le evidenze prodotte dall'analisi (c.d. brutal facts), definite le linee di cambiamento e le opzioni di rete più coerenti con le specificità dell'azienda;
- *meeting of minds* con il *middle management* aziendale, durante i quali questi ultimi e la direzione strategica (con l'eventuale supporto di esperti esterni all'azienda) condividono il quadro ambientale e concettuale e definiscono congiuntamente la direzione del cambiamento e dell'innovazione (Lega, 2008);
- *workshop*, al fine di sensibilizzare al percorso di cambiamento tutti gli attori coinvolti, in particolare i direttori di struttura complessa, e al contempo proiettarli a protagonisti per la definizione di alcuni elementi della strategia aziendale sulle reti ospedaliere.

Fonte: nostra sintesi da Carbone *et al.* (2011)

13.4 La rete ospedaliera dell'AO di Melegnano

13.4.1 Mappatura e analisi dell'ambiente esterno e interno

L'AO di Melegnano, ubicata nell'area a sud di Milano (territorio dell'ASL Milano 2 che raggruppa 46 Comuni), è stata istituita nel 1997 con la legge regionale di riordino del SSR lombardo (L.R. 31/1997), che ha previsto lo scorporo di tutte le strutture di ricovero dalle ASL con la conseguente creazione di Aziende Ospedaliere giuridicamente autonome. L'azienda ha un bacino di utenza di 677.722 abitanti residenti (contro una dimensione media regionale di 630.000 abitanti) ed è costituita da 6 presidi ospedalieri di cui quattro localizzati a nord del territorio⁵ (Cernusco Sul Naviglio, Cassano D'Adda, Gorgonzola, Melzo, Vaprio) e uno a sud (Vizzolo Predabissi). È un'azienda ospedaliera di tipo poli-specialistico e ha una dotazione totale di posti letto pari a circa 760 unità distribuiti in 36 UO complesse e semplici accorpate in cinque dipartimenti gestionali interpresidio. Da un punto di vista organizzativo i dipartimenti sono dipendenti gerarchicamente dalla direzione sanitaria e funzionalmente da tre direzioni mediche di presidio afferenti ai presidi di Vizzolo Predabissi, Cernusco sul Naviglio e Melzo. Ciascun dipartimento afferisce a una o più aree nosologiche in relazione alla numerosità e alla specializzazione delle singole unità operative (Tabella 13.1). A questi 5 dipartimenti si aggiungono altri due dipartimenti che erogano servizi sanitari di supporto (dipartimento di diagnostica per immagini e il dipartimento di patologia clinica).

Rispetto all'ambiente esterno sono stati analizzati i concorrenti diretti, considerando come tali tutti gli erogatori ospedalieri pubblici e privati ubicati ad una distanza massima di 25 chilometri e di 30 minuti da almeno uno degli stabilimenti dell'AO di Melegnano. La Figura 13.1 rappresenta graficamente il territorio dell'ASL Milano 2, evidenziando i *competitors* (suddivisi per ASL di competenza) e le principali vie di comunicazione che collegano le diverse strutture di ricovero. In particolare, il territorio, dove insistono i presidi dell'AO di Melegnano, è delimitato dalla linea tratteggiata, nel territorio circostante, si individuano 16 strutture di ricovero pubbliche e private accreditate distinte tra strutture poli-specialistiche e monospecialistiche.

- ▶ A sud del territorio dell'ASL Milano 2 sono presenti due IRCCS di diritto privato (Humanitas di Rozzano e Policlinico San Donato Milanese), ospedali polispecialistici ubicati vicino ad una delle principali arterie viarie che collega la periferia sud di Milano con l'area metropolitana (Strada Statale 9);

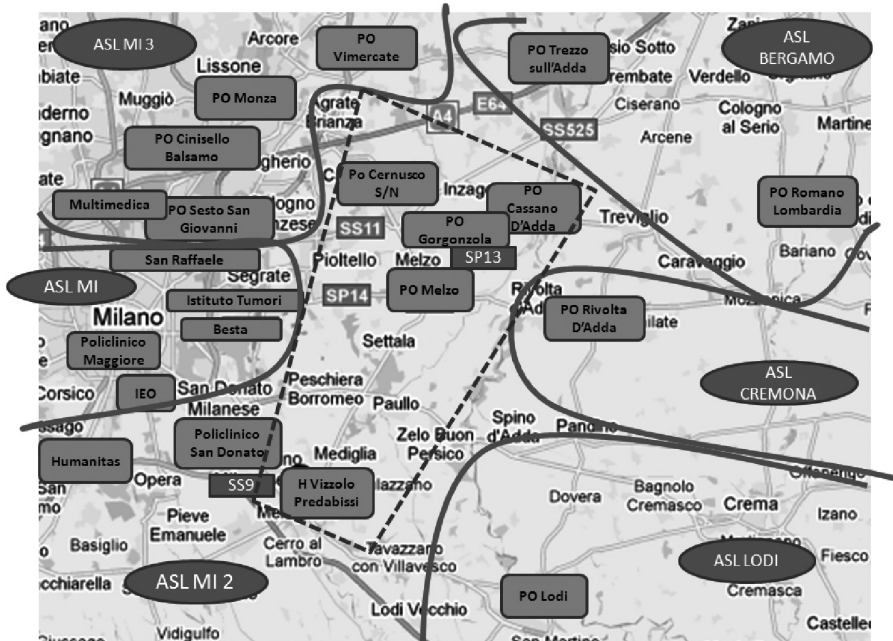
⁵ Si segnala che l'analisi presentata in questo paragrafo non tiene in considerazione i dati del presidio ospedaliero di Vaprio in quanto accorpato all'AO di Melegnano nel 2009 durante il periodo di svolgimento del progetto.

Tabella 13.1 **Presenza delle diverse aree nosologiche presso i cinque presidi dell'AO di Melegnano.**

Dipartimento	Area nosologica	Vizzolo Predabissi	Meizo	Cernusco Sul Naviglio	Cassano D'Adda	Gorgonzola
Chirurgico (12 UOC e 1 UOS)	Area Ortopedica e traumatologica	X	X	X		
	Area Chirurgica, di rianimazione e terapia intensiva	X	X	X		DS
	Area Otorinolaringoiatrica e Oculistica	X	X	X		
Materno Infantile (5 UOC)	Area Ostetrica, ginecologica e pediatrica	X	X	X		
Nefro urologico (3 UOC)	Area Urologica e Nefrologica	X		X		
Salute mentale (2 UOC e 1 UOS)	Area Psichiatrica	X	X			
Medico (11 UOC e 1 UOS)	Area Medica e Neurologica	X	X	X		
	Area Cardiologica	X		X		
	Area Oncologica		X			X
	Area Riabilitativa				X	

- ▶ all'interno del territorio dell'ASL Milano Città sono presenti cinque IRCCS, di cui due di diritto privato (Ospedale San Raffaele – polispecialistico – Istituto Europeo di Oncologia – monospecialistico-), tre di diritto pubblico (Istituto dei tumori – monospecialistico, Istituto neurologico Besta – monospecialistico, Policlinico Maggiore – polispecialistico), ubicati vicino ad una delle principali arterie viarie che collega la periferia sud di Milano con l'area metropolitana (Strada Statale 9 e Strada Provinciale 14);
- ▶ nell'area dell'ASL Monza-Brianza, sono presenti quattro presidi ospedalieri pubblici polispecialistici (AO S. Gerardo Monza – presidio di Cinisello Balsamo e presidio di Monza; AO Vimercate – presidio di Sesto S. Giovanni e presidio Vimercate) e l'IRCCS di diritto privato Multimedica, ubicati vicino ad una delle principali arterie viarie che collega la periferia nord di Milano con l'area metropolitana (Strada Provinciale 11);
- ▶ nell'ambito dei territori delle altre ASL confinanti con l'ASL Milano 2 (ASL di Cremona, ASL di Bergamo e ASL di Lodi), operano quattro presidi ospedalieri pubblici polispecialistici (AO ospedale Maggiore di Crema – presidio di Rivolta d'Adda; AO Treviglio Caravaggio – presidio di Treviglio e presidio di Romano di Lombardia; AO della provincia di Lodi – presidio di Lodi), ubicati vicino ad una delle principali arterie viarie che collega la periferia sud di Milano con l'area metropolitana (Strada Statale 9 e l'autostrada A4 per il presidio Trezzo sull'Adda).

Figura 13.1 **Mappa delle strutture di ricovero nell'isocrona dell'AO di Melegnano suddivise per territorio di ASL di appartenenza e principali vie di comunicazione**

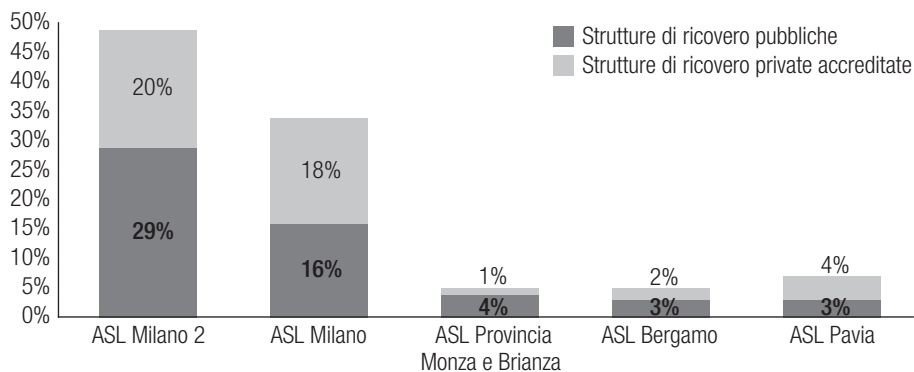


Fonte: Carbone et al. (2011)

Per i residenti nel territorio dell'ASL Milano 2 appare più semplice immettersi in una delle strade statali o provinciali a più veloce percorrenza che collegano i principali comuni presenti nell'AO di Melegnano con l'area metropolitana di Milano, che spostarsi all'interno del territorio servito dall'AO tra le sue strutture di ricovero (Vizzolo Predabissi, Melzo e Cernusco sul Naviglio). Questo fattore impone un ripensamento della rete ospedaliera nel senso di un possibile maggiore ricorso a meccanismi di pendolo (ove giudicato opportuno ed effettivamente realizzabile in relazione alle tecnologie e agli spazi disponibili nelle diverse strutture), che comportano uno spostamento non dei pazienti ma delle équipe mediche.

Alla luce di tali caratteristiche di contesto l'AO di Melegnano sconta un elevato tasso di fuga, che è confermato dai dati riportati in Figura 13.2: più del 50% dei pazienti residenti nel territorio dell'ASL Milano 2 si rivolge a strutture di ricovero di altre ASL (ad esempio, presso l'ASL Milano per il 34%, presso l'ASL di Pavia per il 7% e a seguire le altre ASL limitrofe); d'altro canto, circa il 44% dei pazienti residenti nel territorio dell'ASL Milano 2 si rivolge a strutture private accreditate (20% alle strutture private accreditate dell'ASL Milano 2, 18% alle strutture private accreditate dell'ASL Milano, ecc.).

Figura 13.2 **Analisi domanda sanitaria per residenti ASL Milano 2 per tipologia di struttura (pubblica e privata accreditata)**



Fonte: Carbone *et al.* (2011)

In particolare, i due erogatori privati accreditati che assorbono maggiormente il fabbisogno assistenziale della popolazione residente sono gli IRCCS di diritto privato Humanitas e Policlinico San Donato. L'analisi sulle prime linee produttive di tali strutture ha evidenziato una concentrazione sulle attività di alta complessità delle aree specialistiche di cardiologia e cardiocirurgia, neurologia e osteomuscolare chirurgica erogate prevalentemente in regime di elezione. Tali attività rappresentano i punti di forza della produzione sanitaria delle strutture ospedaliere *competitors*, che per l'AO di Melegnano sono delle minacce in relazione alle possibilità di sviluppo della propria rete di offerta e che implicano strategie di «protezione» o di «ridimensionamento». Tuttavia, tale studio ha permesso di dare evidenza all'importanza dell'AO di Melegnano nel rispondere ai bisogni di media/bassa complessità della popolazione residente sul territorio dell'ASL Milano 2. Nel settore ortopedico, ad esempio, ciò si traduce nella maggiore attività traumatologica in urgenza da svolgere presso i presidi di Vizzolo Predabissi e Cernusco sul Naviglio per rispondere alle esigenze del bacino di utenza locale e, d'altro canto, nella necessità di «proteggere» e presidiare le professionalità che si occupano di re-impianto di protesi nel presidio ospedaliero di Melzo, per rispondere alla concorrenza su tali aree di più alta specializzazione.

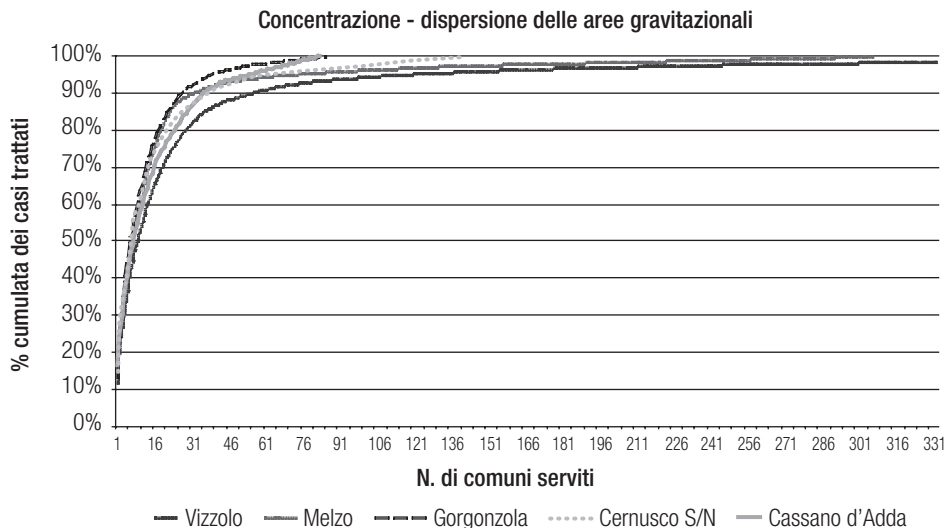
All'analisi della domanda sanitaria dei residenti dell'ASL Milano 2 verso tutte le strutture ospedaliere, è seguita l'analisi dei flussi di mobilità dei pazienti che, indipendentemente dalla loro provenienza, si rivolgono agli ospedali della rete ospedaliera di Melegnano. Dall'analisi emerge che, con riferimento alla popolazione servita, l'AO di Melegnano offre prestazioni sanitarie soprattutto alla collettività locale: il 98% dei ricoveri viene erogato a pazienti lombardi di cui il 78% sono residenti nel territorio in cui è ubicata l'azienda. In particolare, la Figura 13.3 correla il numero dei comuni serviti dalle singole strutture ospedaliere

con la percentuale cumulata dei servizi resi: più piatta è la curva (ad esempio, presidio ospedaliero di Vizzolo Predabissi), più la struttura attira utenti da comuni differenti; viceversa, più la curva è ripida più la struttura ha un'offerta concentrata sui pochi comuni adiacenti ad essa (ad esempio, presidio ospedaliero di Cernusco S/N). Si tratta, quindi, di strutture ospedaliere fortemente inserite nel contesto locale di riferimento, a cui rivolgono la stragrande maggioranza dell'offerta, poiché già i primi 10 comuni serviti assorbono più del 50% dei servizi resi da ciascuna struttura. L'analisi sulle aree gravitazionali conferma quanto già ipotizzato della mappatura delle vie di comunicazione: i bacini di utenza sono fortemente locali e lo spostamento dei pazienti tra i diversi presidi appartenenti all'AO di Melegnano è del tutto irrisorio.

All'analisi dell'ambiente esterno è seguita l'analisi delle principali dimensioni dell'ambiente interno. L'AO di Melegnano ha una dotazione di 766 posti letto (327 Vizzolo Predabissi, 186 Melzo, 160 Cernusco Sul Naviglio, 50 Cassano, 43 Gorgonzola) ed eroga circa 35.000 ricoveri l'anno. In termini d'incidenza sui volumi dei vari presidi ospedalieri (Figura 13.4), la struttura di ricovero Vizzolo Predabissi contribuisce per quasi il 50%, seguita da Melzo e Cernusco sul Naviglio che erogano rispettivamente il 24% e 22% dei ricoveri dell'azienda. Cassano d'Adda e Gorgonzola, che erogano insieme meno del 10% dei ricoveri aziendali, si caratterizzano per una maggiore concentrazione delle attività rispettivamente nelle aree della riabilitazione e dell'area oncologica per i trattamenti radio e chemioterapici.

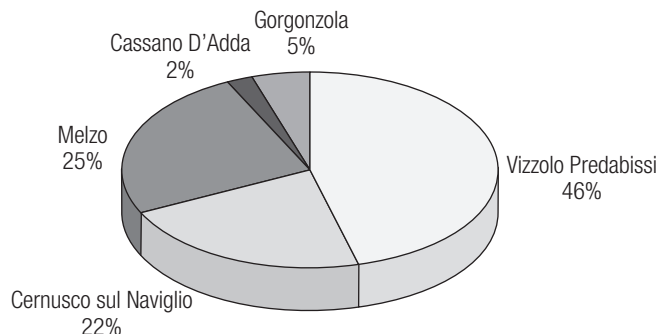
In generale, in quanto azienda ospedaliera polispecialistica, i ricoveri erogati

Figura 13.3 **Aree gravitazionali dei presidi ospedalieri dell'AO di Melegnano**



Fonte: Carbone *et al.* (2011)

Figura 13.4 **Distribuzione dei ricoveri dell'AO di Melegnano per presidio ospedaliero (valori %)**

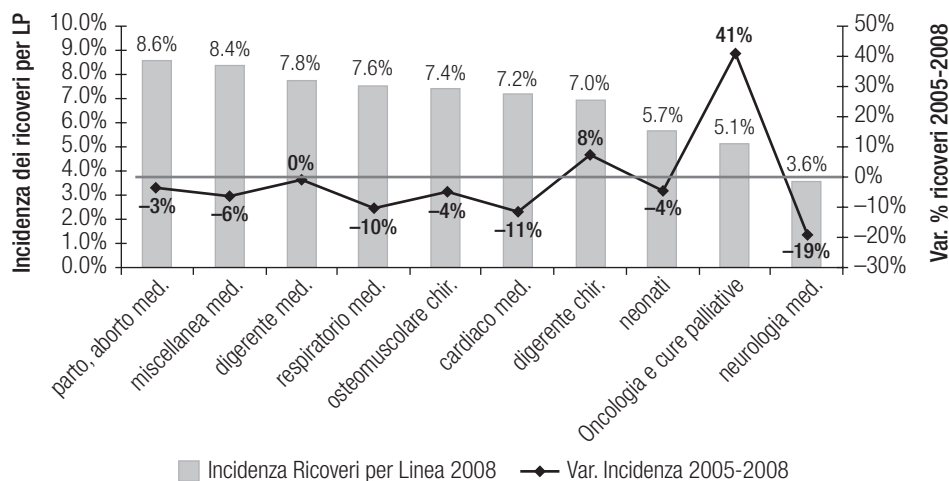


Fonte: Nostra elaborazione da dati aziendali SDO, 2008

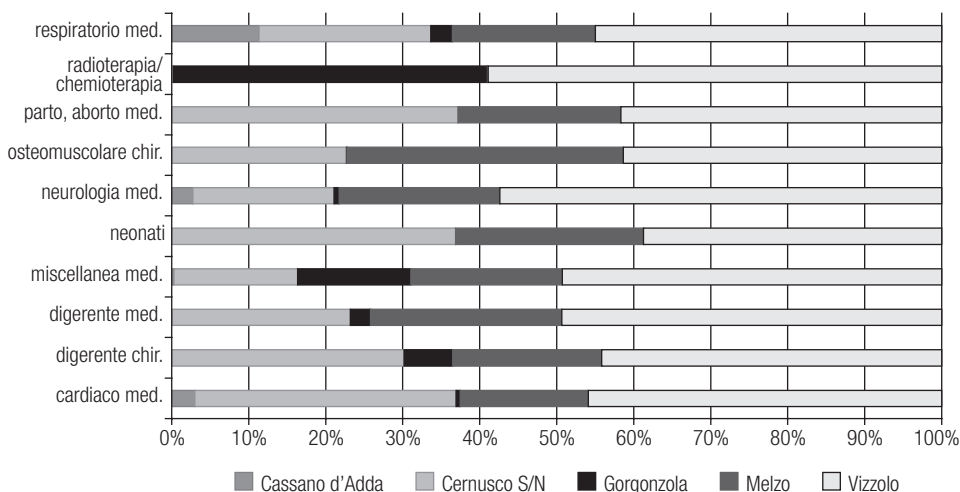
si distribuiscono tra le diverse specialità, con un maggior contributo da parte delle UO complesse di pediatria, ostetricia e ginecologia, medicina generale e chirurgia generale.

In particolare, dalla Figura 13.5, che mostra le prime linee produttive aziendali in termini di volumi di ricoveri, si evince che circa il 68% dei ricoveri si concentra in 10 linee produttive, con un contributo significativo da parte dell'area materno-infantile (parto-aborto e neonati) e delle specialità legate agli apparati respiratorio e digerente. In termini longitudinali, nel periodo 2005-2008 l'azienda

Figura 13.5 **Incidenza delle prime 10 LP e variazione percentuale dell'incidenza 2005-2008**



Fonte: Carbone et al. (2011)

Figura 13.6 **Incidenza delle prime 10 LP per presidio ospedaliero**

Fonte: Carbone *et al.* (2011)

ha aumentato in maniera significativa i ricoveri per l'area di oncologia/cure palliative (41%), quale area di specializzazione del presidio di Gorgonzola (dove assorbe il 64% dei ricoveri).

Analizzando i dati delle linee produttive anche a livello di presidio ospedaliero (Figura 13.6) è possibile evidenziare come i volumi di ricoveri delle prime 10 linee produttive si distribuiscono in maniera proporzionale nelle cinque strutture di ricovero ad eccezione del segmento di attività di radioterapia e chemioterapia, che risulta maggiormente concentrato nei presidi di Gorgonzola e Vizzolo Predabissi, e dell'area ortopedica e materno-infantile, la cui offerta è concentrata solo sui presidi di maggiori dimensioni (Vizzolo Predabissi, Cernusco sul Naviglio e Melzo).

13.4.2 Processo di accompagnamento

Il processo di accompagnamento è stato caratterizzato da tre momenti. Dapprima, le evidenze prodotte durante la fase di analisi e di mappatura sono state discusse in una serie di *brainstorming* con la direzione strategica allo scopo di rilevare pienamente i fattori critici per la riprogettazione della rete ospedaliera e, sulla base di questi, formulare delle ipotesi di rimodulazione. In particolare, le soluzioni di riorganizzazione ipotizzate avevano un duplice scopo: da una parte, rafforzare le vocazioni specialistiche dei singoli presidi (come nel caso di Gorgonzola e Cassano d'Adda) e, dall'altra, promuovere dei modelli di rete per dipartimenti interpresidio che favorissero una migliore distribuzione dei *case mix*

produttivi e un trasferimento del *know-how* tra le varie sedi, adottando politiche di maggiore flessibilità organizzativa (ad esempio, il modello del pendolo per alcune équipe mediche).

Successivamente, sono stati effettuati una serie di «*meeting of minds*» con il *middle management* dell'AO, rappresentato all'interno del Collegio di Direzione, per condividere l'esigenza del cambiamento e la visione della direzione strategica sulla rimodulazione della rete ospedaliera aziendale.

Infine, l'ultima fase ha previsto una serie di laboratori per area nosologica, che hanno visto il coinvolgimento del direttore di dipartimento, dei direttori di UU.OO. e dei referenti delle professioni sanitarie al fine di cogliere nell'ambito della singola UO i fabbisogni organizzativi e le prospettive di sviluppo considerando i punti di vista delle diverse figure professionali.

13.4.3 Soluzioni organizzative per la rete ospedaliera aziendale

Nel caso dell'AO di Melegnano si è mantenuta la struttura organizzativa e di *governance* definita con la delibera del Piano di Organizzazione Aziendale (POA) del 2009 (delibera del direttore generale num. 608/2009) e su tale impostazione, alla luce delle analisi effettuate e dei vari incontri organizzati con i diversi attori aziendali, sono state proposte alcune soluzioni organizzative orientate verso logiche di rete ospedaliera a due livelli (intra-aziendale e interaziendale).

A livello intra-aziendale si è spinto verso un modello di rete poli-antenne valorizzando le vocazioni dei singoli presidi/singole UO ed eliminando le duplicazioni in termini di prestazioni erogate. Tale logica di fondo si è tradotta nella combinazione delle seguenti ipotesi di soluzioni organizzative:

- ▶ la qualificazione dei presidi di piccole dimensioni (Gorgonzola e Cassano D'Adda) nella prospettiva di strutture monospecialistiche rispettivamente sull'area oncologica per i trattamenti chemioterapici e di radioterapia e sull'area della riabilitazione;
- ▶ la valorizzazione delle vocazioni specialistiche per le UU.OO. dei tre presidi di maggiori dimensioni nell'ottica del modello poli-antenne a livello di dipartimenti interpresidio (ad esempio, nell'ambito del dipartimento di chirurgia per l'area ortopedica e traumatologica è stata prevista una casistica diversa per le tre UU.OO. coinvolte, ecc.);
- ▶ l'applicazione del modello del pendolo limitatamente a quelle aree in cui, in relazione alla disponibilità delle tecnologie necessarie per gli interventi, è stato possibile prevedere lo spostamento dell'équipe medica su più presidi (ad esempio, all'interno del dipartimento di chirurgia si prevede lo spostamento dell'équipe di Melzo per l'attività di One Day Surgery – ODS – presso il presidio di Gorgonzola).

Parallelamente, data anche la collocazione geografica dell'AO di Melegnano, a livello interaziendale si è creata una logica di rete «*hub and spoke*» in relazione alle linee produttive e alla tipologia di attività erogata dalle strutture *competitors* pubbliche e private accreditate. Ciò è particolarmente significativo: i) sull'area osteomuscolare in quanto gli IRCCS Humanitas e Policlinico San Donato, erogano attività di alta complessità e di eccellenza su ques'ambito; ii) sull'area pediatrica dove è, invece, previsto un collegamento con l'AO di Bergamo sulla specialità di cardiologia pediatrica e con l'AO San Gerardo di Monza rispetto alla terapia intensiva neonatale. In alcuni ambiti nosologici, quindi, L'AO di Melegnano definisce la propria attività in relazione all'ambiente esterno mantenendo all'interno dei propri presidi un livello assistenziale di media e bassa complessità e attivando regimi assistenziali diurni e/o ambulatoriali.

La Tabella 13.2 riporta le più interessanti soluzioni organizzative di rete ospedaliera proposte nell'ambito degli incontri con i professionisti e discussi con la direzione strategica aziendale.

Tabella 13.2 **Principali soluzioni organizzative di rete ospedaliera nell'AO di Melegnano**

Dipartimento	Area nosologica	Soluzione organizzativa di rete
Chirurgico	Area Ortopedica e traumatologica	Modello a rete «poli-antenne»: <ul style="list-style-type: none"> (i) il presidio di Melzo è maggiormente orientato verso l'area della protesica e del reimpianto di protesi in elezione; (ii) il presidio ospedaliero di Cernusco effettua tutte le tipologie di interventi con una vocazione prevalentemente traumatologica, dovuta anche alla particolare demografia/epidemiologia della popolazione di riferimento, prevalentemente anziana; (iii) il presidio di Vizzolo Predabissi risponde alle esigenze del territorio di riferimento con vocazione prevalentemente traumatologica anche perché si trova in diretta concorrenza con le strutture private accreditate di Humanitas e Policlinico San Donato che effettuano una casistica di eccellenza. In prospettiva potrebbe investire maggiormente sulla One Day Surgery (ODS), con l'attivazione di posti letto nell'area dedicata.
	Area Chirurgica e di terapia intensiva	Modello a rete «poli-antenne»: <ul style="list-style-type: none"> (i) il presidio ospedaliero di Vizzolo Predabissi si riconosce come polo per gli interventi chirurgici in laparoscopia e per la chirurgia d'urgenza; (ii) il presidio di Cernusco si specializza come polo di emodinamica interventistica vascolare; (iii) il presidio di Melzo concentra l'attività chirurgica sull'area oncologica. Modello del «pendolo»: spostamento dell'équipe di Melzo per l'attività di One Day Surgery (ODS) presso il presidio di Gorgonzola per 1-2 volte a settimana.
	Area Otorinolaringoiatria e oculistica	Modello a rete «poli-antenne»: <ul style="list-style-type: none"> (i) il presidio di Melzo presenta un posizionamento specifico sul campo della chirurgia dei seni nasali; (ii) il presidio di Vizzolo si specializza sui tumori della tiroide.

Tabella 13.2 (segue)

Dipartimento	Area nosologica	Soluzione organizzativa di rete
Materno-infantile	Area Ostetrico-ginecologica e pediatrica	<p>Modello a rete «poli-antenne»:</p> <p>(i) il presidio di Vizzolo Predabissi copre tutte e tre le aree dell'area clinica (ostetricia, ginecologia e pediatria), collocandosi come polo aziendale collocato a sud della rete;</p> <p>(ii) i presidi di Cernusco e Melzo si posizionano rispettivamente come polo Nord per la pediatria e la patologia neonatale e come polo Nord per la ginecologia riducendo i punti nascita aziendali da tre a due.</p> <p>Reti interaziendale «hub and spoke»: collegamento dei presidi dell'AO di Melegnano con l'AO di Bergamo per l'area cardiologica pediatrica e con l'AO di Monza per l'area della terapia intensiva neonatale.</p>
	Area Medica e Neurologica	<p>Modello del pendolo:</p> <p>(i) nell'area medica è ipotizzabile uno spostamento su Cernusco e Melzo delle équipes di Vizzolo Predabissi relativamente alle discipline di allergologia, reumatologia, infettivologia</p> <p>(ii) per la neurologia è ipotizzabile un pendolo per le consulenze da parte dell'équipe di Vizzolo Predabissi su Melzo e Cernusco</p>
Medico	Area Cardiologica	<p>Modello del pendolo: spostamento dell'équipe da Cernusco a Melzo due volte alla settimana per le consulenze specialistiche e i secondi consulti sull'area dell'emodinamica, dato che la medicina di Melzo esegue anche attività cardiologica.</p> <p>Rete interaziendale «hub and spoke»: sono state ipotizzate convenzioni per il trattamento dell'Infarto Miocardico Acuto con l'IRCCS San Donato per l'area sud e con il Policlinico di Monza per l'area nord.</p>

13.5 La rete ospedaliera dell'APSS di Trento

13.5.1 Mappatura e analisi dell'ambiente esterno e interno

La Provincia Autonoma (PA) di Trento si estende su 6.206,87 kmq ed è composta da 217 comuni, per una popolazione di 524.826 abitanti. Sul territorio della provincia è presente un'unica Azienda Provinciale per i Servizi Socio-Sanitari (APSS), che comprende 2 presidi ospedalieri di grandi dimensioni ubicati nelle aree cittadine (Trento e Rovereto⁶, che presentano entrambi stabilimenti distaccati) e 5 presidi ospedalieri di piccole dimensioni collocati sul territorio (Tione, Borgo Valsugana, Cavalese, Cles e Arco), per un totale di 1.814 posti letto. Le

⁶ In particolare, il presidio ospedaliero di Trento si articola in 4 stabilimenti: il più grande è lo stabilimento Santa Chiara, collocato a Trento, che conta 800 posti letto e rappresenta tutte le specialità, lo stabilimento di San Giovanni collocato a Mezzolombardo (in ristrutturazione), con vocazione di presidio integrato distrettuale, lo stabilimento di Villa Igea, dedicato alla riabilitazione, e lo stabilimento di Villa Rosa, struttura riabilitativa di degenza per neurologia, ambulatoriale per patologie ortopediche e reumatologiche. Il presidio ospedaliero di Rovereto si articola in due stabilimenti: il più grande è lo stabilimento S. Maria del Carmine, polispecialistico; l'altro è lo stabilimento di Ala dedicato all'attività di Day Hospital di cardiologia e riabilitazione, medicina fisica, riabilitazione psichiatrica, poliambulatori specialistici e punto di primo intervento.

UU.OO. cliniche appartenenti ai diversi presidi ospedalieri dell'APSS sono complessivamente 130 per 33 specialità.

La Tabella 13.3 riporta tutte le UU.OO. cliniche ospedaliere presenti in due o più strutture di ricovero aziendali relative a 18 specialità. In più nel presidio di Trento sono presenti in modo esclusivo le seguenti UU.OO.: Unità di Terapia Intensiva (U.T.I.), U.T.I. Cardiologica (UTIC), U.T.I. Neonatale e *Stroke Unit*, Cardiocirurgia, Chirurgia maxillo-facciale, chirurgia pediatrica, Neurochirurgia, Nefrologia, Neonatologia, Reumatologia, Radioterapia Oncologica, Medicina Nucleare, Dietetica e Nutrizione.

Dal punto di vista organizzativo e della *governance*, il precedente Regolamento di organizzazione dell'APSS (approvato il 14/12/2007) prevedeva esclusivamente la figura monocratica del Direttore Generale coadiuvato dal lavoro di tre direzioni sanitarie e di quattro direzioni amministrative. I due presidi di Trento e Rovereto erano autonomi, mentre i cinque presidi ospedalieri territoriali dipendenti gerarchicamente dal direttore di distretto del territorio di appartenenza. Esistevano due tipologie di dipartimenti ospedalieri di carattere struttu-

Tabella 13.3 **UU.OO. comuni ai diversi presidi ospedalieri dell'APSS**

Unità Operative	Trento	Rovereto	Cles	Borgo	Tione	Cavalese	Arco
Anestesia e Rianimazione	X	X	X	X	X	X	X
Oncologia	X	X	DH			DH	
Cardiologia	X	X					
Centro Dialisi	X	X	X	X	X	X	X
Chirurgia generale	X	X	X	X	X	X	X
Geriatria	X	X	X				
Medicina fisica e riabilitazione	X	X	X	X	X	X	X
Medicina generale	X	X	X	X	X	X	X
Neurologia	X	X					
Anatomia Patologica	X	X					
Ortopedia e traumatologia	X	X	X		X	X	
Ostetricia e ginecologia	X	X	X		X	X	X
Otorinolaringoiatria	X	X					
Patologia Clinica	X	X	X	X	X	X	X
Pediatria	X	X	X			X	
Pneumologia	X	X					X
Pronto Soccorso	X	X	X	X	X	X	X
Radiologia Diagnostica	X	X	X	X	X	X	X
Urologia	X	X					

rale: tre relativi all'area dei servizi e composti da UU.OO. presenti nei sette diversi presidi, mentre alcuni altri di carattere clinico avevano una valenza esclusivamente intra-presidio. Infine, erano previsti quindici dipartimenti funzionali, finalizzati ad elaborare documenti a base tecnico-scientifica per supportare le decisioni aziendali.

Nel 2010 la PA di Trento ha previsto, con l'emanazione della L.P. 16/2010, modificazioni negli assetti di *governance* aziendali e importanti indirizzi organizzativi per l'APSS. Per quanto concerne gli assetti istituzionali aziendali, il cambiamento più rilevante è stata la creazione delle figure del Direttore Sanitario, Direttore amministrativo e Direttore per l'integrazione Socio Sanitaria, prima non esistenti all'interno dell'APSS: tali ruoli, insieme al Direttore Generale, compongono l'organo del Consiglio di Direzione. Anche gli indirizzi organizzativi hanno avuto forte impatto sulla rimodulazione della rete ospedaliera e verranno discussi nel dettaglio nel § 13.5.3.

Riguardo ai collegamenti tra le strutture di ricovero dell'APSS, gli ospedali di piccole dimensioni distano al massimo 80 Km dagli stabilimenti polispecialisti di Trento e Rovereto: in particolare l'ospedale di Cavalese è quello più lontano da entrambi (68 Km di distanza da Trento e 88 Km di distanza da Rovereto). Da tutti i presidi ospedalieri territoriali è possibile raggiungere gli stabilimenti polispecialistici di Trento e Rovereto entro un'ora e mezza e i due stabilimenti distano tra di loro meno di 30 minuti (Tabella 13.4).

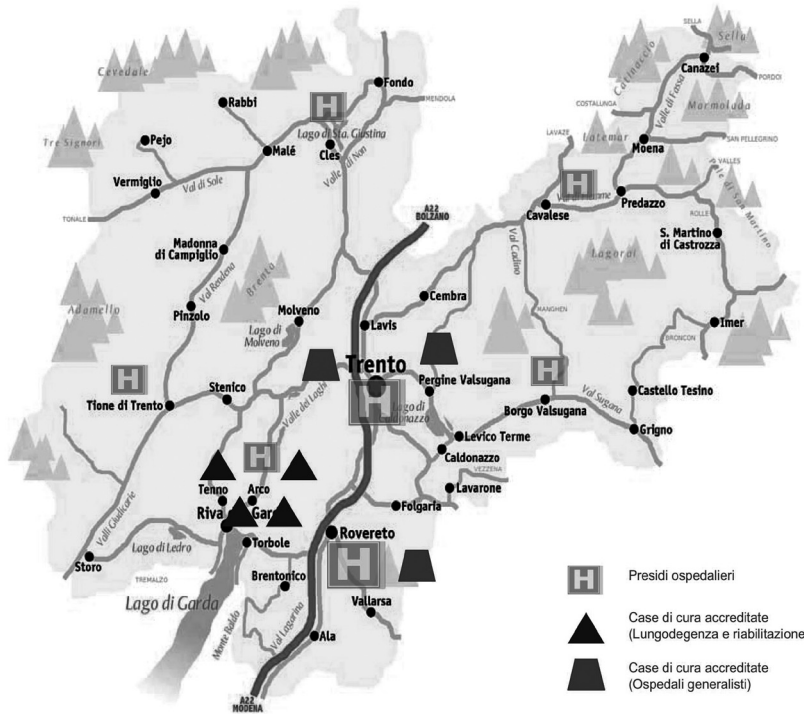
Al centro del territorio provinciale si concentrano i presidi ospedalieri di Trento e Rovereto, mentre i presidi ospedalieri territoriali si distribuiscono in

Tabella 13.4 **Distanze Kilometriche e tempi di percorrenza tra i presidi dell'APSS**

Presidio ospedaliero territoriale	Trento		Rovereto	
	PO S. Chiara – largo Medaglie D'Oro		PO S. Maria d. Carmine – corso Verona	
	KM	Minuti	KM	Minuti
Cles	43	43	66	56
Tione	48	60	70	73
Arco	39	44	22	26
Borgo Valsugana	37	39	66	58
Cavalese	68	60	88	70
Villa Rosa (PO di Trento)	13	18	/	/
Ala (PO di Rovereto)	43	38	14	17
Rovereto	28	28	/	/

Fonte: Nostra elaborazione

Figura 13.7 Il territorio della Provincia di Trento e i presidi ospedalieri presenti



modo omogeneo sul territorio provinciale (Figura 13.7). I presidi sono tutti raggiungibili con strade provinciali mentre l'autostrada attraversa le città di Trento e Rovereto.

Il contesto è caratterizzato anche da 7 strutture private accreditate che assorbono il 18% della produzione ospedaliera della PA di Trento. In particolare:

- ▶ due sono localizzate nel Comune di Arco e sono dedicate alla riabilitazione (S. Pancrazio con 83 PL e ed Eremo con 140 PL);
- ▶ due sono localizzate nel Comune di Arco e sono dedicate alla lungodegenza (Regina con 130 PL e Sacra Famiglia con 20 PL);
- ▶ una, localizzata a Trento, è di carattere generalista (S. Camillo con 125 PL).
- ▶ due case di cura, localizzate rispettivamente a Trento e Rovereto, sono rivolte prevalentemente al segmento della lungodegenza (Villa Bianca con 57 PL e Solatrix con 110 PL), pur avendo al proprio interno UU.OO. di medicina generale e di chirurgia generale.

Quindi, le strutture private accreditate, che contano in totale 665 posti letto, integrano l'offerta delle strutture di ricovero pubbliche, in particolare per l'area delle post-acuzie (lungodegenza e riabilitazione), ad eccezione della struttura S.

Camillo che risulta essere l'unica a sovrapporsi in termini di prestazioni offerte (unica struttura privata accreditata con U.O. di chirurgia generale e con U.O. di ostetricia e ginecologia con volume di attività di 900 parti l'anno).

L'analisi dei flussi dei pazienti per l'anno 2009 evidenzia un tasso di fuga del 15% verso altre regioni italiane, tra le quali Veneto (8%), Provincia Autonoma di Bolzano (3%) e Lombardia (2%). Parallelamente, il tasso di attrazione del 2009 nella PA di Trento è stato pari al 12% e le regioni dalle quali sono stati attratti più pazienti sono state: Veneto (4%), Lombardia (3%), Provincia autonoma di Bolzano (1%).

Scomponendo il tasso di attrazione si evidenzia che 58% dei pazienti fuori regione è dimesso dalle strutture pubbliche mentre il 42% dalle strutture private accreditate.

In particolare, analizzando la produzione ospedaliera dei presidi dell'APSS e delle strutture private accreditate si osserva una percentuale elevata di pazienti fuori regione per le strutture accreditate dedicate alla lungodegenza e alla riabilitazione (Tabella 13.5): il 60% per le strutture Eremo (riabilitazione) e Regina (lungodegenza) e il 75% per la struttura S. Famiglia (lungodegenza). La quota di fuori regione cala per le strutture accreditate che non svolgono esclusivamente attività di riabilitazione o lungodegenza: S. Pancrazio dimette il 30% di pazienti fuori regione, Villa Bianca il 25%, Solatrix il 20% e il S. Camillo dimette solo il 7% di pazienti non residenti nella PA di Trento. La quota di pazienti fuori regione per i presidi dell'APSS è invece pari all'8% dei dimessi totali.

Per gli ospedali dell'APSS, mediamente l'84% dei dimessi si concentra in soli 23 comuni, ad eccezione dei presidi di Trento e Cles (Figura 13.8). La mobilità interna verso l'ospedale di Trento è causata dalla presenza esclusiva di alcune discipline, quali ad esempio la cardiocirurgia e la neurochirurgia. Il presidio di Cles, invece, rappresenta l'ospedale di riferimento per i cittadini residenti nei numerosi comuni di piccole dimensioni⁷ della Val di Non e della Val di Sole.

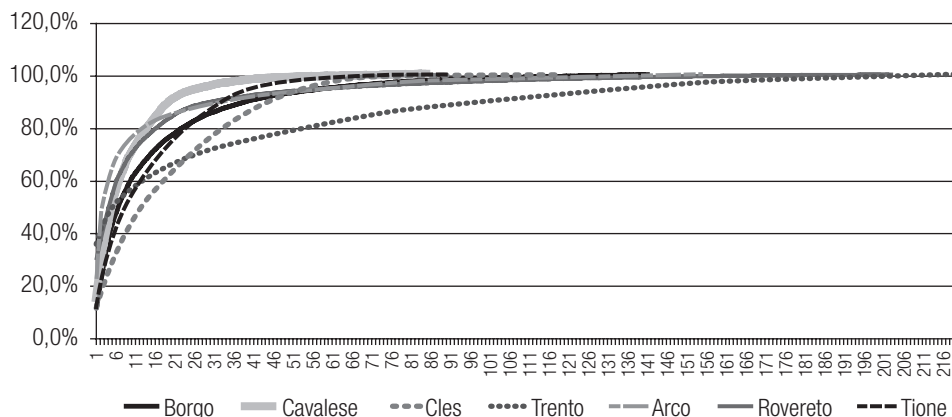
Tabella 13.5 **Scomposizione produzione ospedaliera APSS per residenti e non residenti (2009)**

	Residenti		Fuori Regione		Totale
	%	V.A.	%	V.A.	
Totale produzione Ospedaliera PA di Trento	88%	84.051	12%	11.174	95.225
Totale Produzione Ospedaliera APSS	92%	71.549	8%	6481	78.030
Totale Produzione Ospedaliera Privato Accreditato	73%	12.502	27%	4693	17.195

Fonte: Flusso Schede di Dimissione Ospedaliera 2009 – Ministero della Salute

⁷ L'analisi delle aree gravitazionali presuppone comuni di dimensioni simili.

Figura 13.8 **Le aree gravitazionali degli ospedali dell'APSS**



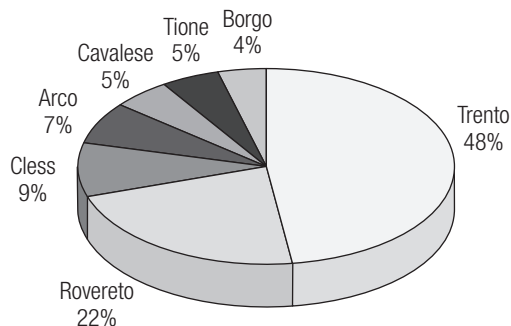
Fonte: Flusso Schede di Dimissione Ospedaliera 2009 – APSS

La produzione ospedaliera dell'APSS si svolge per quasi la metà negli stabilimenti del presidio ospedaliero di Trento (Figura 13.9). Il secondo presidio ospedaliero per volume di dimessi è quello di Rovereto, che svolge il 22% della produzione ospedaliera dell'APSS; gli altri presidi svolgono meno del 10% del totale della produzione ospedaliera (Cles 9%, Arco 7%, Cavalese 5%, Tione 5%, Borgo 4%).

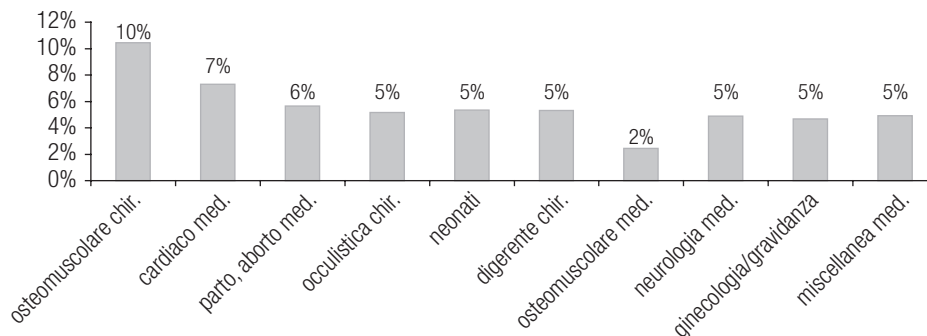
La produzione ospedaliera dell'azienda trentina non evidenzia picchi di attività relativi a specifiche linee produttive. La linea produttiva che contribuisce maggiormente è l'osteomuscolare chirurgica, i cui ricoveri rappresentano il 10% della produzione ospedaliera dell'APSS (Figura 13.10).

Scomponendo la produzione ospedaliera dell'APSS rispetto alle linee produttive e ai presidi ospedalieri (Tabella 13.6), si evidenzia che la principale linea produttiva è quella osteomuscolare chirurgica, ad eccezione di Arco e di

Figura 13.9 **Distribuzione dei ricoveri dell'APSS di Trento per presidio ospedaliero (valori %)**



Fonte: Flusso Schede di Dimissione Ospedaliera 2009 – APSS

Figura 13.10 **Produzione ospedaliera dell'APSS per Linee Produttive**

Fonte: Flusso Schede di Dimissione Ospedaliera 2009 – APSS

Trento. Il presidio di Arco concentra la sua attività nella linea cardiaco-medica (11%), ginecologia (11%) e parto/aborto medico (12%). La prevalenza di attività ginecologiche, giustificata dalla presenza di un centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). Infine, la linea «oculistica chirurgica» è svolta esclusivamente dagli ospedali di grandi dimensioni, ovvero l'ospedale di Trento e l'ospedale di Rovereto.

Tabella 13.6 **Scomposizione della produzione ospedaliera per Linea Produttiva, rispetto al presidio ospedaliero**

Linea Produttiva	Presidio Ospedaliero								V.A. APSS	LP sul totale della produzione
	Borgo	Cavalese	Cles	Trento	Arco	Rovereto	Tione	Totale		
osteomuscolare chir.	5%	13%	13%	34%	3%	24%	9%	100%	8.159	10%
cardiaco med.	6%	4%	16%	35%	11%	21%	7%	100%	5.691	7%
parto, aborto med.	1%	6%	9%	45%	12%	23%	6%	100%	4.405	6%
oculistica chir.	0%	0%	0%	62%	0%	38%	0%	100%	4.031	5%
neonati	0%	7%	10%	42%	11%	23%	7%	100%	4.168	5%
digerente chir.	10%	7%	13%	36%	10%	20%	5%	100%	4.146	5%
osteomuscolare med.	4%	5%	7%	61%	2%	18%	4%	100%	1.908	2%
neurologia med.	4%	4%	7%	50%	6%	24%	4%	100%	3.816	5%
ginecologia/gravidanza	3%	7%	7%	33%	16%	31%	3%	100%	3.643	5%
miscellanea med.	5%	5%	11%	48%	6%	17%	7%	100%	3.837	5%
Totale complessivo	4%	5%	9%	48%	7%	22%	5%	100%	78.030	56%

Fonte: Flusso Schede di Dimissione Ospedaliera 2009 – APSS

13.5.2 Processo di accompagnamento

Il processo di accompagnamento alla riprogettazione della rete ospedaliera ha previsto, fin dai primi momenti, una serie di *brainstorming* con il Consiglio di Direzione sia per la discussione della mappatura e della diagnosi del contesto di riferimento sia in merito alle possibili ipotesi di organizzazione del SOP⁸.

I *brainstorming* con il Consiglio di Direzione sono stati quattro, anticipati dalla produzione di evidenze o di ipotesi alternative di riprogettazione da discutere nell'ambito dell'incontro stesso.

In un secondo tempo sono stati effettuati alcuni momenti di «meeting of minds» con un gruppo di lavoro allargato ai direttori di presidio ospedaliero, ai direttori di distretto e ai principali direttori delle tecnostrutture amministrative e sanitarie. In questi incontri sono state presentate le ipotesi di riorganizzazione dell'APSS emerse a seguito dei *brainstorming* con il Consiglio di Direzione, al fine di ricevere stimoli e proposte in merito alle soluzioni organizzative identificate.

Dopo questi ulteriori momenti di elaborazione delle scelte di riprogettazione organizzativa, si è svolto un *workshop* con i direttori delle UU.OO. ospedaliere per la presentazione delle proposte di riorganizzazione dell'APSS e, in particolare, della rete ospedaliera. La presentazione mirava a far comprendere, a partire anche dalle disposizioni normative, quali fossero i fabbisogni organizzativi ai quali la proposta di rete ospedaliera voleva rispondere. Lo scopo di questo *workshop* è stato quello di favorire la partecipazione dei direttori di UU.OO. alla riprogettazione delle reti ospedaliere e garantire la condivisione anche culturale al progetto.

Successivamente è stato distribuito il materiale prodotto per il *workshop* ad ogni direttore di struttura ed è stata stabilita una *deadline* per l'invio di eventuali *feedback* in merito alle scelte organizzative per la rete ospedaliera, sia in termini di principi di fondo sia in termini di progettazione di dettaglio. È stata, quindi, stabilita una giornata di «raccolta *feedback*» in cui i direttori di UU.OO., una volta inviati i loro commenti, potessero esprimere personalmente le proprie idee sull'organizzazione alla direzione strategica aziendale.

Sulla base delle risultanze di questa giornata di raccolta *feedback*, si è tenuto un ulteriore *brainstorming* del Consiglio di Direzione per verificare quali fossero gli *input* da prendere in considerazione rispetto alla riprogettazione delle reti ospedaliere e inserirli nel quadro della riorganizzazione.

Infine, è stato organizzato un *workshop* finale per la presentazione definitiva delle soluzioni per la riorganizzazione della rete ospedaliera.

⁸ Il progetto di riorganizzazione dell'APSS di Trento ha riguardato tutte le aree assistenziali dell'azienda e, quindi, non solo l'area ospedaliera ma anche l'area territoriale, della prevenzione e amministrativa. Per gli scopi di questo lavoro, tuttavia, ci si soffermerà sulla riprogettazione della rete ospedaliera.

13.5.3 Le soluzioni organizzative della rete ospedaliera aziendale

Come sottolineato nei precedenti paragrafi, la maggiore spinta verso la riprogettazione della rete ospedaliera dell'APSS di Trento è dovuta ai cambiamenti normativi che, con la promulgazione della L.P. 16/2010, hanno prodotto nuove politiche e nuovi assetti istituzionali alla base del Servizio Sanitario Provinciale trentino. La L.P. 16/2010 ha modificato profondamente anche l'assetto organizzativo dell'APSS di Trento e, in particolare, le logiche di riferimento per la *governance* e l'organizzazione della rete ospedaliera.

Precedentemente, i cinque presidi ospedalieri territoriali di piccole dimensioni (Cles, Tione, Arco, Cavalese e Borgo Valsugana) erano gerarchicamente sottoposti alla direzione di distretto nel quale erano territorialmente collocati (che, in molti casi, coincideva con la direzione dello stesso presidio ospedaliero territoriale), mentre i due presidi ospedalieri di grandi dimensioni (Santa Chiara di Trento e Rovereto) erano gestiti ciascuno da un proprio direttore di ospedale che riferiva direttamente alla direzione generale.

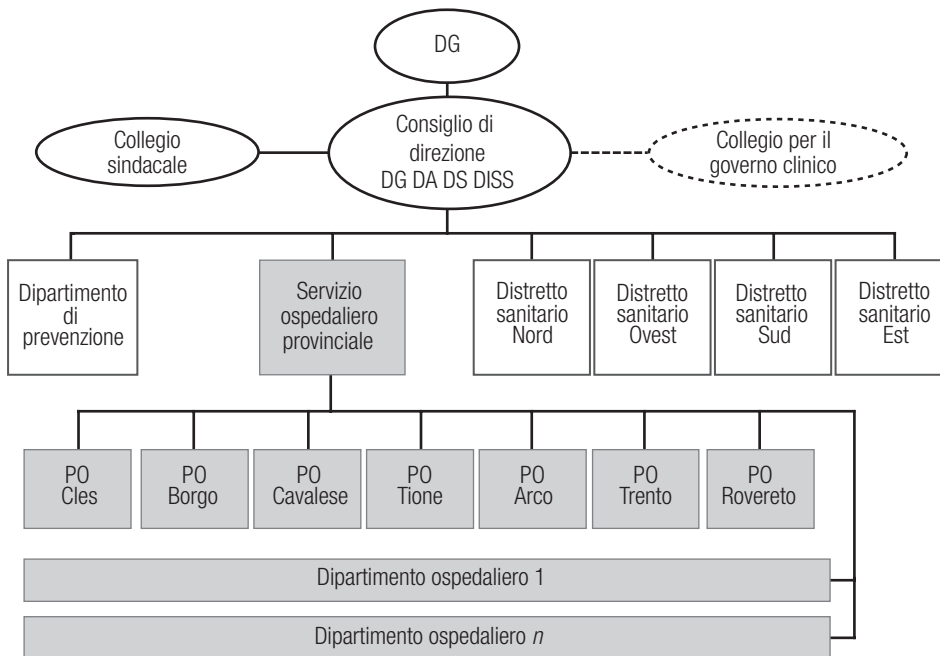
Tale situazione comportava un'elevata frammentazione della rete ospedaliera, in quanto ognuno dei diversi presidi ospedalieri territoriali operava nel proprio ambito territoriale senza una forte integrazione né con le altre strutture ospedaliere territoriali né con i presidi di Trento e Rovereto. La ricerca di un'integrazione clinica e organizzativa era, in tali casi, demandata alla volontà dei singoli direttori di distretto, di presidio o dei singoli professionisti.

In primo luogo, la nuova normativa ha risposto a questa frammentazione cambiando completamente il modello di *governance* e organizzativo della rete ospedaliera intesa nel suo complesso: è stata prevista l'istituzione di un Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP) al quale afferiscono gerarchicamente le 7 strutture ospedaliere di ricovero appartenenti all'APSS (Figura 13.11). Il SOP viene coordinato da un unico responsabile (il Direttore del SOP) e ciascuna delle strutture ospedaliere ha un proprio direttore, subordinato al Direttore del SOP. I presidi ospedalieri territoriali sono stati, quindi, scorporati gerarchicamente dai distretti per formare un'unica rete ospedaliera provinciale con gli ospedali di maggiori dimensioni.

In secondo luogo, nella stessa L.P. all'art. 35 si definisce l'organizzazione dipartimentale come il modello ordinario di gestione operativa delle attività sanitarie e socio-sanitarie di competenza dell'azienda. Tale previsione normativa ha ispirato una maggiore enfasi sulla riorganizzazione in senso dipartimentale dell'intera rete ospedaliera.

Di conseguenza, nel caso dell'APSS di Trento la riprogettazione ha riguardato quattro livelli fondamentali: 1) la *governance* del servizio ospedaliero provinciale dell'azienda; 2) la riorganizzazione delle reti ospedaliere per stabilimento; 3) la riorganizzazione delle reti ospedaliere per dipartimento; 4) la previsione di modelli organizzativi «in rete».

Figura 13.11 **Organigramma ex L.P. 16/2010 e successive modificazioni e integrazioni: focus su Servizio Ospedaliero Territoriale (SOP)**



Fonte: Nostra elaborazione

A partire dalle indicazioni normative e dalla situazione di contesto, la logica di fondo che ha portato avanti la riorganizzazione della rete ospedaliera sui quattro livelli è stata quella di ricercare unitarietà, integrazione e nuove sinergie sino a considerare il SOP alla stregua di «unico ospedale» sul territorio dell'APSS.

Per quanto riguarda il punto della *governance*, il SOP è dotato di autonomia gestionale, nell'ambito degli obiettivi e delle risorse negoziati con il Consiglio di Direzione.

Il Direttore del SOP è responsabile dei risultati della rete ospedaliera provinciale, che persegue unitariamente tramite:

- ▶ i dipartimenti ospedalieri e le UU.OO. di cui sono composti, per quanto riguarda la produzione dei servizi ospedalieri;
- ▶ i direttori di struttura ospedaliera, per la gestione operativa e il governo clinico.

La rete ospedaliera che si viene a configurare all'interno del SOP prevede, quindi, una soluzione organizzativa di carattere matriciale nella quale i direttori di struttura ospedaliera e i direttori di dipartimento (e delle UU.OO. che ne fanno

parte) perseguono funzioni diverse ma partecipano al buon svolgimento delle attività ospedaliere della rete.

Il direttore di struttura ospedaliera, in particolare, è responsabile delle attività igienico-organizzative della propria struttura ospedaliera e ne coordina la gestione operativa (ad es.: blocco operatorio, posti letto, turni di guardia) al fine di ottimizzarne l'utilizzo, garantire l'unitarietà funzionale e realizzare le migliori condizioni per lo svolgimento dei processi clinico-assistenziali.

Per garantire l'integrazione del SOP il direttore di struttura ospedaliera può, inoltre, assumere funzioni di coordinamento trasversali alle strutture ospedaliere:

- ▶ su specifici ambiti e attività di governo clinico (ad esempio, il controllo delle infezioni ospedaliere, *risk management*, *Health Technology Assessment*, continuità assistenziale rete ospedaliera-distretti);
- ▶ sulla gestione operativa di aree produttive ospedaliere (ad es. sale operatorie, modelli organizzativi delle aree di degenza).

In relazione al secondo punto, come emerso nell'analisi, le condizioni fisico-ografiche del territorio e il bacino di riferimento prevalentemente locale dei presidi ospedalieri territoriali mostrano chiaramente la necessità di mantenere un ruolo di primo piano anche per i presidi più piccoli all'interno della rete. In tal modo è garantita l'equità nell'accesso anche per le collettività più distanti dal centro, le quali devono ricevere assistenza in urgenza e in elezione a bassa/media complessità in particolare nell'ambito di ortopedia e traumatologia, del materno-infantile, della chirurgia e della medicina generale.

Tuttavia, permane l'importanza degli ospedali Trento e Rovereto come *hub* del sistema ospedaliero, nei quali viene concentrata la casistica a più alta complessità e specializzazione. Se però Trento vede la presenza di alcune UU.OO. di altissima specializzazione come la Cardiochirurgia e la Neurochirurgia e assume il grado di *hub* di secondo livello per tutta la rete provinciale, Rovereto ha un ruolo di *hub* soprattutto per il bacino di utenza più prossimo, fornendo la risposta all'alta complessità per la zona sud del Trentino nelle discipline ivi presenti.

Per quanto concerne il terzo livello di riorganizzazione della rete, la scelta della soluzione dipartimentale più adatta per ricercare l'integrazione tra i presidi ospedalieri è andata verso la progettazione di dipartimenti ospedalieri inter-presidio, che comprendono in modo trasversale UU.OO. di diversi presidi ospedalieri.

I dipartimenti costituiti nell'APSS di Trento sono 12, di seguito classificati per criteri di aggregazione:

- ▶ dipartimenti per organo o area nosologica (Cardiovascolare, Neuroscienze, Oncologico, Ortopedico);
- ▶ dipartimenti per grandi aree specialistiche (Medico, Chirurgico);
- ▶ dipartimenti per cluster di utenti (Materno infantile);

- ▶ dipartimenti per momento di intervento sanitario (Emergenza, Riabilitazione);
- ▶ dipartimenti dell'area servizi (Anestesia e rianimazione, Laboratorio e servizi, Diagnostica per immagini).

In particolare, i dipartimenti medico, chirurgico, ortopedico, materno-infantile, di emergenza/urgenza, di anestesia e rianimazione, di riabilitazione e lungodegenza, prevedono la partecipazione di UU.OO. insistenti sia nei presidi di Trento e di Rovereto sia nei presidi di piccole dimensioni. Questa soluzione organizzativa punta a migliorare l'integrazione tra tutti i professionisti che lavorano nel dipartimento indipendentemente dalla loro collocazione nei presidi, in questo modo si favorisce l'omogeneizzazione dei comportamenti clinici e il perseguimento dei migliori livelli di qualità dei servizi sanitari erogati in qualsiasi punto della rete ospedaliera.

Nel modello dipartimentale adottato dall'APSS di Trento si rinvergono le caratteristiche fondamentali dei sistemi «*hub and spoke*» per dipartimenti: le UU.OO. che insistono a Trento e Rovereto diventano gli *hub* che effettuano anche interventi ad alta specializzazione e complessità, mentre le UU.OO. dei presidi ospedalieri di piccole dimensioni sono degli *spoke* che rispondono a tutte le necessità dei pazienti fino alla media complessità.

Infine, un'altra soluzione di carattere organizzativo ha previsto l'applicazione di logiche organizzative «in rete», ossia di carattere clinico-scientifico. Sono state

Riquadro 13.3 **Le reti cliniche attivate nell'APSS di Trento**

Le reti cliniche istituite nell'APSS sono:

- rete cardiovascolare, che coinvolge i professionisti delle unità operative del dipartimento cardiovascolare e delle unità operative del dipartimento medico che effettuano attività cardio-vascolare;
- rete gastroenterologica, che coinvolge i professionisti della unità operativa di gastroenterologia del dipartimento chirurgico e i professionisti delle unità operative del dipartimento medico e del dipartimento chirurgico che svolgono attività gastroenterologica ed endoscopica;
- rete oncologica, che coinvolge i professionisti delle unità operative del dipartimento di oncologia e del dipartimento medico che effettuano attività oncologica e delle articolazioni organizzative territoriali che sono coinvolte nella presa in carico del paziente oncologico;
- rete pneumologica, che coinvolge i professionisti delle unità operative di pneumologia e delle unità operative di Medicina generale del dipartimento medico che effettuano attività pneumologica;
- rete trasfusionale, che coinvolge i professionisti del servizio immuno-trasfusionale, delle unità operative del dipartimento laboratorio e servizi e delle unità operative che effettuano attività trasfusionale o di raccolta sangue;
- rete nefrologia e dialisi, che coinvolge i professionisti della unità operativa di nefrologia e dei centri dialisi e i referenti delle strutture ospedaliere in cui insiste il centro dialisi;
- rete allergologica, che coinvolge i professionisti che svolgono attività allergologica all'interno dell'APSS.

istituite delle «reti cliniche» che coinvolgono professionisti appartenenti ad UU.OO. ospedaliere o anche territoriali, indipendentemente dal dipartimento di afferenza (ad esempio, è il caso degli specialisti cardiologi dei piccoli presidi che afferiscono alle UU.OO. di medicina generale). Le reti cliniche devono garantire il miglioramento della qualità delle cure e omogeneizzazione delle pratiche tecniche, cliniche e organizzative tra tutti i professionisti che fanno parte della stessa rete (Riquadro 13.3).

13.6 Conclusioni

Le esperienze di riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale dell'AO di Melegnano e dell'APSS di Trento sono state particolarmente interessanti sia dal punto di vista delle soluzioni organizzative identificate, costruite sulla base delle caratteristiche del contesto e delle peculiarità aziendali, sia dal punto di vista del processo di accompagnamento, necessario per la condivisione delle scelte di rete con il *middle management* e i direttori di struttura complessa ospedaliera.

Dal punto di vista organizzativo, le scelte di riprogettazione sono scaturite da input diversi: nel caso di Melegnano, la necessità di continuare ad operare in modo sostenibile in un ambiente fortemente competitivo; nel caso dell'APSS di Trento, l'esigenza di dover modificare interamente il proprio sistema di *governance* e organizzativo a seguito della L.P. n. 16/2010.

In particolare, l'AO di Melegnano ha previsto la progettazione di reti ospedaliere combinando:

- ▶ modelli «*hub and spoke*» per la dimensione interaziendale, per cui i presidi ospedalieri dell'AO svolgono prevalentemente funzioni di *spoke* rispetto alle strutture pubbliche e private accreditate di eccellenza che nello stesso territorio svolgono funzioni di *hub* polispecialistici o monospecialistici;
- ▶ modelli «poli e antenne» per dipartimenti interpresidio e meccanismi di pendolo delle *équipes* per la dimensione intra-aziendale, col duplice scopo sia di rafforzare le vocazioni specialistiche a livello di presidio (come nel caso di Gorgonzola e Cassano d'Adda) e a livello di UU.OO., sia di promuovere un trasferimento del *know-how* tra le varie sedi e di garantire l'equità di accesso ai bacini di utenza locale.

Nel caso dell'APSS, le modificazioni dell'assetto istituzionale e organizzativo previste dalla nuova normativa hanno favorito la nascita di un sistema ospedaliero provinciale caratterizzato da una maggiore integrazione e, conseguentemente, dalla ricerca di sinergie di rete. L'attenzione del processo di riorganizzazione si è esclusivamente concentrata sulla riprogettazione della rete aziendale,

data la forte complementarità tra la casistica trattata dalle strutture pubbliche e quella erogata dalle strutture private accreditate (nella quasi totalità dei casi concentrata sull'area della post-acuzie). Sono, quindi, stati sposati:

- ▶ modelli «*hub and spoke*» per presidio ospedaliero, riconoscendo come *hub* provinciale l'ospedale di Trento e come *hub* del sud del Trentino l'ospedale di Rovereto, mentre i presidi ospedalieri territoriali sono gli *spoke* del sistema che garantiscono l'equità dell'accesso alle collettività più distanti dal centro;
- ▶ modello «*hub and spoke*» per dipartimenti interpresidio, allo scopo di migliorare l'omogeneità dell'accesso e la qualità della risposta assistenziale di media complessità su tutti gli ospedali, rimandando agli *hub* l'attività di media/alta complessità;
- ▶ modelli di «organizzazione in rete» clinico-scientifica, allo scopo di omogeneizzare i comportamenti clinici tra professionisti della stessa disciplina.

La ricerca dell'unitarietà e della trasversalità del sistema ha prodotto anche un cambiamento nel ruolo del direttore di struttura ospedaliera che, per ambiti specifici di attività, svolge una funzione di coordinamento tecnico-scientifico di tutta la rete ospedaliera provinciale.

Il processo di accompagnamento effettuato fino ad oggi per entrambe le esperienze si è focalizzato sulla definizione e la condivisione delle proposte di riprogettazione delle reti. Non meno importante sarà, da questo momento in avanti, lo sforzo di accompagnare l'implementazione delle soluzioni organizzative di rete individuate.

La riprogettazione delle reti ospedaliere vede la realizzazione degli effetti desiderati solo su un arco di tempo di lungo periodo, con il rischio di far venir meno quell'ambizione collettiva che è stata il motore del progetto di riorganizzazione.

Tale considerazione rispecchia la situazione di entrambi i casi, sebbene in modo diverso: i) per l'APSS, il processo di implementazione è nella sua fase iniziale e, per essere tradotto in pratica, necessita di un forte coinvolgimento del *top management* in qualità di committente, del *middle management* in qualità di cinghia di trasmissione delle strategie organizzative aziendali e dei professionisti che dovranno concretizzare il funzionamento delle reti ospedaliere; ii) per l'AO di Melegnano il percorso è stato intrapreso da circa due anni e oggi si trova di fronte ad una nuova sfida, ossia la capacità e la volontà di portare avanti una continuità di intenti tra la direzione strategica precedente – sponsor del progetto di riorganizzazione – e quella attuale.

Inoltre, è bene precisare che la costituzione delle reti tra gli ospedali non deve produrre una maggiore «circolazione» di pazienti, ma al contrario una migliore canalizzazione iniziale che eviti successivi trasferimenti e spostamenti. Perciò è fondamentale porre l'attenzione su ulteriori aree di intervento (Black, 2002; Hernandez, 2000):

- ▶ il raggiungimento di una piena conoscenza reciproca tra strutture e professionisti, di modo che la rete agisca come veicolo di trasmissione di informazioni che possono aiutare il MMG, lo specialista o lo stesso paziente ad identificare la struttura più idonea per lo specifico problema clinico;
- ▶ la messa in collegamento delle strutture e dei professionisti con le tecnologie informatiche per lo scambio di pareri/consulenze, di immagini, di dati e, in prospettiva, per gli interventi chirurgici in remoto e robotizzati.

Bibliografia

- Bensa G., Carbone C. e Lega F. (2008), «Le reti ospedaliere dei SSR: un'analisi comparativa» in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2008*, Egea, Milano.
- Black A. (2002), «Education and debate: reconfiguring health systems», *BMJ*, 325(7375), pp. 1290-1293.
- Burhmal B. (2002) «The future is now», *Health Facilities Management*, mar, pp. 16-22.
- Carbone C., Prenestini A., Lega F., Garbelli C., Ceratti F. e Troiano D. (2011), «Organizzare la rete ospedaliera aziendale: costruzione e applicazione di un modello teorico», in *Mecosan*, 78.
- Edwards N., Wyatt S. e Mckee M. (2004), «Configuring the hospital in the 21^o century», in *Policy Brief n°4*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Fattore G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- Hernandez S.R. (2000), «Horizontal and vertical healthcare integration», *Health-care Papers*, 1(2), pp. 59-65.
- Institute for Public Policy Research (2006), *Hospital Reconfiguration*, London.
- Lega F. (2001), «Organizzazione, strategia e gestione dei dipartimenti ospedalieri nelle aziende sanitarie multi-ospedale: proposta, analisi e discussione di possibili assetti di riferimento», *Organizzazione Sanitaria*, 1, pp. 2-17.
- Lega F. (2003), *Gruppi e reti aziendali in sanità*, Egea, Milano.
- Lega F. (2008), *Management dell'azienda brain-intensive*, Egea, Milano.
- Lega F., Mauri M. e Prenestini A. (2010), *L'ospedale tra presente e futuro*, Egea, Milano.
- Lewin K. (1946), «Action research and minority problems», *Journal of Social Issues*, 2, pp. 34-46.