

# 15 Oltre i pregiudizi e le mode: natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale

di Federico Lega

## 15.1 Perché innovare l'organizzazione dell'ospedale?

*Management fashion.* Probabilmente questa è la definizione che meglio descrive quanto è stato scritto e discusso negli ultimi anni sul tema dell'ospedale per intensità di cura. Un termine che è stato usato ed abusato con attribuzione di contenuti e significati molto diversi tra loro. Un tema peraltro spesso agitato anche strumentalmente come uno spauracchio per resistere ai recenti tentativi di innovazione organizzativa nella gestione dell'ospedale. Per superare l'approccio alla «moda», e trovare la sostanza del ragionamento su cui si fonda l'idea di un ospedale modulato anche per intensità di cura, occorre chiarirsi sui contenuti del più ampio cambiamento organizzativo che sta interessando il mondo ospedaliero.

Gli ospedali moderni stanno vivendo un momento di profondo cambiamento nell'ambiente in cui operano, con spinte esogene ed endogene che producono nuovi fabbisogni organizzativi rispetto al passato, e tra le quali, senza pretesa di esaustività, si possono ricomprendere le seguenti:

1. Cambiamento demografico della popolazione ed aumento della complessità dei bisogni di salute del paziente. È evidente come oggi si assista ad un costante invecchiamento della popolazione (in molti ospedali l'età media dei pazienti in area medica supera i 75 anni, l'età media complessiva dei pazienti è in crescita), a un aumento delle malattie croniche e ad un conseguente aumento di complessità dei pazienti, che specialmente in età anziana sono caratterizzati dalla compresenza di patologie, da condizioni di fragilità e di non autosufficienza. L'impatto che tale cambiamento ha sull'organizzazione dell'ospedale si riflette su diversi aspetti operativi. Da un lato c'è una necessità di *setting* assistenziali dedicati, dove gestire casi molto complessi, interdisciplinari, che spesso presentano difficoltà nella dimissione, e che finiscono per ridurre generalmente la possibilità del reparto in cui oggi sono ricoverati di

svolgere la sua attività primaria. Per esempio, tale fenomeno si osserva anche per i pazienti anziani con ictus che non richiedono riabilitazione intensiva e rimangono in *stroke unit* per un numero di giorni superiore al necessario dal punto di vista clinico-assistenziale. In modo gergale questi pazienti sono talvolta identificati come «pazienti figli di nessuno». Inoltre, spesso i pazienti più critici, tipicamente anziani, sono ricoverati in rianimazione dove trascorrono molte giornate (anche mesi), riducendo di fatto la capacità produttiva dell'area ed influenzando sulle attività chirurgiche e di urgenza che necessiterebbero di tale livello assistenziale<sup>1</sup>.

2. Evoluzione tecnologica, che grazie alle nuove possibilità chirurgiche e terapeutiche (chirurgia mini-invasiva, robotica, diagnostiche interventistiche ecc.) modifica le necessità assistenziali ed in generale i processi produttivi tra fasi pre-operatorie, di intervento e post-acuzia.
3. Convergenze di saperi, tra discipline che si sovrappongono nelle possibilità terapeutiche. Nuovi farmaci, le diagnostiche interventistiche, possibilità chirurgiche emergenti, producono in diverse aree – quali ad esempio l'oncologia, le neuroscienze, il cardiovascolare, il muscolo scheletrico ecc. – la necessità di un maggiore coordinamento operativo nei processi erogativi ed una strategia di sviluppo governato per definire priorità condivise negli investimenti e nel portafoglio di attività, onde evitare i rischi connessi all'intensificazione di eventuali *turf wars* professionali.
4. Cambiamenti nella demografia professionale, che evidenziano tre principali trend: (i) una femminilizzazione del personale medico, (ii) una riduzione complessiva nel numero di medici, (iii) un invecchiamento della popolazione dei medici. Questo si riflette nella necessità di innovare gli schemi organizzativi e lavorativi per fronteggiare l'eventuale stress di disponibilità di professionisti, anche attraverso una politica del personale di ampio respiro che riconsideri il mix e l'insieme delle professionalità operanti nell'ospedale. In questa prospettiva si inserisce anche la crescita di aspettative da parte delle professioni sanitarie per nuovi ruoli e responsabilità organizzative: dalla gestione del blocco operatorio, all'area post acuta, il *fast track* in area urgenza, ecc.
5. Esigenza sempre più diffusa di trovare schemi organizzativi efficaci nel coniugare ricerca ed assistenza al letto del paziente: per finalizzare al meglio le limitate risorse della ricerca, coinvolgere il maggior numero possibile di professionisti nella ricerca, diffondere i saperi emergenti in tutti i professionisti e sfruttare le opportunità di ricerca in tutte le sedi ospedaliere, siano esse aziende ospedaliero-universitarie (AOU) o ospedali di profilo diverso. Certamente

<sup>1</sup> L'ospedalizzazione rappresenta per molti anziani anche un fattore di rischio di declino funzionale e cognitivo, per la comparsa di altre sindromi geriatriche e, in ultima analisi, di istituzionalizzazione e morte.

per le AOU le problematiche relative all'organizzazione interna, per renderla funzionale agli scopi di integrare ricerca-didattica-assistenza, hanno rappresentato il problema decisionale fondamentale degli ultimi anni, probabilmente mai risolto fino in fondo, e che è tornato al centro della ribalta con la riforma universitaria ed il cambiamento degli assetti organizzativi su tale fronte (Carbone et al 2010).

L'insieme delle sfide poste dai cambiamenti sopra richiamati porta gli ospedali a confrontarsi con tre grandi priorità:

- ▶ Aumentare l'efficienza nell'uso delle risorse a disposizione, la loro produttività.
- ▶ Rispondere a bisogni di cura ed assistenza di un paziente diverso da quello di venti anni fa, più complesso, complicato e spesso fragile, con soluzioni assistenziali coerenti alla differenziazione nella complessità.
- ▶ Integrare meglio saperi e processi clinici, soprattutto laddove esistono specializzazioni con possibilità di sovrapposizione nelle attività terapeutiche e diagnostiche.

Per affrontare queste tre sfide sta emergendo una riflessione complessiva sull'organizzazione dell'ospedale, che parte dal riconoscimento dell'attuale inadeguatezza del modello tradizionale fondato originariamente sul reparto-unità operativa ed evoluto verso le logiche dipartimentali. Tale modello ha svolto egregiamente per tutto il secolo scorso la funzione per cui era stato concepito, cioè quella di sostenere i processi di specializzazione delle attività ospedaliere. Specializzazione che trovava corrispondenza e terreno per crescere in una organizzazione che identificava responsabilità precise – i primariati, le unità operative – associate agli ambiti in cui si evolvevano le competenze ed in cui era necessario investire risorse (personale, tecnologie, posti letto dedicati). Si fa riferimento ai processi di «filiatura» che hanno visto l'emergere, ad esempio in campo cardiologico, delle unità di elettrofisiologia, delle emodinamiche, delle cardiologiche, ecc. Un'organizzazione che metteva al centro della propria attenzione il sapere specialistico, e che ha visto come naturale evoluzione la dimensione del dipartimento come livello organizzativo superiore, ma sempre con connotazioni di natura specialistica o disciplinare, preposto alla condivisione delle risorse, all'integrazione operativa alla ricerca del coordinamento strategico sui futuri sviluppi di competenze, tecnologie, attività, e alla «manutenzione» dei saperi già acquisiti.

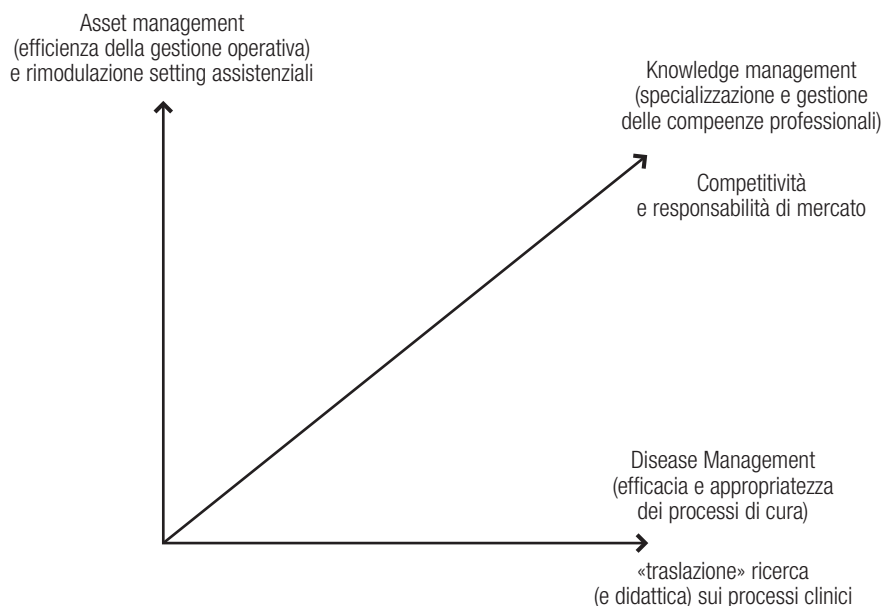
Tuttavia, la dimensione dipartimentale e quella dell'unità organizzativa non riescono a dare risposte pienamente adeguate alle tre grandi priorità sopra richiamate per l'evidente fatto che gli stessi dipartimenti sono una partizione organizzativa che divide tali saperi, seppure su una scala diversa, superiore, alla singola unità operativa.

## 15.2 Dove e come innovare? I tre principali fabbisogni organizzativi dell'ospedale moderno

Dato il quadro descritto nel paragrafo precedente, dall'insieme delle sfide con cui si confronta l'ospedale moderno che ambisce all'eccellenza gestionale – intesa come combinazione tra capacità ottimale di rispondere ai problemi di salute del paziente, efficienza operativa e sviluppo dei saperi e delle tecnologie – emergono tre principali fabbisogni organizzativi a cui deve dare risposta l'impianto progettuale dell'organizzazione ospedaliera:

- ▶ *l'Asset management*: cioè la migliore modulazione ed organizzazione dei *setting* assistenziali (aree di degenza, ambulatoriali ecc.) e la ricerca della massima appropriatezza ed efficienza nel loro uso (sala operatoria, posto letto, ecc.);
- ▶ *il knowledge management*: cioè il presidio organizzativo delle scelte strategiche in merito allo sviluppo dei saperi, delle specializzazioni e delle competenze professionali. Tale «gestione» dei saperi deve garantire da un lato capacità di risposta alla domanda di salute dei pazienti attuali dell'ospedale, dall'altro il mantenimento nel tempo e la crescita dell'attrattività, competitività e tenuta di mercato.
- ▶ *il disease management*: cioè l'erogazione di un percorso di cura che sia efficace ed appropriato rispetto ai bisogni del paziente, ottimizzato nei contenuti con l'eliminazione delle attività che non producono valore, standardizzato ove

Figura 15.1 I tre assi fondamentali dell'organizzazione ospedaliera



possibile, fondato su algoritmi decisionali *evidence-based* dove esistono evidenze certe. Per garantire un *disease management* eccellente è inoltre necessario che ricerca e didattica siano collegati ai processi di cura.

La precedente Figura 15.1 propone dal punto di vista grafico i tre assi dell'organizzazione ospedaliera.

Di seguito viene approfondito ciascun «asse» organizzativo.

### 15.2.1 L'Asset management

All'interno dell'*asset management* sono ricomprese due principali linee di innovazione nell'organizzazione e funzionamento dell'ospedale.

Da un lato, è riconducibile a questo asse di sviluppo l'emergere negli ospedali di una funzione di gestione operativa, cioè di una responsabilità ed insieme di compiti sul funzionamento ottimale dei processi organizzativi che sottostanno le attività di cura ed assistenza: dai percorsi di accesso, alla gestione del preoperatorio, al funzionamento di sale operatorie ed ambulatori, alla gestione delle dimissioni ecc. Tale funzione è per alcuni versi un'evoluzione di quella tradizionale di igiene ed organizzazione ospedaliera presidiata dalla direzione medica di presidio ospedaliero (DMPO)<sup>2</sup>, seppure comporti lo sviluppo di competenze

<sup>2</sup> In questa luce si inserisce il dibattito più ampio sull'evoluzione della Direzione Sanitaria, che potrebbe articolarsi al suo interno in due aree di responsabilità, secondo quanto praticato nei contesti nord-europei ed anglosassoni:

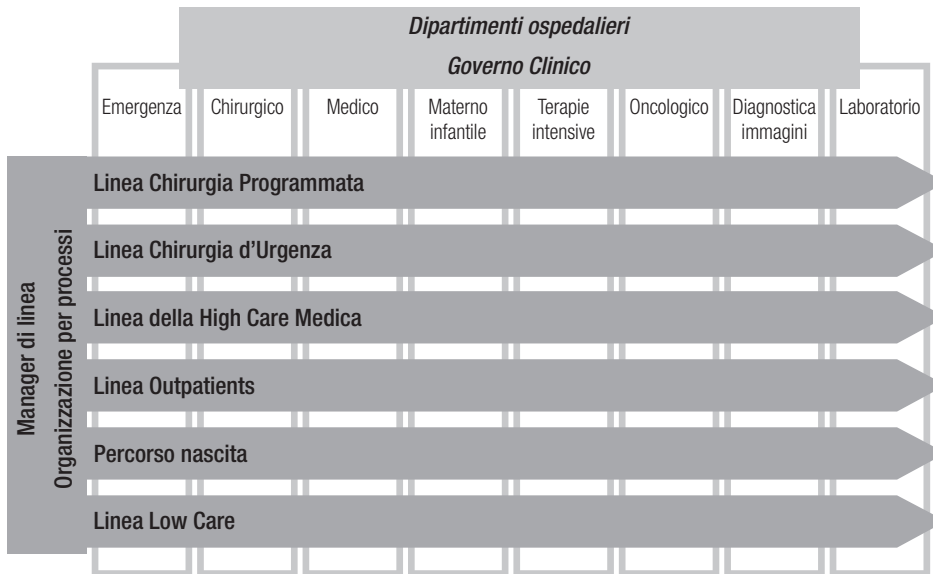
1. Area *Medical Affairs* (di competenza del Direttore Sanitario)
2. Area *Operations Management* (di competenza della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero – DMPO). Di fatto questa seconda area si configura come l'equivalente di una «direzione operativa». Pertanto, la suddivisione possibile dei compiti potrebbe essere la seguente.
  - a) *Medical Affairs*, direttamente presieduta dal Direttore Sanitario, mantiene le relazioni con i professionisti (dirigenti medici e sanitari) per tutti gli aspetti di governo clinico, programmazione attività, sviluppi professionali, *technology assessment* (TA). Dovrebbero quindi riportare al «*Medical affairs*» l'ingegneria clinica per il TA, la qualità (per l'eventuale parte di progettualità relative all'appropriatezza-EBM-governo clinico ed ai contenuti dei processi sanitari, ecc.), il *risk management* collegato all'area del governo clinico, i flussi informativi sanitari.
  - b) *Operations Management* (DMPO), presiede tutti gli aspetti igienico-organizzativi del presidio, con particolare riferimento alla responsabilità sulla definizione ed implementazione delle regole e procedure necessarie per la vita organizzata del PO (sicurezza, accessi, gestione liste di attesa, sale operatorie, procedure tra reparti e servizi, percorsi interni, ecc.). Rientrano ad esempio in questa seconda area la medicina del lavoro, la fisica sanitaria, la logistica, la qualità come comfort alberghiero, il servizio prevenzione e protezione, il *risk management* collegato al lay-out fisico, all'ingegneria clinica ed alle procedure organizzative.

Partendo dal presupposto che tutte le funzioni riportano al Direttore Sanitario, operativamente in questa prospettiva si potrebbero organizzare le funzioni di ingegneria clinica e di qualità e *risk management* come staff comuni a cavallo tra l'area *medical affairs* e la DMPO, alle quali riportano in relazione ai temi oggetto specifico delle responsabilità delle due aree. Il servizio prevenzione e protezione, il nucleo delle sale operatorie e la farmacia potrebbero invece riportare prevalentemente all'area *Operations Management* – DMPO, data la natura delle attività che presidiano.

nuove – di logistica, di *project management*, di gestione per processi, di *lean management* – e per tale ragione si osserva oggi una sua diffusione in diverse professionalità: gli stessi medici delle DMPO, professionisti dell'assistenza, ingegneri gestionali, economisti<sup>3</sup>. Alcuni casi recenti di consolidamento di una vera direzione operativa a livello centrale negli ospedali, nell'area degli staff o direttamente dentro le direzioni sanitarie, fanno prefigurare come vi sia una prospettiva organizzativa molto interessate per lo sviluppo di professionalità dedicate proprio all'ottimizzazione del funzionamento della «macchina ospedaliera».

Da precisare che lo sviluppo di una funzione di gestione operativa, nel caso di un'azienda sanitaria multi presidio, può svilupparsi verticalmente all'interno di ogni stabilimento ospedaliero, oppure con una logica orizzontale di creazione di responsabilità di processo trasversali ai diversi stabilimenti con lo scopo di armonizzarne ed integrarne le procedure di funzionamento organizzativo. Come nel caso della Azienda Sanitaria di Firenze (ASF) che ha introdotto sei responsabilità di processo sulla gestione operativa dei percorsi del paziente chirurgico programmato, chirurgico urgente, *high care* medico, ambulatoriale, *low care* e post acuto, e nascita (Figura 15.2), che tagliano trasversalmente i cinque ospedali e gli otto dipartimenti inter-stabilimento ospedaliero in cui l'azienda si è organizzata.

Figura 15.2 **Le linee organizzative di processo dell'Azienda Sanitaria di Firenze**



Fonte: progetto OLA (organizzazione lean dell'assistenza), relazione del DG dott. Marroni

<sup>3</sup> Come discusso nel recente convegno: «Politiche regionali e innovazione gestionale in sanità: lo sviluppo dell'*operations management*», Firenze 17-18 aprile 2012

Inoltre, la specificità di contesto potrebbe, nel caso dei grandi ospedali, far propendere verso il decentramento di alcune funzioni di gestione operativa a livello dipartimentale (ad esempio il blocco operatorio gestito dal dipartimento chirurgico, la programmazione dell'uso e la gestione delle piattaforme ambulatoriali decentrata ai diversi dipartimenti ecc.) invece che verso un maggiore accentramento (a livello aziendale o a livello di singolo stabilimento ospedaliero), soluzione quella dell'accentramento più percorribile se l'azienda governa più stabilimenti ospedalieri e i dipartimenti raggruppano unità operative collocate in diversi degli stabilimenti. Ciò, implica, però che il dipartimento sia fornito di quel minimo supporto gestionale necessario ad affiancare la direzione dipartimentale nei compiti operativi conseguenti. Questa è la soluzione che alcuni grandi ospedali italiani hanno percorso individuando delle figure gestionali di livello dipartimentale o allocando funzionalmente medici di direzione ospedaliera a svolgere questo compiti a scavalco tra direzione sanitaria centrale e direzioni dei dipartimenti<sup>4</sup>. E che non di rado caratterizza i grandi ospedali del Nord Europa o Americani con l'individuazione di figure di *general manager* a livello di dipartimento o divisione (McKee, Healy, 2002). Ad esempio la Figura 15.3 riporta il caso di un grande ospedale inglese – il Wirral University Teaching Hospital (2 siti ospedalieri per 1150 posti letto, una struttura riabilitativa ed un poliambulatorio, per 5500 dipendenti) – che dal 2007 si è organizzato su cinque divisioni, vere e proprie aree strategiche di attività, ciascuna delle quali diretta da un clinico affiancato da un *general manager* (chiamato *associate director of operations*).

Dall'altro lato, nell'*asset management* è ricompresa l'innovazione nei *setting* assistenziali, riconducibile alla riflessione approfondita sul futuro dell'ospedale e sulla sua possibile organizzazione per livelli di intensità che negli ultimi anni si è affermata nel dibattito nazionale ed internazionale, riflessione che mira a superare preconcetti, false interpretazioni e strumentalizzazioni.

Il punto centrale di tale riflessione è il riconoscimento che quando si parla di ospedale per intensità non si deve pensare ad un modello precostituito, quanto ad una filosofia organizzativa che può ispirare l'innovazione nel funzionamento dell'ospedale. L'ospedale per intensità è prima di tutto un ospedale che riconosce la differenziazione dei pazienti rispetto ai livelli di instabilità clinica e di complessità assistenziale. In questo senso, è una evoluzione moderna del concetto di *progressive care* affermatosi dagli anni '60 (Guzzanti 2006). In secondo luogo, è un ospedale che riconosce la diversità nella natura dei processi organizzativi necessari per gestire il paziente elettivo da quello urgente, quello a ciclo breve da quello con ricovero lungo. In terzo luogo, è un ospedale che cerca l'uso siner-

<sup>4</sup> Esperienza ad esempio condotta in Italia in diversi ospedali, come il S. Orsola Malpighi di Bologna, il San Raffaele di Milano, il Gemelli di Roma, e discussa in Lega et al. (2010) e Vicentini et al. (2005).

Figura 15.3 **L'organizzazione decentrata del Wirral Hospital**

<b>Board of Directors</b> <b>Chairman – Michael Carr</b>	
<b>Executive Directors</b> Chief Executive – David Allison Chief Operating Officer/Deputy Chief Executive – Gary Doherty Director of Finance – Russ Favager Director of Nursing and Midwifery – Tina Long Medical Director – Dr Evan Moore (acting) Director of Human Resources and Organisational Development – Sue Green Director of information – Luke Readman	<b>Non-Executive Directors</b> Cathy Bond Richard Dutton Jeff Kozer Lyn Meadows Anne Parker Jean Quinn Nicholas Williams
<b>Acute Care</b> Clinical Head of Division – Dr Dominic Jenkins      Associate Director of Operations/Lead Nurse – John Ferguson <b>Clinical Service Leads</b> Emergency Medicine – Vacant Acute Medicine – Dr Gavin Francis	
<b>Corporate Services</b> Facilities and Estates      Quality and Safety Finance and Procurement      Corporate Nursing and Midwifery Human Resources and Organisational Development      Operations and Strategy Wirral Excellence in Healthcare System / Kaizen Promotio Office      Information (inc. Wirral Health Informatics Service)	
<b>Diagnostic and Clinical Support</b> Clinical Head of Division – Dr Mark Lipton      Associate Director of Operations – Margaret Shaughnessy <b>Clinical Service Leads</b> Laboratory Medicine – Vacant Radiology – Dr Simon Lea	
<b>Medical Specialties</b> Clinical Head of Division – Dr King Sun Leong      Associate Director of Operations – Jo Goodfellow Lead Nurse – Tyrone Roberts Deputy Clinical Head of Division – Dr Alex Crowe <b>Clinical Service Leads</b> Respiratory – Dr John Corless      Renal/Diabetes/Cardiology – Dr Alex Crowe Gastroenterology – Dr Riyas Faizalah      DME/Rehabilitation – Dr Debbie Lowe, Dr Branwell Spencer Haem/Rheum/GUM/ Sp Care – Dr Yee Chiu	
<b>Surgery</b> Clinical Head of Division – Mr Mark Doyle      Associate Director of Operations – Andy Ennis Lead Nurse – Gaynor Westray Deputy Clinical Head of Division – Mr Andrew Ciff <b>Clinical Service Leads</b> Urology – Mr Andrew Ciff      Ophthalmology – Mr Vineeth Kumar Optical Care – Dr Ranjeev Mehra      Theatres and Anaesthetics – Jon Sweeney Dermatology – Dr Stephen White      Pre-Op / SEAL – Dr Safdar Raiston ENT – Mr Ian Sherman      Trauma and Orthopaedics – Mr Robert Harvey GI Surgery – Mr Ciaran Waish      Vascular Surgery – Mr Ramasubramanyan Chandrasekar Breast Surgery – Mr Jonathan Lund	
<b>Woman and Children's</b> Clinical Head of Division & Associate Medical Director of Strategic Relations – Mr David Rowlands      Associate Director of Operations – Amanda Farrell Lead Nurses – Linda Birch (Women's) and Vacant (Children's) Deputy Clinical Head of Division – Dr Adrian Hughes <b>Clinical Service Leads</b> Women's – Mr Michael Elard Children's – Dr Jude Joseph	



gico, flessibile, ancorché regolato, e di massima efficienza operativa delle risorse «collo di bottiglia» di cui dispone, dal posto letto, all'ambulatorio alla sala operatoria. Di conseguenza è un ospedale che si ripensa in relazione alle sue specificità rispetto agli elementi sopra richiamati. La sfida non è rivoluzionare l'ospedale per ragioni dogmatiche, quanto individuare quelle innovazioni e riconfigurazioni che possono essere utili per affrontare le criticità che sorgono dalle caratteristiche della popolazione di pazienti dello specifico ospedale, dalle tensioni all'uso efficiente delle risorse, dai volumi e natura dei diversi processi organizzativi legati alla tipologia di ospedale (sede di DEA o meno, ospedale di rilievo polispecialistico o ospedale di prossimità locale ecc.). In questa prospettiva, quando concretamente parliamo di ospedale per intensità, in realtà stiamo parlando più in generale di *asset management*, con particolare riferimento al tema della coerenza tra *setting* assistenziali (altrimenti spesso definiti come le «piattaforme produttive» dell'ospedale – i reparti di degenza, le sale operatorie, gli ambulatori, alcuni spazi logistici innovativi come le sale dimissioni ecc.) e instabilità clinica e complessità dei bisogni dei pazienti in essi allocati.

Stiamo quindi parlando di un processo di ripensamento dell'organizzazione e allocazione dei *setting* e piattaforme produttive che segue principalmente tre criteri:

- ▶ La standardizzazione delle attività elettive per pazienti a bassa instabilità clinica e bassa complessità assistenziale.
- ▶ L'individuazione di reparti dedicati a categorie di pazienti non inquadrabili come «ordinari medi», ad esempio i pazienti fragili, i chirurgici ad alta necessità di stabilizzazione internistica, i post acuti, quelli con instabilità clinica elevata ma non tale da richiedere un terapia intensiva o sub-intensiva.
- ▶ La programmazione delle risorse «collo di bottiglia» (es. sale operatorie, spazi ambulatoriali, posto letto) secondo logiche che distinguono i processi elettivi da quelli dell'urgenza, ed introducendo una flessibilità regolata nel loro utilizzo.

Da questi criteri nascono alcune delle più recenti innovazioni che osserviamo nel «portafoglio» delle possibilità a cui possono guardare il management ed i professionisti dell'ospedale nella ricerca di soluzioni coerenti con la natura stessa del loro ospedale, che – come già richiamato – può differire per dimensioni, livello di specializzazione, intensità tecnologica, ruolo nella rete di offerta. Tra queste innovazioni si segnalano (Figura 15.4):

- ▶ La distinzione tra reparti *high care*, *usual care* (ordinario) e *low care*. L'introduzione di reparti *high care*- multi specialistici è una delle innovazioni più interessanti, che intercetta il paziente chirurgico o medico ad alta instabilità clinica, tale da non poter essere adeguatamente assistito nel reparto ordinario, ma

non tale da necessitare terapie intensive. Si tratta quindi di un reparto intermedio tra le terapie intensive o sub-intensive ed il reparto ordinario, in cui vi sono posti letto monitorizzati e che può rappresentare una evoluzione della *recovery room* operante sulle sole 48 ore post intervento, o comunque affiancarsi od integrare al suo interno l'area *recovery*. Numerosi sono gli esempi di ospedali che hanno in corso esperienze di questo tipo, dalla sezione di Medicina ad Alta Intensità Diagnostica Assistenziale (MAIDA) del Gemelli di Roma, all'*High care* del blocco chirurgico del Niguarda di Milano, all'organizzazione complessiva dell'ospedale di Porretta Terme, alle aree di alta intensità della ASL di Reggio Emilia. Il reparto *low care* è invece un reparto multi specialistico di post acuto – talvolta anche a gestione prevalentemente infermieristica – che avvia la transizione del paziente verso il territorio ed accelera la dimissione in condizioni di funzionalità ottimale per il paziente. Ad esempio come da tempo in funzione in diversi ospedali dell'Emilia Romagna, in cui tra le prime esperienze si ricorda quella di Forlì (Lega et al., 2006), ma ben sviluppate anche in molti ospedali del Nord e Centro Italia (e recentemente introdotto per via normativa in Lombardia con la creazione obbligatoria dei reparti sub-acuti<sup>5</sup>).

- ▶ L'introduzione di reparti multi specialistici di ricovero breve medico o chirurgico, i cosiddetti *week-surgery* e *week-hospital* con ricovero da 2 a 5 giorni di natura elettiva. Diversi ospedali hanno ormai attivi da anni un'area di *degenza* dedicata alla chirurgica a ciclo breve (*day, one-day* e *week surgery*), più rare sono le esperienze di sezioni di degenza di *week-hospital*, quale quella ad esempio creata all'ospedale di Pontedera dal 2006 con 12 posti letto e con ricoveri programmabili da parte del medico di medicina generale, del medico specialista (interno/esterno), del medico della struttura dedicata al *week-hospital*, del medico del pronto soccorso e i medici del presidio ospedaliero.
- ▶ L'introduzione di reparti a gestione internistica per particolari categorie di pazienti, quali i fragili e *frequent-users*, l'ortogeriatra, alcune tipologie di pazienti perichirurgici. Si tratta di reparti in cui il quadro clinico del paziente richiede per la sua complicazione una supervisione di natura internistica-geriatrica in fase di stabilizzazione pre o post intervento chirurgico. Oppure di pazienti fragili con diverse cronicità che hanno numerosi accessi al pronto soccorso su base annua (da cui l'etichetta «*frequent-users*») per ragioni di acuzia diverse e che potrebbero giovare di rimanere stabilmente sotto la supervisione di un'unica équipe internistica nel tempo, onde evitare di essere ogni volta

<sup>5</sup> Con la deliberazione n° IX / 1479, la Regione Lombardia ha dato il via a quanto aveva ipotizzato nel PSSR in riferimento alle attività di Cure subacute. Si tratta di una presa in carico, che avviene in un contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica. È quindi un trattamento, finalizzato ad ottenere specifici obiettivi sanitari, erogato senza soluzione di continuo dopo un ricovero acuto o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche.

ri-studiati e gestiti con approcci clinici diversi. In questo reparto dei fragili *frequent-users* gli specialisti agiscono come consulenti, e potrebbe essere avviato un percorso per ritornare ad una frequentazione più costante da parte del MMG dei suoi malati qui ricoverati per sorvegliarne meglio la continuità dell'iter terapeutico ed il momento della dimissione.

- ▶ L'ottimizzazione, nell'area del ricovero ordinario (*usual*), della divisione del lavoro tra le squadre assistenziali, tramite identificazione di pazienti con bisogni particolari raggruppati in aree degenziali pre-definite – ad esempio i pazienti con disordini cognitivi, quelli con grossi problemi di autosufficienza, quelli con quadri diagnostici a forte carico di lavoro ecc. Oppure tramite sistemi di valutazione del carico assistenziale del paziente, per definire su base settimanale il peso e rimodulare in logica dipartimentale o di presidio ospedaliero le squadre assistenziali di conseguenza. Ci sono diverse esperienze in ospedali italiani di questa seconda modalità di organizzazione dell'assistenza (Maps 2012);
- ▶ La distinzione tra l'ospedale elettivo e quello dell'urgenza, il secondo con una sua dotazione congrua di posti letto per soddisfare la maggior parte delle esigenze di ricovero da pronto soccorso, di modo da distinguere ed organizzare al meglio i percorsi organizzativi dell'urgente da quelli del paziente programmato e limitare la «cannibalizzazione» dei posti letto elettivi da parte dell'urgenza. Si fa riferimento anche allo slogan «l'ospedale nell'ospedale» per indicare questa soluzione organizzativa di creazione di un'area strutturale dedicata al ricovero urgente separata da quello del ricovero programmato;
- ▶ La condivisione dello stesso reparto ordinario di degenza e della stessa équipe infermieristica tra più unità operative specialistiche. I posti letto del reparto vengono allocati su base annuale alle unità operative per procedere alla definizione dei budget e programmi di attività, ma tale allocazione (e di conseguenza i budget e la programmazione) può essere soggetta a revisione in corso d'anno in relazione all'andamento della domanda di salute della popolazione. Inoltre, è possibile fin dal principio l'individuazione di posti letto polmone non preventivamente allocati alle unità operative di modo da gestire la variabilità fisiologica nei tempi e flussi dei ricoveri. La condivisione avviene tra specialità affini, spesso su base dipartimentale. Nei grandi ospedali italiani, questo modello di funzionamento del reparto di degenza, pur essendo da sempre la base del funzionamento di molte cliniche private medio-piccole, è stato inizialmente introdotto come filosofia gestionale nell'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano a metà degli anni '90, e si è poi più recentemente diffuso in diverse realtà pubbliche.
- ▶ La costituzione di aree logistiche «speciali», come la *discharge room/lounge* o sala dimissioni, una zona attrezzata con poltrone letto dove trasferire la mattina della dimissione i pazienti in attesa del completamento dell'iter di dimissione o dell'arrivo dei mezzi per il trasporto dall'ospedale alla destinazione

successiva. Di modo da liberare rapidamente il posto letto in reparto ed avviare un nuovo ciclo produttivo. O il cosiddetto *patient hotel*, molto presente nel nord Europa, una struttura collegata all'ospedale dove i pazienti possono passare la notte della *one day surgery* in un contesto più accogliente e meno oneroso sugli standard di accreditamento. Il primo esempio di *patient hotel* riconosciuto in letteratura risale all'esperienza iniziata nel 1988 dall'ospedale universitario di Lund, in Svezia<sup>6</sup>.

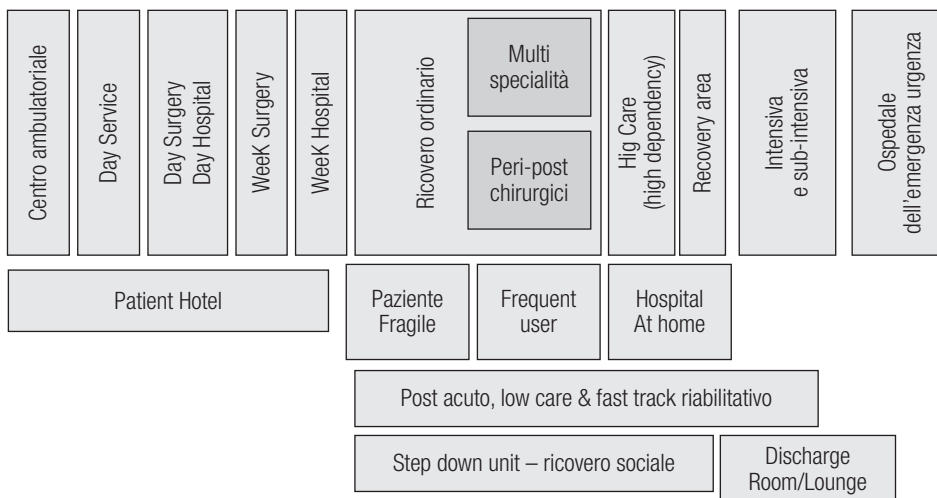
- ▶ Lo sviluppo di soluzioni per l'estensione sul territorio dell'ospedalizzazione domiciliare, per aumentare la capacità di *gatekeeping* del pronto soccorso o per facilitare le dimissioni quando possibile logisticamente e consigliabile clinicamente e dal punto assistenziale. Ad esempio fin dal 1985 è attivo all'interno dell'area geriatrica un servizio di ospedalizzazione a domicilio all'ospedale Molinette di Torino che intercetta i pazienti in PS o li tratta in alternativa al completamento in ospedale dei ricovero acuto (Tibaldi et al. 2009).

Si sottolinea nuovamente che l'insieme delle soluzioni sopra proposte rappresenta una concettualizzazione di esperienze in corso a vari stadi di progresso negli ospedali italiani e nel contesto internazionale, senza alcun valore normativo, ma con l'intenzione di descrivere e stimolare la riflessione. Ospedali diversi per dimensione, natura, specializzazione, logistica, missione potranno e dovranno sviluppare un proprio progetto di trasformazione organizzativa che potrebbe includere solo alcuni degli elementi di innovazione sopra riportati, anche modificati nella sostanza nel rispetto delle specificità di contesto e degli obiettivi che ci si pone con l'innovazione perseguita.

In questa prospettiva, la specificità di contesto potrebbe nel caso dei grandi ospedali propendere verso soluzioni organizzative in cui la creazione di piattaforme produttive è in molti casi di livello dipartimentale ed altri di livello aziendale. Ad esempio le aree *high care* potrebbero essere dipartimentalizzate, mentre quella *low care* – post acuto potrebbe essere unica a livello aziendale. In media si osserva attraverso l'analisi dei dati storici che in un ospedale circa il 10% dei pazienti allettati in un dato momento ha una degenza superiore ai 15 giorni, ed è già in fase post-acuta. Di questi una parte significativa è di solito dimissibile in quel preciso momento, ma per carenze nei sistemi di dimissione e di integrazione ospedale-territorio rimane ancora ricoverata. Se invece di essere dispersi nei vari reparti questi pazienti venissero allettati in un'unica area aziendale, dove diventa possibile organizzare un migliore *discharge management* e ottimizzare la stessa squadra in base alle necessità di assistenza permettendo al contempo una migliore organizzazione delle equipe di assistenza dei reparti ordinari (*usual*) per acuti,

<sup>6</sup> Le stime dell'ospedale Lund dimostrano che il pernottamento del paziente nel posto letto del *patient hotel* costa il 60% in meno del posto letto ospedaliero (<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/SUS/Skanes-universitetssjukhus-Lund/Vard/Verksamheter/Boende/Patienthotellet/The-Patienthotel/>).

Figura 15.4 **L'organizzazione dell'ospedale per aree modulate per intensità delle cure e complessità assistenziale**



si potrebbero ottenere benefici di appropriatezza, qualità, integrazione ospedale-territorio ed economie di funzionamento (ad esempio modulando meglio il rapporto infermieri – operatori socio-sanitari (OSS) nei vari reparti).

### 15.2.2 Il knowledge management

Come già anticipato, nel percorso di ripensamento dell'ospedale non viene meno il ruolo di direzione delle strutture operative o la necessità di avere un'organizzazione dipartimentale. Entrambi questi livelli di responsabilità rimangono centrali nella programmazione delle attività, nella definizione dei contenuti dei processi clinico-assistenziali, nella definizione degli sviluppi strategici, nella manutenzione delle competenze dei professionisti medici. Si afferma quindi una centralità di ruolo del «primario» e del direttore di dipartimento quali strateghi (*leader*) e manager che insieme alla direzione sono chiamati a disegnare gli sviluppi professionali, tecnologici e comportamentali che l'ospedale può o deve perseguire. Il paventato venir meno dell'organizzazione per strutture complesse e dipartimenti è pura illazione, considerando che i riferimenti certi nella famiglie professionali sono indispensabili per governare sistemi complessi pluralistici quali gli ospedali. Se vi è una riduzione in atto dei primari questa è la conseguenza di razionalizzazioni di rete che affrontano i nodi prodotti dalle duplicazioni e sviluppi di unità operative «autodeterminati» che nel passato più recente hanno caratterizzato il sistema di offerta ospedaliero italiano, non certo della riorganizzazione del singolo ospedale secondo logiche per intensità.

La dimensione del dipartimento e l'unità operativa (struttura complessa, semplice a valenza dipartimentale, semplice) assumono quindi in prima istanza un duplice compito fondamentale:

- ▶ Garantire la manutenzione e sviluppo dei saperi professionali nei clinici (garanzia che il professionista, il clinico, sa fare il suo mestiere), definendo e lavorando sui percorsi di sviluppo professionale, sulle scelte strategiche di investimento in tecnologia, sulle scelte di orientamento della produzione;
- ▶ In relazione alle scelte di produzione, affiancare la direzione nell'identificare quali sviluppi o focus produttivi possono supportare strategie di penetrazione in un mercato specifico, oppure di recupero di attrattività in caso di fughe considerate non fisiologiche. Ad esempio, un dipartimento di area chirurgica, ortopedica, cardiovascolare ecc. potrebbe essere coinvolto nella definizione di azioni per recuperare domanda di prestazioni eseguibili e che oggi si sposta su ospedali di altre aziende. In questo senso, il dipartimento e l'unità operativa hanno la responsabilità di garantire la competitività ed il presidio del mercato desiderato dall'azienda (ad esempio inteso come livello di copertura della domanda della popolazione residente per gli ospedali di una ASL, o penetrazione nella domanda di prestazioni di una certa specialità da parte della popolazione considerata nell'area di attrattività – a seconda delle prestazioni si potrebbe considerare un bacino locale, regionale, nazionale e perfino internazionale – da parte dell'azienda ospedaliera).

Ai Dipartimenti ed unità operative vengono quindi allocate le risorse logistiche organizzate secondo l'idea delle piattaforme produttive: come accennato nel paragrafo precedente tale allocazione può avvenire con assegnazione in via esclusiva della risorsa al dipartimento (es. blocco operatorio dato al dipartimento chirurgico), e conseguente autonomia gestionale, o con assegnazione di parte di risorse per il resto condivisa con più dipartimenti (a titolo esemplificativo, posti letto *high care* dove nello stesso reparto una quota è data al dipartimento medico, la restante a quello chirurgico).

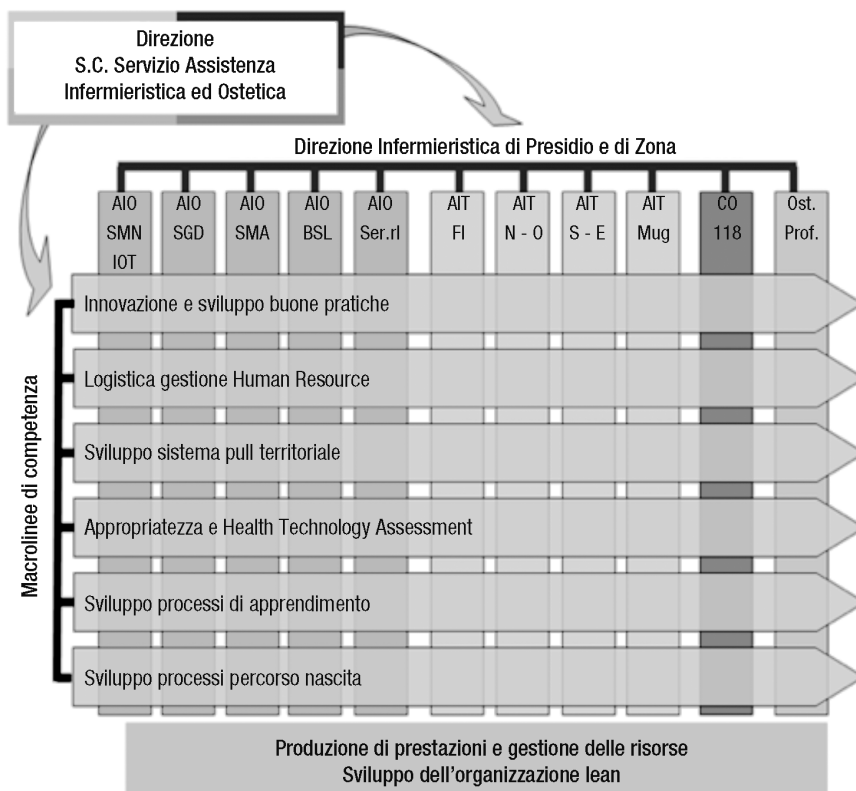
In questa prospettiva, un dipartimento o la singola unità operativa continueranno ad avere in dotazione le risorse logistiche, con due differenze rispetto al passato: primo, in generale non diventano una «proprietà» ad uso esclusivo e pienamente autogestito dal dipartimento o unità operativa; secondo, le risorse possono essere collocate in diverse aree logistiche dell'ospedale, per cui un dipartimento od unità operativa potrebbe avere posti letto allocati in un reparto *usual*, nel reparto di *week hospital*, in *high care* e pazienti cui fare consulenza allettati in altri reparti come quello del paziente fragile, del post acuto ecc. Ciò implica una maggiore mobilità del medico rispetto al passato, e può essere un vincolo se la logistica dell'ospedale rende complessa l'organizzazione per questioni architettoniche (come nel caso di ospedali a padiglioni), ma in generale

non rappresenta uno stravolgimento dell'organizzazione del lavoro di equipe che già oggi vede i medici impegnati su fronti diversi quali l'ambulatoriale, il *day hospital/surgery*, il ricovero ordinario, le consulenze, che già determinano un certo grado di mobilità del clinico nello svolgimento del suo lavoro.

Infine, caso specifico che merita un dettaglio ulteriore è il *knowledge management* nell'area assistenziale. Se l'organizzazione delle piattaforme produttive non è dipartimentalizzata, ma segue la logica degli stabilimenti ospedalieri nel caso delle reti di ospedali di ASL od AO con più ospedali, o prevede reparti multi specialistici in condivisione tra più dipartimenti, il livello dipartimentale non può svolgere la funzione di manutenzione e sviluppo del sapere professionali della linea assistenziale.

In questo caso occorre individuare una responsabilità più centrale, di livello aziendale, che si può articolare poi in responsabilità di processo. A titolo solo di esempio, l'azienda sanitaria di Firenze (Figura 15.5) ha articolato la sua direzione

Figura 15.5 **L'organizzazione trasversale a stabilimenti e dipartimenti della direzione assistenziale della azienda sanitaria di Firenze**



Fonte: Relazione della dott.sa Monti, direttore S.C. Servizio di Assistenza Infermieristica ed Ostetrica dell'ASF

ne delle professioni in sei linee di processo, ciascuna delle quali dedicata ad un momento di governo professionale o di sapere specialistico: sviluppo buone pratiche, gestione risorse umane, integrazione con il territorio, *health technology assessment*, sviluppo professionale, competenze percorso nascita. In questo caso le responsabilità sulla linea delle professioni si articolano per stabilimenti e processi e non sulla dimensione dipartimentale.

### 15.2.3 Il Disease management

Diversi processi produttivi tagliano orizzontalmente la struttura organizzativa dell'ospedale o della rete di ospedali, coinvolgendo professionalità e competenze appartenenti a diversi dipartimenti ed unità operative. Il caso più lampante è quello dell'oncologia, ma anche il cardiovascolare, le neuroscienze, il muscolo-scheletrico hanno criticità simili. Inoltre resta sempre il tema di come integrare area diagnostica e terapeutica, che di regola fanno riferimento a dipartimenti ospedalieri diversi.

In letteratura il tema è presente fin da metà anni '90 e viene riportato spesso al concetto di «*Clinical Service Lines*», o «*Practice Service Units*», cioè soluzioni organizzative che riuniscono professionisti di diverse specialità, orientate alla produzione di output clinici, intesi come (i) percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, quindi riferiti a specifiche patologie; (ii) risposta al bisogno di salute di classi di pazienti, come bambini o anziani; (iii) classi di procedure ed interventi. In sintesi quindi la *service line* è l'equivalente di una linea di prodotto, costituita da un'insieme di professionisti chiamati a lavorare in team in modo stabile rispetto ad un percorso di cura e con lo scopo di raggiungere specifici *outcome* clinici.

L'evoluzione più recente di questo schema organizzativo è il concetto di «*Center*», un'area multidisciplinare che si pone in parallelo rispetto alla struttura gerarchica dell'azienda, e che assume come obiettivo l'organizzazione dei processi assistenziali di alcune patologie o di specifiche procedure da erogare.

Da notare che i *care centers* non modificano l'impianto organizzativo già consolidato sulle unità operative/dipartimenti e sui *setting* assistenziali e piattaforme operative gestite con la supervisione di una Direzione Operativa, ma lo completano ed integrano permettendo di presidiare con maggiore efficacia la dimensione del *disease management* e quella dell'integrazione tra assistenza e ricerca (e didattica), e promuovendo il *fine-tuning* eventualmente necessario nell'organizzazione degli stessi *setting* assistenziali o nelle procedure e processi di gestione operativa.

In diverse realtà di rilievo internazionale (per esempio il Maastricht University Medical Center, il nuovo Erasmus Medical Center di Rotterdam, in Olanda, o il nuovo Karolinska Institutet di Stoccolma, in Svezia) stanno emergendo esperienze organizzative di *care center*.



A Maastricht sono stati individuati quattro center: area cardiovascolare, malattie croniche, area oncologica, scienze neurologiche. Ad esempio, il center di area cardiovascolare, piuttosto diffuso tra gli ospedali del nord Europa, si pone gli obiettivi di integrazione tra i professionisti che sono coinvolti nel trattamento di pazienti con patologie cardiovascolari. A tal fine prevede lo sviluppo di linee di prodotto quali: (i) percorso *stroke*, (ii) ipertensione, (iii) aneurisma, (iv) aritmie cardiache, (v) arresto cardiaco, (vi) chirurgia toracica, (vii) chirurgia mini-invasiva, (viii), disturbi vascolari periferici, (ix) gestione del rischio cardiovascolare; (x) trombolisi, (xi) *imaging*; (xii) disturbi delle coronarie. Per ogni *Product Line* è individuato un Team Multidisciplinare, coordinato da un medico<sup>7</sup>. Il Team è responsabile del percorso del paziente, per il quale sono definiti indicatori di performance e target di riferimento.

Più recentemente una prima esperienza molto interessante in Italia si è sviluppata presso l'Istituto Clinico Humanitas di Milano, dove è operante dal 2011 un *Cancer center*. Nel *cancer center* di Humanitas sono raggruppati singoli professionisti appartenenti alle unità operative chirurgiche, mediche, diagnostiche e di radioterapia, organizzati in gruppi che sviluppano programmi di cura ed assistenza per i «prodotti»: colon-retto, fegato, sarcoma, mammella, polmone ecc. Il *Cancer center* taglia trasversalmente unità operative e dipartimenti, è identificato da un colore (l'arancione) che viene usato per segnalare tramite segnaletica ed apposita comunicazione la presenza fisica del *center* dentro Humanitas, ma non ha strutture logistiche dedicate.

Da un punto di vista concettuale, l'introduzione di linee di prodotto trasversali alla struttura gerarchica degli ospedali non è una novità, da anni si parla di percorsi del paziente, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, profili di cura, ecc., come meccanismi di integrazione tra professionisti nei processi produttivi dell'ospedale. Ciò che però cambia nella prospettiva più recente è l'individuazione di una responsabilità organizzativa riconosciuta a capo dei *center*. I percorsi del paziente rimangono lo strumento su cui si appoggia il lavoro «trasversale» di team, ma sono sviluppati e raggruppati sotto una responsabilità uni-

<sup>7</sup> Ad esempio presso il Miller's Family Heart and Vascular Institute (già Clinic's Heart Center) della Cleveland Clinic, operano 11 «group practice» (team multidisciplinari) dedicate a specifici percorsi di diagnosi e cura:

1. Tomsich Family Department of Cardiovascular Medicine
2. Cardiothoracic Surgery
3. Vascular Surgery
4. Aorta
5. Atrial Fibrillation
6. Diagnosis and Treatment of Pericardial Diseases
7. The George M & Linda H Kaufman Center for Heart Failure
8. Advanced Ischemic Heart Disease
9. The Thrombosis Center
10. Adult Congenital Heart Disease
11. Hypertrophic Cardiomyopathy Center

taria di un clinico (eventualmente supportato da un profilo gestionale quando il *center* assume anche una fisicità logistica gestendo direttamente od utilizzando in via esclusiva risorse quali posti letto, spazi ambulatoriali, sedute di sala operatoria, ecc.).

### 15.3 Precauzioni ed attenzioni da considerare

Ovviamente un ospedale ripensato secondo alcuni degli schemi tratteggiati in precedenza comporta alcune modifiche di ruolo, che vanno nella direzione di sviluppo di nuovi ruoli da un lato – ad esempio il *bed manager*, il *flow manager* di pronto soccorso, il *process-owner* dei processi organizzativi, l'*operations manager* per la gestione delle regole di uso delle piattaforme condivise, ecc. – e nella modifica di ruoli già esistenti – ad esempio i coordinatori dell'assistenza, le direzioni mediche di presidio ospedaliero, ecc.

Adeguati percorsi di sviluppo organizzativo devono quindi essere progettati per accompagnare il cambiamento con la messa in contesto dei nuovi ruoli.

Anche la strumentazione gestionale deve essere affinata: diverse innovazioni riguarderanno le procedure operative, quali la gestione delle liste di attesa, la programmazione di sala operatoria, l'avvio del processo di continuità assistenziale per il paziente ricoverato ecc.

Come in ogni processo di cambiamento vi sono incognite e paure, che nascono però spesso dalla mancanza di sufficienti informazioni per valutare gli effetti che il cambiamento può produrre. Certamente, se non abbiamo ancora evidenze scientifiche solide che questi cambiamenti miglioreranno sensibilmente le performance degli ospedali, alcuni risultati iniziali in termini di recupero di produttività ed efficienza operativa sono confortanti. Tuttavia occorre riconoscere l'esistenza di criticità attuative che nelle esperienze in corso devono essere studiate ed affrontate, con trasparenza ed il coraggio anche di ritornare sulle decisioni quando necessario. «Buongiorno, finalmente l'ho trovata, in questo ospedale ci vogliono due ore per trovare i miei pazienti, me li hanno sparpagliati in vari reparti...», disse un medico ad un suo paziente ricoverato in uno degli ospedali recentemente riorganizzato per livelli di intensità. Non era vero, ovviamente, ma la tentazione di minare le basi culturali del progetto, quando non se ne intuisce le ragioni, è forte. Così come quella di resistere attivamente (al limite del «boicottaggio») non rispettando intenzionalmente le regole di funzionamento, dalla programmazione di sala operatoria al ricovero selettivo del paziente dimissibile entro cinque giorni per l'area del *week surgery/hospital*. Costringendo così l'ospedale a trasferimenti nel week-end verso i reparti aperti sui sette giorni con forte stress per gli operatori e per lo stesso paziente. Reazioni fisiologiche quando il cambiamento è subito, invece che agito. Il punto nodale sarà il modo con cui i singoli ospedali e i sistemi sanitari regionali affronteranno questo tema nel

futuro prossimo: insieme od imponendo le scelte ai professionisti? Se cento anni di studi organizzativi ci hanno insegnato qualcosa questo è che il cambiamento per consolidarsi ha bisogno di essere prima capito e poi nel tempo condiviso. In questa prospettiva ospedali e sistemi sanitari regionali potrebbero forse investire tempo e risorse nell'avviare una riflessione diffusa su questo tema, facendo informazione corretta e discutendo le premesse e le ragioni che sembrano sostenere questa direzione di cambiamento dell'ospedale con i professionisti che vi operano. Perché anche se un ospedale è qualcosa di più dei suoi professionisti, non sarà mai meglio di loro

## Bibliografia

- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (1997), «L'evoluzione e le prospettive dell'assistenza ospedaliera in Italia», *Ricerca sui Servizi Sanitari*, 1.
- Bensa G., Prenestini A., Villa S. (2008), «La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumento di analisi e leve di cambiamento», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto Oasi 2008*, Milano, EGEA.
- Guzzanti Elio, (2006) «L'ospedale del futuro: origini, evoluzione, prospettive», *Recenti Progressi in Medicina*, 97, 11.
- Lega F., Alesani D., Barbieri M., Villa S. (2006), «Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico-organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, Milano, EGEA, 2006.
- Lega F., Carbone C., Prenestini A. (2010), *Governance e organizzazione delle aziende ospedaliero-universitarie*, Milano, BEA Egea.
- Lega F., De Pietro C. (2005), «Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy», *Health Policy*, 74(3), pp. 261-281.
- Lega F., Mauri M. e Prenestini A. (2010), *L'ospedale tra presente e futuro: analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*, Milano, EGEA.
- Lega F., Polimeri J., De Lucis S., Fraccaro S., Ghepari F., Sosio F. (2003), «Nuove prospettive nell'organizzazione dell'ospedale generale di comunità: il caso dell'Ospedale di Pontedera», *Organizzazione Sanitaria*, 27(3-4): 28-35.
- MAPS, rivista di management delle professioni sanitarie, n. 1 2012.
- McKee M., Healy J. (2002), edited by, *Hospitals in a Changing Europe*, Buckingham, Open University Press.
- Orlandi W., Duca E., Pioppo M. (2006), «L'ospedale per aree di intensità di cura omogenee e di assistenza multi specialistica: l'esperienza dell'Azienda USL n. 3 dell'Umbria», *Organizzazione Sanitaria*, 30(4): 35-40.
- Tibaldi V, Isaia G, Scarafiotti C, Gariglio F, Zanolchi M, Bo M, Bergerone S, Ai-

- monino Ricauda N. (2009), «Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure. A prospective randomized controlled trial», *Arch Intern Med*, 169(17):1569-1575.
- Vicentini F., Pallotti F., Cicchetti A. (2005), «I ruoli manageriali nei dipartimenti ospedalieri: evidenze da un'indagine sul campo», *Organizzazione Sanitaria*, 29, n.2, pp. 3-20.
- Villa S., Barbieri M., Lega F. (2009), «Restructuring patient flow logistics around patient care needs: implications and practicalities from three critical cases», *Health Care Management Science*, 12:155-16.
- Villa S., Stagni M.G., Lega F. (2007), «Aspetti concettuali ed operativi della logistica nelle aziende sanitarie: il caso del presidio ospedaliero di Forlì», *Mecosan*, 61: 127-158.