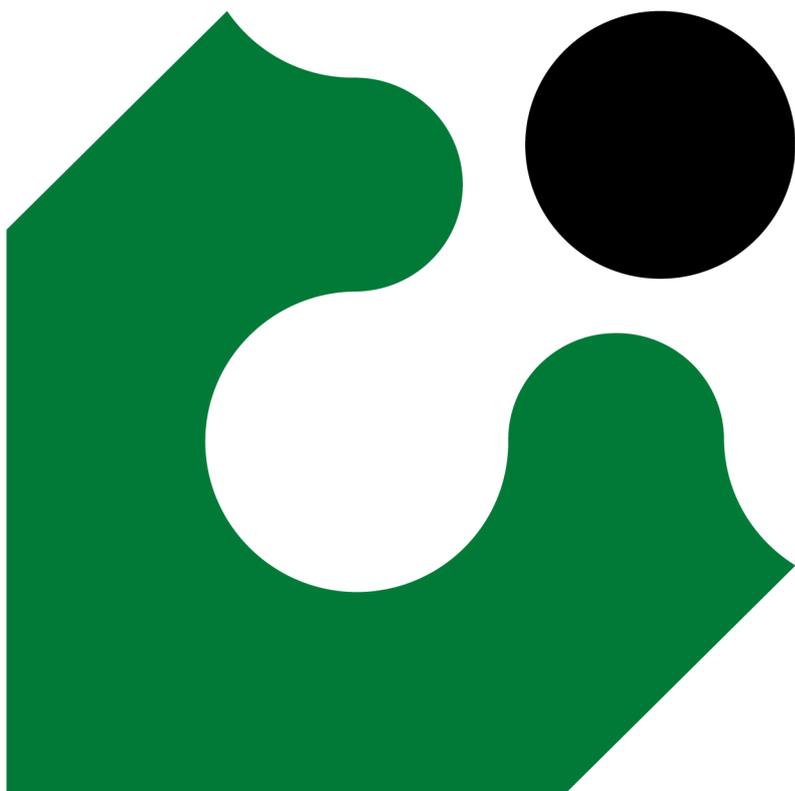


**Vantaggi e svantaggi nell'ipotesi di
decentramento dell'attività chirurgica Oculistica
verso presidi periferici (Hub-Spoke)**

Dott. Massimo De Micheli

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2021-2022



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

Codice corso: DSC 2101/CE

Soggetto erogatore: UNIMI

L'AUTORE

Dott. Massimo De Micheli, Dir. UO complessa di Oculistica, ASST LODI, massimo.demicheli@asst-lodi.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Prof. Federico Lega, Università Statale Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Prof. Federico Lega, Università Statale Milano

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE.....	5
INTRODUZIONE	7
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	10
VALUTAZIONE DEL CONTESTO CLINICO	12
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	15
METODOLOGIA ADOTTATA.....	16
DESCRIZIONE DEL PROGETTO	18
RISULTATI OTTENUTI.....	21
ANALISI DEI COSTI DI REALIZZAZIONE.....	26
CONCLUSIONI	28

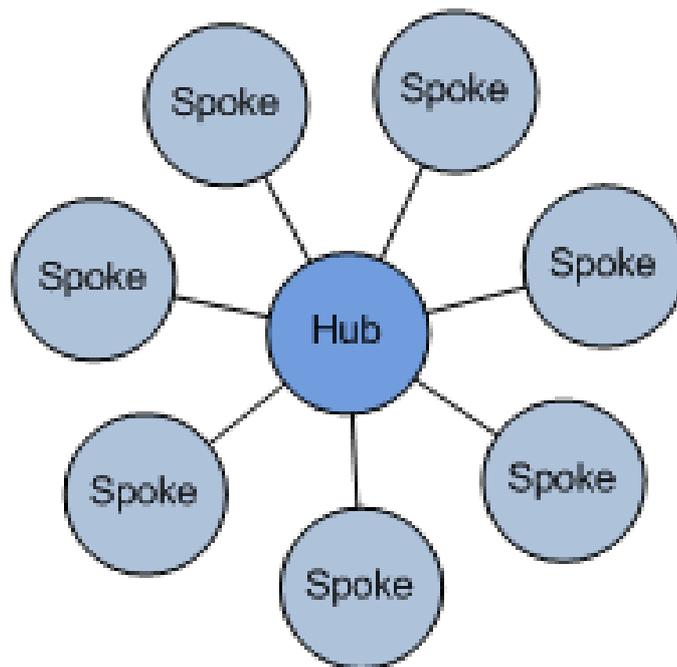
Titolo del documento

INTRODUZIONE

Il sistema “Hub and Spoke” (letteralmente del mozzo e dei raggi) è una struttura a stella basata sui centri di riferimento (Hub) e centri periferici (Spoke).

Il centro Hub rappresenta il punto centrale, l’anello di collegamento tra i vari raggi o elementi satelliti che grazie a legami di dipendenza e di coordinamento svolgono una determinata funzione.

Il modello “Hub and Spoke” esprime un’idea dinamica e per le sue caratteristiche innovative, è un modello organizzativo di rete che viene utilizzato in vari settori economici e commerciali.



Schema Hub and Spoke

L’organizzazione della attività in centri hub and spoke in medicina si traduce in una migliore gestione delle patologie e in un modello organizzativo che può essere impiegato sia per attività di natura diagnostica sia per attività prettamente chirurgiche: consiste quindi nella

razionalizzazione delle relazioni tra strutture di elevata specializzazione (Hub) e strutture di prossimità all'utente (Spoke).

Implementare un modello organizzativo come questo richiede anche un'attenta analisi delle strutture esistenti che include l'eventuale riqualificazione delle strutture poco utilizzate o meno adeguate per il bacino di riferimento al fine di migliorare i servizi erogati.

In alcuni casi tale riorganizzazione può essere pianificata in tempi piuttosto rapidi a fronte di situazioni emergenziali.

Scopo di questo PW è quello di analizzare i risultati ottenuti dal decentramento dell'attività chirurgica dell'UO di Oculistica della ASST di Lodi dalla sede centrale (Lodi) ad una sede periferica (Codogno).

L'input primario che ha spinto tale delocalizzazione è stata la pandemia Covid 19, che, nel 2020 ha imposto la chiusura delle sale operatorie di Lodi dedicate all'attività chirurgica oculistica per poter estendere gli spazi adibiti a terapia intensiva, il cui reparto, infatti, confinava proprio con il blocco chirurgico oculistico.

Tale evento ha comportato una totale riorganizzazione dell'attività oculistica in tempi rapidi, riorganizzazione, peraltro, già necessaria a fronte della rapida espansione della richiesta di prestazioni da parte di un'utenza sempre più ampia.

Decentrare interamente un'attività chirurgica da un Ospedale (Polo) ad un presidio periferico (Antenna) potrebbe far presupporre un ridimensionamento delle prestazioni erogate per tutta una serie di problematiche da risolvere:

- logistica
- organizzazione
- mobilità del personale
- mobilità dei pazienti (pz. spesso molto anziani e con comorbidità)
- presenza piattaforme produttive adeguate
- tecnologie cliniche disponibili
- presenza di servizi sanitari accessori e necessari allo svolgimento delle prestazioni sanitarie
- competenze del personale sanitario
- qualità clinica dei servizi erogati

Verranno confrontati i dati delle prestazioni eseguite nel 2019 rispetto al 2021. Non prenderemo in considerazione l'anno 2020 perché non indicativo a causa della pandemia.

La chirurgia oculistica ha avuto, negli ultimi anni, una forte evoluzione, sia dal punto di vista tecnologico che da un punto di vista procedurale.

Si è passati da tecniche invasive con richiesta di anestesia generale e ricoveri prolungati ad interventi mininvasivi eseguiti in anestesia locale o topica con minimo impegno anestesiológico e regimi di ricovero ambulatoriale o day hospital.

L'oftalmologia è, quindi, una delle discipline chirurgiche che maggiormente ha contribuito e contribuisce alla diversificazione del flusso dei pazienti verso forme alternative al ricovero.

Questo consente di far fronte ad una crescente domanda di prestazioni chirurgiche in parte legate al progressivo innalzamento dell'età media della popolazione, in parte all'ampliamento delle indicazioni chirurgiche di patologie precedentemente non trattabili.

Nel 2019 sono stati eseguiti più di 650.000 interventi di cataratta in Italia.

La tendenza sarà sempre più quella di operare economie di scala concentrando le attività ambulatoriali in strutture dedicate, all'interno ma anche lontane dagli ospedali, per favorire l'ottimale utilizzo delle risorse umane e un abbattimento dei costi di produzione.

La cataratta è un esempio di patologia dell'invecchiamento e per questo rappresenta di gran lunga il più frequente intervento tra le diverse discipline chirurgiche e il numero di interventi è destinato a crescere con l'aumentare dell'età della popolazione, soprattutto in Italia, che nel 2030, potrebbe essere in assoluto il Paese più vecchio del mondo.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Il focus di questo project work è di analizzare un problema irrisolto della sanità pubblica italiana.

Il SSN è caratterizzato, nel nostro paese, da un'elevata quantità di presidi sanitari disseminati su tutto il territorio, spesso sottoutilizzati o inadeguati a poter coprire le esigenze della popolazione afferente a tali presidi.

In particolare la regione Lombardia presenta una concentrazione di strutture sanitarie davvero consistenti che, affiancati alle strutture convenzionate, rappresentano una densità di strutture altissima: 238 ospedali di cui 104 privati convenzionati, ovvero un ospedale ogni 42000 abitanti (**Fonte open Data Regionale**).

Questo ci differenzia molto dall'approccio tipo di altri paesi come i paesi anglosassoni che, all'opposto tendono ad accentrare il più possibile i servizi erogati in strutture in grado di gestire bacini di utenza molto ampi.

Il risultato è che in Italia esistono un considerevole numero di presidi strutturalmente adeguati, ma sottoutilizzati, a fronte di presidi più importanti sottoposti, invece ad una forte pressione da parte della popolazione per l'erogazione di prestazioni che spesso non riescono ad erogare in maniera congrua ed efficace.

Ancor più questa anomalia si è evidenziata in epoca pandemica: ovvero il sovraccarico di lavoro a livello delle strutture centrali ha drasticamente interrotto il flusso di prestazioni erogate, in particolar modo per quanto riguarda le prestazioni in elezione, proprio delle strutture centrali (HUB), dovendo concentrare le risorse e gli spazi verso la situazione emergenziale.

Una migliore comprensione delle potenzialità di strutture periferiche (SPOKE), potrebbe ridurre il sovraccarico di richiesta di prestazioni proprio sulle strutture centrali andando a soddisfare maggiormente le esigenze dell'utenza.

Sono diversi gli obiettivi che possono portare ad una scelta di decentramento di un servizio.

Un servizio chirurgico in espansione, caratterizzato cioè da una continua crescita della domanda di prestazioni da parte dell'utenza, che fa capo ad un Hub con pochi spazi chirurgici a disposizione, e quindi con evidenti impedimenti strutturali, potrebbe individuare in una nuova sede decentrata ma con maggiori possibilità di crescita la possibile soluzione.

Il conseguente aumento del numero delle sedute operatorie a disposizione potrebbe portare, oltre che ad un aumento delle prestazioni effettuate, una sostanziale riduzione delle liste di attesa che, soprattutto per quanto riguarda la cataratta, risultato spesso molto lunghe con conseguente deterioramento della qualità di vita dei pazienti.

Così pure una maggior disponibilità di sale operatorie consentirebbe di far fronte con timing adeguato a patologie acute come traumi o perforazioni bulbari oppure ad urgenze differibili quali le patologie retiniche, il distacco di retina in primis.

Un altro aspetto da prendere in considerazione è il grado di soddisfazione dell'equipe medica/infermieristica: una specialità chirurgica richiede da parte del professionista competenze chirurgiche. Tali competenze si formano sul campo, ovvero in sala operatoria.

Apprendere la chirurgia richiede tempo, il tempo è direttamente proporzionale alla disponibilità di sale operatorie.

Individuare un presidio con disponibilità di spazi chirurgici significa poter instaurare un efficace sistema di insegnamento/crescita professionale dell'intera equipe.

I vantaggi saranno:

- stimolo continuo a crescita professionale, e stimolo ad un maggior impegno professionale
- "depersonalizzare" l'attività chirurgica per consentire una continuità non collegata alle capacità individuali di pochi
- costituire un'attrazione per nuovi specialisti stimolati dalle possibilità di crescita

L'obiettivo ultimo è la salute del paziente.

VALUTAZIONE DEL CONTESTO CLINICO

La prima fase consiste nell'individuare il presidio già strutturato/predisposto a poter supportare un'attività chirurgica:

- presenza di sale operatorie adeguate (accreditamento regionale per esecuzione di interventi chirurgici)
- presenza di personale infermieristico/medico di supporto
- presenza di servizio di anestesia e rianimazione
- possibilità di attivare un servizio di day surgery

Va, quindi, ricercato un presidio strutturalmente già predisposto a poter far fronte a carichi di lavoro maggiori, ma sottoutilizzato per la scarsa disponibilità da parte delle unità operative dell'Hub centrale di poterne sfruttare appieno le potenzialità.

Gli ostacoli maggiori sono la cronica scarsità del personale medico/infermieristico come pure l'ampia offerta sanitaria presente in Lombardia che, soprattutto in ambito oculistico, consente all'utenza di poter usufruire di un'ampia scelta chirurgica.

Risulta fondamentale creare un'attrattività del servizio proposto: una qualità delle prestazioni chirurgiche erogate superiori alla media.

Nel caso specifico le opzioni erano: ospedale di Sant'Angelo Lodigiano, Ospedale di Casalpusterlengo, Ospedale di Codogno.

Indubbiamente quello maggiormente strutturato per poter fornire un servizio di questo tipo era il presidio di Codogno.

La presenza di un blocco operatorio sovradimensionato rispetto alle prestazioni chirurgiche effettuate garantiva la presenza di spazi chirurgici adeguati.

La scelta dello Spoke più adeguato richiede anche un'attenta valutazione dell'offerta presente sul territorio: ci sono in prossimità centri di riferimento o estremamente attrattivi che possano competere con il nostro presidio? Oppure l'area è scoperta ed i pazienti sono costretti a rivolersi ad altre strutture meno facilmente raggiungibili.

La valutazione del bacino di utenza risulta fondamentale:

quali sono gli ospedali concorrenti? (**minacce**)

che tipologia di offerta chirurgica offrono?

quali sono i punti di forza del servizio offerto? (**opportunità**)

quali i punti di debolezza?

A tal proposito un modello in grado di schematizzare tali indici è la matrice SWOT.



Matrice SWOT

Questo genere di valutazioni è strettamente correlata con il livello di capacità chirurgiche messe in campo dalla unità operativa.

Ovvero, una équipe chirurgica con alto livello di specializzazione in grado di poter intervenire sui vari ambiti delle patologie oftalmiche sarà definitivamente più spendibile rispetto ad una équipe con capacità chirurgiche di base (solo cataratta).

Maggiori sono le competenze chirurgiche minore è la possibilità di incontrare strutture concorrenziali sul territorio.

La concorrenza maggiore in lombardia rispetto alle strutture ospedaliere è rappresentata dalle cliniche convenzionate che hanno individuato nella chirurgia della cataratta un'attività estremamente remunerativa con costi di gestione relativamente bassi.

Il limite strutturale di tali strutture è la difficoltà strutturale/organizzativa di predisporre un servizio chirurgico con alta specializzazione.

E' questo il campo entro il quale si dovrebbe muovere una struttura ospedaliera: non competere sugli interventi di bassa intensità ma sulla chirurgia più complessa diventando

Titolo del documento

punto di riferimento anche per le strutture limitrofe (convenzionate e pubbliche) non in grado di affrontare le patologie più complesse.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Il destinatario ultimo di un tale progetto è il bacino di utenza: la cittadinanza.

In epoca pandemica la rivalutazione di presidi sottoutilizzati si è rilevata fondamentale per poter estendere terapie intensive e organizzare nuovi reparti covid nei centri HUB, consentendo altresì di poter proseguire le attività chirurgiche non strettamente correlate con il Covid 19 presso sedi secondarie ovvero gli SPOKE.

Tutto questo favorisce la possibilità di riprendere l'attività di elezione facendo fronte alla continua richiesta di attività terapeutica specialistica.

Possiamo considerare tra i beneficiari la stessa equipe chirurgica.

Un miglioramento delle prestazioni chirurgiche può essere definita una ricompensa nei confronti della equipe chirurgica. La formazione di nuove competenze fa parte dei fattori motivazionali che portano ad una maggiore motivazione dell'equipe (**skill variety-Factors of motivation-Federico Lega**)

METODOLOGIA ADOTTATA

Il modello adottato è stato quello inerente l'individuazione di una struttura in grado di effettuare le cure (struttura HOT) e un'altra struttura in grado di eseguire solo esami diagnostici e visite ambulatoriali per completare la diagnosi dei pazienti (struttura COLD).

Ciò consente di evitare il trasferimento di un intero reparto, ma solo la componente chirurgica, mantenendo invece la diagnostica nella sede centrale.

L'impatto nei confronti dell'equipe infermieristica e medica è sicuramente minore e più accettabile, come pure l'impatto nei confronti della popolazione: doversi spostare per effettuare una prestazione chirurgica in regime di day hospital è più accettabile rispetto allo spostamento per esami diagnostici o visite.

Questo modello implica conseguentemente la presenza di equipe itineranti secondo il modello del pendolo.

L'equipe itinerante di norma non è una soluzione accolta favorevolmente dall'equipe medica, tranne per i casi in cui il decentramento costituisca un vantaggio logistico per il professionista.

La motivazione risulta in questo caso fondamentale: in ambito chirurgico la motivazione massima la si ottiene dall'apprendimento delle tecniche chirurgiche.

L'insegnamento chirurgico risulta, in Italia, fondamentale per la motivazione dell'equipe medica. Le scuole di specialità non riescono a produrre specialisti autonomi in ambito chirurgico di conseguenza il neo specialista ricerca l'ambiente lavorativo più idoneo per apprendere tali tecniche.

L'oculistica è, infatti, una specialità prettamente chirurgica.

La chirurgia oculistica non si esprime solo con l'intervento della cataratta: esistono interventi cosiddetti maggiori come la chirurgia vitreo-retinica, la chirurgia corneale, gli interventi per il glaucoma e la chirurgia oftalmoplastica.

Ampliare l'offerta chirurgica consente di ampliare il bacino di utenza incrementando così le prestazioni effettuate ma, altresì, rende estremamente attrattivo il polo chirurgico anche per pazienti di altre province/regioni.

La completezza dell'offerta chirurgica, infine, favorisce la motivazione del chirurgo stimolato dalla possibilità di acquisire nuove tecniche arricchendo il proprio bagaglio professionale.

Il vantaggio della chirurgia oculistica rispetto ad altre chirurgie consiste nella bassissima richiesta di impegno anestesiológico, e nella totale assenza di degenza notturna per i pazienti operati.

Ciò consente di non gravare in maniera significativa sul servizio anestesiológico e ancor meno sulla equipe infermieristica.

Questo si traduce nella possibilità di poter posizionare il servizio di chirurgia oculistica anche in strutture non idonee per altre chirurgie, è quindi estremamente flessibile e modellabile a seconda delle esigenze.

Un'ulteriore sostegno ad un progetto di decentramento di solo una attività chirurgica nell'ambito di un'UO complessa è dato dalla DIGITALIZZAZIONE.

Questo è un argomento molto attuale la cui realizzazione è uno degli obiettivi della recente riforma sanitaria.

Digitalizzare un progetto come questo significa mettere in rete tutte le informazioni diagnostiche al fine di convogliare tutti i dati clinici da una struttura all'altra senza più messi viaggiatori e trasporto cartaceo.

Questo al fine di rendere più rapida, sicura ed economica la gestione dei pazienti le cui informazioni, in un modello come questo, possono essere gestite in più presidi in tempo reale.

In conclusione, i fattori maggiormente critici riguardano la distanza tra i presidi ospedalieri e la mobilità del personale.

Entrambi questi ostacoli possono essere affrontati con successo.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Individuato il presidio più adeguato, bisogna studiare e pianificare al meglio i percorsi del paziente che possiamo suddividere in :

- pre operatorio
- intra operatorio
- post operatorio

il pre operatorio viene distinto in :

- pre intervento proprio degli interventi eseguiti in regime ambulatoriale (cataratta, chirurgia palpebrale minore)
- pre ricovero da effettuare per gli interventi maggiori, intesi come interventi eseguiti in anestesia locale con o senza sedazione del paziente.

Le due differenti modalità differiscono sostanzialmente per gli esami diagnostici eseguiti.

Nel pre operatorio si eseguono solo esami prettamente oculistici. E' infatti oramai assodato che sottoporre i pazienti affetti da cataratta ad esami diagnostici sia assolutamente inutile al fine di prevenire eventuali complicazioni intraoperatorie (**The value of routine preoperative medical testing before cataract surgery. Study of Medical Testing for Cataract Surgery N Engl J Med.2000 Jan 20;342(3):168-75**)

Nel pre ricovero vengono eseguiti anche esami sistemici (ecg, esami ematochimici, eventuale valutazione anestesiológica)

Ridurre il numero di esami non coerenti con lo scopo dell'intervento consente di ottimizzare le tempistiche e le risorse necessarie per svolgere tali compiti (infermieri, medici ed ortottisti)

Questa fase viene svolta nell'UO di Oculistica nell'ambito del sito centrale (HUB).

l'intraoperatorio che si suddivide in:

- ricovero in regime ambulatoriale (cataratta, chirurgia palpebrale minore)
- ricovero in regime di day hospital (per interventi di chirurgia maggiore)

in questa fase il paziente viene preso in carico dal reparto di day surgery per la preparazione pre operatoria, accompagnato in sala operatoria, riportato in reparto alla conclusione dell'intervento, dimesso con le indicazioni terapeutiche del caso e le indicazioni riguardanti i controlli successivi.

Questa fase si svolge nell'ambito del presidio periferico.

Il post operatorio:

si svolge presso l'UO di oculistica, consiste nel controllare il pz, dare nuovamente le indicazioni terapeutiche ed indicare i controlli post operatori successivi.

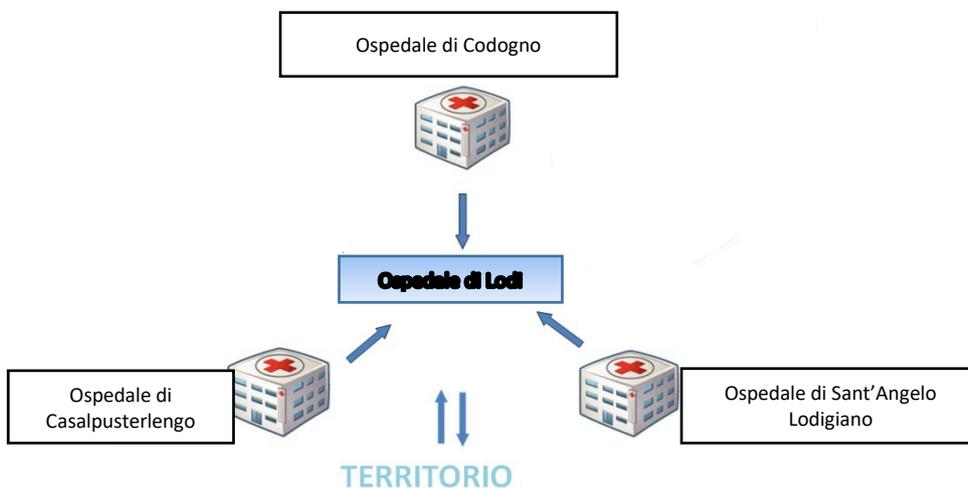
Il relativo disagio del paziente può essere enormemente attenuato o addirittura annullato completamente dalla precisa organizzazione dei percorsi e dalla qualità del servizio percepiti.

A tal proposito vorrei soffermarmi su quella che potremmo definire una reazione motivazionale davvero sorprendente: le professionalità relegate a mansioni poco gratificanti sono frequentemente desiderose di poter realizzarsi maggiormente nel proprio lavoro.

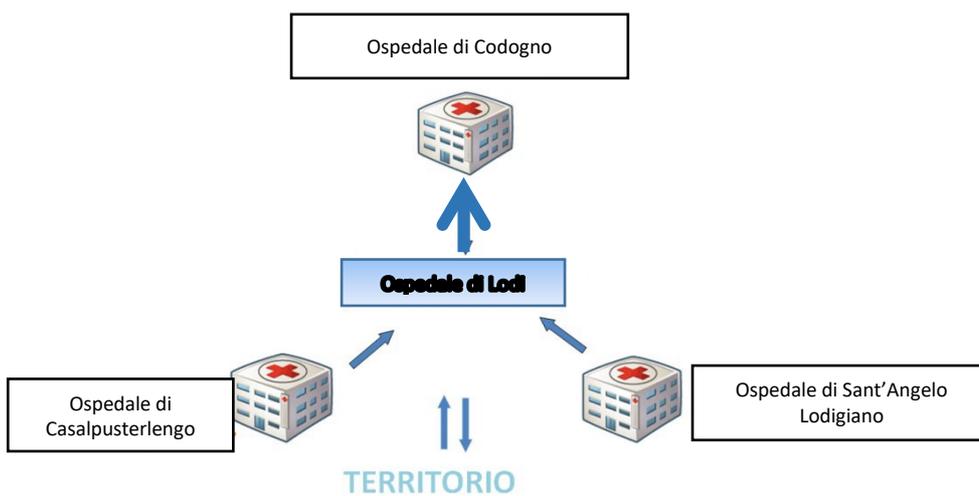
Ciò vuol significare che riattivare una attività chirurgica ben organizzata in un presidio sottoutilizzato e con professionalità represses può portare ad una reazione motivazionale tale da poter facilitare ed agevolare in maniera determinante l'attuazione del progetto.

Le professionalità maggiormente coinvolte da questa dinamica sono il personale infermieristico sia di reparto che di sala operatoria.

Il modello della rete: nodi «hub»



Il modello della rete: nodi «hub»



RISULTATI OTTENUTI

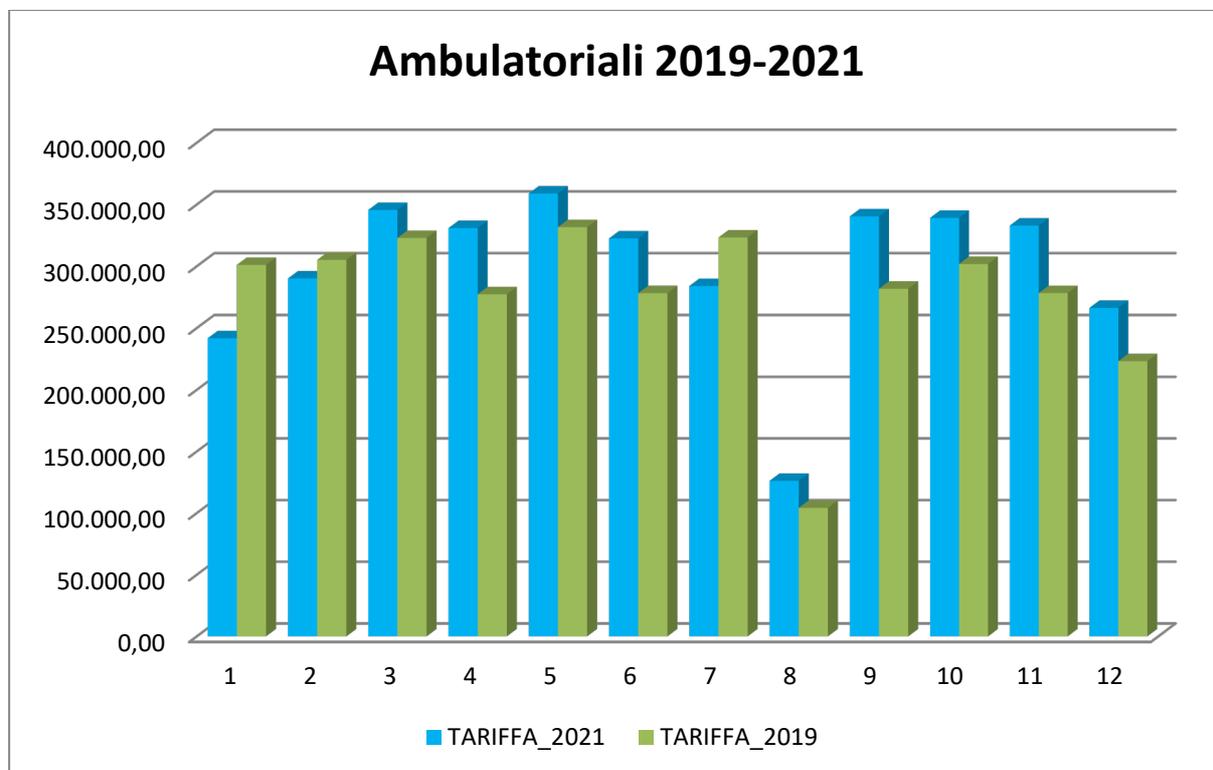
A seguire i dati di confronto delle attività chirurgiche dell'UO di Oculistica di Lodi.

Nel 2019 tali attività sono riconducibili al presidio ospedaliero di Lodi, mentre l'anno 2021 si riferisce al presidio di Codogno, vale a dire dopo il trasferimento da HUB a SPOKE.

Dai grafici si può notare un notevole aumento delle attività chirurgiche sia ambulatoriali (cataratta) che in day surgery (interventi maggiori) a fronte di un irrisorio incremento della spesa.

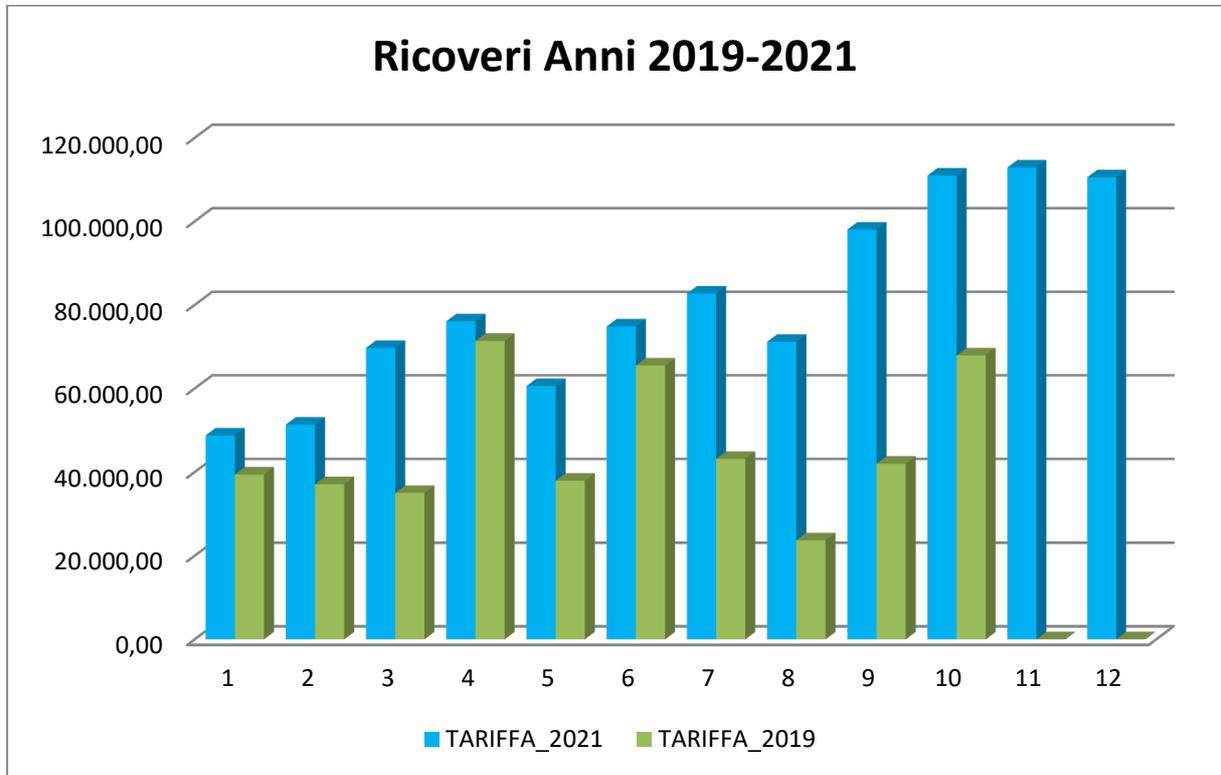
Questo a dimostrazione del fatto che un decentramento delle attività, oltre che risultare vantaggioso per all'HUB di riferimento permettendo di svincolare risorse, può determinare un miglioramento ed un incremento della produzione grazie ad una ottimizzazione delle procedure e dei percorsi.

Tabella 1: Prestazioni ambulatoriali (comprese le cataratte)



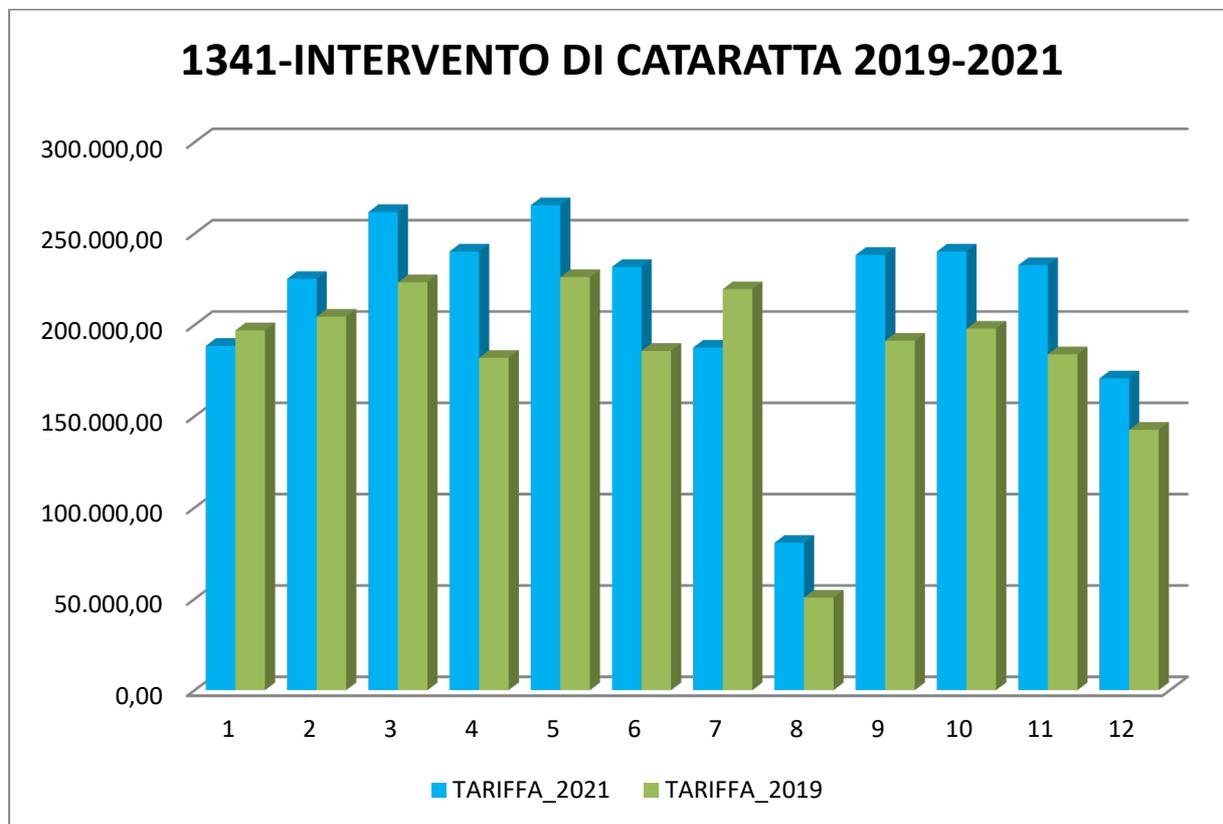
Fonte: Controllo di Gestione ASST Lodi

Tabella 2: attività DH UO Oculistica Lodi



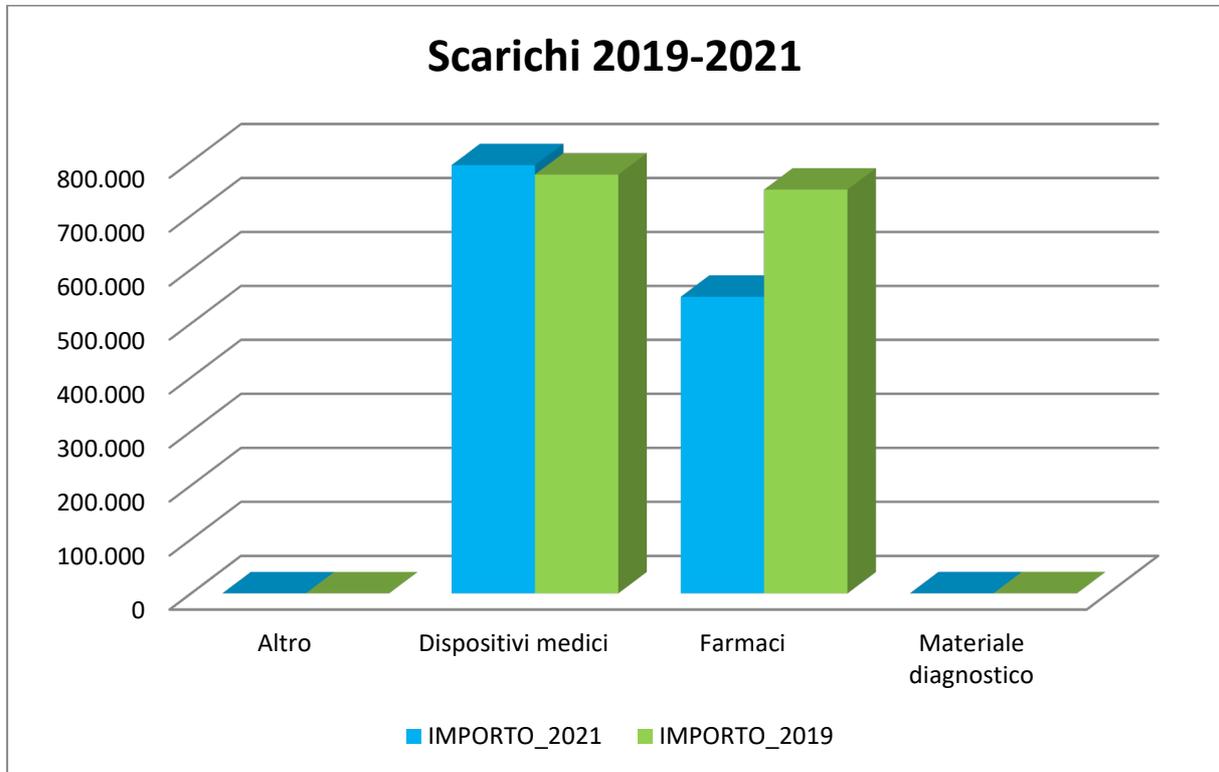
Fonte: Controllo di Gestione ASST Lodi

Tabella 4: Prestazioni ambulatoriali chirurgiche (cataratte)



Fonte: Controllo di Gestione ASST Lodi

Tabella 3: Costi dispositivi medici



Fonte: Controllo di Gestione ASST Lodi

ANALISI DEI COSTI DI REALIZZAZIONE

La scelta di mantenere l'attività diagnostica presso l'Hub centrale consente una notevole riduzione dei costi di avviamento del progetto riducendo così l'impatto economico dell'investimento iniziale.

La strumentazione necessaria, difatti, è già presente e non richiede ulteriori acquisizioni.

L'equipe medica, in questo modello organizzativo, deve essere organizzata in maniera tale da poter coprire le normali attività diagnostiche di reparto e le attività chirurgiche ruotando quindi sui due poli.

L'equipe anestesiologicala è già presente nel blocco operatorio per seguire le attività chirurgiche già avviate.

L'equipe infermieristica risulta già presente presso il presidio periferico: necessita, chiaramente, di un periodo di training per poter acquisire le necessarie competenze in relazione alla gestione del pz.

Ricordo che i pz sottoposti a chirurgia oculistica sono, normalmente, in grado di gestirsi autonomamente. Questo rende il servizio di day surgery meno impegnativo rispetto ad altre chirurgie che prevedono pazienti allettati e costantemente monitorati.

Anche l'equipe infermieristica del blocco operatorio richiede un periodo di training che può essere effettuato: o nell'Hub centrale prima che vi sia il trasferimento dell'attività chirurgica, oppure direttamente sul campo nel presidio periferico utilizzando personale infermieristico già formato presente nella sede centrale e disponibile a trasferirsi temporaneamente per affiancamento.

Fin qui, pertanto, il progetto si svolge ad isorisorse.

I costi di realizzazione riguardano la strumentazione chirurgica, anch'essa già presente trasferita dall'HUB centrale al presidio periferico.

Il costo riguarda il progetto di espansione dell'attività.

La chirurgia oculistica è una specialità estremamente sofisticata e tecnologica e la tecnologia ha dei costi.

Prevedendo l'ampliamento degli spazi chirurgici, passando, cioè, da una sala quotidiana a due sale giornaliere in parallelo, dobbiamo preventivare l'acquisto di strumentazione per attrezzare la seconda sala operatoria.

Il costo maggiore ricade sul microscopio operatorio, strumento fondamentale: è lo strumento che ci consente di visualizzare ogni nostro passaggio chirurgico.

Maggiore è la qualità dello strumento adottato migliore potrà essere la prestazione chirurgica eseguita.

La restante parte dell'attrezzatura chirurgica viene di solito acquisita con contratti in service.

Il canone di noleggio comprende l'utilizzo dello strumento più una macchina di backup per coprire ogni possibile evento avverso. Di solito nel contratto sono inclusi gli aggiornamenti e la sostituzione dello strumento in caso di malfunzionamento.

L'acquisto di custom pack ovvero kit procedurali contenenti tutto il materiale monouso necessario per il singolo intervento.

Infine i conti deposito delle lenti intraoculari da impiantare durante l'intervento di cataratta: non richiedono pagamenti anticipati, ma si paga esclusivamente la singola lente impiantata.

Tutte queste attività devono prevedere l'apertura di un nuovo centro di costo che faccia capo al presidio di riferimento.

CONCLUSIONI

Il decentramento di un'attività, chirurgica o non, da una sede centrale ad una periferica è quasi sempre considerata soprattutto dalla classe medica, una sconfitta, quasi una perdita di dignità per la propria professione.

Alcune volte, però, questo stravolgimento delle attività può riservare sorprese.

Bisogna riuscire a trasformare questa ricollocazione in un'opportunità di crescita e sviluppo delle attività.

Trasferirsi da una sede centrale (HUB) congestionata, con spazi di crescita inesistenti, dal punto di vista organizzativo ad una sede più dinamica, con personale motivato a voler dimostrare le proprie professionalità presso una sede alcune tipologie di può dare nuovo slancio.

