

## **Le reti sanitarie multiospedaliere e multiservizi : esperienze e prospettive di sviluppo nelle aree metropolitane <sup>1</sup>**

Marco Meneguzzo Università Roma Tor Vergata – Università Svizzera Italiana

### *1. Reti sanitarie ed aree metropolitane : una risposta alle emergenze ( o alla emergenza) delle grandi città*

Il recente dibattito sulla emergenza anziani nelle grandi città , che ha caratterizzato l'estate del 2003 e che ha visto un deciso confronto tra Ministero della Salute da un lato ed i grandi Comuni metropolitani dall'altro ha ha riportato in primo piano il problema della necessità di integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali nelle grandi città.

Infatti gli Enti locali, titolari di responsabilità di intervento sui servizi socioassistenziali e sociosanitari, e solo formalmente coinvolti, sulla base del decreto ter del 1999 sul SSN, nelle scelte di programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari delle aziende sanitarie locali, operanti nelle grandi aree urbane, hanno messo in evidenza la inadeguatezza delle risorse finanziarie a disposizione ed in molti casi l'estrema difficoltà di di attivare politiche integrate di risposta, che vedono coinvolte i diversi soggetti pubblici e privati for profit e no profit.

Le maggiori difficoltà si sono infatti registrate proprio sul terreno del coordinamento interistituzionale tra Comuni metropolitani e aziende sanitarie, sempre più caratterizzate da un processo di concentrazione e di creazione di macroaziende, ed aziende ospedaliere ; per contro la collaborazione e la cooperazione con il privato no profit ha visto maggiore interventi più rapidi ed incisivi.

Le possibili alternative di risposta al coordinamento interistituzionale, che trovano nella creazione ed attivazione di reti ed i network multiospedaliere e multiservizi una soluzione adeguata, vanno valutate in relazione alle specificità dei sistemi sanitari nelle aree metropolitane ed ai successi (ed insuccessi) degli interventi finora adottati .

Una prima importante considerazione riguarda la comprensione da parte del legislatore nazionale nella prima fase del SSN e dei legislatori regionali, nella fase di aziendalizzazione, sulla specificità della offerta dei servizi sanitari pubblici nelle grandi aree metropolitane del nostro paese.

Infatti l'emergenza delle metropoli e l'inadeguatezza delle risorse non sono problemi recenti ma sono stati messi in luce da diversi anni; a questo proposito si ricorda i contributi dell'inizio degli anni 80, predisposti all'interno delle ricerche sulle possibili modalità di cooperazione tra Milano, Torino e Genova ( Meneguzzo DallaLonga 1981) in cui veniva posto il problema della "*crisi fiscale delle grandi città a livello sanitario*".

---

<sup>1</sup> Il contributo riprende ed adatta una serie di considerazioni contenute in M. Meneguzzo I terreni della innovazione organizzativa ; le reti sanitarie multiospedaliere e multiservizi , capitolo 10 tratto da M. Bergamaschi ( a cura di) L'organizzazione delle aziende sanitarie Mc Graw Hill 2000

Facendo riferimento ad esperienze internazionali, principalmente statunitensi, che vedono nella fiscalità locale la principale fonte di finanziamento dei servizi sanitari e sociosanitari metropolitani , si sosteneva che :le città centrali erano strette tra una forbice che vedeva da un lato maggiori bisogni legati ai processi di degrado delle aree centrali (disagio sociale, povertà ed emarginazione) e alla attrazione di popolazione, che per vari motivi, veniva quotidianamente attratta nelle aree urbana, non compensati da maggiori finanziamenti, a seguito della riduzione degli introiti fiscali delle grandi città per effetti di delocalizzazione delle imprese e delle istituzioni finanziarie (*effetti di spill over*) ( Meneguzzo Dalla Longa 1981)

in caso di finanziamento basato sulla fiscalità le grandi città erano chiamate a rispondere a bisogni sanitari delle aree metropolitane e dell" hinterland ,

Concretamente il processo di creazione delle USL aveva visto nelle grandi città:

- la scelta di frammentazione delle USL, in molti casi disegnate in base alle zone di decentramento urbano (emblematico è stato il caso delle 20 USSL zonali di Milano) che rendeva difficile una risposta organica e coordinata alle emergenze sanitarie, sociosanitarie e sociali , emergenze che si sono sempre più acutizzate ;
- l'assenza nelle modalità di distribuzione del Fondo sanitario nazionale ( FSN ) alle Regioni e dei FSR regionali alle USL di criteri specifici che tenessero conto della complessità maggiore e dei fabbisogni delle aree urbane .

La situazione di partenza si è parzialmente modificata negli ultimi venti anni, senza affrontare il nodo critico della crisi fiscale urbana a livello sanitario.

Il processo di aziendalizzazione ha avuto effetti contraddittori; ha ricomposto infatti la frammentarietà del sistema sanitario pubblico urbano, riducendo il numero delle USL attraverso la creazione di ASL di maggiori dimensioni, soprattutto nelle metropoli del Centro Nord ( Milano, Torino, Bologna, Firenze) .

Emblematico è sempre il caso di Milano, che è passata dalle 20 USSL urbane a sei ASL urbane in una fase successiva per poi arrivare, nella situazione attuale a tre macro ASL per l'intera area metropolitana.

A Roma e nelle principali metropoli del Mezzogiorno la ricomposizione è stata sicuramente meno rilevante, a fronte di una scelta, fatta già durante gli anni 80 di pensare ad USL uniche per l'area urbana ; emblematici sono così i casi delle macro ASL di Napoli e di Palermo, ormai articolata su base provinciale.

La riduzione della frammentarietà è solo apparente ; infatti alle ASL uniche si è affiancata la creazione delle Aziende ospedaliere, che hanno introdotto dinamiche di competitività sulla offerta dei servizi sanitari, accentuate dalla introduzione del finanziamento basato sui DRGs e rendendo complesso il coordinamento con le ASL metropolitane ; l'emergenza anziani di questa estate è stata preceduta negli ultimi dalla emergenza sulla programmazione della chiusura dei posti letto nel periodo estivo che vedeva un serrato confronto tra la "domanda" espressa da Comuni ed ASL con le strategie "aziendali" dei grandi ospedali urbani.

A questo proposito va richiamata insieme al caso di Milano, in cui sono presenti sette Aziende ospedaliere e tre IRCCS il caso di Palermo con diverse aziende ospedaliere .

Alla apparente ricomposizione della frammentarietà della offerta sanitaria pubblica si sono poi affiancate, negli ultimi anni: altre rilevanti dinamiche con ben percepibili effetti di moltiplicatore di spesa sanitaria e sociosanitaria:

- la crescita di una nuova domanda di servizi sanitari e sociosanitari, legata alla crescita della popolazione anziana (anziani e grandi anziani) che ormai è compresa nelle grandi città tra il 20 - 25% della popolazione totale, al fenomeno della immigrazione che si concentra nelle metropoli, all'accentuarsi del disagio sociale e del fenomeno delle nuove (e vecchie) povertà;
- la presenza di una forte segmentazione culturale, economica e sociale in aree degradate dei centri urbani e in molte periferie urbane che esprime a sua volta un bisogno di servizi sanitari e sociosanitari e che non trova ancora, nonostante significative esperienze (si pensi ai progetti URBAN I e URBAN II) una risposta integrata da parte dei diversi attori pubblici; non a caso nei progetti URBAN, sempre più caratterizzati da una visione intersettoriale, il ruolo pilota viene svolto dai Comuni con un ruolo marginale delle aziende sanitarie pubbliche;
- il rafforzamento ed il consolidamento nelle grandi città di una rete di istituzioni di ricerca e formazione strettamente collegata al settore sanitario (dalle Università, agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ai Parchi scientifici ed ai Biopoli) che determina fenomeni di attrazione di pazienti ed utenti sulle strutture sanitarie metropolitane e spinge le stesse a processi diagnostici terapeutici e riabilitativi a costi crescenti: emblematico è il caso degli ospedali universitari;
- l'essere le organizzazioni sanitarie operanti nelle grandi città incubatore privilegiato di nuove modalità di offerta dei servizi sanitari come testimoniano i progetti presentati ai diversi premi alla innovazione a livello nazionale (Cento progetti) ed a livello settoriale (Regionando, Cittadinanzaattiva, Golden Helix);

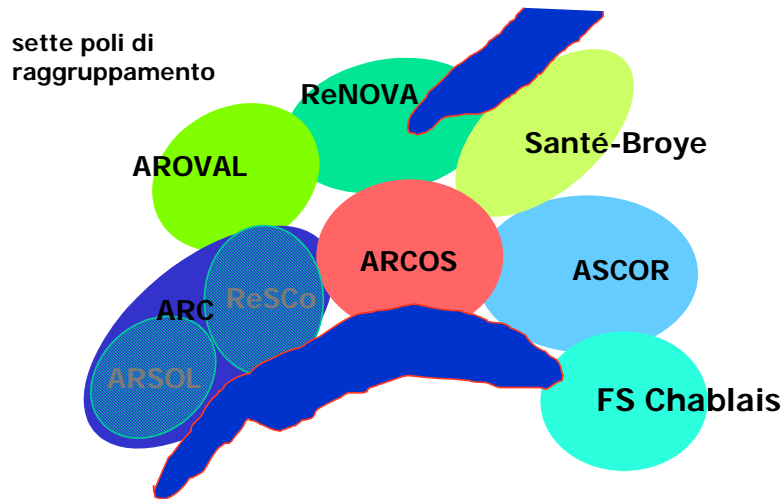
La crescente domanda di servizi sanitari e il correlato fabbisogno di risorse finanziarie non hanno trovato, nel corso degli anni 80 e degli anni 90, adeguata risposta nelle modalità di distribuzione dei fondi a livello di Servizio sanitario nazionale; ASL ed aziende ospedaliere operanti nelle aree urbane sono state finanziate con gli stessi criteri adottati per le ASL operanti sul territorio regionale. Il Piano straordinario per le aree urbane, lanciato a fine anni 90 con una dotazione di 1500 miliardi, ha rappresentato un primo significativo elemento di rottura alla sottovalutazione del differenziale di fabbisogno finanziario delle grandi città.

Il piano straordinario rappresenta comunque un primo passo sia per l'essere finalizzato all'ammodernamento ed allo sviluppo del patrimonio immobiliare e tecnologico, principalmente degli ospedali urbani e per non prevedere invece risorse ad hoc sulla gestione corrente e sulla spesa di sviluppo (finanziamento di progetti intersettoriali sanità - socioassistenziale - ambiente - educazione) sul modello dei progetti URBAN e dei progetti di sviluppo delle periferie urbane.

, se non .

coordinamento ed integrazione

## Situazione attuale (2)



### *1 Le reti sanitarie come nuova forma organizzativa*

Negli ultimi anni il settore sanitario è sempre più interessato dalla creazione e dalla diffusione di reti e network, forme organizzative sempre più adottate per rispondere alle esigenze poste dal rafforzamento della capacità competitiva delle aree territoriali ( i distretti industriali e locali) e dallo sviluppo della economia digitale.

I *network interaziendali ed interorganizzativi* rappresentano la scelta di struttura organizzativa più coerente con le scelte strategiche delle imprese industriali e di servizi, orientate a portare all'interno della propria configurazione organizzativa, fornitori e subfornitori, clienti, concorrenti, altre imprese che operano sulle stesse aree di affari, attraverso *partnership, joint ventures, fusioni e acquisizioni*.

A questa tendenza in atto non fanno eccezione le organizzazioni sanitarie, strette sempre più da molteplici esigenze legate alle pressioni più tradizionali come il contenimento dei costi e il conseguimento di più elevati livelli di qualità ed altre più recenti, riconducibili alla innovazione tecnologia, all'impatto della *information communication technology* e alla necessità di garantire integrazione e continuità del processo assistenziale (*continuum of care*).

Nella sperimentazione di nuove strategie di offerta dei servizi e di organizzazione delle risorse le reti multispedaliere e multiservizi sanitari stanno assumendo crescente rilevanza. ( Meneguzzo 2000, Lega 2003)

Significativa è la *convergenza sulla centralità delle reti* tra le sistematizzazioni concettuali più vicine alla economia sanitaria e i modelli e le teorie aziendali e manageriali in sanità; le due logiche costituiscono il

primo tassello del mosaico di analisi ed interpretazione delle reti, a cui si collegano le teorie organizzative da un lato e gli studi di strategia aziendale dall'altro.

Sui contributi teorici riconducibili alla economia sanitari obbligato è il riferimento ai lavori della Organizzazione per la cooperazione e sviluppo economico (si veda [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)) in cui a partire dal 1994 particolare attenzione viene dedicata, nella valutazione delle possibili strategie di intervento sui sistemi sanitari, alle *strategie di networking*, in cui il *focus* dell'intervento si sposta da costi ed efficienza del processo diagnostico e terapeutico dei singoli centri di offerta ad efficienza e costi di una rete formata da una pluralità di centri di offerta.

I processi di fusione, incorporazione di ospedali e centri sanitari e creazione di reti multiospedaliere e multiservizi consentono di distribuire i costi fissi, relativi alla funzione acquisti, alla gestione della tecnologia medica ed alle attività infrastrutturali (amministrazione, finanza programmazione e controllo), con un impatto positivo (atteso) sulla diminuzione dei costi totali

Le strategie di networking prevedono processi di integrazione orizzontale, che hanno prevalentemente interessato il settore ospedaliero, dando luogo alla creazione gruppi e sistemi multiospedalieri, le strutture di lungodegenza e riabilitazione, le case di riposo per anziani (*nursing homes*), i centri di diagnostica per immagini, i laboratori privati.

Importanza hanno assunto i processi di integrazione verticale, che hanno dato luogo ad aziende sanitarie integrate come le Aziende USL italiane o, nel contesto statunitense, gli *Integrated delivery systems* (Bergamaschi 1997), che prevedono una configurazione organizzativa, tale da riflettere la logica del *continuum of care*, in cui è previsto lo spostamento in orizzontale e verticale del paziente attraverso tutti i nodi del sistema di offerta, dal ricovero per acuti, alle attività ambulatoriali, alla medicina di base, alla spedalizzazione domiciliare, alla lungodegenza e riabilitazione ( Meneguzzo 1996).

Una applicazione concreta delle logiche di integrazione orizzontale di integrazione verticale è rappresentata dalla *XARXA*, la rete degli ospedali con autonomia strategica e gestionale della Catalogna, che raggruppa ospedali municipali, ospedali regionali, di proprietà della Comunità Autonoma ed inseriti nell'Istituto catalano della salute e ospedali non profit. Esempi di integrazione verticale sono i numerosi Consorzi costituiti tra ospedali municipali ed aree basiche di salute, operanti nell'ambito della medicina di comunità; integrazione orizzontale è riscontrabile in numerose fusioni di ospedali municipali ed ospedali no profit operanti a livello locale (Ibern 1997 anche in rete su [www.econ.upf.es](http://www.econ.upf.es); per una presentazione delle modalità di coordinamento della rete degli ospedali catalani e della esperienza del Consorzio Opsedaliero della catalogna si veda Buccoliero Meneguzzo 1999 ).

Direttamente collegate alle opzioni di intervento sui sistemi sanitari sono le strategie individuate dalla letteratura manageriale, in primo luogo *l'upsizing*, ossia la ricerca di dimensioni sempre maggiori attraverso fusioni, concentrazioni di imprese, costituzioni di gruppi ed acquisizioni, presentando come casi significativi

---

<sup>2</sup> Nelle teorie organizzative l'attenzione è rivolta alla analisi delle reti come forma intermedia tra il mercato e l'organizzazione (Williamson 1987, Grandori 1989, Soda 1998); negli studi di strategia importante è il contributo offerto dalle reti in termini di consolidamento del vantaggio competitivo e di creazione del valore. (Porter 1986, Norman Ramirez 1995, Parolini 1997).

le grandi *corporations* multiospedaliere statunitensi (*Columbia Health care*) o i conglomerati che sono stati creati in altri settori, dalla lungodegenza (*nursing homes*)

Immediato è il collegamento tra il fenomeno della crescita delle dimensioni e le strategie di rete, che rappresentano come vedremo uno delle alternative percorribili per la creazione ed il consolidamento dei gruppi sanitari .

Alla crescita delle dimensioni si affiancano le scelte di *resizing*, finalizzata a introdurre e avviare processi di razionalizzazione dell'offerta , attraverso l'affidamento all'esterno di servizi ed attività nelle aree sanitaria, amministrativa, alberghiera e tecnico logistica secondo le modalità *di contracting in e contracting out*.

Nel primo caso le aziende sanitarie utilizzano come fornitori imprese private ed organizzazioni non lucrative (cooperative sociali, organizzazioni *non profit*, associazioni); il *contracting in* prevede l'affidamento di servizi ed attività ad altre aziende sanitarie pubbliche, attraverso formule specifiche come gli accordi e i contratti di programma, le convenzioni attive, la realizzazione di specifici progetti che prevedono una "associazione temporanea" tra le aziende sanitarie ed altri soggetti.

Nel Piano attuativo ospedaliero 1998 della Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze viene prevista in coerenza con la logica di cooperazione interaziendale e del *contracting in*, la costituzione di un Dipartimento materno infantile interaziendale in cui sono coinvolte, in una prima fase, le UO Pediatria e i Punti nascita della stessa Azienda Ospedaliera, della Azienda USL 10 di Firenze e della Ila Azienda Ospedaliera Careggi; il Dipartimento verrà poi allargato in un momento successivo alle altre UO delle Aziende USL limitrofe (Empoli, Prato e Pistoia).

E' un dato di fatto che i responsabili decisionali delle aziende sanitarie pubbliche e private, i medici ed altri operatori professionali sono sempre più consapevoli della rilevanza assunta dalla progettazione e dalla realizzazione di reti tra le diverse tipologie di organizzazioni sanitarie e dal fatto che sempre più le scelte organizzative ai diversi livelli (macrostruttura, microstruttura, sistemi di gestione, relazioni interorganizzative) non possono essere ristrette alle singole strutture sanitarie.

In questa prospettiva validi sono i contributi offerti dalla letteratura organizzativa, che (si fornisce indicazioni valide a supporto della scelta sulla configurazione di rete, distinguendo tra reti *interorganizzative* e reti *intraorganizzative*).

Questa precisazione è di fondamentale importanza dato che gli schemi di classificazione utilizzati per i network ed elaborati sulla base delle esperienze di diversi settori industriali (automobilistico, elettronica di consumo, finanza, informatica) fanno riferimento a network interorganizzativi , che si realizzano per soddisfare esigenze di scambio di risorse, esperienze e know how e di consolidamento della posizione competitiva.

I network interorganizzativi stanno avendo larga diffusione nel settore sanitario e sono costituiti tra diverse tipologie di organizzazioni sanitarie; da ospedali per acuti alle strutture di lungodegenza e riabilitazione, da studi di singoli professionisti medici a centri di diagnostica strumentale; in molti casi gli

stessi non comprendono solo organizzazioni sanitarie omogenee, ma sono formati da tipologie di organizzazioni sanitarie altamente differenziate.

Nella successiva tabella 1 si presentano le diverse tipologie di reti attualmente presenti nel settore sanitario a livello nazionale ed internazionale con un primo confronto con le tendenze in atto nelle aree metropolitane italiane .

Tabella 1 Le diverse tipologie di reti / networks presenti nei sistemi sanitari

<p><b>Reti interistituzionali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sperimentazione gestionale aziende ospedaliere Milano</li> <li>➤ Consorzi area vasta Regione Toscana</li> <li>➤</li> </ul>	<p><b>Reti interistituzionali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aziende sanitarie pubbliche</li> <li>➤ Associazioni tra aziende sanitarie</li> <li>➤ Accordi di programma tra aziende sanitarie</li> <li>➤ Gruppi multiospedalieri</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤</li> </ul>	<p><b>Reti proprietarie corporate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sistemi multiospedalieri for profit e no profit</li> <li>➤ Holding corporate di sistemi multiospedalieri</li> <li>➤ Holding finanziarie sistemi multiospedalieri</li> <li>➤ Gruppi ospedalieri pubblici con assetto societario</li> </ul>
	<p><b>Network informali tra aziende sanitarie pubbliche e strutture sanitarie non profit</b></p>
	<p><b>Network informali basati sulla <i>Information communication technology</i></b></p>
	<p><b>Reti Cooperative partnership</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consorzi ospedalieri</li> <li>➤ Associazioni tra ospedali e strutture lungodegenza</li> <li>➤ Contracting out verso organizzazioni sanitarie private <i>no profit e for profit</i></li> </ul>

Adattamento della classificazione presentata in Soda 1999 e Meneguzzo 1996

Una prima significativa tipologia di reti è rappresentata dalle reti interistituzionali ; in questa tipologia sono innanzitutto comprese le reti formate attraverso accordi ed altre forme di cooperazione tra le aziende sanitarie pubbliche .

Tra le reti istituzionali si distinguono le associazioni tra aziende sanitarie, modalità questa ancora poco diffusa nel contesto italiano, quantomeno nel contesto pubblico ed accordi di programma, che prevedono contratti specifici tra le organizzazioni partecipanti



Le classificazioni disponibili costituiscono un utile punto di partenza in quanto consentono di attribuire a specifiche tipologie forme di cooperazione e collaborazione molto differenziate consentendo di capire i confini tra reti interorganizzative formali, che prevedono forme di collaborazione di diversa intensità e logiche di accordo e cooperazione che vedono confermata l'autonomia strategica ed operativa delle singole organizzazioni sanitarie

Per un approfondimento delle caratteristiche delle diverse tipologie di reti nella letteratura organizzativa si veda Soda 1999 che distingue come mostra la tabella 3 tra reti **burocratiche**, reti **proprietarie** e reti **sociali**; per le tipologie di network nel settore sanitario si veda Meneguzzo 1996 che, sulla base dell'analisi della esperienza a livello europeo distingue tra il modello del governo forte, proprio dei gruppi multiospedalieri pubblici, che rappresentano una combinazione tra **reti proprietarie corporate e reti interistituzionali**, il modello della cooperazione interaziendale ed interorganizzativa, associato alle **reti cooperative** e il modello della autonomia imprenditoriale, che vede infine un collegamento con i **network informali**.

Altre modalità di classificazione proposte sono quelle elaborate da Health care Advisory Board nel 1995 (e riprese da Lega 1999) in cui sono distinte le *alleanze di programma a livello di territorio*, i *Comitati di raccordo interorganizzativo*, *gli accordi per la gestione comune dei servizi e la contrattazione con terzi*, *la fusione virtuale*, *la holding di gruppo e la fusione completa con una unica proprietà*.

Infine sempre facendo riferimento alla esperienza statunitense dei *multihospital systems* viene distinto tra alleanze, associazioni, consorzi, propri di **network cooperativi** e di partnership e Holdings e gruppi corporate, assimilabili ai **network proprietari e corporate**.

### *Il programma di intervento della Sperimentazione di Milano*

Priorità del programma di intervento, elaborato dalla Direzione generale della Sperimentazione per il triennio 98 - 2001, è il mettere in atto azioni organizzative in grado di realizzare aree specifiche di cooperazione ed integrazione dei servizi e delle funzioni svolte dalle Aziende sanitarie.

A medio periodo obiettivi del programma sono stati la rifocalizzazione dell'ospedale come struttura per acuti ad alto livello di complessità, l'attivazione dei Dipartimenti e la messa in comune dei posti letto e del personale sanitario a livello di rete, l'identificazione chiara del mix delle attività da attribuire ai singoli ospedali, la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi non sanitari ed amministrativi.

A breve periodo sono state previste le seguenti azioni

- realizzazione di un bilancio economico consolidato; riorganizzazione della rete di soccorso per emergenza ed urgenza, da collegare al 118;
- sistema coordinato di prenotazione per Milano (messa on - line delle agende degli ospedali),
- potenziamento della offerta per riabilitazione e lungodegenza; promozione
- creazione di dipartimenti in rete ospedaliera (aree interessate - oncologia, cardiovascolare, ortopedia -)

Va segnalato che non è stata presentata, se non a livello istituzionale, una valutazione approfondita sui risultati della sperimentazione, con i più significativi punti di forza e di debolezza; la stessa Sperimentazione peraltro non ha mobilitato un elevato volume di risorse (tra 1 e 2 milioni di € per il triennio)

Fonte Direzione generale Sperimentazione Milano - Strumenti gestionali innovativi e di governo 1998

Nello stesso contesto italiano i network sanitari istituzionali pubblici, siano essi formali (aziende USL multispedaliere, Aziende Ospedaliere multipresidio) od informali quali le reti tra Aziende Ospedaliere, che possono essere in alcuni casi associate a network cooperativi, confermano l'orientamento diffuso dei vertici direzionali nel muoversi, almeno sul piano programmatico e meno "nei fatti", sul consolidamento delle funzioni amministrative; di estremo interesse sono a questo proposito i contenuti della sperimentazione gestionale prevista per le Aziende Ospedaliere di Milano ed attivata a partire dal 1998<sup>3</sup>, che interessa le sette aziende ospedaliere di Milano, a cui fanno riferimento, nel nuovo assetto organizzativo previsto dalla Regione Lombardia, circa 5000 posti letto e 16000 operatori (si veda box).

Le priorità della Sperimentazione come network cooperativo sembrano includere in prevalenza interventi sui servizi sanitari con una minore rilevanza attribuita ad interventi sulle infrastrutture di supporto amministrativo e tecnico e sulla razionalizzazione delle procedure d'acquisto di beni e servizi, di cui viene riconosciuta l'importanza, espressa dal volume di risorse gestite.

### ***Conferenza sanitaria metropolitana di Bologna : verso un network cooperativo***

*La rete di offerta di servizi sanitari nell'area metropolitana di Bologna è costituita dalle Aziende USL Bologna città, Bologna Nord, Bologna Sud e Imola, dalla Azienda ospedaliera Sant Orsola Malpighi e dall'Istituto Ortopedico Rizzoli; differenza del caso di Milano, in cui è stata attivata una sperimentazione per rafforzare le logiche di coordinamento tra le aziende sanitarie pubbliche, a Bologna l'iniziativa è stata promossa dagli Enti locali, Provincia in primo luogo e Conferenza dei Sindaci, che hanno espresso l'esigenza di un maggiore coordinamento interaziendale, senza avanzare proposte sul terreno della architettura istituzionale.*

*I principali ambiti rispetto ai quali sono state individuate forme di collaborazione riguardano specifiche componenti dei principali pacchetti di intervento delle strategie di **networking** ed in particolare:*

- *la valorizzazione e la gestione del patrimonio immobiliare, dalla ricognizione alla costituzione di un fondo immobiliare chiuso o in alternativa di una Agenzia immobiliare;*
- *la gestione in modo integrato a livello provinciale della mobilità sanitaria, attenuando fenomeni di competizione tra le diverse aziende e ragionando in una ottica di bilancio consolidato della sanità dell'area metropolitana;*
- *il Dipartimento di salute mentale, rafforzando l'integrazione ospedale / territorio e tra le diverse specialità (rapporti con le UO ospedaliere di psichiatria);*
- *la creazione di un unico Dipartimento di Prevenzione, interaziendale ed operante su base provinciale e con un modello organizzativo caratterizzato da cinque gruppi tecnici di coordinamento;*
- *la previsione di una rete laboratoristica unica, consistente in due grandi laboratori, collegati con un laboratorio collocato in ciascuna azienda;*
- *il potenziamento della rete delle Residenze sanitarie assistenziali;*
- *la attivazione di una struttura unica per lo stoccaggio dei farmaci e dei materiali di consumo sanitari, operante secondo la logica **just in time**.*

Per un approfondimento della esperienza si veda Conferenza sanitaria regione Area metropolitana Attività della Conferenza sanitaria 1997 – primo semestre 1999

---

<sup>3</sup> La sperimentazione (Linee guida per la definizione di un modello istituzionale ed organizzativo per il governo delle aziende sanitarie pubbliche della Città di Milano), approvata in applicazione dell' art 9 DLgs 517 del 1993 è stata

### 3 Economie di scala, vantaggi e interrelazioni positive nelle reti sanitarie

Molteplici sono i vantaggi che vengono associati alla realizzazione di strategie di *networking*, adottate principalmente da reti formali, di tipo interistituzionale, da reti *corporate* (reti proprietarie) e da reti cooperative / partnership. Indicatore evidente delle opportunità positive che vengono identificate a seguito della attivazione di reti *corporate* sono i processi di concentrazione e fusione, avvenuti negli ultimi anni nei settori di imprese fornitrici di beni e servizi, direttamente collegate alle aziende ed alle organizzazioni sanitarie.

Tra le principali motivazioni associate alla realizzazione delle strategie di *networking*, particolare rilevanza viene attribuita al conseguimento di economie di scala nelle diverse fasi che caratterizzano il processo di produzione ed offerta dei servizi sanitari. Al concetto di economie di scala si è sovrapposto ed ormai sostituito negli ultimi anni, nella letteratura manageriale, nella strategia aziendale e nelle teorie organizzative, quello di **interrelazioni tangibili** (si veda Porter 1986 per l'approfondimento della tematica della catena del valore).

Queste ultime possono essere riferite innanzitutto ai processi di **approvvigionamento ed acquisto**; si pensi ad una network di ospedali che acquistano in modo coordinato farmaci, materiale sanitario, servizi alberghieri – pulizia, mense, lavanderia. Negli ultimi anni il conseguimento di interrelazioni tangibili negli acquisti si è manifestato con particolare intensità nelle holding e nei sistemi multiospedalieri privati *for profit* e *no profit* e nelle reti e nelle associazioni costituite da ospedali pubblici (per un sintesi approfondita delle diverse esperienze europee e statunitensi si veda Buccoliero Meneguzzo 1999<sup>4</sup>).

Recenti esempi di coordinamento nelle politiche di acquisti con un ruolo forte di promozione e coordinamento strategico delle Regioni sono:

- l'avvio di acquisti in team da parte delle USL della Regione Veneto, che prevede USL Rovigo capofila per aghi e siringhe; USL Treviso e Venezia capofila per pacemakers; USL Vicenza e Treviso capofila per i farmaci ed USL di Padova capofila per il materiale di medicazione (Il Sole 24 ore sanità 25 febbraio 3 marzo 2003);
- l'accordo della Regione Lombardia tra Regione, aziende sanitarie ed IRCCS, in attuazione del protocollo

---

condotta in base ai contenuti del protocollo di intesa approvato dalla Conferenza permanente Stato - Regioni.

<sup>4</sup> Nel lavoro curato da Buccoliero e Meneguzzo *Allearsi per comprare. Strategie di acquisto delle reti di aziende sanitarie* vengono analizzati le politiche coordinate di acquisto di gruppi multiospedalieri pubblici del cantone Ticino, dell'Austria e della Danimarca nonché di aziende ospedaliere pubbliche a cui è riconosciuta autonomia imprenditoriale e gestionale (Regno Unito e Catalogna, Francia) e che hanno comunque promosso e costituito Consorzi ed associazioni per l'acquisto di beni e servizi. Notevoli sono le analogie con le esperienze di consorzi ospedalieri sugli acquisti operanti nella realtà statunitense (ad esempio Voluntary Health Association).

di intesa tra Regione, Ministero Economia e Finanze e Consip, che prevede la realizzazione di una centrale unica di acquisto, dotata di "strumenti informativi e telematici, compreso un *market place*", con validità per il 2004 e con l'obiettivo di conseguimento di risparmi pari a 500 milioni di euro. (Il Sole 24 Ore Sanità, 8-14 aprile 2003: *Lombardia: Beni e servizi : risparmio in cordata.*)

Alle interrelazioni tangibili sugli acquisti si collegano direttamente economie di scala nella gestione degli stock e dei magazzini; che prevedono l'allargamento dei confini dei network costituiti tra i centri di acquisti delle organizzazioni sanitarie alle imprese distributrici di farmaci e materiale sanitario. Spunti significativi provengono a questo proposito dall'acquisto da parte dei sistemi multiospedalieri statunitensi, no profit e for profit, di società di distribuzione all'ingrosso di farmaci (Meneguzzo1994), acquisto che ha dato luogo a network orizzontali integrati ai fornitori; questo fenomeno si è manifestato nella stessa realtà italiana che vede in atto processi di concentrazione proprio nel settore delle farmacie ex municipalizzate, con un impatto ancora debole sul settore molto frammentato delle farmacie private.

Altre significative interrelazioni tangibili fanno riferimento alla produzione dei servizi; nel caso delle organizzazioni sanitarie un esempio è rappresentato dalle reti costituite tra i laboratori di analisi chimico-cliniche che hanno optato per modelli organizzativi basati su reti capillari di centri che svolgono funzioni di punti prelievo e di distribuzione dei referti. La configurazione usualmente prescelta si basa su sedi fisiche decentrate che ampliano la loro capacità di distribuzione attraverso la consegna a domicilio degli utenti e sistemi di posta elettronica, in alcuni casi appoggiati a reti TV via cavo; viene invece concentrata in laboratori centralizzati la "produzione degli esami".

La soluzione adottata differisce da quelle utilizzate, sempre nell'ambito della diagnostica strumentale, dai network dei centri di diagnostica per immagini (radiografia tradizionale e digitalizzata, angiografia digitalizzata, TAC, Risonanza magnetica, Ultrasuoni) che mantengono distribuita sul territorio la fase della produzione, optando per network basati sulla *information communication technology* ( *sistemi PACS* )

Vi sono poi le *interrelazioni di mercato*, che fanno diretto riferimento alla distribuzione dei servizi agli utenti, alle attività di promozione, comunicazione e marketing ed alla gestione delle reti di vendita; esempi sono il Centro Unico di Prenotazione, un Poliambulatorio che raggruppa, all'interno di un ospedale o per una rete di ospedali, gli ambulatori divisionali ed i day hospital, un CUP integrato che offre servizi di prenotazione ed accettazione per aziende sanitarie, per strutture sanitarie private e per IPAB e case di riposo, appartenenti al mondo non profit.

Nelle aziende sanitarie pubbliche e no profit le fasi di marketing e vendita, tipiche sono comprese nei sistemi di gestione dei servizi, che include il personale di front office, direttamente responsabile dei rapporti con l'utenza, le modalità di distribuzione e localizzazione dei servizi ed alla utenza (questo tema viene approfondito in Normann Crozier 1990). Altra importante specificazione riguarda l'attività di

comunicazione sociale collegata alla offerta di servizi sanitari, dalla attivazione dei Centri Unici di prenotazione, agli sportelli funzionali, alle attività di marketing sociale e comunicazione istituzionale (ad esempio alle campagne su alcolismo, fumo, AIDS), alla predisposizione e diffusione della Carta dei servizi fino alla diffusione delle Carte sanitarie.(*smart card*).<sup>5</sup>

Sempre maggiore importanza stanno assumendo nelle singole organizzazioni sanitarie (tra le diverse aree di attività e tra i diversi Dipartimenti) e soprattutto tra le rete di organizzazioni ed aziende sanitarie le interrelazioni tangibili legate alle funzioni di supporto (*interrelazioni di infrastruttura*) e le interrelazioni legate alla tecnologia.

---

<sup>5</sup> Per una presentazione delle caratteristiche delle smart card si veda Mele V. *Sistema informativo e smart card per l'accesso ai servizi sanitari* Agorà n 3-4 1998 Per un quadro organico della applicazione della carta dei Servizi nelle aziende sanitarie pubbliche si rimanda ai risultati di una indagine appena conclusa da parte del Ministero della Sanità (Sole 24 ore sanità 14-20 settembre 1999 *carta dei servizi chi l'ha vista*).

In particolare le *interrelazioni di infrastruttura* fanno principalmente riferimento al conseguimento di economie di scala nelle funzioni di supporto, dalla amministrazione e contabilità, alla finanza, alla programmazione e controllo delle attività, ai sistemi di promozione e sviluppo della qualità (dal *medical audit* al *total quality management* al miglioramento continuo della qualità). Altre interrelazioni di infrastruttura sono ottenute in ambiti quali la logistica, dalla gestione degli spazi e dalla redistribuzione degli spazi fisici e delle infrastrutture, ai trasporti interni ed alle comunicazioni, alla manutenzione immobiliare, tecnologica ed impiantistica.

L'insieme di attività collegato alla gestione delle risorse umane rappresenta un ambito ulteriore di conseguimento di economie di scala tra le singole organizzazioni appartenenti alle reti tra imprese ed organizzazioni pubbliche e non profit ; dalla gestione delle fasi di selezione, *scouting* e ricerca di personale, alla definizione dei profili professionali e delle connesse posizioni retributive. Altre attività sono rappresentate dalla progettazione e messa in atto dei sistemi premianti ed incentivanti (retributivi e non), alla definizione dei percorsi di carriera, alla formazione ed all'aggiornamento del personale, fino alle modalità di *outplacement* e dismissione.

A livello internazionale i sistemi multiospedalieri statunitensi, for profit no profit e pubblici hanno costituito società di gestione del personale infermieristico, che mettono a disposizione degli ospedali come società di lavoro interinale; è il caso questo della società di capitali *Nurse Referral*, partecipata dal gruppo *Health and Hospital corporation* di New York (Bergamaschi 1997). Il consorzio Ospedaliero della Catalogna, network cooperativo e basato sulla partnership, mette a disposizione servizi di contract management alle strutture del gruppo, da dirigenti sanitari ed amministrativi a specialisti nel campo di acquisti, di logistica, di informatica e quando richiesto, professionisti sanitari (medici, infermieri, bioingegneri, fisici e biologi) Buccoliero Meneguzzo 1999).

Alle interrelazioni di infrastruttura si accompagnano le interrelazioni tecnologiche (acquisti, gestione e manutenzione del patrimonio tecnologico) e le *interrelazioni di conoscenza, informazione ed apprendimento*.

Queste ultime comprendono diverse attività dalle funzioni classiche di ricerca e sviluppo, che nelle organizzazioni e nelle reti aziende sanitarie, possono essere estese anche ai processi di offerta dei servizi sanitari, riguardando così il disegno di percorsi diagnostici e terapeutici, l'elaborazione di prontuari, protocolli e linee guida, l'introduzione di logiche di *case management e disease management*.

Altre attività sono collegate alla messa a disposizione del patrimonio di conoscenze, professionalità e *know how*, alle diverse organizzazioni sanitarie *nodi* della rete attraverso varie modalità rappresentate in primo luogo dalla mobilità e dalla rotazione degli operatori nei network, basati sulla differenziazione degli ospedali e delle strutture sanitarie tra *poli ed antenne*, largamente diffuso nei gruppi multiospedalieri pubblici francesi.

Il modello prevede l'identificazione dei poli di riferimento per le varie specialità tra gli ospedali della rete; ad esempio un polo per la Cardiologia, un polo per Nefrologia, un polo per Diagnostica per Immagini. Nei poli vengono concentrate professionalità, tecnologie e risorse ed al polo viene affidata la casistica di maggiore complessità; in relazione di dipendenza funzionale con il polo sono le antenne, ossia UO di Cardiologia, Nefrologia, Diagnostica per immagini che trattano casistica di minore complessità e su cui vengono effettuati investimenti tecnologici e sul capitale umano più mirati.

Formazione permanente, formazione manageriale ed aggiornamento professionale rappresentano la modalità più frequentemente utilizzata per favorire il processo di diffusione delle conoscenze.

Le interrelazioni di conoscenza ed apprendimento vengono poi catturate grazie a modalità più innovative rappresentate dalla introduzione dei *knowledge manager* (ossia i manager della conoscenza), incaricati di identificare all'interno del network i centri di produzione e sviluppo di idee, progetti e processi particolarmente significativi e di definire le modalità di diffusione e disseminazione dei risultati. Sempre in questa prospettiva alcuni network hanno sviluppato *benchmarking* interno su processi (Ruffini 1994), meccanismi di promozione della innovazione e budget per l'innovazione ed infine premi dell'innovazione<sup>6</sup> interni al network stesso o tra network ed altre tipologie di aziende sanitarie.

*Interrelazione di apprendimento e conoscenza* unitamente alle *interrelazioni tecnologiche* ed in particolare quelle riconducibili alla *information communication technology*, stanno assumendo crescente importanza e possono essere incluse tra le *interrelazioni intangibili* che costituiscono l'elemento distintivo dei network intelligenti e sono destinate ad assumere sempre maggiore peso a fronte dello sviluppo della economia digitale.<sup>7</sup>

Nella letteratura manageriale altre importanti interrelazioni intangibili sono rappresentate dalle opportunità di condivisione del know how gestionale tra le catene del valore (riconducibili alle diverse organizzazioni; si pensi ad esempio al trasferimento di capacità gestionali ed operative su alcune attività alberghiere (pulizia, mense e catering, lavanderia) tra ospedali, case di riposo, residenze sanitarie assistenziali.

Nelle aree metropolitane caratterizzate dalla emergenza anziani la creazione di "reti trasversali" multiospedaliere emultiservizio potrebbe avere significativo impatto, coinvolgendo contemporaneamente ospedali, *nursing homes* (case di riposo per anziani autosufficienti e non) e strutture alberghiere.

---

<sup>6</sup> Per una rassegna comparata dei premi alla innovazione e dei quality awards all'interno del settore pubblico (incluse le organizzazioni e le aziende sanitarie pubbliche) si veda Meneguzzo M. Lega F. *Dal new public management al rinnovamento della Pubblica amministrazione: una analisi comparata del ruolo dei premi alla innovazione* Azienda Pubblica n 4 1999; per il settore sanitario in specifico si veda Brusoni M. *Il miglioramento della qualità in sanità: il premio europeo Golden Helix Award MECOSAN* n 7 1993

<sup>7</sup> Anche per le organizzazioni sanitarie è prossimo una possibile trasformazione, sul modello di quanto sta avvenendo per le imprese (e company), in organizzazioni che sfruttano i vantaggi offerti da INTERNET dalla già ricordata *supply value chain* (catena del valore sugli acquisti), alla offerta diretta di servizi, alla informazione agli utenti alla integrazione tra i sistemi ERP si veda CER GAS Univ Bocconi Milano per la multimedialità *Osservatorio telesanità 1999*.

La presenza di interrelazioni su logistica in entrata ed uscita, attività infrastrutturali, sulla gestione del personale consente il conseguimento di significative economie di scala e soprattutto, economie di conoscenza ed apprendimento all'interno dei networks.

Queste opportunità non costituiscono “vantaggio esclusivo” delle reti di imprese private for profit (e quindi nei sistemi multiospedalieri privati) ma sono largamente presenti nelle numerose esperienze di attivazione di reti tra le organizzazioni non profit e tra le stesse aziende ed organizzazioni pubbliche, seppur con differente intensità.

Nella tabella 6 si sono messe a confronto due tipologie di network presenti nei sistemi sanitari, le associazioni, molto radicate nel contesto statunitense ed in alcuni contesti europei, tra gli ospedali non profit (network cooperativi) ed infine i gruppi multiospedalieri pubblici, sempre presenti in molti paesi europei e identificabili come network istituzionali.

Alle economie di scala normalmente analizzate dalla letteratura aziendale e di management, ossia quelle derivanti da acquisti, produzione e vendite e dalla condivisione delle attività logistiche ed infrastrutturali sono state aggiunte le economie di apprendimento e, tenendole distinte, le economie di conoscenza, informazione e ricerca & sviluppo.

Le reti consentono come ben noto lo sfruttamento dei vantaggi competitivi ed il consolidamento e lo sviluppo delle posizioni di mercato e, nel settore sanitario, rafforzano la capacità di negoziazione interistituzionale; si pensi alla contrattazione in atto tra reti di aziende ospedaliere e le Regioni centro d'acquisto di servizi sanitari, su terreni quali il finanziamento basato su tariffa per prestazione, contratti di acquisto di prestazioni, accreditamento e verifica di qualità. Ulteriore vantaggio competitivo, poco analizzato finora dalla letteratura specializzata, è rappresentato dallo sviluppo delle capacità di *fund raising* e dal ricorso a modalità innovative di finanziamento.

I network cooperativi basati su logiche di partnership appaiono meno interessati a ricercare economie di scala su processo produttivo e sistema di offerta; recentemente stanno mostrando una forte attenzione alle interrelazioni di approvvigionamento e d'infrastruttura (condivisione dei servizi tecnico amministrativi).

Ancora deboli sono le azioni volte a ricercare economie di apprendimento, di conoscenza e di ricerca; interesse viene invece mostrato allo sviluppo delle capacità di *fund raising* ed al rafforzamento della posizione di mercato del network e non dei singoli partecipanti.

I gruppi multiospedalieri pubblici, che rappresentano una combinazione tra network istituzionali e network proprietari, sono focalizzati su interrelazioni di approvvigionamento, logistica ed infrastruttura mantenendo, al pari dei network cooperativi, autonomia strategica e gestionale alle singole organizzazioni sanitarie partecipanti.



Tabella 2 Economie di scala e vantaggi competitivi nelle diverse tipologie di network

Economie di scala / Vantaggi competitivi	Associazione tra ospedali no profit	Gruppo pubblico multiospedaliero
Acquisti Produzione Sistema di offerta		
Logistica infrastrutture Tecnologie		
Apprendimento		
Conoscenza Ricerca e sviluppo		
Sviluppo mercato		
Capacità fund raising		
Negoziazione istituzionale		

Legenda bianco non presente; grigio chiaro – intensità debole ; grigio scuro – forte intensità

#### 4. Obiettivi e contenuti delle strategie di networking sanitario e sociosanitario nelle grandi città

Nelle strategie di networking, che includono la creazione ex novo di reti od il rafforzamento, attraverso acquisizioni e partnership, delle reti esistenti, il focus dell'intervento è stato finora rappresentato dal recupero di efficienza e dalla riduzione del volume dei costi fissi di offerta.



Questi obiettivi rappresentano il riferimento essenziale per valutare le possibili strategie di networking che possono essere alternativamente messe in atto nelle grandi città del nostro paese; con strategie di networking viene inteso un ampio spettro di scelte finalizzate a ridisegnare e ampliare i confini della organizzazione sanitaria, attraverso la creazione *ex novo* di reti, l'acquisizione di altre organizzazioni sanitarie, la fusione e la concentrazione di reti e network, partnership, alleanze ed accordi, collegati alle logiche dei network cooperativi ed informali.

Tre sono le possibili strategie di networking, risultato dell'adozione dei diversi pacchetti di intervento; nella prima, sintetizzabile come *mantenimento delle politiche correnti*, sono normalmente inseriti gli interventi caratterizzati dall'essere a costo zero (o a costi contenuti) per la rete di organizzazioni sanitarie e tali da non richiedere sostanziali modifiche nella configurazione organizzativa di fondo della stessa. Con costo zero si intende in particolare la mancata effettuazione di investimenti infrastrutturali e lo sfruttamento delle capacità operative e gestionali esistenti.

Tra gli interventi inseriti nel primo gruppo assume notevole rilievo la rinegoziazione dei contratti di acquisto di beni e servizi (*leverage*); i Servizi Acquisti unificati rafforzano il potere contrattuale della intera rete nei confronti dei diversi fornitori, eliminando le eventuali duplicazioni e distribuiscono i costi del processo di acquisto su un maggior numero di strutture.

I vantaggi sono evidenti e per i servizi generali utilizzati a livello di rete (consulenza, legale, marketing e relazioni esterne, pubblicità e relazioni istituzionali – *memberships* -), per i servizi logistico, tecnico ed alberghiero (lavanderia, *material management* e trasporti interni, telefono e telecomunicazioni. Sicurezza e sorveglianza, manutenzione edifici ed impianti, pulizia, mense e *catering*, spazi verdi e parcheggi) e per i servizi di supporto sanitario (farmacia, laboratorio, diagnostica per immagini, consulenze sanitarie, blocco operatorio e aree attrezzate chirurgiche).

La rinegoziazione viene accompagnata dalla concentrazione delle professionalità in centri di acquisto "comuni", mentre le unità amministrative, che rimangono all'interno dei singoli ospedali, si specializzano progressivamente su determinati fornitori o particolari tipologie di contratti.

Altre azioni hanno riguardato la razionalizzazione dei ruoli manageriali e di responsabilità intermedia; in particolare nei servizi di supporto tecnico ed amministrativo, attraverso la semplificazione delle posizioni di responsabilità e l'eliminazione dei vertici amministrativi delle strutture ospedaliere e sanitarie separate; frequenti sono gli interventi finalizzati alla centralizzazione presso gli ospedali centro di coordinamento o capogruppo della rete, delle funzioni di supporto amministrativo, dalla contabilità alla programmazione e gestione finanziaria, agli affari legali e generali alla stessa funzione acquisti.

La razionalizzazione delle funzioni di supporto ha interessato progressivamente le strutture di supporto tecnico economico (lavanderia, pulizia, manutenzione edifici) ed i servizi di diagnostica strumentale; mediante questi interventi i network hanno cancellato le posizioni manageriali superflue e ridotto il numero delle unità a livello centrale.

Numerosi sono i pacchetti di intervento destinati ad incidere direttamente sui processi di produzione e di offerta dei servizi sanitari, iniziando ad esempio dalla chiusura delle UO sanitarie di limitate dimensioni, interne alle singole strutture, non in grado di raggiungere determinate soglie di attività e tali da presentare un evidente sottoutilizzo della capacità produttiva (divisioni mediche con elevato intervallo di turnover o divisioni chirurgiche con un tasso di interventi sui ricoveri inferiore al 60 - 70%.)

Il sistema multiospedaliero può in alternativa decidere di riconvertire le stesse unità operative in strutture di *day hospital* e di *day surgery* o in ambulatori divisionali, concentrando risorse professionali e tecnologiche presso altre UO con più elevata capacità produttiva e ridefinendo i percorsi dei pazienti, attraverso logiche di *case management e disease management*.

Le strategie di intervento adottate da gruppi multiospedalieri pubblici in alcuni paesi europei (Meneguzzo 1996), tipicamente Francia, Confederazione Elvetica, Spagna risultano confermare questo orientamento strategico, mostrando che i risultati più significativi dei processi di *downsizing* (ridimensionamento della offerta) e di riconfigurazione organizzativa delle reti sono stati conseguiti proprio sul versante delle attività amministrative e dello "sfoltimento" dei livelli gerarchici e direttivi.

Nella strategia basata sul *ridimensionamento drastico della offerta* il network di servizi sanitari interviene in modo radicale sulla propria configurazione, attraverso la riprogettazione della rete ospedaliera o di offerta di servizi sanitari nei diversi livelli (medicina di base e di comunità, specialistica intra ed extraospedaliera, ricoveri per acuti, lungodegenza e riabilitazione).

Con il secondo pacchetto viene effettuata una distinzione, all'interno della rete multiospedaliera, tra UO poli / centri di eccellenza e UO ; per le antenne / centri periferici: queste scelte sono state facilitate dalla costituzione dei Dipartimenti sanitari interorganizzativi a livello di rete, in cui sono confluite le UO dei diversi presidi ospedalieri.

Eccezione è rappresentata dalla attribuzione, all'interno delle reti multiospedaliere pubbliche, della funzione di poli di riferimento a specifiche unità operative sanitarie (cardiologia, neurologia, microbiologia ed immunologia) e alla conseguente definizione di procedure di coordinamento tecnico e professionale tra gli stessi poli e altre unità operative sanitarie (le c.d. antenne), sempre operanti negli ospedali della rete, considerate *front office* e terminali periferici delle prime antenne; è questo il caso del processo strategico 1995 – 2000 di **Assistance Publique Hopitaux de Paris** (Meneguzzo 1995), sui cui risultati non è ancora possibile esprimere valutazioni certe.

Per le diverse macroaree specialistiche sono identificati i centri di riferimento a cui dovranno afferire i casi di maggiore complessità; alle UO sanitarie centri di appoggio vengono per contro indirizzati i casi di minore severità in base a specifici protocolli diagnostici e terapeutici di comunicazione tra i diversi centri; tra i risultati della distinzione tra poli / antenne va segnalata la costituzione, all'interno del network, di

centri di produzione ed offerta di servizi sanitari specializzati (*focused factories* Herzlinger 1997), la cui missione è offrire tutti i servizi (diagnostici, terapeutici e riabilitativi) necessari per trattare un determinato problema sanitario

Anche in questo caso, come nella strategia precedente, i pacchetti di intervento sono normalmente considerati a costo zero per la rete; questa ipotesi va sicuramente rivista dato che i costi dei processi di riconversione e riduzione dei confini della rete hanno dirette implicazioni sul personale in attività e generano forti diseconomie esterne ed in alcuni un peggioramento nella qualità dei servizi forniti, spesso sostenute da soggetti terzi come le *organizzazioni no profit*, altri enti pubblici e le stesse organizzazioni sanitarie. Si pensi ad esempio allo spostamento di attività socioassistenziali da Aziende USL ai servizi socioassistenziali degli Enti locali.

Inoltre il ridimensionamento della rete di offerta ha spesso richiesto investimenti infrastrutturali ad hoc, legati alla chiusura di ospedali di piccole dimensioni non più adeguati ed alla conseguente costruzione di nuovi presidi ospedalieri, che hanno concentrato l'attività dispersa e frammentata nei piccoli ospedali, la riconversione di ospedali in Residenze sanitarie assistenziali e/o l'apertura di centri sanitari distrettuali.

**L'Ospedale europeo George Pompidou**, uno dei principali ospedali della rete di APHP, costituisce un esempio significativo degli investimenti associati alla strategia di ridimensionamento drastico della offerta. Infatti il nuovo ospedale (definito come l'ospedale del futuro si veda [www.hbroussais.fr/HEGP](http://www.hbroussais.fr/HEGP)) è il catalizzatore di un ampio processo di ristrutturazione della rete APHP che ha visto la chiusura di tre ospedali a padiglioni, con la chiusura e la redistribuzione di 400 posti letto, il contemporaneo potenziamento della offerta di servizi sanitari negli ambiti della urgenza, della geriatria, della traumatologia, delle malattie cardiacocircolatorie, dell'AIDS e il rafforzamento delle relazioni interorganizzative in una "rete di servizi di ricovero per acuti nella rete di APHP" costituita dai tre presidi ospedalieri HEGP (ospedale per adulti), Necker Enfants Malades (ospedale pediatrico) e Sainte Anne (specializzato in neurologia).

L'ultimo gruppo, "verso un "networking intelligente" si caratterizza per il rafforzamento delle funzioni di coordinamento e governo strategico della rete interospedaliera e prevede specifici investimenti in professionalità, competenze, acquisizione di servizi esterni, *information e communication technology*.

Le strategie di creazione e consolidamento di network intelligenti si caratterizzano per elevati investimenti sugli staff centrali di coordinamento e governo, finalizzate alla formulazione ed alla gestione della visione strategica, che dovrà governare lo sviluppo dell'intero gruppo e alla identificazione delle *best practices* da diffondere e disseminare all'interno della rete.

E' importante ricordare a questo proposito che i maggiori sistemi multiospedalieri no profit statunitensi investono annualmente dai 10 ai 20 milioni di dollari nelle infrastrutture intellettuali a supporto dei processi di consolidamento dei network intelligenti.

La messa in atto di strategie di network intelligenti, a livello intraziendale (Aziende USL e Ospedaliere) e a livello interaziendale è facilitata dallo sviluppo accelerato di progetti nel campo delle applicazioni telematiche in sanità, finanziati dalla Unione Europea – Direzione generale XIII, progetti che hanno permesso la costituzione di veri e propri network cooperativi basati sulla *information communication technology*. (si veda *Telematics applications programme* - [www.echo.lu/telematics](http://www.echo.lu/telematics)).

Tra i diversi programmi lanciati e realizzati nel periodo 1997 – 1998 che hanno permesso la costituzione di network cooperativi informali tra le organizzazioni sanitarie degli stati membri vanno sicuramente ricordati:

- Netlink (*card based solutions in health telematics*);
- PATMAN (*patient workflow management systems*);
- SYNEX (*team based approach sharing informations lies to electronic patient record*);
- TEAC HEALTH (*Towards evaluation and certification of health care telematics services in Europe*);
- WISE (*working in synergy for Europe*).

----- correggere -----

Le strategie di networking si presentano spesso strettamente correlate e non rispettano, nel loro processo di realizzazione, una specifica sequenza temporale: sono i vertici direzionali delle reti multiospedaliere e muti servizi sanitari che individuano in coerenza con i propri indirizzi strategici, le modalità ed i tempi di lancio dei diversi interventi.

Nei due box successivi vengono presentati due esempi, riferiti al contesto italiano di concerta adozione di strategie di networking, in cui è evidente la combinazione dei diversi pacchetti di intervento:

- il caso dell' **Azienda Provinciale per i servizi sanitari della Provincia di Trento** illustra il processo di creazione di un **network istituzionale** a seguito di accorpamenti, per via normativa, di Unità sanitarie Locali;
- il caso della rete di **Aziende sanitarie dell'area metropolitana di Bologna** mette in luce le azioni di collaborazione e partnership che si sviluppano all'interno di un **network cooperativo / partnership**.

Le riflessioni sulle strategie di networking si chiudono con alcune brevi considerazioni sui temi della efficacia e delle *performances* delle reti tra organizzazioni sanitarie che non possono essere limitate, come finora si riscontra nella letteratura e nella analisi di *case studies*, al profilo dell'efficienza economica, con indicatori quali i costi per attività / servizio, la redditività sul capitale investito o il rapporto costi - ricavi per area di attività o D.R.Gs., del *value for money* o dei risparmi finanziari conseguiti, trascurando l'impatto dei network in termini di miglioramento delle condizioni di accessibilità degli utenti ai servizi sanitari o della qualità dei servizi collaterali alla prestazione sanitaria.

Lo sviluppo dei network sanitari verticali, a cui fanno riferimento a pieno titolo le Aziende Unità sanitarie locali ed in altri contesti gli *Integrated Delivery systems* ha richiesto maggiore attenzione alla valutazione della integrazione tra i diversi livelli di offerta di servizi sanitari (medicina di base, specialistica, ospedaliera, lungodegenza e riabilitazione), attribuendo particolare attenzione alla valutazione pluridimensionale delle *performances* delle reti sanitarie ed ospedaliere.

Esempi significativi sono le analisi condotte sulle reti di servizi nel campo della salute mentale (Provan Milward 1995) e sulla esperienza dei **Community care network** in alcune aree locali degli Stati Uniti. (Antia, Bogue, Harmata, 1996), per cui è stato proposto un sistema di valutazione basato su tre dimensioni rappresentate dal grado di *accountability* nei confronti della comunità locale, dalla effettiva focalizzazione sui problemi sanitari locali, dal grado di coerenza tra

configurazione del sistema di offerta dei CCN con la logica di *continuum of care* ed infine nella possibilità di utilizzo efficiente delle risorse assegnate.

La tabella 6 (in cui non viene considerato il pacchetto del network intelligente) fornisce un primo quadro di riferimento per la valutazione degli impatti e della efficacia delle strategie di networking; mettendo in relazione alcuni tra i principali pacchetti di intervento, loro associati, e possibili dimensioni utilizzabili dalla riduzione degli esborsi finanziari (*cash limits*), al contenimento dei costi e al correlato impatto sui flussi di cassa, alla accessibilità degli utenti, alla qualità dei servizi collaterali, alla focalizzazione sui problemi sanitari delle aree territoriali di riferimento, alla coerenza logiche di integrazione verticale ed orizzontale (*continuum of care*), alla *accountability* per la comunità locale.

Tabella 6: Pacchetti di intervento delle strategie di networking e dimensioni per la valutazione della efficacia

	Gestione Finanziaria	Contenimento Costi	Accessibilità	Qualità servizi periferici	<i>continuum of care</i>	Problemi Sanitari area locale
<i>ziaz. Contratti</i>	++	++				
<i>lizzaz. Staff amminis.</i>	+	++				
<i>namen Att tecniche</i>	+	++		+		
<i>Chiusura UO sanitarie</i>		+	-	-	+	-
<i>Poli / Antenne</i>		+	-	+	++	+
<i>Chiusura H Riconversione</i>	+	+	-	+	+	+

Legenda (++) significativo miglioramento, (+) leggero miglioramento ; (-) probabile peggioramento

I pacchetti di intervento collegati alla razionalizzazione della infrastruttura direzionale, amministrativa e logistico alberghiera esercitano un impatto diretto sulla riduzione dei costi e sul miglioramento della gestione dei flussi di cassa, variabile questa di particolare importanza nei network interistituzionali pubblici, che riservano particolare attenzione ai sistemi di contabilità finanziaria; non risulta immediatamente percepibile l'effetto prodotto sulle altre dimensioni.

Le azioni rivolte alla riorganizzazione ed alla riconfigurazione della rete di offerta dei servizi sanitari determinano impatti significativi sullo sviluppo di logiche di *continuum of care* e, in misura minore, sul miglioramento della qualità dei servizi periferici come i sistemi di prenotazione e i servizi alberghieri.

Forti interrogativi rimangono nei confronti della accessibilità degli utenti, resa più difficile a causa della eliminazione di punti di accesso e del rapporto con la comunità locale; molto spesso le opzioni strategiche dei network ospedalieri e sanitari non sono coerenti con le aspettative e gli interessi dei diversi attori e soggetti operanti a livello locale.

## Bibliografia

AA.VV, *L'ospedale del futuro* Tendenze Nuove Fondazione Smith Kline n 4 1999

Antia M Bogue RJ. Harmata R. *Community experiments in reconfiguring health care delivery* Health politics, policy and law Annual conference,1996

Bergamaschi M. *I multihospital systems statunitensi: processi di ristrutturazione degli anni 90 e linee di sviluppo* in *Strategia e gestione di reti di aziende sanitarie*, ( a cura di M. Meneguzzo) EGEA 1996

Buccoliero L. Meneguzzo M. *Allearsi per comprare. Politiche di acquisto dei network di aziende sanitarie* EGEA 1999

Casati G. ( a cura di) *Il percorso del paziente. La gestione per processi in sanità* EGEA 1999

Comitato Giorgio Rota *Voglia di cambiare 2002 Terzo rapporto annuale sulla grande Torino* Guerini ed associati 2002

Crozier M. Normann R. *L'innovazione nei servizi* Percorsi 1990

Di Groppello E.

Grandori A. *Reti interorganizzative: progettazione e negoziazione*,Economia e Management 7, 1989

Gugiatti A. *Sistemi a rete ed organizzazione dei servizi sanitari* in *Strategia e gestione di reti di aziende sanitarie*,EGEA, 1996

Health care Advisory board *Network advantage* HCAB, Washington 1995

Herzlinger R. *The quiet health care revolution*, The public interest 1994 , 115

Herzlinger R.E. *Market driven Health care* Addison Wesley Publishing company 1997

Lega F. *Gruppi e reti aziendali in sanità* EGEA 2002

Kickert W.J. Klijn E. *Managing complex networks Strategies for the public sector* S sage Publications 1997

Manzolini L. Soda G. Solari L. *L'organizzazione snella. Processi di cambiamento per innovare l'impresa* ETAS Libri

Meneguzzo M. ( a cura di) n *Strategia e gestione di reti di aziende sanitarie*, EGEA 1996

Meneguzzo M. *Reinventare la sanità statunitense: teorie e scelte manageriali prima della sconfitta del Piano Clinton* MECOSAN 1994, 12

Meneguzzo M. *Formulazione della strategia e processi di pianificazione strategica: un confronto internazionale di gruppi ospedalieri pubblici* MECOSAN n 14 aprile giugno 1994

Meneguzzo M. *Dalla azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie; una prima valutazione della efficacia dei network sanitari* MECOSAN n 19 luglio settembre 1996

Meneguzzo M. Dalla Longa R.

Normann R, Ramirez R. *La costellazione del valore*, ETAS Libri 1995



- Parolini C. *Rete del valore e strategie aziendali* EGEA 1996
- Porter M. *Il vantaggio competitivo* Edizioni di comunità 1986
- Provan KG Milward HB. *A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: a comparative study of four community mental health systems* Administrative science quarterly, 1995, n 40
- Rebora G Meneguzzo M. *Strategia delle Amministrazioni pubbliche* Utet 1990
- Ruffini R. *Il benchmarking nella sanità pubblica: esperienze straniere e prospettive di intervento nel caso italiano* MECOSAN n 12 1994
- Schiassi A. *La sanità tra tutela della salute ed incubazione di impresa* Tendenze Nuove Fondazione Smith Kline n 3 1999
- Shortell S.M. Gillies R. R. Anderson D. A: Erickson K.M. Mitchell J.B: *Remaking health care in America* Jossey Bass Publishers 1996
- Shortell S.M. Morrison E.M. Friedman B. *Strategic choices for America's Hospitals* Jossey Bass 1990
- Soda G. *Reti tra imprese Modelli e prospettive per un teoria del coordinamento tra imprese* Carocci Editore 1998
- Sydow J. Windeler A. *Organizing and evaluating interfirm networks: a structurationist perspective on network process and effectiveness* Organization sciences Vol 9 n3 may june 1998
- Thorpe K. *The health care system in transition: implications for health care, costs and access 1996* Health politics, policy and law Annual conference 1996
- Williamson OE. *Market and hierarchies*, Free Press 1975
- Williamson. *Le istituzioni economiche del capitalismo*, Angeli 1987