

## I TERRENI DELLA INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA: LE RETI SANITARIE MULTIOSPEDALIERE E MULTISERVIZI

Marco Meneguzzo

### *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 nuova economia, direttamente legato alla 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*, combinando flessibilità e varietà dell'assetto basato su reti, sempre più estese con la robustezza dell'assetto dei conglomerati e dei grandi gruppi industriali, finanziari e di servizi.

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 multiospedaliere e multiservizi sanitari stanno assumendo crescente rilevanza.

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.

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).

La convergenza sulla centralità delle reti è sintetizzata nella successiva tabella 1 dove sono messi a confronto i pacchetti di intervento, finalizzati a conseguire una maggiore efficienza a livello microeconomico, proposti nel lavoro della Organizzazione per la Cooperazione e lo sviluppo economico, pubblicato nel 1994, sulla riforma dei sistemi sanitari, e le possibili alternative strategiche, offerte alle aziende ed organizzazioni sanitarie, *no profit e for profit*, individuate dagli studiosi di management (Herzlinger 1997) in base ad analisi empiriche su "chi sta perdendo e chi sta vincendo nel processo di cambiamento del maggiore settore di

servizi negli USA”, ossia la sanità che occupa il 30% in più degli operatori del settore dei servizi finanziari e assicurativi e quattro volte gli addetti della *Internet economy*.

Tabella 1 La convergenza tra microeconomia e logiche di management sulla centralità dei network

<p><b>Approccio economico sistema sanitario</b> <b>OCDE 1994</b></p>	<p><b>Approccio manageriale in sanità</b> <b>Herzlinger 1997</b></p>
	<p><b>Downsizing</b> e ridefinizione ruoli e missione delle organizzazioni sanitarie</p>
<p><b>Strategie di networking</b> fusioni, incorporazioni di altre organizzazioni sanitarie</p>	<p><b>Upsizing</b> Concentrazioni e acquisizioni</p>
<p>Processi di reingegnerizzazione (<b>reengineering</b>)</p>	<p><b>Resizing</b></p>

L’approccio di economia sanitaria, o meglio di politiche microeconomiche in sanità attribuisce particolare rilevanza alla diffusione di logiche di *managed care* (competizione governata), alla separazione tra acquirenti e fornitori e alla creazione di mercati interni e infine alla diffusione dei sistemi e delle tecniche di gestione.

Nei piani assicurativi di *managed care* l’introduzione di sistemi di rimborso basati, sulla quota capitaria, ha permesso di condizionare e regolare la domanda di servizi sanitari, riducendo drasticamente le giornate di degenza con positiva ricaduta su costi di gestione e sulla redditività dei piani assicurativi acquirenti di servizi; con forti incognite tuttora sulla qualità dei servizi forniti agli utenti.

I sistemi multiospedalieri privati, *no profit e for profit*, hanno quindi promosso propri piani assicurativi; in parallelo si sono avute fusioni e processi di concentrazioni tra gli stessi piani assicurativi sanitari.

Nella sistematizzazione, effettuata nell’ambito del management sanitario, la prima alternativa è rappresentata dal *downsizing*, da non intendere come semplice riduzione delle dimensioni delle macroorganizzazioni sanitarie (si pensi al caso degli ospedali di grandi dimensioni) ma piuttosto ridefinizione dei ruoli e delle responsabilità del sistema sanitario, attraverso l’affidamento di responsabilità crescenti ai piani assicurativi sanitari integrati, quali le *Health maintenance organizations* che dovrebbero disporre di un forte potere contrattuale nei confronti dei centri di offerta dei servizi sanitari. Questa alternativa poggia saldamente sul principio di scelta del consumatore, concretizzatosi nel lancio dei piani assicurativi integrati.

Forte è la contraddizione tra il principio di fondo e la realtà caratterizzata dalla crescita dimensionale e dai processi di fusione tra i diversi piani assicurativi, che rafforzano così le proprie posizioni competitive nei confronti degli utenti dei servizi sanitarie e dei “terzi paganti” (imprese datori di lavori, governo federale e statii, compagnie ed imprese assicurative tradizionali), che dovrebbero vedere affermata la “libertà di scelta” in contesti sempre più oligopolistici.

Le logiche di network sono già presenti in questa prima alternativa; molti piani assicurativi integrati hanno adottato la configurazione di network costituiti tra diversi centri di offerta (studi medici associati, centri di

imaging , strutture specializzate di *day surgery*, poliambulatori specialistici), e come prima ricordato, hanno consolidato la loro capacità contrattuale, attraverso processi di fusione e la delega, a reti più ampie, del potere e della autorità di rappresentanza e negoziazione istituzionale nei confronti degli acquirenti dei servizi.

Nel lavoro dell'OCDE vengono poi identificati interventi basati sulla ristrutturazione dei processi di produzione e distribuzione dei servizi sanitari ( i **processi di re-engineering** ).

Riferimento concettuale per questi interventi é la teoria manageriale della catena del valore (si veda il successivo § 2) ospedali ed altre organizzazioni sanitarie hanno cercato maggiore efficienza nei processi di acquisto, nella gestione delle risorse tecnologiche e nella gestione del personale, e verificando la presenza di possibili sinergie con altre strutture sanitarie e con i fornitori di farmaci, di tecnologia, di servizi alberghieri e con gli stessi clienti / utenti nell'area della distribuzione dei servizi.

Gli interventi di **reengineering** degli ospedali e delle strutture sanitarie sono stati focalizzati sul processo diagnostico terapeutico , ridefinendo ad esempio le procedure di collegamento tra unità operative di servizio finale (divisioni di medicina, chirurgia, cardiologia) e le unità di servizio intermedio (blocchi operatori, laboratori di analisi, radiologia - radiodiagnostica).<sup>1</sup>

Le valutazioni sull'impatto della reingenerizzazione dei processi (contesto statunitense e britannico) hanno evidenziato una diminuzione nei costi di gestione tra il 5 ed il 10%, con significative differenze tra le diverse tipologie di ospedali; ad esempio non vi sono stati apprezzabili riduzioni di costi negli Ospedali di insegnamento e ricerca ( Thorpe 1996).

L'OCDE riserva poi particolare attenzione alle **strategie di networking**, in cui il *focus* dell'intervento si sposta da costi ed efficienza del processo diagnostico e terapeutico di un singolo centro di offerta ad efficienza e costi di una rete di centri di offerta.

I processi di fusione, incorporazione di ospedali e centri sanitari e creazione di reti multispedaliere 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) su un elevato numero di pazienti.

Anche in questo caso la diminuzione dei costi è stimata in un intervallo compreso tra il 6 ed il 15% 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 multispedalieri, 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 (è il caso degli *Integrated delivery systems* nelle loro diverse configurazioni Bergamaschi 1997), che prevedono una configurazione organizzativa, tale da riflettere la

---

<sup>1</sup> Su questa tematica si rinvia al lavoro di Hammer M. Champy J. *Reengineering the corporation: a manifesto for business revolution* Harper Business 1995 e per il contesto italiano a Casati G. (a cura di) *Il percorso del paziente. La gestione per processi in sanità* EGEA 1999

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 sul sistema di offerta 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 le grandi *corporations* multiospedaliere statunitensi (**Columbia Health care**) o i conglomerati che sono stati creati in altri settori, dalla lungodegenza (*nursing homes*) alle imprese fornitrici di beni e servizi al settore sanitario operanti nel farmaceutico, nelle tecnologie biomediche e nell'elettronica.

La concentrazione non sembra arrestarsi a differenza di quanto avvenuto negli anni 80, in cui ad esempio, proprio **Hospital Corporation of America**, ha visto un deciso snellimento della propria configurazione, passando da 486 ospedali posseduti nel 1985 a 99 nel 1992 (Bergamaschi 1997); attualmente al gruppo Columbia Health care, in cui è confluita HCA, fanno riferimento più di 220 ospedali in 22 stati americani, Svizzera e Regno Unito, occupando 184000 operatori. ([www.columbia-hca.com](http://www.columbia-hca.com)).

La terza strategia di intervento è rappresentata dal **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.

A questa possono essere ricondotte le forme associative che molte aziende sanitarie hanno attivato per la presentazione e la gestione di progetti che trovano un finanziamento su fondi nazionali (progetti finalizzati del Ministero della Sanità) o sui fondi comunitari in cui sono coinvolte organizzazioni sanitarie italiane e partner europei finalizzate allo svolgimento di progetti di ricerca, sperimentazione di nuove prassi diagnostiche e terapeutiche, formazione e mobilità degli operatori.

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).

La strategia di **resizing** prevede la focalizzazione sulle attività distintive e caratteristiche delle strutture sanitarie e soprattutto la messa in atto di un complesso di interventi che affianca all'outsourcing prima richiamato, investimenti in tecnologia, la creazione di gruppi di progetto, lo sviluppo della ICT, la formazione e l'aggiornamento degli operatori.

Non è facile tracciare linee nette di demarcazione tra le diverse strategie; è chiaro le scelte di ricerca delle grandi dimensioni, prevedono interventi di riqualificazione e messa a fuoco delle logiche interne di funzionamento così come le strategie di networking non escludono sicuramente interventi di *re engineering*.; soprattutto non è possibile ricondurre le strategie di networking alla crescita dimensionale, che sicuramente facilita i processi di integrazione verticale e orizzontale e la reingegnerizzazione al *resizing* interno o del network. .

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 veda figura 2) che 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, tessile, commercio, finanza, informatica) fanno riferimento a network interorganizzativi (gli *interfirm networks*), che si realizzano tra aziende distinte in base ad esigenze di scambio di risorse, esperienze e know how e di rafforzamento e consolidamento della posizione competitiva.

I network interorganizzativi stanno avendo, come più avanti illustrato, 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 quanto a risorse professionali e tecnologiche utilizzate, ma sono formati da tipologie di organizzazioni sanitarie tra loro differenziate.

Ricondurre ad un unico modello interpretativo di network la pluralità di tipologie di reti esistenti nel settore sanitario appare compito non facile; le classificazioni utilizzate nella letteratura fanno riferimento spesso a relazioni tra imprese finalizzate ad affrontare incertezza informativa e complessità di mercato, trascurando le dinamiche istituzionali che hanno portato alla crescente diffusione di reti e network tra aziende sanitarie

pubbliche, finalizzate a realizzare obiettivi di politica sanitaria regionale e locale e a conseguire evidentemente economie di scala e conoscenza.

Nella successiva tabella 3 si presenta un confronto tra le tipologie di reti identificate nella letteratura e le reti attualmente presenti nel settore sanitario.

Tabella 3 Le diverse tipologie di reti / networks: la specificità del sistema sanitario

<p><b>Reti burocratiche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Franchising;</i></li> <li>➤ Consorzi e associazioni;</li> <li>➤ Cartelli;</li> <li>➤ <i>Licensing;</i></li> <li>➤ <i>Subcontracting.</i></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>
<p><b>Reti proprietarie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Joint venture;</i></li> <li>➤ Raggruppamenti di impresa;</li> <li>➤ <i>Capital venture;</i></li> <li>➤ <i>Cross partnership.</i></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 coroprate di sistemi multiospedalieri</li> <li>➤ Holding finanziarie sistemi multiospedalieri</li> <li>➤ Gruppi ospedalieri pubblici con assetto societario</li> </ul>
<p><b>Reti sociali</b> Distretti industriali</p>	<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

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**.

## *2. 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.

Reti proprietarie, risultato di fusioni, si sono realizzate tra le imprese farmaceutiche, tra le imprese di tecnologie biomediche e nel settore dei servizi, tra le imprese operanti negli ambiti della progettazione ed engineering, dei servizi finanziari ed assicurativi, della *information communication technology*, dal software alle nuove *internet companies*. Queste dinamiche sono destinate ad accentuarsi ancor più in futuro come ben dimostrano ulteriori fusioni in atto proprio nel settore farmaceutico (nel gennaio 2000 è in discussione la fusione tra Smith Kline Beecham e Glaxo)<sup>2</sup>, che determinano in risposta processi di concentrazione tra le reti di organizzazioni sanitarie ed i sistemi multiospedalieri.

La creazione di network si è manifestata anche in altri settori collegati alle organizzazioni sanitarie, come la distribuzione di farmaci; esempio di reti finalizzata alla creazione di valore è rappresentato dal caso delle Associazioni delle Farmacie danesi (Normann Ramirez 1995), che ha sfruttato le opportunità offerte da una rete di 300 farmacie e 1600 punti vendita affiliati per attuare una vera e propria riconfigurazione, basata sul passaggio dal ruolo tradizionale di distributori di *hardware* farmaceutico (vendita di farmaci etici ed OTC) a quello di offerta di software della distribuzione dei prodotti per la salute (servizi, informazione e consulenza).

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>3</sup>).

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 (Meneguzzo 1994), 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 municipalizzate, con un impatto ancora debole sul settore molto frammentato delle farmacie private, che hanno dato vita, a loro volta, ad un network informale, rappresentato da FEDERFARMA.

Il gruppo multinazionale tedesco GEHE dopo l'acquisto delle farmacie municipalizzate di Bologna è interessato ad assorbire la azienda municipalizzata di Milano. Molte aziende sanitarie locali hanno invece stipulato accordi di programma con le aziende farmacie municipalizzate, costituendo così network istituzionali, finalizzati o direttamente all'ottenimento di economie di scala negli acquisti o al decentramento di servizi sanitari: farmacie come punti prelievo, come centri di distribuzione dei referti e degli esiti degli esami, come nodi del sistema di prenotazione e dei CUP, come centri di offerta di servizi di prevenzione ed educazione sanitaria.

Le interrelazioni tangibili sugli acquisti e sulla gestione degli stock saranno modificate radicalmente dallo sviluppo dell' *e commerce* e delle soluzioni *business to business*, sempre più diffuse a seguito dell'acquisto diretto su INTERNET da parte delle aziende e delle organizzazioni sanitarie; l'impatto di INTERNET sulle scelte di attivazione e rafforzamento di network formali andrà valutato con estrema attenzione, tenendo conto

---

<sup>2</sup> Una valutazione critica dei principali processi di fusione tra le imprese farmaceutiche a livello internazionale ( Pharmacia con Upjohn, Glaxo e Wellocme, Ciba e Sandoz, che hanno formato Novartis) è contenuto nell'articolo *The new alchemy* Economist January 22 – 28 2000),

<sup>3</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).



che le **interrelazioni tangibili sugli acquisti costituiscono in molti casi l'economia di scala più direttamente percepibile.**

Recenti stime presentate da SAP, una delle principali *software house* operanti a livello mondiale (si veda [www.neoforma.com](http://www.neoforma.com)) sulla catena del valore degli acquisti (*supply chain management*) hanno evidenziato i vantaggi differenziali in termini economici finanziari di una gestione su *INTERNET (business to business)* rispetto ad altre soluzioni connesse alla creazione di network formali tra le organizzazioni sanitarie acquirenti o che vedono integrati fornitori ed organizzazioni sanitarie. Tra i vantaggi, che dovrebbero portare una riduzione, secondo SAP, del 40% circa del costo del processo d'acquisto, vengono evidenziati l'one stop-shopping, l'arricchimento delle opzioni di scelta, l'informazione in tempo reale, l'integrazione con i sistemi ERP.

Altre significative interrelazioni tangibili fanno riferimento **alla produzione** (logistica in entrata, fabbricazione dei componenti, assemblaggio dei componenti stessi, collaudo e manutenzione, controllo di qualità); 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 allargano il loro spazio di azione ed 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* (**network informatici o network intelligenti**).

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 delle imprese industriali e di servizi, che danno luogo alle interrelazioni di mercato possono essere ripensate come attività riconducibili al sistema 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 (si pensi ad esempio alle campagne su temi quali alcolismo, fumo, AIDS, prevenzione ed educazione sanitaria),

alla predisposizione e diffusione della Carta dei servizi fino alla diffusione delle Carte sanitarie.(*smart card*).<sup>4</sup>

Tutte queste interrelazioni danno luogo all'interno di una singola struttura sanitaria (ad esempio un ospedale) o di una rete di organizzazioni sanitarie (sia essa azienda USL o un sistema multiospedaliero) ad economie di scala nelle fasi che sono riconducibili alla **logistica in entrata** ed alla **logistica in uscita**, nel modello, elaborato dalla strategia di impresa, della catena del valore (si veda figura 4).

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

---

<sup>4</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*).

Figura 4 La catena del valore nelle imprese e le tipologie di interrelazioni (Porter 1986)

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 e vantaggi 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, all'inserimento ed agli *stages* interni, 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, legate in alcuni casi alla valorizzazione della imprenditorialità interna ed alla individuazione di opportunità professionali in organizzazioni ed imprese collegate.

Rilevanti sono le interrelazioni di infrastruttura nelle singole organizzazioni e nei network di aziende ed organizzazioni sanitarie; per le quali occorre ripensare la struttura della catena del valore in base al modello della catena della qualità del servizio, elaborato per le aziende ed organizzazioni pubbliche (si veda Reborá Meneguzzo 1990).(per la presentazione del modello si veda figura 2).

Le principali differenze riguardano in primo luogo la **gestione delle risorse umane** , considerata come parte integrante della logistica in entrata e del processo di “produzione” dei servizi sanitari e della stessa logistica

in uscita ; infatti il personale rappresenta la componente determinante del sistema di gestione dei servizi, all'interno del processo di offerta dei servizi stessi.

Molte delle attività che sono riferite alla gestione delle risorse umane (si pensi al personale infermieristico e tecnico) sono così decentrate alle singole unità operative sanitarie, ai Dipartimenti ed alle organizzazioni sanitarie nodi della rete; altre possono essere invece ricondotte direttamente alle attività infrastrutturali, così come mettono in evidenza numerose esperienze di aziende USL multiospedaliere e di aziende ospedaliere multipresidio che hanno creato pool di personale infermieristico, da mettere a disposizione delle diverse UO.

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).

Il modello della catena della qualità del servizio introduce processi decisionali e procedure, che presiedono nelle organizzazioni pubbliche, l'acquisizione e la gestione delle risorse; si consideri la normativa sugli acquisti e sugli appalti di beni e servizi (resa recentemente più complessa a seguito della adozione delle direttive comunitarie), sul personale, la necessità di formalizzare numerose decisioni sulla gestione, l'identificazione dei responsabili di procedimento, l'esigenza di trasparenza e semplificazione delle stesse decisioni per cui si richiede la formalizzazione.

Figura 5 La catena della qualità del servizio nelle aziende e nelle organizzazioni sanitarie pubbliche

Infine come è stato richiamato in precedenza sono state inserite nuove attività all'interno della logistica in uscita (sistema di gestione dei servizi, marketing e comunicazione sociale).

Lo sfruttamento dei margini di manovra offerti dalle interrelazioni di infrastruttura costituisce uno degli obiettivi strategici dei gruppi multiospedalieri francesi: Ad esempio Assistance Publique Hopitaux de Paris, il principale gruppo multiospedaliero francese (rete di 46 ospedali), ha centralizzato tutte le unità di supporto amministrativo, gestionale e tecnico agli ospedali della rete; al centro si trovano infatti l'Ispettorato (che raggruppa le attività dei nuclei di valutazione e delle unità di controllo interno), la Direzione del personale, la Direzione Affari sanitari (gestione del personale medico), le Direzioni Strategia, Finanza, Affari giuridici e Patrimonio. Sempre a livello centrale sono collocate la Direzione Attrezzature tecnologiche, quella per gli Affari internazionali (si veda [www.aphpeuro.fr](http://www.aphpeuro.fr)) e la Direzione Economia, da cui dipendono i servizi "industriali-commerciali" come le Farmacie, i Magazzini alimentari, le Lavanderie e la rete delle Ambulanze ed i trasporti interni. Nel Piano strategico 1995 – 2000 APHP prevede una serie di azioni finalizzate a conseguire ulteriori economie di scala nei servizi tecnico amministrativi centralizzati, attraverso interventi di *downsizing* e modalità di gestione concorrenziale dei fornitori. (Meneguzzo 1995).

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*, elaborato ed accumulato all'interno del network, ai diversi partecipanti (le 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. Si prevede la rotazione degli operatori sanitari, in primo luogo medici, tra le diverse antenne e soprattutto verso il polo centrale, simulando così all'interno della rete un mercato del lavoro che vede forme di competizione tra antenne e poli, finalizzata ad assicurarsi le migliori professionalità (Meneguzzo 1997) e che include, tra i sistemi premianti, anche stages e periodi di lavoro presso i CHU (centri ospedalieri universitari), componente importante della rete di APHP.

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>5</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, come spiegato nel successivo § 4, costituiscono l'elemento distintivo dei network intelligenti e sono destinate ad assumere sempre maggiore peso a fronte dello sviluppo della economia digitale.<sup>6</sup>

La Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento come network basato sulla ICT

*Nel corso degli ultimi anni l'APSS di Trento (rete istituzionale tra 11 ospedali e numerosi sedi poliambulatoriali) ha sviluppato numerosi progetti nel campo della information communication technology che facilitano lo scambio e la condivisione di risorse informative tra i diversi nodi della rete.*

*Tra i progetti vanno annoverati:*

- *la **teleprenotazione**, basata su un call center ed un CUP che dovrebbe essere estesa a tutta la rete entro il 2000 (attualmente copre il 60% delle prenotazioni);*
- *la **telerradiologia** su due centri di riferimento che forniscono 0,8 teleconsulti (RX cranio, torace, addome, colonna vertebrale, segmenti ossei) ai sei ospedali richiedenti;*
- *la **telepatologia** (lettura a distanza dei vetrini istologici e refertazione rapida delle biopsie);*
- *la **telecardiologia** (servizi di teleconsulto ed ECG – per ospedali “periferici” della rete e per medici di base) che vede 150 ECG giorno e collegati i Pronti soccorso e 6 UO di Cardiologia;*
- *il **teleconsulto oncologico e la teleformazione**, che sfrutta le risorse ottenute da un progetto UE ADAPT e vede collegati grazie ad INTERNET; 50 medici di base e gli specialisti dei presidi ospedalieri, e basata su forum, scambio di informazioni sui data bases dei pazienti, discussione di case studies e percorsi formativi su links guidati.(relazione APSS a SMAU Milano 1999)*

Nella letteratura manageriale e nella strategia di impresa con il termine interrelazioni intangibili vengono classificate le opportunità di condivisione del know how gestionale tra le catene del valore (ed nel caso specifico tra le diverse catene della qualità del servizio) 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 e gli stessi alberghi, nella prospettiva, già presente in alcuni contesti, di

<sup>5</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>6</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 CERGAS Univ Bocconi Milano per la multimedialità *Osservatorio telesanità* 1999.

creazione di network tra organizzazioni sanitarie, *nursing homes* (case di riposo per anziani autosufficienti e non) e strutture alberghiere.

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, di produzione e di servizi (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 tre tipologie di network presenti nei sistemi sanitari; i network corporate e proprietari tra le imprese farmaceutiche, tipicamente network for profit, 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 proprietari tra imprese farmaceutiche ricercano prevalentemente economie di scala più tradizionali (acquisti, produzione, vendita, logistica), sfruttando i vantaggi competitivi e stanno puntando ora su economie di conoscenza, attraverso sinergie e programmi comuni di Ricerca & sviluppo.

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).

**Voluntary Health association**, uno tra i principali network cooperativi sanitari statunitensi, a cui fanno riferimento ben 1750 organizzazioni sanitarie no profit, ha creato nel 1998 una propria società operativa **Novation** a cui ha affidato il coordinamento delle politiche di acquisto delle società aderenti. Missione di Novation ([www.novation.com](http://www.novation.com)) è creare valore per le organizzazioni partecipanti al network a livello di costi, processo e qualità; nel 1997 ha comprato beni e servizi per un valore 8,6 miliardi di US \$. (Buccoliero Meneguzzo 1999).

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.

I network sanitari pubblici non hanno ancora colto il potenziale delle interrelazioni di conoscenza e di ricerca e sviluppo, mentre hanno attivato processi di formazione ed apprendimento al loro interno; inoltre i sistemi multiospedalieri pubblici si sono concentrati sulle economie di negoziazione, finalizzate ad acquisire maggiori risorse e potere contrattuale dai livelli di governo superiore (Stato, Regioni, Autorità di regolazione pubblica sul sistema sanitario ).

Tabella 6 Economie di scala e vantaggi competitivi nelle diverse tipologie di network

Economie di scala / Vantaggi competitivi	Holding Imprese farmaceutiche	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

### 3. Strategie di networking ed efficacia delle reti di strutture sanitarie

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, riconducibili ai sottosistemi della catena del valore precedentemente richiamati.

La figura 7 presenta una applicazione della catena del valore ad una rete semplice di strutture sanitarie private, basata sul modello degli *Integrated delivery systems* statunitensi (Shortell Gillies Anderson et alii 1996), sistemi che integrano studi medici associati, ospedali per acuti, strutture di appoggio di diagnostica



strumentale ed un ospedale per acuti<sup>7</sup>; nel modello logistica in entrata e logistica in uscita vengono considerate in modo unitario all'interno di logiche di *case management* (presa in carico di pazienti con determinate patologie)

I costi fissi di offerta sono direttamente riconducibili alle attività di supporto rappresentate dalle attività infrastrutturali che includono le funzioni direzionali, l'area amministrativa classica (Amministrazione e contabilità, fatturazione e gestione ordini), i sistemi gestionali (Budget, programmazione e controllo, *total quality management*), l'attività alberghiera e logistica. Nelle attività di supporto sono state incluse nel modello la ricerca e la didattica (attività di formazione interna ed aggiornamento) e la Finanza; amministrazione e gestione del personale sono sempre considerate attività condivise a supporto dei processi sanitari.

Altri costi fissi di offerta sono riconducibili alle attività primarie, strettamente collegate al processo di offerta dei servizi sanitari come i servizi di supporto tecnico sanitario (i servizi speciali) come la Diagnostica per immagini, il Laboratorio, Anestesia e terapia intensiva e Riabilitazione.

Il processo diagnostico – terapeutico, ripensato come Piani di cura, riferiti alle diverse patologie e che sono affidati a *case manager* che intervengono in modo trasversale sulle diverse UO sanitarie, viene svolto all'interno dei Poliambulatori, delle unità di degenza per acuti e dal *Day Hospital*; le strategie di networking volte al ridimensionamento della rete di offerta, sono molto orientate ad intervenire sulle attività primarie

Figura 7 Classificazione dei servizi secondo la catena del valore in una struttura sanitaria privata

Fonte Istituto clinico Humanitas 1993

Le principali azioni, che sono state messe in atto dalle reti di ospedali per governare i costi fissi di struttura, possono essere classificate in base a due variabili rappresentate dalla frequenza di realizzazione nella realtà concreta dei diversi interventi e dai tempi riscontrati nel processo di implementazione.

---

<sup>7</sup> La catena del valore fa riferimento alla esperienza dell' Istituto Clinico Humanitas che non costituisce un vero e proprio IDS in quanto strutturato su ospedale per acuti e poliambulatorio specialistico; è importante sottolineare per mettere a confronto il modello di catena del valore di Humanitas, il momento "storico" in cui è stato elaborato (ad esempio non sono previste *day surgery* e ospedalizzazione a domicilio) e l'assenza di sinergie a livello di rete.

La frequenza è stata individuata in base ad analisi empiriche condotte sui sistemi multiospedalieri nei contesti statunitense e canadese (Health care Advisory Board 1995); sempre l'analisi di case studies ha fornito indicazioni sull'intervallo temporale che trascorre tra la decisione del network ospedaliero di avviare il pacchetto di intervento e la effettiva realizzazione del pacchetto stesso.

Gli interventi più frequenti e a maggiore rapidità attuativa sono costituiti dalla riduzione e semplificazione delle posizioni manageriali, tipicamente i ruoli intermedi nelle funzioni tecnico amministrative ed in alcuni casi sanitarie, che prefigurano l'adozione delle logiche proprie delle organizzazioni piatte e sono coerenti con gli interventi di reingegnerizzazione delle funzioni amministrative. Altre azioni attivate in modo immediato sono costituite dalla razionalizzazione di alcune attività di supporto come le consulenze gestionali ed informatiche, le spese promozionali e pubblicitarie, le consulenze legali.

Altri esempi sono rappresentati dalla unificazione e dalla successiva riorganizzazione dei servizi amministrativi e dei servizi tecnico economici (lavanderie, magazzini), per cui si prevedono alternative di intervento quali la esternalizzazione attraverso gare ed affidamento ad imprese private, la loro trasformazione in società operative, che vengono messe sul mercato, o ancora (esperienza inglese di *competitive tendering*) la loro messa in concorrenza con i potenziali fornitori presenti sul mercato. Ancora le reti ricorrono con notevole frequenza alla rinegoziazione dei contratti di acquisizione di beni e servizi per sfruttare il maggior potere contrattuale da loro posseduto e strettamente collegato al volume globale di servizi acquistati.

Come mostrano numerose evidenze empiriche gli interventi a più elevata fattibilità organizzativa e gestionale sono quelli che consentono una riduzione di costi più significativa: nel contesto statunitense viene segnalato che il 60% delle economie ottenibili dalla introduzione e/o dallo sviluppo dei network può essere raggiunto entro il primo anno. Le recenti fusioni ed accorpamenti di USL che hanno dato luogo alla creazione delle nuove Aziende sanitarie locali non sembrano per ora fornire riscontro empirico a queste affermazioni; infatti molte ASL si sono limitate ad accorpare i Servizi /settori amministrativi ereditati dal precedente assetto istituzionale ed organizzativo.

La realizzazione di questi interventi richiede investimenti interni alle reti; a fronte dell'alleggerimento della tecnostuttura amministrativa tradizionale si è sviluppata una tecnostuttura organizzativa e gestionale propria dei network, che ha comportato costi incrementali di gestione, con esiti in alcuni casi a somma zero.

E' questo il caso di alcune Direzioni centralizzate di gruppi multiospedalieri pubblici francesi; ma è sicuramente il caso della realtà statunitense. Ad esempio il network del George Washington University Medical center a cui fanno riferimento una HMO (piano assicurativo sanitario), studi medici associati secondo logiche di group practice, un ospedale per acuti e una Scuola universitaria di Medicina ha introdotto un direttore per lo sviluppo del network, da cui dipendono funzioni quali pianificazione e marketing, analisi strategica, progetti sanitari, sviluppo di forme di *managed care* e offerta di servizi a livello comunitario.

Le reti sanitarie multiospedaliere e multiservizi incontrano sicuramente maggiori difficoltà nella messa in opera di interventi che riguardano l'ambito dei servizi sanitari; l'analisi empirica, sempre condotta nel

contesto nordamericano, ha messo in luce tempi medio lunghi di decisione (caratterizzati da conflittualità e blocchi decisionali) e limitato interesse rispetto ad azioni strategiche rappresentate dalla riorganizzazione dei servizi di diagnostica strumentale, che presentano complessità di poco superiore alla ristrutturazione dei servizi alberghieri e logistici, dalla ridefinizione della rete e dei Dipartimenti di emergenza e nonché dalla ristrutturazione delle cardiocirurgie e delle unità che si occupano dei trapianti di organo (cuore, pancreas, fegato).

L'analisi empirica evidenzia che i vertici direzionali dei sistemi / network multiospedalieri *for profit e no profit* sembrano essersi finora concentrati su interventi finalizzati alla semplificazione ed all'alleggerimento delle infrastrutture amministrative e dei servizi di supporto tecnico, logistico ed alberghiero a fronte di oggettive difficoltà riscontrate nella attuazione di politiche aziendali finalizzate ad una più organica ridefinizione delle unità operative direttamente responsabili dell'offerta di servizi sanitari finali agli utenti.

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 "sfoltoimento" dei livelli gerarchici e direttivi.

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.

Nello stesso contesto italiano i network sanitari istituzionali pubblici, siano essi formali (aziende USL multiospedaliere, 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>8</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.

---

<sup>8</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 condotta in base ai contenuti del protocollo di intesa approvato dalla Conferenza permanente Stato - Regioni.

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

*Priorità del programma di intervento, elaborato dalla Direzione generale della Sperimentazione per il 1998, 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 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 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 e creazione di dipartimenti in rete ospedaliera (aree interessate – oncologia, cardiovascolare, ortopedia -)*

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

Le considerazioni finora svolte possono essere utilizzate per la individuazione dei contenuti della strategie di networking, intese come scelte finalizzate a ridisegnare e ampliare i confini della organizzazione (organizzazione allargata), 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, volti al potenziamento logistico ed architettonico, lo sfruttamento delle capacità operative dei sistemi gestionali e il mantenimento degli staff esistenti.

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).

Anche in questo caso, come nella strategia precedente, i pacchetti di intervento sono normalmente considerati a costo zero per la rete; questa assunzione 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, che spesso sono sostenute direttamente o soggetti terzi, inseriti nel sistema sociale ed economico, come le *organizzazioni no profit*, altri enti pubblici e le stesse organizzazioni sanitarie. Si pensi ad esempio allo spostamento di attività socio-sanitarie da Aziende USL ai servizi socio-assistenziali degli Enti locali o i pronto soccorso negli ospedali

statunitensi che vengono trasferiti agli ospedali municipali, che costituiscono spesso dei *safety network*, come bene descrivono oltre alla letteratura specializzata, anche i media<sup>9</sup>.

In alcuni casi gli stessi network, interessati da processi di profonda riorganizzazione, hanno messo in campo veri e propri *ammortizzatori sociali*, promuovendo specifici interventi di riconversione e riqualificazione professionale degli operatori sanitari e stimolando contemporaneamente processi di imprenditorialità interna, come la costituzione di cooperative e società di medici e infermieri, che si sono collocate nel segmento del lavoro interinale.

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.

Altri investimenti hanno riguardato, nel caso di molte Aziende USL del Centro Italia, che presentano una tipica configurazione di rete multiospedaliera su piccoli presidi, 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).

Tutti i diversi interventi sono il risultato di risposte alla crisi finanziaria e alla tendenza strutturale della riduzione delle risorse che da anni caratterizza ospedali ed organizzazioni sanitarie (network interistituzionali), associata in molti paesi alla modifica delle modalità di rimborso (dal pagamento prospettico al rimborso per caso trattato) che ha interessato dalla metà degli anni 80 i network *corporate* e proprietari, che hanno reagito accentuando ancora di più i processi di concentrazione.

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*.

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*);

---

<sup>9</sup> Una sintetica citazione sul recente film di Martin Scorsese *Al di là della vita*.

➤ WISE (*working in synergy for Europe*).

Nella tabella successiva vengono presentati i risultati, in termini di riduzione di spesa, delle tre strategie di networking: va ricordato che i dati (Health care Advisory Board 1995, American Hospital Association 1996) fanno riferimento alla esperienza dei sistemi multiospedalieri statunitensi ( e dei connessi sistemi di rilevazione contabile) e che soprattutto non è stato quantificato l'impatto della strategia di networking intelligente e di alcuni pacchetti di intervento collegati alla strategia di ridimensionamento drastico della offerta; la riduzione di spesa oscilla tra un massimo del 4,5% sul totale del bilancio corrente, riconducibile al consolidamento e razionalizzazione delle funzioni amministrative), il 3%, collegato invece alla rinegoziazione dei contratti ed alla riorganizzazione dei servizi tecnico generali e l'1%, associato infine alla razionalizzazione della rete di offerta dei servizi sanitari).

Tabella 8 Strategie di networking e riduzione della spesa

<b>STRATEGIE DI NETWORKING</b>	<b>PACCHETTI DI INTERVENTO RISPARMI</b>
<b>Mantenimento delle politiche correnti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Leverage</i> (rinegoziazione contratti) <b>3,0%</b></li> <li>➤ Razionalizzazione livelli manageriali <b>4,5%</b></li> <li>➤ Riorganizzazione funzioni di supporto <b>3,1%</b></li> </ul>
<b>Ridimensionamento della rete di offerta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aggregazione delle UO - Dipartimenti di rete <b>0,8%</b></li> <li>➤ Ridefinizione Percorsi diagnostici terapeutici <b>1,3%</b></li> <li>➤ Chiusura ospedali piccoli dimensioni n.d.</li> <li>➤ Specializzazione ospedali e poli / antenne <b>n.d.</b></li> </ul>
<b>Network intelligente</b>	Economie di conoscenza e apprendimento <b>n.d.</b>

Fonte Health Care Advisory Board *Network Advantage* 1995

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 concertata 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**.

*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

### **L'Azienda Provinciale dei servizi sanitari di Trento: I risultati di un network sanitario istituzionale**

Le strategie di networking che sono state adottate dalla APSS, a partire dalla sua costituzione nel 1995, sono state finalizzate al conseguimento dell'obiettivo di creare una rete a seguito del processo di fusione ed accorpamento delle precedenti 11 Unità sanitarie locali, a cui sono stati aggiunti i servizi di Igiene e Sanità Pubblica ed il SERT (tossicodipendenze) della Provincia. La situazione di partenza vedeva una forte polverizzazione della offerta (19 tra presidi ospedalieri pubblici e privati), accentuate pressioni per la difesa del localismo sanitario locale, eccesso di offerta di posti letto ospedalieri (7,5 per 1000 abitanti) a cui era collegata una elevata propensione alla ospedalizzazione ed un insufficiente sviluppo di logiche di integrazione ospedale e territorio e di forme alternative al ricovero – day hospital e day surgery -.

Nel corso degli ultimi tre anni (1995 – 1998) sono state attivate innanzitutto azioni collegate al **mantenimento delle politiche correnti**: dalla rinegoziazione di molti contratti, all'accentramento delle procedure d'acquisto con una **riduzione della spesa per l'acquisto di beni e servizi pari al 7%**, alla più estesa adozione di modalità di esternalizzazione dei servizi.

Si è inoltre avuta una riduzione dell'organico (330 unità in meno) che ha interessato il personale dei servizi di supporto, rafforzando in contemporanea il personale medico ed infermieristico. I diversi interventi hanno consentito un risparmio pari a **40 miliardi**.

L'APSS di Trento si è concentrata sui pacchetti collegati al ridimensionamento drastico della offerta che hanno visto una consistente riduzione dei posti letto (**meno 230 posti letto**) accompagnata dallo sviluppo delle attività di day hospital e day surgery, attraverso sempre la riconversione dei posti letto esistenti.

Sono stati messi in atto interventi di specializzazione, in parte assimilabili alla logica poli antenne, qualificando l'attività ospedaliera nelle diverse sedi e potenziando le specialità offerte nella sede centrale di Trento – oncologia, cardiocirurgia, emodinamica diagnostica ed interventistica, endoscopie e pneumologia- e sviluppando progetti innovativi (integrazione ospedale- territorio, assistenza domiciliare integrata, centro di riferimento per l'anoressia e la bulimia).

Significativi sono stati anche gli interventi riconducibili alla strategia di networking intelligente; dalla formazione all'aggiornamento professionale, che ha interessato annualmente circa 5000 operatori, alla introduzione ed allo sviluppo dei sistemi gestionali –contabilità economica, controllo di gestione, budgeting,

*comunicazione esterna, MCQ ed analisi partecipata della qualità, a progetti nel campo della information communication technology (telemedicina e teleradiologia). Questi interventi sono comprensivi di investimenti sulla innovazione tecnologica e sulle tecnologie biomediche (TAC, RM, laser ad eccimeri, acceleratore lineare).*

Da Direttore Generale APSS Trento - Relazione sulla attività della azienda sanitaria 1998

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.

Questo processo, manifestatosi con particolare intensità nei multiospedalieri privati, *for profit e non profit* ha determinato due significative conseguenze; da un lato i network tra le organizzazioni sanitarie hanno rafforzato ulteriormente il loro potere contrattuale, associandosi in Consorzi volontari di acquisto che forniscono ai sistemi ospedalieri partecipanti una pluralità di servizi, dalla informazione su prezzi e condizioni contrattuali praticate dai fornitori fino alla gestione vera e propria del processo di acquisto.

Dall’altro lato gli stessi Consorzi di acquisto si stanno trasformando in società operative in cui é prevista la partecipazione degli stessi fornitori che ottengono così preziose informazioni sulle opportunità di mercato e sui comportamenti di acquisto dei loro clienti potenziali. (è questo il caso di **Premiere** nel contesto statunitense; si veda sempre Buccoliero Meneguzzo 1999).

Il rafforzamento della capacità contrattuale è stato poi ottenuto dalla integrazione nei network sanitari dei fornitori di beni e servizi: dall’inizio degli anni 90 i *multihospital systems* statunitensi hanno comprato imprese operanti nella distribuzione di farmaci. (Meneguzzo 1994) ed hanno incorporato reti multiservizio formate da centri di diagnostica per immagini e da studi medici privati, internalizzando così l’offerta prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale..

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 economale (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, sottoposte a dinamiche competitive accentuate con le imprese private esterne, legate alla adozione dei processi di *competitive tendering* (Rebora Meneguzzo 1990) ed alla attribuzione di discrezionalità di budget e di acquisto ai clienti interni, ossia le organizzazioni sanitarie, nodi della rete.

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; esempi possono essere unità di ricovero della area medica con elevato intervallo di turnover o con tassi di occupazione dei posti letto inferiori all' 80% 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*.

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.

### ***L'Azienda USL di Viterbo; la specializzazione degli ospedali nella rete aziendale***

*Una interessante combinazione delle logiche che fanno riferimento alla strategia di ridimensionamento e riconfigurazione della rete di offerta è rappresentata dalla proposta di nuovo modello organizzativo avanzata dalla Azienda sanitaria locale di Viterbo e strettamente coerente con il piano strategico aziendale che individua sei principali obiettivi rappresentati da:*

- *Miglioramento dell'orientamento all'utente;*
- *Riequilibrio tra domanda e offerta;*
- *potenziamento delle attività di prevenzione;*
- *tutela della domanda debole;*
- *valorizzazione delle risorse umane;*
- *riorganizzazione e consolidamento gestionale ed amministrativo.*

*Per l'area ospedaliera, che vede attualmente operanti sei presidi è prevista (si veda figura 9) la creazione di un polo centrale che raggruppa l'ospedale di maggiori dimensioni a cui sono collegati due ospedali di piccole dimensioni, con un assetto organizzativo basato su dipartimenti trasversali, che raggruppano le UO sanitarie dei tre ospedali e la trasformazione dei tre Ospedali in **country hospitals**, in cui sono raggruppate in una unica area dipartimentale le UO sanitarie di base.*

*Il modello è completato dalla attivazione di tre Dipartimenti aziendali nell'area materno infantile, della Emergenza Urgenza e della Salute mentale.*

Si veda Azienda USL Viterbo Sanità a dimensione del cittadino. I primi risultati delle azioni di cambiamento nella Azienda USL 1999

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 (ospedali specializzati in ernie inguinali o nel trattamento della cataratta).

Azioni più radicali, sempre interne a questo pacchetto, che pur mostrando immediati impatti positivi sotto il profilo economico finanziario, hanno evidenziato notevoli difficoltà realizzative, comprendono la riconversione delle strutture sanitarie o alla chiusura di ospedali, considerati inadeguati dal punto di vista della efficienza e della qualità e poco con la missione strategica del network.

Ospedali per acuti diventano così centri specializzati di *day hospital e day surgery* o trasformati in strutture per lungodegenza e riabilitazione; nel secondo caso si procede alla chiusura di interi ospedali riprogettando i percorsi dei pazienti all'interno della rete di servizi e di strutture.

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.

Esempio significativo dello sviluppo di staff centralizzati di governo e coordinamento è dato dalla composizione (1999) della équipe di direzione del **CHU (Centro Ospedaliero Universitario) di Rouen**, un gruppo pubblico multiospedaliero francese di limitate dimensioni se comparato ai “giganti” di Parigi e Lione.( si veda [www.chu-rouen.fr](http://www.chu-rouen.fr) ). Al Direttore Generale fanno riferimento tre unità di staff (Relazioni internazionali, comunicazione documentazione) e una serie di Direzioni, responsabili delle funzioni centralizzate di gruppo, , rappresentate dalle 1) risorse umane e formazione 2) Clientela e finanza 3) Servizi infermieristici 4) Attrezzature e servizi tecnici 5) Informatica e reti telematiche 6) Personale medico e progetti di presidio ospedaliero 7) Analisi, prospettive e valutazione – strategia e controllo strategico – 8) Economia e logistica 9) Logistica e rete ospedaliera.

Il sistema multiospedaliero no profit statunitense **Lutheran Health System** ha messo in atto (Health care Advisory Board 1995) una ampia varietà di azioni a supporto della strategia di networking intelligente, dall’incentiva la mobilità interna, attraverso stages, alla creazione di team per l’integrazione strategica, alla costituzione di un Dipartimento per l’innovazione presso i diversi nodi, al rafforzamento della comunicazione interna, a test pilota presso le organizzazioni sanitarie, ai grants (borse) del Consiglio di Amministrazione, a network basato sui sistemi di posta elettronica, a team di progetto interospedalieri e a un programma strutturato di seminari di formazione ed aggiornamento (*SWEET system wide education programs*).

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 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 o Costi	Accessibilità	qualità servizi periferici	<i>continuum of care</i>	Problemi Sanitari area locale
<i>Rinegoziaz. Contratti</i>	++	++				
<i>Centralizzaz. Staff amminis.</i>	+	++				
<i>Coordinamen 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
- Crozier M. Normann R. *L'innovazione nei servizi* Percorsi 1990
- 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. *Sistemi sanitari a rete* Tesi di Ph. D. in Economia aziendale e management Università L. Bocconi Milano 1999 (versione provvisoria)
- 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
- 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