

# **SCELTE STRATEGICHE E RIDEFINIZIONE DEI CONFINI DELL'OSPEDALE: DALLA STRUTTURA FOCALIZZATA ALL'ORGANIZZAZIONE A RETE**

di Federico Lega\*

*Nel panorama della riforma del Servizio sanitario nazionale italiano, la costituzione di reti (networks) di strutture ospedaliere, ciascuna focalizzata sulle poche specialità in cui eccelle, sembra essere l'opzione organizzativa in grado di fornire alle aziende sanitarie la soluzione alle pressioni poste dal razionamento delle risorse e da un ambiente sempre più competitivo.*

*In particolare, adottando la prospettiva di Williamson (1991), si ipotizza che la rete ospedaliera abbia un duplice impatto positivo, da un lato sugli obiettivi di "economizing" (ricerca dell'efficienza), dall'altro su quelli di "strategizing" (ricerca del vantaggio competitivo).*

*Una terza ipotesi riguarda poi la capacità della rete di favorire la riprogettazione ed integrazione dei percorsi assistenziali con una prospettiva che recupera il concetto olistico del "continuum of care" nell'erogazione dei servizi sanitari.*

*Per dare delle prime risposte alle ipotesi formulate, l'analisi dei networks ospedalieri viene condotta sia qualitativamente alla luce dell'elaborazione teorica emersa nella letteratura aziendale ed organizzativa, sia quantitativamente con riferimento ai risultati mostrati da esperienze estere già avviate.*

SOMMARIO: 1. Premessa: l'evoluzione dell'ambiente socio-istituzionale - 2. Le ipotesi di studio - 3. Brevi cenni sui fondamenti teorici di riferimento - 4. Caratteristiche ed impatto atteso delle reti interorganizzative nella sanità italiana - 4.1 Reti interorganizzative ed impatto su costi ed efficienza - 4.2 Reti interorganizzative e vantaggio competitivo - 4.3 Reti interorganizzative ed impatto sui percorsi assistenziali - 5. Alcune riflessioni sulle esperienze estere - 6. Un'agenda per la ricerca futura.

## **1. Premessa: l'evoluzione dell'ambiente socio-istituzionale**

Il periodo di incertezza e travaglio che accompagna il Servizio sanitario nazionale (S.s.n.) italiano ormai da quasi cinque anni, fin dal primo scossone di riforma dato dal D.Lvo 502/92, non sembra voler terminare in alcun modo. Molti dei problemi sembrano ancora irrisolti se non aggravati da soluzioni estemporanee prese sotto la pressione di spinte contraddittorie e senza la necessaria lucidità.

In ogni caso, pensare che il sistema ritrovi una sua stabilità è per molti versi utopistico. Con la riforma si sono introdotti elementi che hanno rimosso gran parte delle barriere con cui fino a poco tempo fa il S.s.n. era stato e si era artificiosamente protetto da logiche competitive e dalle crescenti esigenze di

---

\* Collaboratore dell'Istituto di Economia Aziendale e ricercatore del CeRGAS dell'Università Commerciale "L. Bocconi" di Milano.

razionalità gestionale. Il sistema sanitario italiano non solo è entrato nella fase di instabilità ambientale tipica dei mercati competitivi, in cui dinamismo, incertezza e turbolenza sono le variabili di contesto normali, ma soprattutto è destinato a non uscirne più, dal momento che la tendenza è quella di progressivamente aumentare i gradi di competizione pubblico/pubblico e pubblico/privato già introdotti.

Sintetizzando al massimo, un possibile quadro di sintesi dei principali cambiamenti istituzionali che stanno investendo il S.s.n. dovrebbe considerare al minimo i seguenti fenomeni:

- la trasformazione in atto del modello gestionale delle aziende sanitarie, segnata dal passaggio dalle logiche burocratiche, fondate sul rispetto delle norme e sulla legittimità degli atti, alle logiche aziendali focalizzate sul rapporto risultati conseguiti e risorse consumate a tal scopo. L'istituzione delle figure del Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociale risponde a questa nuova logica di responsabilizzazione gestionale;
- l'introduzione di spazi di competizione tra pubblico/pubblico e tra privato/pubblico, sanciti formalmente con l'attribuzione della massima libertà di scelta al cittadino, ma al tempo stesso regolati dal meccanismo dell'accreditamento e convenzionamento;
- la modificazione dei meccanismi di finanziamento, in particolare col passaggio per le aziende ospedaliere<sup>1</sup> dalla consuetudine del ripiano a piè di lista alla logica della tariffazione per prestazioni effettivamente rese, fondata sul sistema dei Diagnosis Related Groups (DRGs)<sup>2</sup>;

Lo smantellamento dell'ambiente istituzionale protetto in cui operavano gli ospedali, pur essendo probabilmente il più importante, non è però il solo fenomeno che contribuisce a complicare il contesto competitivo in cui si trovano ora inserite le neonate aziende ospedaliere pubbliche (AOP): di notevole rilevanza sono infatti anche alcune dinamiche evolutive comuni a tutte le società industrializzate, che agendo sul tessuto socio-culturale causano l'emergere di nuovi bisogni, nuove minacce e sfide a cui le strutture ospedaliere devono poter o saper rispondere.

In particolare, rispetto a tali dinamiche sembra acquisire massima rilevanza il problema di come confrontarsi con un paziente in evoluzione nei comportamenti di consumo: la totale libertà di scelta tra pubblico/pubblico e tra privato/pubblico, la tendenza a voler partecipare se non controllare il

---

<sup>1</sup> Si fa riferimento ai soli ospedali che dopo il D.Lvo 502/92 sono stati individuati come aziende ospedaliere dotate di autonomia in quanto di rilevanza nazionale o regionale, per i quali si applica il sistema di finanziamento a DRG. Restano quindi esclusi i presidi ospedalieri gestiti direttamente dalle aziende USSL. Per le Aziende Socio Sanitarie Locali (ASL, ex USSL) e per i rispettivi presidi ospedalieri è stata introdotta una quota capitolata calcolata (ed eventualmente pesata) sulla popolazione residente. Tuttavia, in alcune Regioni anche per i presidi dipendenti dalle stesse ASL si pensa di passare alla tariffazione per DRG.

<sup>2</sup> Sul tema dei DRGs/ROD (raggruppamenti omogenei di diagnosi – traduzione italiana dei DRGs) si veda Fetter (1991) e Taroni (1996).

proprio processo di cura, la diversificazione del bisogno di salute verso nuove categorie di bisogni, classificabili come desideri in quanto non riferibili direttamente ad uno stato di malattia, ma piuttosto alla volontà di migliorare il proprio livello qualitativo di vita, il proprio senso di benessere psicofisico (vedi chirurgia estetica, beauty farms, ecc.), l'utilizzo sempre più frequente di strumenti di protesta nei confronti del disservizio (tribunale dei malati, reclami, ecc.), sono alcuni degli elementi che caratterizzano il passaggio in atto dal ruolo passivo del cittadino-paziente amministrato al ruolo attivo e partecipativo di un paziente-cliente le cui aspettative di qualità dei servizi sono di conseguenza sempre più elevate.

Proprio dalla sovrapposizione spazio-temporale tra cambiamenti istituzionali e dinamiche socio-culturali nascono i tre grossi fronti su cui le AOP e le aziende USL con presidi ospedalieri devono impegnarsi contemporaneamente.

In primo luogo vi è il problema di competere nei confronti dell'offerta privata e pubblica che esiste nel bacino di utenza potenziale. Per le AOP, all'interno del sistema di finanziamento a tariffa DRG diventa fondamentale rivalutare, promuovere e focalizzare la propria offerta, dal cui volume e qualità dipende l'entità di risorse a disposizione nell'anno successivo. Per le aziende USL è invece necessario governare la domanda di servizi sanitari di secondo livello indirizzandola verso i propri presidi ospedalieri, onde evitare di pagare due volte, DRG da un lato e risorse del presidio sotto utilizzate dall'altro, la stessa prestazione sanitaria.

In secondo luogo si pone il problema di governare la spesa, nel senso di promuovere un più efficiente e razionale utilizzo delle risorse a disposizione: una maggiore efficienza non riconducibile al tradizionale paradigma che vedeva in alternativa l'aumento di produttività a parità di costi o la diminuzione di costi a parità di produttività, ma che richiede una contestuale azione in entrambe tali direzioni.

Infine, vi è l'esigenza di misurarsi con il problema qualità, sotto la duplice prospettiva tecnica ed organizzativa: vale a dire, qualità ed efficacia clinica da un lato e qualità alberghiera e dei servizi di supporto (accoglienza, orientamento, *catering*, informazione, accesso dei famigliari, ecc.) dall'altro.

Ovviamente si tratta di obiettivi tra loro fortemente complementari, dal momento che efficienza e qualità sono due presupposti per una migliore posizione competitiva.

## **2. Le ipotesi di studio**

Efficienza, qualità e vantaggio competitivo sembrano dunque essere le tre priorità in cima alla lista di obiettivi delle neonate aziende ospedaliere. Obiettivi peraltro da sempre di assoluta rilevanza strategica, almeno sulla carta, dato che, soprattutto i primi due, rappresentavano un punto fermo di qualsiasi modello di gestione dell'ospedale: tuttavia, in un contesto istituzionale di tipo monopolistico, con logiche di finanziamento tramutate

in pratiche consolidate di ripiano a piè di lista, la tensione verso tali obiettivi si è mostrata prevalentemente bassa se non, in alcuni casi, addirittura nulla. Lo stesso modello medico-centrico caratteristico degli ospedali, descrivibili come *professionalized bureaucracies* (Mintzberg 1979), contribuiva poi a peggiorare il quadro gestionale, favorendo una netta prevalenza per gli aspetti dell'efficacia clinica a scapito delle restanti dimensioni della qualità (Donabedian, 1990).

Per innovare le logiche gestionali delle strutture sanitarie, portando sullo stesso piano dell'efficacia gli obiettivi chiave dell'efficienza, della qualità e del vantaggio competitivo, si rendeva quindi necessario agire in primo luogo sulla cultura organizzativa a cui si ispirano gli operatori delle strutture sanitarie nei comportamenti che si desidera modificare.

Come ribaltare uno *status quo* ben radicato e come superare vincoli e resistenze al cambiamento poste da una cultura di tipo professionale estremamente condivisa sono della sfide che si possono affrontare a due livelli.

Da un lato si può prendere come unità di riferimento la singola azienda ospedaliera e si procede a modificarne assetti organizzativi, gestionali, operativi e strutturali: la riconfigurazione per dipartimenti, la riprogettazione dei processi produttivi ed amministrativi, il potenziamento delle funzioni di staff, l'attivazione dei sistemi di budget e controllo direzionale, l'*empowerment* del personale infermieristico, i circoli di qualità, l'apertura dell'Ufficio Relazioni con Pubblico (URP) sono tutti esempi di interventi in questa direzione.

Molta dell'attenzione sulle politiche di cambiamento del modello gestionale dell'ospedale italiano si è concentrata su questa prima prospettiva.

Dall'altro lato però è possibile affrontare gli stessi problemi con un approccio macro-organizzativo, che non sostituisce i possibili interventi intraziendali, ma gli completa con una visione interaziendale volta ad identificare le opportunità di miglioramento esterne prima ancora di quelle interne: si fa riferimento alla logica delle reti, dei *networks* di aziende ospedaliere che intrecciano relazioni interorganizzative al fine di migliorare la propria capacità competitiva e di risposta ai problemi di efficienza e qualità.

Questa è la prospettiva oggetto di analisi nel presente contributo e due sono le ipotesi di fondo del lavoro.

*Ipotesi 1: l'organizzazione a rete delle strutture ospedaliere consente a ciascuna azienda inserita nel network di godere di rilevanti benefici in termini di razionalizzazione nell'utilizzo delle proprie risorse.*

La messa in comune di alcune risorse e la focalizzazione sulla gestione delle restanti sono le azioni che dovrebbero garantire il recupero di crescenti livelli di efficienza. Usando la prospettiva di Williamson (1991), si può affermare che l'organizzazione a rete costituisce in prima istanza la risposta ai problemi di *first order economizing*, cioè di scelta della forma organizzativa di governo delle attività produttive più razionale ed efficiente. I

successivi interventi di progettazione e *re-engineering* dei meccanismi di funzionamento inter ed intraaziendali, cioè dei contenuti della rete e della singola struttura in essa inserita, affrontano invece i problemi di *second order economizing*, vale a dire i problemi relativi al miglior utilizzo della forma organizzativa adottata.

*Ipotesi 2: l'organizzazione a rete delle strutture ospedaliere favorisce l'acquisizione di vantaggi concorrenziali per ciascuna azienda inserita nel network, anche attraverso il contenimento della generale pressione competitiva nell'ambiente di riferimento.*

L'idea sottostante è che la focalizzazione su specifici ambiti di intervento consente alle aziende ed ai presidi ospedalieri di acquisire uno specifico vantaggio competitivo in tali aree. Allo stesso tempo, assumendo implicitamente che la rete sia costituita da AOP potenzialmente in competizione tra loro in quanto geograficamente contigue (ad esempio su un territorio urbano/metropolitano), il livello della pressione concorrenziale nel contesto di riferimento viene di conseguenza contenuto, sia perché rimane dipendente dalle sole aziende non partecipanti alla rete, sia perché la rete è comunque in grado di attivare meccanismi di protezione dei partecipanti. Sempre dal punto di vista strategico, il *network* diventa anche lo strumento con cui aumentare la capacità attrattiva di ciascuna struttura coinvolta, attraverso l'ampliamento dei punti di contatto con il potenziale utente che può accedere ai servizi attraverso uno qualsiasi dei diversi partecipanti alla rete.

Giova qui precisare che l'eventuale *network* non va inteso come composto esclusivamente da strutture ospedaliere, ma spesso si costituisce, come si vedrà, di una molteplicità di attori organizzativi (tra cui ad esempio le stesse aziende USSL, gli ambulatori decentrati, i centri diagnostici, ecc.), ciascuno coinvolto rispetto a specifici obiettivi funzionali e coerenti con le finalità proprie e quelle della rete.

Emerge così una terza ipotesi aggiuntiva: *l'organizzazione a rete costituisce un potente strumento con cui favorire la riprogettazione ed integrazione coordinata dei processi produttivi sanitari, attraverso la definizione all'interno del network dei possibili percorsi utilizzabili dal paziente/assistito nel fruire del servizio. Il paziente/assistito diventa così il perno centrale nella riorganizzazione attuabile con la rete.*

La rete, nell'accezione comprensiva di strutture sia ospedaliere che territoriali, consente quindi di coniugare l'obiettivo di garanzia olistica della "salute" del cittadino con le scelte di focalizzazione delle diverse strutture sulle aree di produzione in cui sono in grado di eccellere.

Il percorso logico che verrà seguito nell'articolare i contenuti sottostanti le tre precedenti ipotesi prende avvio nel prossimo paragrafo da una breve *review* dei contributi teorici in materia di reti interorganizzative che possono servire a delineare i fondamenti ed il quadro concettuale delle successive argomentazioni. Il quarto paragrafo è quindi dedicato all'articolazione delle ipotesi con particolare riferimento alle potenzialità di trasposizione nel caso della aziende ospedaliere italiane delle logiche e dei contenuti di un eventuale organizzazione a rete.

Nel quinto paragrafo si procederà ad analizzare qualitativamente e quantitativamente alcune esperienze estere da cui è possibile trarre ulteriori insegnamenti preziosi. Infine, l'ultimo paragrafo verrà utilizzato per fare il punto della situazione con riferimento a cosa si conosce, cosa si pensa di conoscere e cosa si dovrebbe conoscere sul tema dei *networks* di aziende sanitarie.

### **3. Brevi cenni sui fondamenti teorici di riferimento**

Le tradizionali dicotomie organizzazione-ambiente e mercato-gerarchia rappresentano ormai una chiave di lettura inappropriata per una realtà in cui le forme organizzative ibride hanno preso da tempo il sopravvento.

Come sottolinea Grandori (1989), l'aspetto più innovativo negli assetti istituzionali della società moderna è l'affiancamento dei tre tradizionali modelli di organizzazione dell'azione collettiva, il mercato, il clan e la gerarchia (Ouchi, 1980), con una varietà di forme ibride o intermedie in cui organizzazioni giuridicamente distinte si associano più o meno formalmente per coordinare le loro relazioni.

Le organizzazioni a rete o *networks* costituiscono una categoria di queste forme ibride. Infatti, sostanzialmente si può concepire la varietà delle forme di coordinamento a rete come un *continuum* che si estende tra reti strettamente connesse e reti debolmente connesse, ma non è possibile individuare una definizione unica del concetto di *network*. Però, indipendentemente dalla struttura delle relazioni della rete, in letteratura emergono chiaramente le due condizioni base che devono sussistere affinché un *network* si costituisca e perduri nel tempo.

La prima condizione è rappresentata dall'esistenza di una comunanza di intenti strategici e/o di obiettivi perseguiti dalle organizzazioni inserite nella rete. (Thomas *et al.*, 1992; Zuckerman, Kaluzny, Ricketts, 1995; Jarrillo, 1988; Luke, Begun, Pointer, 1989; Powell, 1990).

La seconda condizione è che la partecipazione delle organizzazioni alla rete non rappresenti un gioco a somma zero: vale a dire tutte le organizzazioni in rete devono trarre beneficio in qualche modo dalla loro partecipazione, ed i meccanismi di redistribuzione dei benefici complessivamente accumulati devono essere corretti, equi e trasparenti (Jarrillo, 1988; Powell, 1990; Cartoccio, Fabbro, 1992; Grandori, 1989). A questa condizione si collegano il ruolo chiave della fiducia, quale motore delle relazioni interorganizzative

che caratterizzano i *networks*, e l'utilizzo della norma di reciprocità quale mezzo di risoluzione dei conflitti, come suggerisce Powell (1990).

Chiariti i due requisiti necessari per l'attivazione di qualsiasi forma di *network*, per introdurre una sintesi dei contributi in materia di reti interorganizzative più interessanti per lo scopo di questo articolo, si può prendere spunto dal lavoro di Jarrillo (1988), che utilizzando le dimensioni da un lato del tipo di gioco delle relazioni (somma zero vs non somma zero) e dall'altro dell'assetto legale (unico soggetto giuridico vs. più soggetti giuridici separati) ha riclassificato le tre forme organizzative tradizionali aggiungendo quella costituita dagli *strategic networks*.

Combinando quest'analisi con quella di Luke, Begun e Pointer (1989), in funzione della dimensione data dall'intensità dell'intento strategico comune si può ulteriormente scomporre il concetto del network strategico nelle figure della *quasi-impresa* e del semplice *network* (Tabella 1).

Il concetto di quasi-impresa vuole sottolineare l'assoluta prevalenza data agli obiettivi strategici comuni rispetto a quelli particolari, la strettissima connessione tra le organizzazioni in rete e la caratteristica di permanenza nel tempo tipica di questo *network*.

**-Tabella 1 -**

*Forme base di organizzazione dell'azione collettiva*

		Tipo di gioco		
		<i>Gioco a somma zero</i>	<i>Gioco non a somma zero</i>	
<i>Più soggetti giuridici</i>	<b>Assetto legale</b>	MERCATO	Assoluta comunanza di intenti strategici	QUASI-IMPRESA
			Comunanza di alcuni obiettivi strategici	NETWORK
<i>Unico soggetto giuridico</i>		GERARCHIA	CLAN	

Quasi impresa e network semplice si possono quindi intendere come i due estremi del *continuum* lungo il quale si collocano le restanti possibili forme di organizzazione a rete. Tale *continuum* può poi anche essere letto

parallelamente rispetto ad altre dimensioni, ad esempio in funzione dell'assetto proprietario scelto dal *network* e caratterizzato da una differente intensità e tipologia di connessioni: si distinguerà in questo caso tra reti proprietarie, in cui vi è un'organizzazione (holding capogruppo) che detiene, direttamente od a cascata, quote di controllo delle restanti, e reti non proprietarie (Grandori, 1989).

A questo proposito, Thomas *et al.* (1992) distinguono quattro forme di relazioni interorganizzative lungo un *continuum* che scandisce il progressivo coinvolgimento reciproco delle varie strutture in rete, fino ad un possibile assetto proprietario unico del gruppo:

1. la co-optazione, quando si concentrano nell'organizzazione perno della rete parte delle risorse manageriali più qualificate delle restanti organizzazioni;
2. la coalizione, quando due o più organizzazioni combinano le proprie risorse per conseguire obiettivi comuni;
3. la quasi-impresa, quando, come si è già detto, le relazioni interorganizzative diventano stabili e sono motivate da intenti strategici comuni, rilevanti e di lungo periodo;
4. la proprietà, quando le organizzazioni si fondono in un unico soggetto giuridico in cui alla norma di reciprocità si sostituisce gradualmente la gerarchia nel governo delle relazioni.

Altri contributi interessanti in merito ai problemi definitori provengono da Butera (1990), da Zuckerman, Kaluzny e Ricketts (1995) e da Boari, Grandi e Lorenzoni (1989).

Il primo, Butera, distingue tra quattro possibili configurazioni organizzative di rete:

- la rete basata su relazioni di influenza e/o negoziali tra i partecipanti, in cui continua a prevalere l'autonomia se non la dominanza degli assetti gerarchici interni a ciascuna struttura nel definire le politiche di azione;
- la rete con un centro di gravità unico, che determina fini e politiche di azione comuni a tutto il *network*;
- la rete con più centri di gravità che si succedono come poli di attrazione (ad esempio le associazioni e le cooperative);
- la rete paritetica senza centro di gravità, come i sistemi a base territoriale (i distretti e le costellazioni di imprese).

Zuckerman, Kaluzny e Ricketts affrontano il tema delle alleanze quale scelta organizzativa antecedente alla costituzione di un vero e proprio *network* formale. La costituzione di un'alleanza consente infatti di migliorare le conoscenze reciproche delle organizzazioni e di instaurare quel clima partecipativo e di fiducia necessario per la sopravvivenza nel tempo di un eventuale *network* stabile.

Due tipi di alleanze vengono distinte:



- la *lateral* o *services alliance*, con la quale si attuano scelte di cooperazione finalizzate al raggiungimento di economie di scala, all'ottenimento di risorse scarse od all'incremento del proprio potere contrattuale. Scelte di cooperazione che coinvolgono per lo più parti specifiche delle organizzazioni, come i servizi di supporto, e che prendono la forma di contratti.
- l'*integrative alliance*, cioè quella forma di alleanza in cui la cooperazione è motivata da intenti strategici comuni, da obiettivi di conseguimento di vantaggi competitivi non acquisibili singolarmente, ed in cui tutta l'organizzazione nel complesso è coinvolta con un orizzonte temporale di lungo periodo.

Appare abbastanza chiaro come il primo tipo di alleanza coincida sostanzialmente con le forme di network debolmente o parzialmente connesse, mentre il secondo tipo si approssimi, nel momento in cui viene formalizzato, al concetto della quasi-impresa. Sono quindi le *lateral* o *services alliances* che possono servire alle organizzazioni per conoscersi, studiarsi ed acquisire reciproca fiducia prima di integrarsi in rete stabilmente ed integralmente.

Per ultimi, Boari, Grandi e Lorenzoni, che adottando una prospettiva trasversale identificano tre possibili livelli di strutture a rete:

- la rete di unità esterne, che fa perno su di un'organizzazione guida (*focal firm*) che costruisce una serie di legami e di relazioni con altre imprese od enti esterni;
- la rete di unità interne, costituita secondo moduli e procedure parallele a quelle impiegate per la rete delle unità esterne;
- la rete a livello interpersonale, che coinvolge i rapporti interpersonali tra gruppi e persone singole operanti nell'organizzazione.

Tre livelli che ovviamente possono coesistere, soprattutto in organizzazioni di tipo professionale quali sono le aziende sanitarie.

Dall'insieme del quadro definitorio fin qui dipinto emergono due considerazioni di fondo:

- da un lato si può affermare che vi è un sostanziale accordo tra i diversi autori sui contenuti del concetto di rete e sulle sue possibilità di differenziazione; eventuali diversità sembrano più che altro essere di tipo semantico;
- dall'altro lato si evidenzia chiaramente il punto chiave che accomuna molte delle classificazioni presentate (ma anche di quelle qui ignorate) e che è rappresentato dall'identificazione in molti delle forme a rete di un'organizzazione centrale, definita di volta in volta come *holding company*, *focal firm* o per usare il termine di Jarrillo (1988) *hub firm*, la quale funge da perno del sistema di connessioni e da centro decisionale strategico del *network*. Conseguenza di questo suo ruolo è il fatto che essa intrattiene relazioni più di tipo gerarchico che paritetiche con le restanti aziende in rete.

Per quanto riguarda i contenuti delle reti interorganizzative è possibile individuare tre elementi base che caratterizzano qualsiasi configurazione di *network* (Gugiatti, 1996).

Un primo elemento è costituito dai nodi della rete, cioè dalle parti (aziende, organizzazioni) che costituiscono la rete stessa e che secondo Butera (1990) presentano la caratteristica della "vitalità", cioè la capacità di sopravvivere autonomamente e di comunicare con gli altri sistemi per lo scambio di valori ed informazioni.

Un secondo elemento è dato dalle connessioni, cioè dai legami a due a due tra i nodi che consentono la trasmissione e la diffusione all'interno della rete degli artefatti (fisici, intellettuali, informativi) prodotti da ciascun nodo (Cartoccio, Fabbro, 1992).

Il terzo ed ultimo elemento è rappresentato dalle proprietà operative che definiscono il funzionamento della rete: si fa riferimento sia alla dimensione culturale, quindi all'insieme di linguaggi, codici e valori che guidano i comportamenti, sia alle scelte di assetto dei sistemi operativi, quali la pianificazione e controllo, la ricerca e sviluppo, la gestione del personale, ecc.

Infine, prima di chiudere questa parentesi di introduzione teorica è opportuno soffermarsi sui benefici ed i costi generalmente associati ad una organizzazione a rete, assai discussi in letteratura. In linea di massima, tra i benefici vengono quasi sempre rimarcati il raggiungimento di economie di scala, l'acquisizione di vantaggi competitivi collegati alla specializzazione di ciascun membro del *network*, l'efficienza ed i risparmi associati alla centralizzazione delle funzioni di *staff*, l'incremento nelle quote di mercato, la ripartizione dei rischi negli investimenti rilevanti, ecc. (Alter, Hage, 1993). La tabella 2 riassume alcuni tra i vantaggi e svantaggi più comuni citati in letteratura perché emersi nel corso delle indagini empiriche: ovviamente, ciascuno di essi si mostrerà con maggiore o minore intensità a seconda dell'assetto di rete osservato.

Tra tutti i possibili benefici, è opportuno soffermarsi su di uno in particolare, poiché spesso trascurato dalla letteratura nonostante al contrario meriti particolare attenzione in virtù della sua rilevanza nel caso di organizzazioni a rete che coinvolgono aziende di tipo professionale, come quelle sanitarie. Si tratta della capacità delle reti di accentuare la circolazione delle informazioni e delle conoscenze tra i diversi nodi del sistema, favorendo la condivisione e diffusione dell'innovazione, delle competenze e di un linguaggio comune che funge da mezzo veicolante l'informazione.

Con un linguaggio comune diventa infatti possibile codificare il sapere proprio di ciascun nodo che viene poi diffuso attraverso le connessioni della rete.

Per questi motivi si sostiene che un *network* ha maggiori probabilità di successo quanto più simili sono i *backgrounds* culturali degli attori che vi partecipano, da cui deriva la comunanza di valori e di approcci ai problemi

che favorisce la formazione del linguaggio comune e stimola la percezione di fiducia reciproca (Powell, 1990).

- Tabella 2 -

*Vantaggi e svantaggi nella cooperazione interorganizzativa*

<b>Vantaggi</b>	<b>Svantaggi</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• economie di scala</li> <li>• maggiori risorse a disposizione</li> <li>• condivisione dei rischi</li> <li>• condivisione dei costi di ricerca e sviluppo</li> <li>• accesso a nuovi mercati</li> <li>• protezione e supporto reciproco</li> <li>• vantaggi competitivi da focalizzazione</li> <li>• sviluppo di opportunità di apprendimento organizzativo</li> <li>• accesso a nuove risorse manageriali</li> <li>• <i>maggior circolazione delle informazioni ed accelerazione nei processi di diffusione dell'innovazione</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perdita di un'eventuale superiorità tecnologica</li> <li>• perdita di risorse a favore di un maggiore condivisione di gruppo</li> <li>• condivisione delle perdite</li> <li>• perdita di autonomia e controllo</li> <li>• possibilità di conflitti in merito al territorio di riferimento, agli obiettivi ed ai mezzi utilizzati</li> <li>• ritardi dovuti a problemi di coordinamento</li> </ul>

**4. Caratteristiche ed impatto atteso delle reti interorganizzative nella sanità italiana**

Terminato il breve inquadramento teorico relativo al concetto di *network*, è ora possibile declinarne i contenuti rispetto alle tre ipotesi di studio avanzate nel secondo paragrafo relativamente al potenziale impatto delle reti interorganizzative nella sanità italiana.

**4.1 Reti interorganizzative ed impatto su costi ed efficienza**

L'impatto di un'organizzazione a rete sul funzionamento di più aziende o presidi ospedalieri si evidenzia a due livelli.

Ad un primo livello, già definito nel secondo paragrafo come *first order economizing* (Williamson, 1991), i benefici dipendono da un assetto più razionale del sistema di erogazione dei servizi consentita dalla rete.

In questa prospettiva, con riferimento alla teoria vista, due sono le opzioni di fondo possibili.

1) Da un lato la costituzione di un *network* "debole" in cui sono centralizzate le sole funzioni generali di *staff*, quali l'amministrazione, gli acquisti, la manutenzione, i servizi di *catering* e di lavanderia, la gestione del calore ecc. In questo modo si ottengono comunque diversi benefici:

- le strutture in rete sono in grado di focalizzare la propria attenzione sulle *core activities*, vedi i processi produttivi;
- grazie ai maggiori volumi, il *network*, nella figura dell'azienda che centralizza le funzioni di *staff* (la quale può essere vista alla stregua di una direzione amministrativa), assume maggiore potere contrattuale nei confronti dei fornitori e dei *sub-contractors* che prendono in appalto i servizi interni;
- nell'ottica della catena del valore (Porter, 1985), si ottiene una riduzione o contenimento dei costi fissi di offerta, riconducibili ad alcuni dei sottosistemi della catena, quali appunto la funzione acquisti, la gestione della tecnologia medica e telematica, le attività infrastrutturali (amministrazione, finanza, programmazione e controllo) (Meneguzzo, 1996a).

Questa struttura di rete si sposa bene con la crescente sensibilità delle aziende sanitarie verso valutazioni di tipo *make or buy* collegate ai servizi di supporto ed alberghieri. La pratica dell'*outsourcing*, dell'affidamento all'esterno di tali servizi, sta diventando sempre di più una scelta strategica operata a livello di reti ospedaliere e di singole strutture sanitarie: questa situazione ha innescato processi di ristrutturazione e consolidamento delle imprese fornitrici, a cui è seguita una progressiva concentrazione ed integrazione tra clienti e fornitori con ricadute positive in termini di economie di apprendimento e di conoscenza del servizio (Gugiatti, 1996).

Per i suddetti motivi, le aziende USSL dotate di più presidi non possono non essere invogliate ad optare per questo tipo di soluzione strategica nel gestire le proprie strutture ospedaliere. Tuttavia, è anche opportuno ricordare come la concentrazione nel mercato dei fornitori rappresenti al tempo stesso una minaccia per le aziende sanitarie, le quali smantellando le proprie capacità interne di gestione dei servizi di supporto si possono trovare nel futuro impreparate di fronte ad un possibile mercato estremamente concentrato in cui vi sono pochi gradi di libertà di scelta: è questo il caso capitato in Inghilterra, dove le pratiche di *competitive tendering* (esternalizzazione) erano state rese quasi obbligatorie fin dagli anni '80, ma è anche il caso della Regione Emilia Romagna, dove diverse aziende hanno optato già da qualche anno per questo tipo di soluzione per i servizi di lavanderia ed ora si trovano a confrontarsi con un monopolista in grado di imporre prezzi superiori ai costi che venivano prodotti dalla gestione autonoma interna.

2) Dall'altro lato è invece possibile costituire un *network* forte, sul modello della quasi-impresa le scelte di specializzazione che toccano l'area produttiva (clinico-assistenziale) vengono gestite centralmente, con l'obiettivo di "obbligare" ciascuna struttura della rete a concentrarsi solo sulla parte delle *core activities* che è in grado di svolgere con un vantaggio comparato di costi rispetto alle altre e contemporaneamente salvaguardare un sistema complessivo di offerta di servizi completo ed integrato. Per le aziende USSL multipresidio questa scelta strategica si pone come indispensabile e può essere implementata, come in effetti sta già

avvenendo, attraverso lo strumento dei dipartimenti ospedalieri (anche di tipo funzionale).

In generale, la focalizzazione delle strutture in rete consente di consolidare le aree di intervento, evitando le duplicazioni dei servizi diagnostici e delle unità di emergenza, la frammentazione delle aree di ricovero, la dispersione irrazionale del personale.

A questo scopo, nel caso dei *networks* forti, due specifici pacchetti di strategie sono attuabili:

- da un lato il pacchetto degli interventi più tradizionali che comprende la rinegoziazione centralizzata dei contratti, il consolidamento delle funzioni amministrative e di supporto e la riprogettazione e/o consolidamento delle unità produttive sotto utilizzate;
- dall'altro il pacchetto più radicale che comprende la chiusura di interi presidi e strutture ospedaliere sotto utilizzate, od il loro riorientamento verso un utilizzo come strutture residenziali o di riabilitazione o come centri di *day-surgery* e/o *day.hospital*.

Sempre nel modello di *network* forte, le leve gestionali vengono completamente centralizzate in quella che si può definire la *focal* od *hub firm*, cioè l'azienda preposta all'attività pianificatoria e decisionale del gruppo. Ovviamente, rimane sempre possibile graduare l'intensità delle relazioni interorganizzative lungo una scala che vede ad un estremo la parziale autonomia delle singole realtà che negoziano con l'azienda centrale politiche ed obiettivi ed all'altro estremo la totale dipendenza e relazioni di tipo gerarchico imposte dal nodo centrale della rete.

Al limite, l'opzione ultima è quella di un gruppo di proprietà di un'unica azienda: è questo di certo il caso dell'azienda USSL rispetto ai suoi presidi, dove vi è in effetti un forte potere impositivo centralizzato e dove non si pone un problema di costituire una rete, quanto di gestire quella già esistente determinata dal ruolo di coordinamento affidato alla stessa USSL. Al contrario, nel contesto italiano sembra invece al momento difficile se non improponibile il modello della proprietà nel caso di reti costituite da più aziende ospedaliere autonome. Un'opzione comunque suggestiva in questa prospettiva potrebbe essere rappresentata dalla costituzione di una rete coincidente con il territorio regionale, in cui la Regione stessa svolge le funzioni della capogruppo non solo dal punto di vista delle politiche sanitarie, come già avviene o dovrebbe avvenire con la programmazione regionale, ma anche sotto l'aspetto gestionale.

Il problema delle scelte di focalizzazione delle strutture in rete introduce al secondo livello di impatto delle reti interorganizzative, quello del *second order economizing* (Williamson, 1991): infatti, la possibilità di concentrare l'attenzione dell'organizzazione su porzioni di attività, su specifici processi produttivi dovrebbe consentire di sviluppare economie di apprendimento in grado di razionalizzare e perfezionare l'impiego di risorse intraorganizzativo. La forma a rete costituisce un moltiplicatore di queste economie di apprendimento: questo avviene ogni qual volta l'azienda perno del sistema si prende carico del compito di diffondere all'interno del *network* le

cosiddette *best practices* che vengano sviluppate nei diversi nodi della rete. Non solo, ma è anche possibile ed auspicabile in questo senso che l'azienda perno si preoccupi di monitorare in ottica di *benchmarking* l'ambiente esterno, i concorrenti, per poi trasmettere ai nodi della sua rete le conoscenze maturate tramite questa osservazione.

Così, la rete svolge la sua funzione di tessuto facilitatore della diffusione della conoscenza e delle informazioni: un tessuto ben amalgamato, in cui vi sono in effetti quella cultura organizzativa simile (vedi la deontologia e la cultura professionale dei medici) e quei valori condivisi che dovrebbero consentire di sviluppare un linguaggio comune e la fiducia reciproca su cui si fonda la sopravvivenza della rete. Con riferimento a questa funzione di interfaccia comunicativa della rete, alcuni autori<sup>3</sup> parlano di "*networking intelligente*", sottolineando l'aspetto dell'apprendimento cognitivo accelerato reso possibile da questo tipo di forma organizzativa.

Combinando le riflessioni sul *network intelligente* con le precedenti considerazioni sui pacchetti di intervento strategico, emerge quello che potrebbe considerarsi il percorso strategico di razionalizzazione dei costi attuabile attraverso la costituzione e gestione di una rete interorganizzativa: questo percorso, rappresentato nella tabella 3, si sviluppa come un processo sequenziale a *steps*, ciascuno dei quali rappresenta un intervento di recupero di efficienza che diventa mano a mano che si procede più complesso e lungo da portare a termine.

#### **4.2 Reti interorganizzative e vantaggio competitivo**

La seconda ipotesi di ricerca identificava una correlazione positiva tra l'inserimento di un'azienda ospedaliera in un *network* e la sua capacità di conseguire un determinato vantaggio competitivo.

Due considerazioni emergono immediatamente.

La prima fa riferimento all'osservazione secondo cui il problema della competizione è al momento rilevante in prevalenza per le aziende ospedaliere operanti in aree metropolitane, dove vi è la sovrapposizione di intervento tra aziende ospedaliere pubbliche, private convenzionate o non convenzionate, e con eventuali presidi ospedalieri rimasti in carico alle aziende USSL. Ad esempio, per la pluralità di AOP e strutture private di cui dispongono, Milano<sup>4</sup>, Roma, Napoli e Torino sono alcune delle aree metropolitane che potrebbero essere interessate maggiormente da questo fenomeno. Tuttavia, è probabile che nel futuro prossimo la crescente facilità negli spostamenti e la maggiore attenzione del cittadino alla scelta della

---

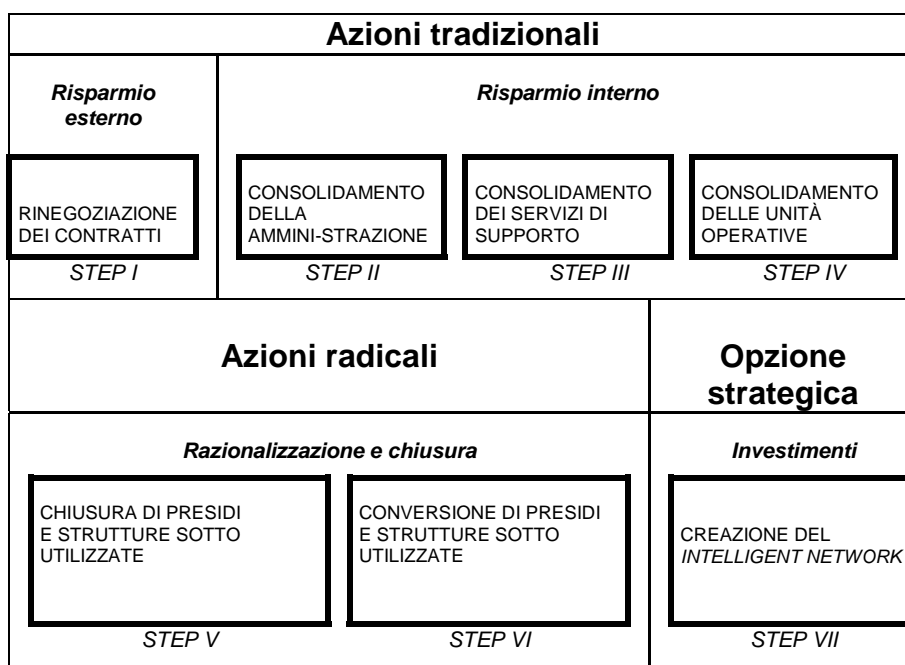
<sup>3</sup> Si cfr. HCAB (1995).

<sup>4</sup> Il caso della Lombardia è particolarmente interessante, vista la recente legge regionale che ha scorporato tutti i presidi delle aziende USSL trasformandoli in autonome aziende ospedaliere messe in competizione tra di loro.

struttura cui fare riferimento metta in competizione strutture al momento considerate relativamente distanti e poco sensibili alla concorrenza. Per rendersi conto della effettiva relatività delle distanze nel territorio italiano è sufficiente riflettere su come già ora le aziende ospedaliere del nord Italia attraggono molta domanda proveniente dal centro e dal sud.

- Tabella 3 -

*Sequenza in ordine di complessità delle strategie di intervento sull'efficienza del network*



La seconda considerazione riguarda il problema dell'acquisizione di un eventuale vantaggio competitivo: esso ovviamente non dipende dalla sola appartenenza al *network*, quanto dalla bontà e coerenza delle scelte di focalizzazione che vengono attuate all'interno della rete.

L'idea di fondo che guida questo processo di specializzazione e riposizionamento strategico delle singole strutture appartenenti alla rete è identificabile nel modello organizzativo reticolare del tipo poli/antenne: all'interno del *network* vengono identificati dei centri o poli di eccellenza rispetto a precise aree di intervento sanitario e delle unità operative che

fungono da antenne o centri periferici e sono quindi dislocate nelle strutture che non ospitano il polo (Meneguzzo, 1996a).

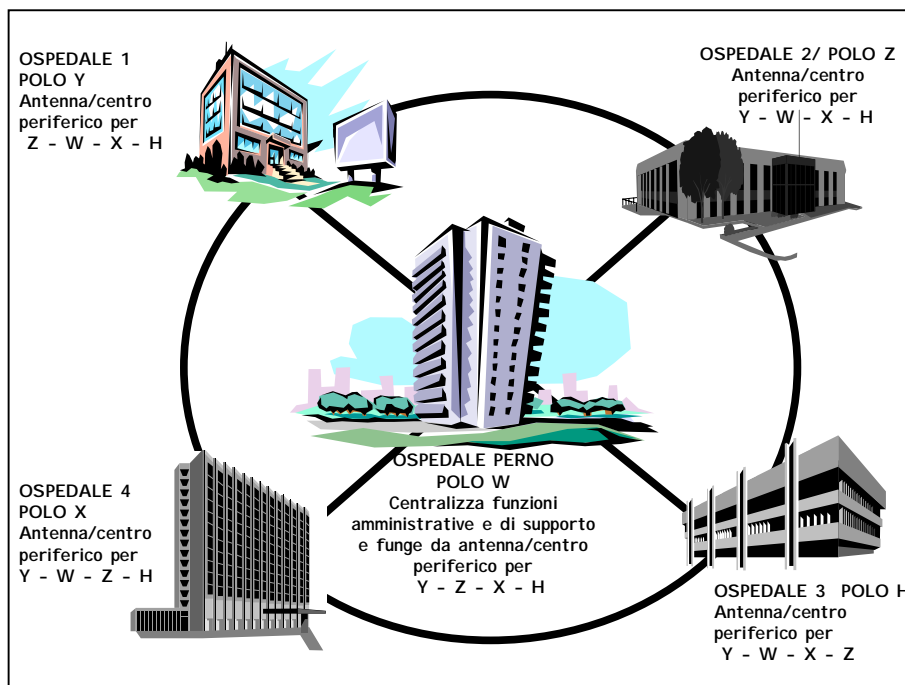
Di conseguenza due sono le alternative (Figura 1):

- una struttura ospita il polo di eccellenza (esempio la cardiocirurgia, oppure la gastroenterologia, ecc.) e le restanti fungono da antenne, cioè recepiscono il paziente, ma senza trattarlo lo inviano direttamente al polo;
- una struttura ospita il polo di eccellenza e le restanti ospitano centri di periferia: in questo caso si attua una selezione dei casi di modo che quelli di maggiore complessità vengono comunque inviati al polo, mentre i casi di minore severità sono trattati nello stesso centro periferico sulla base di protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti. Un'attenta politica di rotazione del personale tra polo e centro periferico si rende in questo caso necessaria per stimolare la produttività ed evitare pericolose sensazioni di de-classificazione legate ad una lunga permanenza del personale nel centro periferico.

Resta inteso che una delle aziende della rete, oppure un'unità scorporata/creata appositamente, svolgerà comunque le funzioni di perno del sistema, centralizzando come si è già detto i servizi amministrativi e quelli di supporto.

- Figura 1 -

*Il modello di rete poli-antenne/centri periferici*





In ogni caso, indipendentemente dal modello adottato, due sono i risultati principali determinati dall'assetto a rete e dal riposizionamento delle strutture ad essa partecipanti:

- da un lato aumenta la capacità di contatto con il cittadino, dato che nella rete si moltiplicano i possibili punti di accesso rispetto a ciascuna struttura; questo fatto ha delle ovvie implicazioni positive sulla capacità competitiva di ciascuna struttura, la quale può sfruttare indirettamente la nomea di eccellenza e la forza attrattiva delle restanti;
- dall'altro emerge la cosiddetta *focused factory* (Skinner, 1974), cioè la struttura ospedaliera polispecialistica che si riconverte in un polo specialistico di eccellenza.

La *focused factory* in campo sanitario rappresenta la struttura focalizzata sulla risoluzione di uno specifico o comunque pochi problemi di salute. Problema e non patologia, poiché la struttura ospedaliera non si specializza sulla produzione di un particolare servizio atto a risolvere una patologia, secondo l'ordine mentale che ha fino ad oggi guidato la specializzazione della pratica medica, ma si focalizza su tutti i servizi (diagnostici, terapeutici e riabilitativi) necessari per portare a soluzione un determinato problema sanitario. Quindi, ciascun polo specializzato deve essere pronto a rispondere anche ai problemi collaterali che possono sorgere nel trattamento del problema sanitario centrale su cui si concentra. Così, i centri specializzati nella cura del cancro devono essere attrezzati anche per qualsiasi problema collaterale, frequente o meno che sia, tra cui ad esempio l'anemia o le infezioni. Alcune esperienze di *focused factories* funzionano da tempo e con successo nel contesto americano: si possono qui ricordare i casi di ospedali specializzati nel trattamento delle ernie inguinali o della cataratta (Herzlinger, 1997).

All'interno di un *network* le strutture potranno specializzarsi in maniera molto diversificata: vi saranno poli specializzati nella produzione integrata di specifici servizi sanitari, centri dedicati esclusivamente o prevalentemente alla diagnostica, centri riconvertiti all'attività di *day-hospital* e *day-surgery*, ecc.

La *focused factory* e più in generale l'organizzazione per centri di eccellenza diventa in ultima analisi la soluzione che consente alle strutture ospedaliere di acquisire un vantaggio competitivo rispetto all'area di intervento prescelta grazie alle tre opportunità offerte dalla specializzazione (Herzlinger, 1997):

- un maggiore assorbimento dei costi fissi ripartito su volumi di servizi prodotti particolarmente elevati per merito della concentrazione dell'attività;
- una maggiore cura della qualità complessiva dell'esperienza del paziente, anch'essa resa possibile dall'attenzione focalizzata su un

particolare segmento di utenza e su specifici processi produttivi od assistenziali;

- lo sfruttamento delle curve di esperienza e delle economie di apprendimento generate dalla concentrazione della conoscenza e dell'attività operativa su specifiche aree di intervento.

Dal punto di vista strategico, ogni *focused factory* trasformandosi in centro di eccellenza è in grado di aumentare e migliorare la propria visibilità ed immagine nei confronti del potenziale paziente: la rete nel complesso può poi rinforzare tale posizione competitiva promuovendo un'immagine di alta qualità generale dei servizi offerti dal sistema, che di fatto viene a costituirsi di strutture ciascuna delle quali portata ad eccellere nel suo campo di attività<sup>5</sup>.

Rispetto all'assetto attuale del S.s.n. italiano, è opportuno osservare a questo punto come il vincolo di pareggio di bilancio, unito al meccanismo di finanziamento a DRG, possano costituire per le reti di aziende ospedaliere autonome un ostacolo alla reciproca focalizzazione delle strutture del *network*. In effetti, il confronto tra costo della prestazione sanitaria e relativo DRG assume molta rilevanza per le aziende ospedaliere pubbliche sottoposte al sistema di tariffazione ed a stringenti obiettivi di bilancio: pertanto, dato che al momento attuale vi sono DRG che non coprono interamente i costi di produzione, così come però ve ne sono altri che producono margine, il rischio è che all'interno di un *network* su certe aree di attività "non profittevoli" non vi sia nessuna struttura disposta a specializzarsi od anche solo ad impegnarsi.

Questo comportamento, peraltro incentivato dalle stesse regole del gioco, verrebbe ulteriormente giustificato con il fatto che mentre per un'azienda ospedaliera impegnata su una molteplicità di processi produttivi è possibile gestire in un'ottica unitaria di compensazione reciproca aree in perdita ed aree che producono margine, la specializzazione assoluta porta ad una riduzione delle leve gestionali a disposizione del *management* e rende più critico il conseguimento dell'equilibrio di bilancio.

In assenza di meccanismi correttivi e riequilibrativi del sistema di finanziamento, il problema potrebbe essere al momento affrontato secondo due strade, una più generale ed una specifica.

La prima soluzione, quella più generale, fa riferimento al tema fondamentale dell'equità nella redistribuzione dei benefici prodotti dall'organizzazione a rete: occorre in altre parole che la gestione finanziaria del *network* venga centralizzata, attraverso il consolidamento dei bilanci, e gestita dall'azienda perno secondo un criterio di economicità di gruppo, con l'obiettivo di

---

<sup>5</sup> Un primo esempio di *focused factory* italiana può essere identificato nell'ospedale Gaetano Pini di Milano, che costituendo un polo specializzato a livello ortopedico e traumatologico ha avanzato la proposta di diventare un Trauma Center all'interno dell'area milanese a cui collegare altre strutture pubbliche, quali il CTO, e private, ad esempio l'Istituto Ortopedico Galeazzi (Meneguzzo, 1996b).

Inoltre, anche il progetto di riorganizzazione dell'ospedale Niguarda di Milano, recentemente approvato, prevede la costituzione di poli sul modello delle *focused factories*.

neutralizzare la penalizzazione delle strutture che prendono in carico le aree di intervento meno redditizie.

La seconda soluzione comporta l'intervento diretto della Regione in qualità di capogruppo di una rete comprendente tutte le strutture ospedaliere pubbliche dislocate sul suo territorio: in questo caso dovrebbe essere la Regione, all'interno della propria programmazione regionale, a definire le aree di specializzazione ed autorizzare alcune strutture ad operare in perdita purché venga mantenuta l'economicità complessiva di sistema.

A conclusione del paragrafo, è necessario ricordare un'ulteriore opportunità strategica offerta dall'assetto organizzativo del *network*: si tratta della accresciuta possibilità di investire in tecnologia e programmi/progetti di ricerca scientifica, i quali rappresentano due aree estremamente costose, ma da cui dipende la capacità di un'azienda sanitaria di mantenere la propria posizione di *leadership* sul mercato e quindi l'eventuale vantaggio competitivo acquisito.

Infatti, proprio dalla concentrazione di risorse finanziarie e professionali generata dal *network* dipende la possibilità di attuare politiche di gruppo più aggressive nell'acquisizione di tecnologia innovativa e nello sviluppo di progetti di ricerca, favoriti inoltre dall'organizzazione per poli di eccellenza e da un bacino di utenti complessivo accresciuto in quanto dato dalla sovrapposizione dei bacini propri di ciascuna struttura in rete.

### **4.3 Reti interorganizzative ed impatto sui percorsi assistenziali**

La previsione di un riorientamento delle strutture ospedaliere verso il modello delle *focused factories* può sollevare legittimi dubbi con riguardo alla prospettiva capacità del sistema sanitario di far fronte ai problemi di salute più complessi, che coinvolgono e richiedono una stretta integrazione tra più specialità e più momenti assistenziali, dal ricovero al trattamento sul territorio, dall'intervento chirurgico alla riabilitazione, ecc. Peraltro, questo bisogno di integrazione lungo i processi assistenziali è un problema già profondamente sentito nel caso italiano, dove al pari dei restanti paesi industrializzati si è evidenziata una crescente complessità produttiva legata non solo alla varietà e variabilità dei servizi da produrre, ma anche alla differenziazione dei bisogni e delle necessità da soddisfare con riguardo all'evoluzione epidemiologica, demografica e tecnologica. Di conseguenza si è prodotta una trasformazione dell'atto medico/assistenziale da operazione relativamente semplice e compiuta a processo gestito da unità operative specializzate e tecnologicamente differenziate, a cui però non ha corrisposto un'organizzazione delle strutture capace di attivare adeguati meccanismi di integrazione intraospedalieri e tra ospedale e territorio.

Con la costituzione di *networks* diventa possibile dare una risposta a questi problemi di integrazione organizzativa, attraverso la definizione di un percorso razionalizzato tra le diverse strutture sanitarie dislocate sul territorio. In termini operativi si tratta di riprogettare il percorso assistenziale del paziente lungo un *continuum of care* che garantisca la continuità tra i servizi di tipo preventivo-diagnostico, terapeutico e riabilitativo (Meneguzzo, 1996a). La rete consente questa reingegnerizzazione dei propri percorsi interni di fruizione dei servizi in modo tale da garantire rispetto all'assistito:

- l'unitarietà della presa in carico, tale per cui la struttura od il professionista responsabile del caso è di volta in volta identificato con chiarezza;
- l'unitarietà del progetto assistenziale, tale per cui l'individuo non viene più identificato dalla patologia o dal problema assistenziale che lo affligge, ma viene "umanizzato" attraverso il recupero di una sua visione olistica che combina "mente e corpo";
- l'unitarietà del percorso di fruizione dei servizi, tale per cui rispetto al problema diagnosticato vi sia una sequenza spazio-temporale di interventi definita e coordinata.

Una rete in grado di rispondere alle precedenti esigenze dovrà coinvolgere non solo strutture ospedaliere, ma tutti gli attori dislocati sul territorio e chiamati a cooperare nella soluzione del problema di salute (Figura 2): uno o più ospedali per il ricovero per acuti, le strutture di lungodegenza e riabilitazione, le strutture di *day-hospital* e *day-surgery*, gli specialisti sul territorio, l'assistenza domiciliare e gli studi dei medici di base (Meneguzzo, 1994).

Il *network* favorisce l'integrazione tra tutti questi soggetti grazie alla sua capacità di rendere condivisibili e diffuse tra i vari nodi le conoscenze e le informazioni veicolate lungo le connessioni del sistema.

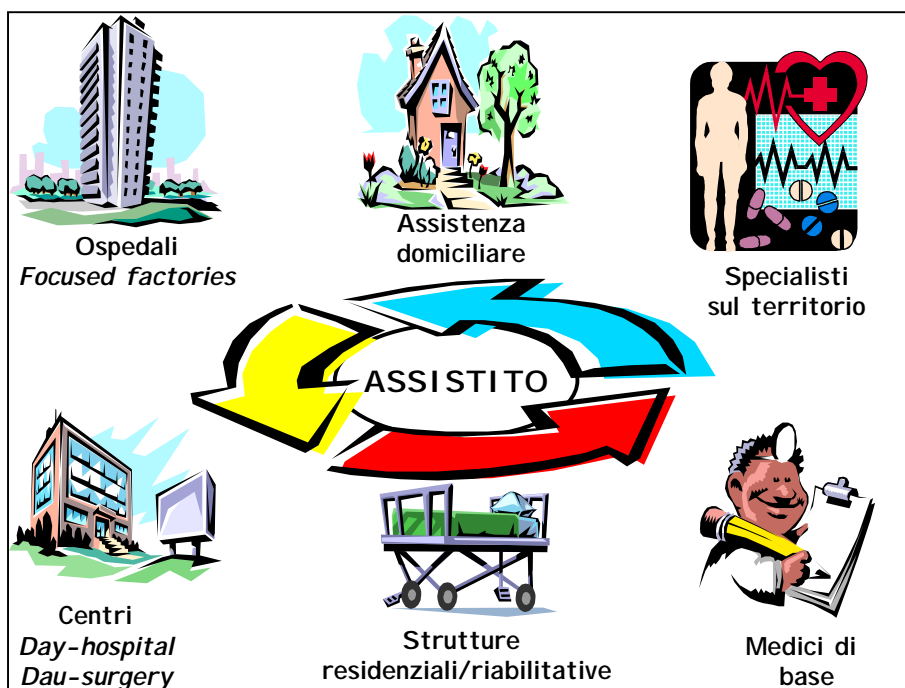
Dal punto di vista operativo, gli strumenti che si possono utilizzare per favorire l'integrazione tra i diversi nodi della rete sono rappresentati dai progetti di *disease management* e dai percorsi clinico-assistenziali<sup>6</sup>, che codificando la sequenza spazio-temporale degli interventi rispetto ad uno specifico problema di salute consentono conseguentemente di veicolare tale informazione ai diversi nodi della rete interagenti.

---

<sup>6</sup> Altrimenti detti percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) con riferimento al tratto di processo produttivo interno alle strutture ospedaliere. Sul tema si veda Casati (1997) e Lega (1997).

- Figura 2 -

*L'integrazione della rete sul continuum of care*



## 5. Alcune riflessioni sulle esperienze estere

Esempi di *network* di aziende sanitarie sono rintracciabili nel contesto nord-americano, dove sono largamente diffusi, in quello francese, dove sono in aumento, in quello inglese, nella figura dei Trusts, in quello tedesco, giapponese, portoghese e perfino irlandese.

In generale, quello che emerge dall'analisi comparata internazionale è la netta maggioranza di modelli di *network* a prevalente partecipazione di ospedali, da cui hanno preso vita diversi grossi gruppi multiospedalieri (Meneguzzo, 1996a).

Ad esempio, da una ricerca condotta nel contesto statunitense, nel 1995 era risultato che il 48% delle strutture ospedaliere partecipava di già ad un *network*<sup>7</sup>, ma ben il 71% delle restanti prevedeva a breve un suo inserimento

<sup>7</sup> Altri dati meno recenti ma altrettanto interessanti mostrano come alla fine degli anni '80 operassero negli USA 303 sistemi multiospedalieri che gestivano complessivamente 2572 ospedali ed il 46,5% dei posti letto complessivi del settore sanitario americano (AHA, 1988).

in uno dei sistemi multiospedalieri già operanti ed un ulteriore 10% stava pianificando la costituzione di qualche forma di sistema integrato di erogazione dei servizi (HCAB, 1995).

Alcuni casi concreti possono chiarire meglio queste prime riflessioni. Tra i sistemi multiospedalieri statunitensi, un posto centrale è occupato dalla *Health and Hospitals Corporation* (HHC) di New York, un sistema di erogazione di servizi sanitari assai complesso che comprende (Bergamaschi, 1996a):

- 11 ospedali (ricoveri per acuti);
- 5 strutture di lungo degenza;
- 6 centri sanitari territoriali del tipo consultorio, centri di assistenza domiciliare e di offerta di prestazioni diagnostiche;
- 11 strutture per la medicina preventiva;
- 1 servizio di emergenza medica;
- 1 health maintenance organization (HMO) cioè una struttura che svolge contemporaneamente funzioni assicurative e di offerta di servizi sanitari, rispetto alle quali ne assume la responsabilità economica-amministrativa.

Il gruppo HHC prevede la centralizzazione di diverse unità di *staff*, quali la finanza, i sistemi informativi, la pianificazione, gli affari legali, le relazioni con il pubblico, la gestione del personale medico ed infermieristico, nonché di alcune unità di *line*, che si occupano dei servizi di lavanderia e degli acquisti di forniture mediche e di attrezzature.

In Francia troviamo l'*Assistance Publique Hôpitaux de Paris* (APHP), che costituisce il più grande gruppo ospedaliero pubblico europeo con una rete di 50 ospedali ed una dotazione di posti letto di circa 31000 unità (Meneguzzo, 1996c). Anche in questa esperienza sono stati centralizzati diversi servizi: da quelli di comunicazione e marketing, a quelli relativi alla direzione del personale, all'attività di pianificazione strategica, all'area finanza, alla gestione delle attrezzature, alla farmacia, alla lavanderia, al magazzino approvvigionamenti. Inoltre, per gestire il numero elevato di ospedali sono stati previsti dei comitati di coordinamento dell'attività ospedaliera organizzati per area geografica.

Sempre in Francia è collocato il gruppo *Hospices Civils de Lyon* (HLC), che raggruppa 18 aziende tra ospedali di tipo polispecialistico o specializzato e strutture di lungodegenza. Complessivamente, il gruppo HLC dispone di 6633 posti letto per ricovero, 389 posti in *day-hospital*, 120 centri per servizi diagnostici e 450 servizi ambulatoriali (Meneguzzo, Auxilia, 1996). Tra le funzioni centralizzate troviamo in particolare la gestione del personale medico e non medico, la gestione amministrativa e quella finanziaria, la pianificazione degli investimenti in tecnologia.

In parte atipica è la configurazione quasi informale adottata dal sistema ospedaliero di Monaco di Baviera, dove i cinque ospedali dipendenti dal comune sono stati trasformati in aziende speciali (simili a quelle previste nell'ordinamento italiano) dotate di forte autonomia, ma con alcuni servizi centralizzati in ragione della loro appartenenza ad un virtuale unico gruppo

comunale: così, gli acquisti economici, la lavanderia e gli approvvigionamenti per la cucina sono stati centralizzati (Longo, 1996). Altri esempi di interessanti gruppi multiospedalieri presenti nel mondo possono essere identificati nel *Tokio Health System*, che raggruppa 8 ospedali per 1700 letti, nel *Bonn Health System*, con 115 strutture sanitarie per 15000 letti complessivi, nei *networks* ospedalieri di Lisbona e di Dublino, ambedue con 5 ospedali e circa 1000 posti letto.

La prevalenza dei *network* ospedalieri è dunque documentata dai precedenti dati: è comunque probabile che la situazione tenda ad evolvere verso modelli di rete più complete: ad esempio, nel contesto statunitense sono in atto sia politiche di costituzione di *integrated delivery systems* (IDS), cioè sistemi di offerta integrati di servizi sanitari che raggruppano tutte le strutture necessarie per portare a compimento il *continuum of care*, sia politiche di forte integrazione dei gruppi con i fornitori, come nei casi in cui il *network* ospedaliero acquista imprese operanti nella distribuzione dei farmaci (Meneguzzo, 1994).

Un altro dato forte che emerge dall'analisi comparata è la conferma della gradualità dei processi di ristrutturazioni interni ai *network*: come previsto, le prime azioni di riprogettazione riguardano la centralizzazione dei servizi amministrativi e di supporto con la conseguente riduzione nei livelli direzionali e nel personale di tipo gestionale. Più difficili da governare sono invece gli interventi sull'area clinica: dall'indagine condotta nel 1995 negli Stati Uniti emerge come queste scelte di riassetto organizzativo siano poco frequenti e di norma richiedano tempi di attuazione lunghi, nell'ordine dei 3-5 anni (HCAB, 1995). Un'ulteriore considerazione interessante emersa nel corso della stessa ricerca è l'impatto relativamente limitato del *network* a livello di contenimento dei costi: le stime nel lungo periodo sono infatti dell'ordine del 10-15%, mentre nel breve termine è stata osservata una media del 4-6% contro il 15-20% ottenibile con validi progetti di *re-engineering* dei processi produttivi e gestionali. I risultati di questa ricerca mostrano inoltre come ben l'87% dei risparmi sia avvenuto nell'area dei servizi di supporto ed amministrativi, con un 35% legato allo sfoltimento dei livelli direzionali, il che conferma quantitativamente le precedenti osservazioni in tal senso.

L'osservazione empirica ha poi confermato altri vantaggi della formula del *network*, tra cui (Bergamaschi, 1996b):

- l'efficacia della condivisione di competenze e di servizi specializzati che porta alla generazione di economie di apprendimento;
- i miglioramenti nella gestione delle risorse umane, che indirettamente hanno aumentato la capacità del gruppo di attrarre la migliore professionalità sul mercato;
- una accresciuta disponibilità finanziaria per gli investimenti ed una maggiore diversificazione delle formule di finanziamento attivate;

- un maggiore potere contrattuale con i fornitori, ma anche di *lobbying* nei confronti del potere legislativo;
- il rafforzamento della posizione di mercato del singolo ospedale, soprattutto per quelli di piccole dimensioni che hanno potuto sfruttare delle quasi barriere all'entrata costituite dal gruppo.

Nel corso dell'osservazione sono tuttavia emersi anche diversi punti di debolezza o possibili momenti critici che devono essere oggetto di attenta valutazione nella fase di progettazione di una rete sanitaria:

- le reti costituite da connessioni deboli hanno mostrato forti problemi di gestione unitaria, legati alle rivendicazioni di autonomia gestionale di ciascuna struttura;
- d'altro canto, in diversi casi i *network* fortemente centralizzati hanno imposto sistemi di controllo amministrativo fin troppo rigidi che hanno finito con il penalizzare oltre modo i margini di manovra di ogni ospedale/struttura in rete;
- gli ospedali meno forti, in particolare quelli più piccoli non in grado di rappresentare poli di eccellenza strategicamente rilevanti, hanno mostrato difficoltà nel far fronte alle richieste del *network* di partecipazione alle spese comuni, causate dal funzionamento degli organi centralizzati e dalle politiche di investimento, con la conseguenza di subire il rischio continuo di essere penalizzati nei meccanismi di redistribuzione dei benefici complessivi;
- la forte centralizzazione di molte delle funzioni di supporto ed amministrative ha poi messo in luce la possibilità/probabilità di uno scollegamento tra il perno centrale della rete e nodi periferici, tale per cui il centro non era in grado di fornire ai singoli ospedali servizi di supporto di elevata qualità o pienamente significativi in relazione ai diversi fabbisogni informativi peculiari.

Senza dimenticare che dal punto di vista strategico l'appartenenza al gruppo può rivelarsi un'arma vincente nel momento in cui la nomea e l'immagine della rete sono complessivamente positive: quando invece si produce una falla nel sistema, il rischio è che si ripercuota sul resto del *network*, danneggiando l'immagine e la capacità competitiva di ciascuna struttura.

## 6. Un'agenda per la ricerca futura

Il percorso di studio fin qui condotto ha evidenziato una serie di ipotesi chiave che richiedono ulteriore attenzione e ricerca qualitativa e quantitativa per essere confermate.

Si è sostenuto che la rete interorganizzativa di aziende sanitarie produce impatti strategicamente significativi sulla singola struttura partecipante sia a livello economico che di posizionamento competitivo, grazie al fatto che rende possibili e convenienti scelte di centralizzazione dei servizi di supporto



e di specializzazione decentrata delle attività produttive. Si è altresì sostenuto che il *network* consente di riprogettare in maniera più coordinata ed integrata i percorsi assistenziali migliorando l'esperienza complessiva dell'utente nella fruizione del servizio.

Condizioni base perché si formi il *network* sono la trasparenza ed equità nei meccanismi di redistribuzione dei benefici complessivi e la percezione di ogni partecipante di non entrare in un gioco a somma zero.

Tuttavia, sulla base delle ristrette analisi empiriche di cui si dispone è impossibile pensare di poter confermare anche solo in parte le ipotesi avanzate: al contrario, ad oggi è forse più corretto affermare che mentre pensiamo di sapere molto in realtà conosciamo solo una limitata porzione degli effetti concreti dei *networks* in sanità.

Cosa conosciamo? L'impatto a livello di contenimento dei costi è stato confermato, anche se con un'intensità minore di quella ipotizzata. Comunque, di certo il modello a rete aumenta il potere contrattuale di ciascuna struttura: questo avviene quando molti dei servizi di supporto vengono effettivamente centralizzati, come è stato fatto in quasi tutte le esperienze di rete osservate. Ciò conferma inoltre il fatto che i primi interventi di razionalizzazione che seguono la costituzione di una rete sono proprio mirati alle funzioni amministrative e di *staff*. Confrontando i diversi modelli di *network* osservato è poi emerso un vantaggio relativo per quelli cosiddetti forti, in cui i nodi sono strettamente connessi e vi è un perno centrale dominante dal punto di vista dell'attività di pianificazione strategica comune: in questi sistemi si minimizza la conflittualità interna al gruppo legata alle rivendicazioni di autonomia avanzate da ciascuna struttura inserita in rete. A patto però che vi sia un bilanciamento nelle relazioni tra il perno ed i nodi della rete, tale per cui esse non vengano gestite in maniera prevalentemente gerarchica o scollegata dalle esigenze reali del sistema. Anche l'aumento delle disponibilità finanziarie e la diversificazione delle fonti di finanziamento, con il conseguente impatto positivo sui processi di acquisizione di tecnologia ed investimento in ricerca e sviluppo, hanno trovato conferma.

Vi è infine accordo sul fatto che i modelli a rete siano la soluzione migliore di cui si dispone al momento attuale per gestire i problemi di integrazione lungo il *continuum of care* degli assistiti.

Cosa pensiamo di conoscere? Si ritiene plausibile un impatto positivo in termini di acquisizione di vantaggi competitivi legati alla specializzazione di ciascuna struttura rispetto alle aree di intervento in cui può eccellere. In questo senso, il modello dell'ospedale quale *focused factory* sembra rappresentare il paradigma organizzativo dominante nel prossimo futuro della sanità. Si pensa poi che nel settore sanitario pubblico l'assenza di finalità istituzionali legate alle logiche del profitto e la sostanziale uniformità di cultura organizzativa tipica degli ospedali favoriscano la formazione delle reti. Infine, si crede che l'appartenenza ad un gruppo aumenti le probabilità di sopravvivenza della singola struttura, grazie ai meccanismi di protezione attivabili dalla stessa rete.

Cosa non conosciamo e dovremmo invece conoscere? Molto, perché poca ricerca empirica è stata fino ad ora condotta, soprattutto in Italia. Ad esempio, tra le questioni aperte si può ricordare il fatto che non si conosce il numero di partecipanti (sempre che sia chiaramente individuabile) alla rete che consentono l'acquisizione di economie di scala, oltre il quale i costi di transazione e coordinamento neutralizzano i possibili benefici. Non si conosce l'impatto sull'immagine della singola struttura causato da una falla nel gruppo, e neanche la differenza nella percezione dell'utente tra un riposizionamento strategico verso una certa area di specializzazione condotto internamente ad una rete od esternamente in autonomia. A questa considerazione si collega il problema del comprendere quando ed in che maniera è consigliabile formalizzare all'esterno l'esistenza di un gruppo (soprattutto se coinvolge solo aspetti gestionali) e quando è invece meglio mantenerla informale agli occhi estranei. Poco si conosce sulla capacità dei *networks* di imporre consolidamenti nell'area clinica e su quali strumenti possono in tal senso essere attivati in assenza di un gruppo fortemente centralizzato od addirittura di proprietà unica. Poca chiarezza vi è inoltre sulle condizioni sotto cui è meglio chiudere un ospedale di medie/piccole dimensioni piuttosto che trasformarlo in una *focused factory*.

Molte altre sono le questioni ancora aperte. In conclusione, cercando di generalizzare i problemi insoluti si può pensare di organizzare una possibile agenda per la ricerca futura attorno a quattro aree di interesse:

- una maggiore comprensione e definizione dei modelli di *networks* attuabili in sanità;
- lo studio delle condizioni sotto cui ciascun modello risulta più o meno adatto rispetto all'ambiente politico, sociale ed istituzionale di riferimento;
- l'identificazione delle componenti chiave del processo di costituzione del *network* e dei meccanismi operativi che ne consentono un corretto funzionamento;
- una migliore comprensione dei reali benefici e svantaggi dei modelli di rete interorganizzativa, e dell'impatto che si produce sulla *performance* di ciascuna struttura partecipante.

Solo quando saremo in grado di distinguere chiaramente ciò che sappiamo da ciò che pensiamo di sapere e da ciò che dovremmo conoscere potremo finalmente definire il quadro di interventi necessario per introdurre efficacemente anche nella sanità italiana il concetto della rete interorganizzativa ed i vantaggi ad essa associati.

## **Bibliografia**

Alter C., Hage J. (1993), *Organizations working together*, Newbury Park, CA, Sage Publications  
American Hospital Association (AHA) (1988), *Guide Issue*

- Bergamaschi M. (1996a), Health and Hospitals Corporation di New York: assetto istituzionale e organizzativo, prospettive di sviluppo ed innovazioni gestionali, in Meneguzzo M. (a cura di), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Milano, EGEA, 121-168
- Bergamaschi M. (1996b), I Multihospital Systems statunitensi: processi di ristrutturazione degli anni '90 e linee di sviluppo future, in Meneguzzo M. (a cura di), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Milano, EGEA, 259-290
- Boari C., Grandi A., Lorenzoni G. (1989), Le organizzazioni a rete: tre concetti di base, *Economia e politica industriale*, n. 64, 283-310
- Butera F. (1990), *Il castello e la rete*, Milano, Franco Angeli
- Cartoccio A., Fabbro M. (1992), Complessità organizzativa e sviluppo manageriale, *Sviluppo e Organizzazione*, n. 131, maggio-giugno, 19-30
- Casati G. (1997), *Nuovi strumenti per il governo della sanità: tra qualità totale e controllo di gestione*, nota SDA Bocconi, Milano
- Donabedian A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione*, Roma, N.I.S.
- Fetter R.B. (1980), *Case mix definition by diagnosis related groups*, Supplement to Medical Care, i-53
- Fetter R.B. (1980), *Case mix definition by diagnosis related groups*, Supplement to Medical Care, i-53
- Grandori A. (1989), Reti inter-organizzative: progettazione e negoziazione, *Economia & Management*, vol. 7, marzo, 28-40
- Gugiatti A. (1996), Sistemi a rete e organizzazione dei servizi sanitari, in Meneguzzo M. (a cura di), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Milano, EGEA, 307-337
- Health Care Advisory Board (HCAB) (1995), *Network Advantage*, The Advisory Board, Washington, D.C.
- Herzlinger R.E. (1997), *Market-driven Health Care*, Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts
- Jarrillo C.J. (1988), On Strategic Networks, *Strategic Management Journal*, vol. 9, 31-41
- Lega F. (1997), Activity-based costing and management nelle aziende sanitarie: la gestione integrata per attività dei processi produttivi sanitari, *Mecosan*, n. 22, Roma
- Longo F. (1996), La rete degli ospedali comunali di Monaco di Baviera, in Meneguzzo M. (a cura di), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Milano, EGEA, 169-198
- Luke R., Begun J., Pointer D. (1989), Quasi firms: strategic interorganizational forms in the health care industry, *Academy of Management Review*, vol. 14, n. 1, 9-19
- Meneguzzo M. (1994), Reinventare la sanità statunitense: teorie e scelte manageriali prima della sconfitta del Piano Clinton, *Mecosan*, n. 12
- Meneguzzo M. (1996a), Dalla azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione della efficacia dei network sanitari, *Mecosan*, n. 19, 136-144
- Meneguzzo M. (1996b), I modelli di riferimento per la gestione dei gruppi multi ospedalieri pubblici a livello internazionale, in Meneguzzo M. (a cura di), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Milano, EGEA, 11-67
- Meneguzzo M. (1996c), Assistance Publique Hôpitaux de Paris: il più importante gruppo ospedaliero pubblico europeo, in Meneguzzo M. (a cura di), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Milano, EGEA, 67-103
- Meneguzzo M., Auxilia F. (1996), Configurazione organizzativa e ruoli direzionali in un gruppo pubblico multiospedaliero: il caso degli Hospices Civils de Lyon, in Meneguzzo M. (a cura di), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Milano, EGEA, 104-120
- Mintzberg H. (1979), *The structuring of organizations*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall (trad. It. Le strutture organizzative, Il Mulino, 1985)
- Ouchi W.G. (1980), Markets, bureaucracies and clans, *Administrative Science Quarterly*, n. 25, 129-141
- Porter M. (1985), *Competitive advantage*, The Free Press, New York
- Powell W. (1990), Neither market nor hierarchy, *Research in Organizational Behaviour*, vol. 12, 295-333.
- Skinner W. (1974), The focused factory, *Harvard Business Review*, May-June, 113-122
- Taroni F. (1996), *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il Pensiero Scientifico

Thomas H., Ketchen D., Trevino L., McDaniel R. (1992), Developing interorganizational relationships in the health sector: a multicase study, *Health Care Management Review*, vol. 17, n. 2, 7-19

Williamson O. (1991), Strategizing, economizing and economic organization, *Strategic Management Journal*, vol.12, 75-94

Zuckerman H., Kaluzny A., Ricketts T. (1995), Alliances in health care: what we know, what we think we know, and what we should know, *Health Care Management Review*, vol. 20, n. 1, 54-64