

Integrazione e cooperazione a rete in contesti ad alto tasso di “localismo”: l’esperienza del SSR Umbro

Nel panorama degli sviluppi dei SSR, la costituzione di reti orizzontali - in particolare con riferimento alle strutture e specialità ospedaliere - e verticali tra aziende sanitarie sembra essere una scelta organizzativa capace di produrre risultati necessari per far fronte alle pressioni poste dal razionamento delle risorse e da un ambiente istituzionale, politico e sociale sempre più esigente in termini di qualità ed appropriatezza delle attività erogate. Lo studio dei possibili impatti dell’organizzazione a rete in sanità può essere declinato in tre ipotesi,

Ipotesi 1: l’organizzazione a rete di più strutture sanitarie consente a ciascuna azienda inserita nella rete di godere di rilevanti benefici in termini di razionalizzazione nell’utilizzo delle proprie risorse.

L’assunto sottostante questa ipotesi è che al crescere della dimensione della rete le economie di scala e *know-how* più la messa in comune di alcune risorse unita alla focalizzazione sulla gestione delle restanti dovrebbero garantire il recupero di crescenti livelli di efficienza.

In questa prospettiva, Williamson (1991) ha modellizzato il tema distinguendo due impatti dell’organizzazione a rete sull’efficiente utilizzo delle risorse. Da un lato la rete costituisce una risposta ai problemi di *first order economizing*, cioè di scelta della forma organizzativa di governo delle attività produttive più razionale ed efficiente. Dall’altro lato, 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 di più aziende sanitarie favorisce l’acquisizione di vantaggi da specializzazione per ciascuna struttura inserita nella rete.

L’idea sottostante questa seconda ipotesi è in realtà riconducibile a più assunti:

- da un lato la focalizzazione su specifici ambiti di intervento dovrebbe consentire di acquisire uno specifico vantaggio collegabile alle economie di *know-how* e di scala;
- dall’altro lato la rete diventa anche lo strumento con cui aumentare la capacità attrattiva di ciascuna struttura coinvolta, sia attraverso la condivisione del “marchio di eccellenza” o della *reputation* che una delle strutture coinvolte può fornire a tutta la rete (si pensi al caso dell’ospedale polo universitario o comunque di alta specializzazione), sia attraverso anche l’ampliamento dei punti di contatto con il potenziale utente che può accedere ai servizi di una specifica struttura attraverso uno qualsiasi dei diversi partecipanti alla rete.

Ipotesi 3: l’organizzazione a rete costituisce un potente strumento con cui favorire una maggiore qualità e continuità dell’assistenza.

Anche questa ipotesi richiede l’esplicitazione di alcuni assunti di fondo, che aiutano a comprendere il concetto di qualità qui inteso secondo due accezioni:

- qualità come efficacia clinica, cioè capacità di dare risposta al bisogno di salute in maniera appropriata, integrata e razionale;

- qualità come soddisfazione dell'assistito, che percepisce una maggiore tutela della sua salute. La costituzione di reti, con prevalenza in questo caso per i modelli verticali, consente la riprogettazione ed integrazione coordinata dei processi produttivi sanitari, attraverso la definizione all'interno della stessa rete sia di percorsi assistenziali condivisi e dall'efficacia provata, sia di possibili percorsi organizzativi utilizzabili dal paziente/assistito nel fruire dei servizi richiesti. Il paziente/assistito diventa così il perno centrale nella riorganizzazione produttiva, attuata nella rete secondo il principio della univocità del progetto assistenziale, del percorso di fruizione e della presa in carico a parità di problema di salute.

Attraverso lo studio dell'esperienza Umbra, che nel corso dell'ultimo decennio ha visto una progressiva ristrutturazione del sistema ospedaliero, concentrazione delle aziende, avvio di percorsi di rete tra aziende, si verificheranno le tre ipotesi sopra descritte, in un contesto che ha delle specificità istituzionali e sociali rappresentative di una situazione particolarmente interessante da indagare:

- Regione di piccole dimensioni dove la sanità è "settore" ancora più trainate che in altre contesti;
- Forte presenza politica locale, con evidenti influenze a livello regionale, dirette ed indirette;
- Necessità di fare rete con le regioni limitrofe, per questioni di naturali migrazioni di pazienti verso alte specialità e ricerca di soluzioni "buy" favorevoli le specializzazioni e le economie di scala nell'offerta sanitaria "make" umbra.
- Poche aziende, con quadri dirigenti che hanno ruotato nel tempo tra le aziende e che si conoscono molto bene, tra livello aziendale e livello regionale.

Lo studio sarà condotto attraverso un'analisi retrospettiva degli sviluppi di reti intra ed interaziendali osservabili in Umbria a partire dagli anni 2000, e con interviste semi-strutturate ai direttori generali e direttori sanitari che sono stati partecipi delle trasformazioni vissute dal SSR e dalle singole aziende.

Per verificare le ipotesi di ricerca, e rispondere a tre ulteriori domande:

- Perché, quando ed in quale misura la scelta strategica di costituire una rete inter-aziendale sembra avere gli "antecedenti" (le premesse) che ne massimizzano le possibilità di riuscita;
- Quali vantaggi/svantaggi specifici le reti interaziendali determinano, in relazione alla loro fenomenologia, e quali problemi si verificano nella loro implementazione in ragione delle complessità istituzionali e sociali di una Regione quale l'Umbria;
- Quali "apprendimenti" sono generalizzabili a partire dall'esperienza Umbra?