

EFFICIENZA E FLESSIBILITÀ NELLE RETI: UN'INDAGINE SUL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

Franco M.*, Adinolfi P., de Simone S.*****

**Università degli studi del Molise.*

***Università degli studi di Salerno e-mail*

****Università degli studi di Napoli Federico II*

1. Introduzione

L'analisi del sistema organizzativo richiede una visione "allargata" che consideri la divisione del lavoro, le interdipendenze ed il coordinamento non solo collegati alla singola azienda, ma a tutto il "business system" in cui essa è inserita (Mercurio, Testa, 2000).

L'azione organizzativa pone continua attenzione a questa visione ed alla sua evoluzione per far fronte alle nuove esigenze che nascono e contemporaneamente per ridurre i costi dei prodotti e dei servizi, ricercando le proprie risorse in ambiti globali e svolgendo solo quelle funzioni in cui l'impresa è capace di distinguersi, delegando ad altre strutture quelle attività che possono essere svolte più velocemente, più efficacemente o più efficientemente (Miles, Snow, Coleman, 1992).

L'impresa rete può essere definita come "quel sistema di riconoscibili e multiple connessioni e strutture entro cui operano "nodi" ad alto livello di autoregolazione (sistemi aperti vitali) capaci di cooperare tra loro, ossia di condurre vari tipi di transazioni efficaci, in vista di fini comuni o di risultati condivisi" (Antonelli, 1987, p. 26). I nodi sono entità orientate ai risultati, relativamente autoregolate, capaci di cooperare con gli altri o di "interpretare" le modifiche ambientali; possono essere interni o esterni all'impresa e di dimensioni diverse (possono essere,

ad esempio, un'azienda, un gruppo di lavoro, un ruolo, una persona). Ogni nodo, se è vitale, è per definizione parte di un sistema e ne aumenta il valore: in quest'ottica la dimensione di impresa viene rivisitata. Le connessioni sono i legami tra i nodi. Le connessioni burocratiche sono tradizionalmente le più visibili: ordini, norme, procedure. In un'impresa rete esse esistono e sono importanti ma non primarie; contano, infatti, sempre più altri tipi di relazioni: per esempio le regole e le pratiche della cooperazione lavorativa, le transazioni economiche e le informazioni espresse nei sistemi informativi, le comunicazioni che avvengono nelle riunioni, negli incontri e nelle telefonate. Il linguaggio svolge una funzione organizzativa importante: infatti, attraverso il linguaggio si realizza la possibilità di un accesso simultaneo ed efficace di ciascuna impresa al patrimonio di informazioni e conoscenze presenti nella rete esterna.

In tutte le forme di network inter-organizzativi efficienti le strutture ed i processi sono disegnati in modo tale da assicurare la massima flessibilità e rapidità di azione, con l'obiettivo di ottimizzare l'uso delle risorse scarse disponibili, attraverso un'opportuna divisione del lavoro e la scelta di modalità di coordinamento efficaci ed efficienti.

Il coordinamento delle strutture reticolari in particolare risulta più agevole se tutti gli attori condividono il contenuto della relazione e identificano gli obiettivi comuni che facilitano un orientamento alla cooperazione. L'obiettivo comune deve essere tale da integrare la pluralità di attori indipendenti coinvolti (fornitori, aziende collegate, istituzioni, ecc.) con strumenti di coordinamento basati sulla combinazione di accordi, collaborazione e fiducia, anziché sulla tradizionale gerarchia (Perrone, 1997).

Il modello reticolare può rappresentare una modalità organizzativa efficace, anche in campo sanitario, per innovare le logiche gestionali delle aziende sanitarie coniugando, da un lato, obiettivi di efficienza e razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse e, dall'altro, obiettivi di flessibilità (intesa come rapidità di risposta ai bisogni dei pazienti-clienti), obiettivi peraltro di assoluta rilevanza strategica alla luce delle recenti evoluzioni istituzionali, socio-culturali e tecnologiche che investono il settore sanitario.

A fronte di un ampio fiorire in letteratura di lavori teorici sulle organizzazioni a rete, ben poca ricerca empirica è stata condotta sulle reti in sanità. In particolare, benché vi sia accordo sul fatto che i governi a rete siano i modelli migliori di cui si dispone al momento attuale per rispondere alle sfide che si presentano alle aziende sanitarie, mancano indagini empiriche che forniscano indicazioni approfondite sull'efficacia delle reti e sui meccanismi di coordinamento più adeguati per governare efficacemente le interdipendenze.

Il lavoro intende presentare i primi risultati di uno studio sul campo di alcune reti sanitarie di differente dimensione e collocazione geografica e intende fornire un contributo alla valutazione dell'efficacia delle reti in termini di efficienza e flessibilità, nonché all'individuazione di adeguati meccanismi di coordinamento in grado di affiancarsi ai tradizionali meccanismi organizzativi.

2. Le reti in sanità

Il sistema sanitario è da sempre chiamato a rispondere a due esigenze divergenti: da un lato, la garanzia di un'ampia diffusione sul territorio, in modo da poter offrire al meglio i propri servizi; dall'altro, la necessità di assicurare attrezzature e competenze adeguate che non possono essere disseminate ma, al contrario, devono essere patrimonio di poche istituzioni. L'aspirazione al decentramento territoriale appare difficilmente compatibile con l'esigenza stringente di concentrare risorse umane e strumentali finalizzate a determinate attività. Si pone, dunque, con forza, il problema della costruzione di una rete di strutture sanitarie che siano articolate in un insieme organico di attività e servizi e siano ben integrate con il territorio.

Le reti interorganizzative possono costituire una scelta strategica adottata dalle organizzazioni sanitarie per collegare flessibilmente le diverse organizzazioni sanitarie pubbliche e private presenti sul territorio, caratterizzate da differenti livelli di autonomia istituzionale e tipologie di servizi offerti, rispondendo così all'esigenza di *continuum of care*, ossia assicurare agli utenti un'offerta di servizi di tipo preventivo-diagnostico-terapeutico-riabilitativo non più basata sulla gerarchia tra le diverse organizzazioni, ma sullo spostamento "di tipo circolatorio" del paziente

all'interno del sistema di offerta. Il concetto di *continuum of care* prevede lo spostamento dei pazienti attraverso i nodi del sistema di offerta e soprattutto la possibilità di una sequenza tra funzione di ricovero per acuti, ospedalizzazione domiciliare, strutture riabilitative, eventuali rientri in ospedale, ricorso alle strutture di *day hospital* (Meneguzzo, 1996b, p. 136).

Le reti possono favorire anche il conseguimento dell'efficienza attraverso logiche di integrazione orizzontale, che stanno interessando sempre più il settore sanitario dando luogo alla creazione di *network* di centri di produzione ed offerta di servizi sanitari.

Il miglioramento dell'efficienza si può conseguire realizzando sinergie in tutte le funzioni nelle quali si articola l'attività ospedaliera: i servizi generali, i servizi di diagnosi e cura, la didattica e la ricerca, l'area dell'emergenza, il settore amministrativo. L'ambito dei servizi generali appare quello per il quale le esperienze realizzate e le motivazioni di ordine tecnico ed economico sembrano maggiormente spingere all'attivazione di sinergie tra strutture ospedaliere collocate in un'area territoriale omogenea. La necessità di perseguire economie di scala, che permettono risparmi consistenti, rende quasi obbligata la scelta di una gestione comune degli approvvigionamenti (tipicamente i servizi di lavanderia e di ristorazione). Vi sono, inoltre, consolidate esperienze nell'affidamento in appalto ad aziende esterne di compiti quali la pulizia e sanificazione dei locali, la manutenzione di impianti, la sterilizzazione e lo smaltimento dei rifiuti¹. In tutti questi casi, a fronte delle problematiche della parcellizzazione nelle diverse strutture, cui consegue la messa in opera di locali, impianti, apparecchiature e competenze professionali, il network offre la possibilità di mettere in atto soluzioni che, dispendiose o sottoutilizzate a livello di singolo ospedale, possono essere convenientemente adottate a livello di più ospedali (Pagano, Auxilia, Castaldi, in Meneguzzo 1996 a, p. 295).

¹ Le formule contrattuali adottate per le varie forme di esternalizzazione sono svariate: il *contracting-out* (in cui il gestore strategico è pubblico e il produttore del servizio può essere pubblico o privato con formula istituzionale imprenditoriale) per servizi come la lavanderia e la pulizia; il *contracting-in* (in cui sia il gestore strategico sia i produttori dei servizi rimangono pubblici) per servizi, quali la ricerca o la gestione dei sistemi informativi, dove maggiore è la specificità dell'ospedale; varie forme di partnership per quanto riguarda la logistica e l'area amministrativa.

I servizi sanitari costituiscono un ambito nel quale integrazione, flessibilità e continuità costituiscono fattori critici di successo e portano alla ricerca di sinergie fra diverse strutture sanitarie dislocate sul territorio, specialmente nelle aree (quali l'assistenza al paziente anziano e la psichiatria) che maggiormente richiedono un approccio globale e integrato alla persona che consenta la formazione di programmi e interventi individualizzati e continuativi.

Un ulteriore ambito sul quale possono e devono innestarsi rapporti di cooperazione tra le diverse strutture è quello della formazione in tutti i suoi livelli di intervento, che richiede la stipula di accordi di collaborazione tra unità sanitarie e istituzioni pubbliche e private accreditate.

Sul terreno delle sinergie realizzabili in ambito amministrativo, vi sono molte funzioni, quali ad esempio quelle legate al reclutamento delle risorse umane, al sistema informativo, oppure al controllo di gestione, che possono essere svolte con strumenti e metodi comuni, se non in modo addirittura centralizzato. Cruciale è poi la pianificazione strategica: la centralizzazione di tale funzione, come accade nei *projet d'établissement* francesi, consente di definire e razionalizzare le risorse da mettere a disposizione di un determinato bacino di utenza attraverso l'eliminazione degli sprechi, la definizione dei servizi da offrire fino a giungere addirittura a limitare l'offerta, laddove risulti esuberante (Pagano, Auxilia, Castaldi, in Meneguzzo 1996 a pp. 296-297).

Secondo l'*Health Care Advisory Board* (1995) tre sono i "pacchetti di intervento" associati alle strategie di *networking* per ottenere un più efficiente utilizzo delle risorse: "mantenimento delle politiche correnti" con interventi a costo zero, o a costo contenuto, tali da non richiedere una modifica della struttura organizzativa del *network*; "ridimensionamento drastico dell'offerta" con interventi di riprogettazione della configurazione della rete ospedaliera in risposta ad una crisi finanziaria o alla tendenza strutturale a ridurre le risorse; "*networking* intelligente" con interventi in professionalità e competenze finalizzati al rafforzamento delle funzioni di coordinamento e di governo strategico della rete interospedaliera.

In conclusione la rete, segnatamente in ambito sanitario, è riconosciuta come un mezzo per coniugare efficienza e flessibilità perché consente da un lato di assumere il fruitore del servizio

come centro della complessa schiera di attività che promanano dall'azienda, secondo i principi basilari della «gestione per processi» e dall'altro lato di razionalizzare l'uso delle risorse, favorendo la realizzazione di economie di scala, senza peraltro compromettere la qualità del servizio, che anzi può migliorare, grazie alla cooperazione tra professionalità differenti e complementari.

3. Metodologia

La complessità dell'oggetto di studio richiede l'apporto di metodi di ricerca qualitativi e quantitativi. Si è pertanto progettato un disegno di ricerca articolato che prevede le seguenti fasi:

- *Analisi bibliografica*
- *Indagine pilota di tipo qualitativo*
- *Formulazione di ipotesi*
- *Validazione delle ipotesi con indagine quantitativa*

La prima fase consiste in un'analisi della letteratura nazionale ed internazionale sul concetto di rete² e, in particolare, sulla rete in sanità³. Sulla base di tale analisi, sono state sviluppate delle linee guida per effettuare un'indagine pilota di tipo qualitativo presso realtà sanitarie differenziate sia dal punto di vista territoriale che per tipologie. L'indagine è stata svolta, a partire dal maggio del 2000, presso alcune aziende ospedaliere e strutture sanitarie presenti nell'area metropolitana di Bologna⁴, Milano⁵, Napoli⁶, Salerno⁷, Torino⁸ e Trento⁹. La raccolta

² Per un approfondimento del tema sulle reti si rinvia al contributo di Soda 1998, dove in particolare nel primo capitolo è ben sistematizzata la vastissima produzione (sia ricerche empiriche che contributi teorici).

³ Si vedano i contributi dei seguenti autori: Ferlie, Pettigrew 1996; Gugiatti, Vendramini 1995; Meneguzzo 1996a (a cura di); Meneguzzo 1996b; Lega 1998.

⁴ La rete di aziende sanitarie (Bologna città, Bologna Nord, Bologna Sud, Imola, l'Istituto Ortopedico Rizzoli e Azienda Ospedaliera Sant'Orsola) promossa dagli Enti locali dell'area metropolitana bolognese.

⁵ Il Sistema Milano (una sperimentazione costituita nel gennaio '98 sulla base di un accordo Stato-Regioni e Regione Lombardia, che collega in rete sette aziende ospedaliere: Fatebenefratelli, Istituti Clinici di Perfezionamento, Istituto Ortopedico Gaetano Pini, Niguarda Ca' Granda, Sacco, San Carlo, San Paolo).

⁶ L'Azienda Universitaria Policlinico Federico II di Napoli, l'Azienda Ospedaliera Monaldi, l'Azienda Ospedaliera Cardarelli, l'Asl Napoli 1.

delle informazioni si è realizzata intervistando dirigenti di diversa funzione e livello gerarchico delle aziende selezionate. Si è adottato un questionario semi-strutturato, al fine di stimolare gli interlocutori su una serie di punti ritenuti qualificanti per la ricerca progettata. Il questionario si articola in due sezioni. Nella prima si punta a rilevare la natura e le caratteristiche della rete, individuando, sulla base di una griglia precostituita di risposte, le attività, nell'area gestionale e nell'area sanitaria, oggetto di iniziative di collaborazione.¹⁰ Nella seconda sezione del questionario sono analizzati gli strumenti di integrazione adottati, i meccanismi operativi, i problemi ed i vantaggi derivanti dall'adozione di iniziative reticolari.

Dall'analisi dei questionari, si è ritenuto opportuno formulare alcune ipotesi sulla relazione esistente tra rete, flessibilità ed efficienza, nonché sui meccanismi di coordinamento adottati.

Il passo successivo, che sarà oggetto del prosieguo della ricerca, consiste nella validazione delle ipotesi da realizzarsi con un'indagine di tipo quantitativo su un campione di strutture sanitarie. Per definire il campo d'indagine sono stati innanzitutto individuati in modo concreto ed esplicito gli attori che costituiscono il sistema sanitario italiano. Partendo dalla letteratura analizzata si è definito il sistema sanitario come *l'insieme delle strutture che garantiscono la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei cittadini*. In base a tale definizione e prendendo come riferimento i dati del Sistema Informativo del Ministero della Sanità dell'anno 2000 sono state considerate le seguenti tipologie di strutture sanitarie: Aziende Unità Sanitarie Locali; Aziende Ospedaliere; Ospedali a gestione diretta; Policlinici Universitari; Istituti a carattere scientifico; Ospedali classificati o similari; Istituti psichiatrici residuali; Istituti presidio USL; Enti di ricerca; Istituti o centri di riabilitazione; Case di cura private.

⁷ Le Asl Salerno 1 e Asl Salerno 2.

⁸ L'Ordine Mauriziano (un ente pubblico che gestisce tre ospedali, un'unità ambulatoriale di lungo degenza e un Istituto di Ricerca Scientifica).

⁹ L'Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari di Trento, costituita per fusione di 11 Usi preesistenti sul territorio.

¹⁰ Per l'area gestionale ci si è ispirati al filone "strutturalista" di studi manageriali che utilizza una classificazione delle attività manageriali in quattro macro-aree: controllo; pianificazione; organizzazione; gestione delle risorse umane. All'interno delle quattro tipologie, la definizione in dettaglio delle attività manageriali è stata effettuata tenendo presente le specificità gestionali

Una volta stabilite le caratteristiche dell'universo da cui estrarre il campione, si è proceduto all'individuazione dei nominativi relativi ai componenti di tale universo. Dall'analisi dei dati è stato costruito il *dataset* composto da 2366 strutture sanitarie.

Considerando il caso di una proporzione π in una popolazione di numerosità N con variabilità massima ($\pi = 1/2$), la numerosità campionaria è stata determinata applicando la formula¹¹:

$$n \geq \frac{k^2 \cdot \pi \cdot (1 - \pi) \cdot N}{\varepsilon^2 \cdot (N - 1) + k^2 \cdot \pi \cdot (1 - \pi)}$$

Nella ricerca in oggetto con una numerosità della popolazione di $N=2366$, considerato un errore massimo del 3% ad un livello di confidenza dell'80%, la numerosità campionaria minima è pari a $n \geq 387$.

Le 387 unità sono state ripartite tra le tipologie di strutture sanitarie suindicate in modo proporzionale rispettando le quote definite sulla popolazione. Nell'ambito di ciascuna tipologia di struttura sanitaria, le 21 regioni italiane sono a loro volta presenti in modo proporzionale secondo le quote anch'esse definite sulla popolazione. Le unità relative alle singole tipologie di ciascuna regione sono state estratte in modo casuale. A tale campione verrà somministrato un questionario teso a validare le ipotesi delineate nel paragrafo seguente.

I dati raccolti nella ricerca quantitativa saranno elaborati attraverso l'applicazione dell'Analisi delle Corrispondenze Multiple (ACM) e dell'Analisi dei *Cluster* (CA).

4. Le ipotesi scaturenti dall'indagine pilota

In relazione agli obiettivi della ricerca e sulla base dei risultati dell'indagine esplorativa sono state definite alcune ipotesi da validare successivamente nell'indagine quantitativa.

che caratterizzano le aziende sanitarie. Per l'area sanitaria, sono state individuate tutte le attività oggetto di iniziative di collaborazione nel campo medico e della ricerca.

¹¹ Da un punto di vista strettamente metodologico, trattandosi di un'indagine *survey*, la formula della determinazione della numerosità campionaria ha un puro riferimento teorico, in quanto l'obiettivo dell'indagine non è la stima di un parametro quanto l'individuazione e lo studio delle problematiche che caratterizzano l'universo di riferimento.

1. Le iniziative di strutturazione in forma reticolare sono rivolte principalmente alla massimizzazione dell'efficienza, attraverso il conseguimento di economie di scala, di specializzazione, di apprendimento ed in misura minore al perseguimento della flessibilità, intesa come rapidità e appropriatezza della risposta ai bisogni di salute.

L'indagine esplorativa mostra come le iniziative reticolari siano state per lo più volte al conseguimento dell'efficienza attraverso interrelazioni nelle diverse fasi che caratterizzano il processo di produzione ed offerta dei servizi sanitari. Buona parte delle interrelazioni si realizzano nell'area produttiva, attraverso la condivisione di personale e attrezzature. Interessante sotto questo profilo è il caso di Bologna, con la creazione di numerosi dipartimenti interospedalieri, la costituzione di un unico dipartimento di prevenzione per tutta l'area metropolitana, la centralizzazione dei laboratori di analisi al servizio del sistema sanitario bolognese. La condivisione di assets umani e strumentali può riguardare anche aziende non collegate in rete, interessante ad esempio la convenzione esistente tra l'Azienda Universitaria Policlinico Federico II e l'Azienda Ospedaliera Cardarelli, secondo la quale la prima si impegna ad effettuare con proprio personale consulenza e prestazioni specialistiche per attività di cardiologia).

Per ciò che concerne il marketing le interrelazioni si realizzano, ad esempio nel caso di Milano, attraverso la centralizzazione presso la Direzione Sperimentazione del servizio di comunicazione esterna all'utenza o la creazione di un sistema di prenotazione unificato – SPM (Sistema Prenotazione Milano).

Notevole importanza assumono anche le interrelazioni legate alle strutture di supporto, in particolare nella pianificazione strategica (attraverso incontri tra rappresentanti delle aziende partecipanti alla rete che consentono di individuare e promuovere ambiti di collaborazione), nel controllo di gestione (attraverso la definizione di criteri comuni e condivisi per la rilevazione dei dati riferiti alle variabili produttive ed economiche, e, nel caso di Milano, attraverso la predisposizione di un piano dei conti unificato che consente di elaborare un bilancio consolidato); nelle relazioni sindacali (ad esempio, nel Sistema Milano, la negoziazione di un

contratto di lavoro per il personale di comparto in materia di valutazione delle prestazioni). Significative sono anche le interrelazioni intangibili di conoscenza e apprendimento. La modalità più tipica di condivisione del patrimonio di conoscenze, professionalità e know-how è costituita dal modello poli/antenne, riscontrato nei casi di Trento, Torino e Milano, in campo cardio-vascolare, oncologico, materno-infantile, pneumologico ed endoscopico. Il modello reticolare del tipo poli/antenne è articolato in uno o più poli o centri di eccellenza rispetto a precise aree di intervento sanitario, ed una serie di unità operative, che fungono da antenne.¹² Un'iniziativa di cooperazione basata sullo scambio di *know-how* ritenuta interessante riguarda il progetto "Tema 1 Olivetti" per l'informatizzazione della gestione ospedaliera che coinvolge alcune strutture sanitarie e ospedaliere italiane (Ospedale Monaldi di Napoli, Policlinico Gemelli di Roma, Policlinico Universitario Catania, Casa Sollievo Sofferenza di S. Giovanni Rotondo e l'AUP Federico II). L'obiettivo è stato quello di progettare e sviluppare un insieme di sistemi informatici dedicati alla gestione coordinata dei processi sanitari, clinici e logistici ed amministrativi di organizzazioni ospedaliere diverse per classe e tipologia. Si tratta di un vero e proprio scambio di *know-how* dal momento che ogni sottosistema informativo viene sperimentato in una delle strutture coinvolte nel progetto ed in seguito si ha il "trasferimento delle conoscenze apprese" alle altre strutture. In tal modo si realizzano sinergie e possibili economie di costo tra le differenti strutture.

Dalle interviste effettuate risulta come siano poche le iniziative di strutturazione in rete finalizzate alla creazione per il paziente di un percorso flessibile di prestazioni e cure appropriate ai suoi bisogni socio-sanitari: alcuni limitati casi di reingegnerizzazione dei processi volta alla definizione per il fruitore del servizio di percorsi unitari tra le diverse unità operative e le diverse strutture dislocate sul territorio, sono stati rilevati specialmente nel campo della lungo-degenza e della psichiatria.

¹² L'antenna in alcuni casi si limita a recepire il paziente ed inviarlo al polo di riferimento, in altri effettua una selezione dei casi in modo da inviare al polo solo quelli di maggiore complessità e i restanti trattarli in loco sulla base di protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti.

La maggiore valenza dello strumento reticolare ai fini dell'efficienza si rileva anche dalle percezioni dei dirigenti intervistati. I vantaggi percepiti delle iniziative di cooperazione reticolare fanno riferimento alla ripartizione dei costi fissi su un volume elevato di servizi erogati e alle economie di apprendimento connesse all'elevata concentrazione della conoscenza e delle attività operative su specifiche aree di intervento.

2. Nelle innovazioni organizzative reticolari l'enfasi posta sugli aspetti strutturali piuttosto che sulla predisposizione di meccanismi operativi accresce la rigidità.

Gli strumenti di coordinamento reticolare cui si fa maggiore ricorso si basano su modalità gerarchiche: tipicamente si ricorre alla creazione di dipartimenti inteorganizzativi. In assenza di adeguati meccanismi operativi di funzionamento, questi vengono percepiti dai dirigenti intervistati come un impedimento al loro operare, un'ulteriore limitazione della loro libertà di azione. Molte lamentele hanno riguardato poi la carenza di coordinamento "trasversale" e la scarsa motivazione del personale a partecipare ad iniziative di cooperazione, problemi questi che vengono attribuiti a carenze nelle politiche del personale. Il meccanismo di governo delle transazioni reticolari maggiormente utilizzato, quale la creazione di gruppi di lavoro misti con rappresentanti dei diversi "nodi" della rete, aziende ospedaliere o presidi, è ritenuto efficace soltanto se accompagnato da adeguati meccanismi di rinforzo (in particolare l'utilizzo della leva retributiva, ma anche il riconoscimento di crediti formativi).

3. La fluidità del funzionamento della rete dipende in misura consistente dall'esistenza di relazioni di fiducia.

Alla base delle iniziative di cooperazione ritenute più efficaci si è rilevata la presenza di relazioni basate sull'amicizia e sulla conoscenza personale. Nel caso di Bologna, ad esempio, uno degli elementi ritenuti rilevanti per il buon funzionamento della rete consiste nella creazione e nel consolidamento di rapporti "volontari" fondati sulla fiducia tra i dirigenti delle strutture sanitarie facenti parte della rete. È emerso, inoltre, che gli ostacoli principali al

funzionamento della rete sono riconducibili alla scarsa propensione di alcuni dirigenti a mettere a disposizione della rete risorse e potenzialità soprattutto nei confronti di interlocutori ritenuti “poco affidabili”.

La carenza di fiducia ha prodotto in taluni casi un divario tra le relazioni definite dalla struttura formale e le relazioni concrete tra gli attori, che, di fronte alla presenza di vincoli formali, hanno seguito percorsi alternativi per dare una risposta tempestiva e appropriata alle esigenze dell'utente.

5. Considerazioni conclusive

I primi risultati dell'indagine pilota forniscono spunti interessanti, benché il campione di manager intervistati non possa in alcun modo essere considerato rappresentativo della sanità italiana.

Nell'attuale fase di cambiamento del sistema sanitario nazionale, l'applicazione di logiche di rete ai servizi sanitari appare una possibile linea di intervento che consente di razionalizzare l'utilizzo delle risorse. I risultati della rilevazione empirica mostrano come la rete sia prevalentemente utilizzata come strumento per accrescere l'efficienza, attraverso il conseguimento di economie di scala, di specializzazione, di apprendimento. Interrelazioni tangibili sono conseguite in tutte le fasi dell'assistenza sanitaria (produzione, marketing, pianificazione, controllo di gestione, gestione delle risorse umane e tecnologiche), e significative sono anche le interrelazioni intangibili che si realizzano attraverso la messa in comune del patrimonio di conoscenze e di professionalità, soprattutto in ambito clinico.

Tali iniziative, tuttavia, non sono esenti da inconvenienti e difficoltà e conducono spesso alla creazione di ulteriori regole e vincoli che impediscono una valorizzazione delle potenzialità di rete in termini di flessibilità. Le carenze nella predisposizione di meccanismi operativi e stili di direzione a sostegno delle iniziative di strutturazione in forma reticolare accrescono ulteriormente la rigidità del sistema, mentre la presenza di relazioni interpersonali basate sulla fiducia costituisce l'elemento più efficace di “fluidificazione” dei rapporti. Più che le

connessioni burocratiche, basate su ordini, norme, procedure, sembrano contare altri tipi di relazioni, basate sulla combinazione di accordi, collaborazione e fiducia.

Il quadro sopra delineato è appena la traccia di una ricerca che ha bisogno di ulteriori significativi approfondimenti. Nel complesso l'indagine, pur se ancora ad uno stato "embrionale", fornisce elementi che attenuano l'idea di rete come strumento di flessibilità e suggeriscono la necessità di focalizzarsi, più che sulla costituzione di contenitori intra o interorganizzativi che rischiano di accrescere la rigidità del sistema, su politiche di gestione delle risorse umane e stili di direzione volti a predisporre le condizioni organizzative favorevoli all'instaurarsi di relazioni interpersonali di rinforzo alle innovazioni introdotte, e a migliorare l'efficacia globale del sistema agevolando la circolazione delle risorse all'interno delle reti.

Riferimenti bibliografici

Antonelli, C. 1987. L'impresa rete. Milano. Franco Angeli.

Boari, C. Grandi, A. Lorenzoni G. 1989. Le organizzazioni a rete: tre concetti di base. *Economia e Politica industriale*, 64: 283-309.

Cicchetti, A., Lomi A. 2000. Basi relazionali, istituzionali e manageriali della strutturazione organizzativa: un confronto tra prospettive di progettazione in un grande ospedale universitario. In Maggi, B. (a cura di). *Le sfide organizzative di fine e inizio secolo*. Milano. Etas.

Ferlie, E. Pettigrew, A. 1996. Managing through networks: some issues and implications for the NHS. *British Journal of Management*, 7: S81-S99.

Gugiatti, A. Vendramini E. 1995. L'introduzione del concetto di network in sanità: l'esperienza del centro unico di prenotazione telefonica. *Mecosan*, 16: 67-75.

Health Care Advisory Board. 1995. *Network advantage*. Washington. HCAB.

Lega, F. 1998. Scelte strategiche e definizione dei confini dell'ospedale. Dalla struttura focalizzata alla struttura a rete. *Organizzazione Sanitaria*, 1: 43-66.

Meneguzzo, M. 1996 a (a cura di). *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*. Milano. EGEA.

- Meneguzzo, M. 1996 b. Dalla azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie; una prima valutazione della efficacia dei network sanitari. *Mecosan*, 19: 136-144.
- Mercurio, R., Testa F. 2000. *Organizzazione. Assetto e relazioni nel sistema di business*. Torino. Giappichelli.
- Miles, R.,E. Snow, C.,C. Coleman, H.,J. 1992. *Managing 21st Century Network Organizations*. *Organization Dynamics*, 20, 3: 5-20 (trad. it. Miles, R.,E. Snow, C., C. Coleman, H.,J. 1992. *Gestire le economie del duemila*. *Economia & Management*, 1).
- Pagano, A., Auxilia, F., Castaldi, S. 1996. Lo sviluppo di sinergie tra diverse strutture ospedaliere nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. In Meneguzzo, M. (a cura di). *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*. Milano. EGEA.
- Perrone, V. 1997. La rete. In Costa, G., Nacamulli, R.C.D. *Manuale di Organizzazione Aziendale. La progettazione organizzativa*. Volume 2. Torino. Utet.