

(i) Le reti sanitarie alla prova degli standard ospedalieri e dei piani di efficientamento

(ii) Fulvio Moirano – Azienda Tutela Salute Sardegna-ATS
Lucia Giovanelli – Università di Sassari (curerà la corrispondenza)

(iii) Le domande di ricerca e i correlati obiettivi conoscitivi

Dalla fine degli anni Novanta, di pari passo alla diffusione del paradigma della *public governance*, il *network*, inteso quale forma collaborativa a metà strada tra lo Stato ed il libero mercato, è stato utilizzato in maniera crescente per raffigurare le interazioni tra il settore pubblico, il settore privato ed il terzo settore (Pierre e Peters, 2000; Koppenjan e Klijn, 2004). Il principio alla base dell'affermazione delle reti è che i complessi problemi che investono la società odierna richiedano nuove modalità, basate sulla fiducia, la reciprocità e la negoziazione, per deliberare ed implementare le politiche pubbliche (Rhodes, 1996). Solo il coinvolgimento ed il coordinamento dell'azione di una pluralità di attori interdipendenti, infatti, può consentire il raggiungimento di obiettivi comuni in contesti instabili (Jackson e Stainsby, 2000), in quanto nessun singolo attore detiene competenze e risorse sufficienti per elevare gli outcome dei servizi di interesse collettivo (Larson, 1992). Tale forma organizzativa prende il nome di *governance network* nel momento in cui sia precipuamente indirizzata alla creazione di valore pubblico (Klijn e Skelcher, 2007). In ambito sanitario, l'evoluzione dei sistemi universalistici verso modelli in linea con le teorie della *public governance* ha trovato riscontro, anzitutto, nei provvedimenti legislativi orientati ad accrescere la competizione interna attraverso la creazione di "quasi-mercati" (Ferlie, 1994; LeGrand, 2011). In tempi più recenti, invece, al fine di migliorare l'efficacia delle prestazioni sanitarie ai vari livelli assistenziali sono state sviluppate nuove forme di coordinamento tra organi e attori seguendo il principio dell'integrazione dei servizi. A livello ospedaliero, l'integrazione dei servizi ha trovato applicazione sia internamente che esternamente alla struttura fisica del presidio, nel primo caso ispirandosi a modelli "*care-focused*", che presumono una maggiore diversificazione delle prestazioni ed un coordinamento tra attività di unità specialistiche differenti (Bovenzi, 2011), nel secondo traducendosi nella predisposizione di *multi-hospital network*, sovente secondo la logica '*hub&spokes*', fondati su dinamiche interorganizzative, ossia sul consolidamento di relazioni verticali ed orizzontali volte ad erogare servizi assistenziali integrati (Lega e DePietro, 2005). In tale prospettiva, è stato rimarcato il ruolo fondamentale di forme innovative di organizzazione territoriale, poiché la collaborazione tra i livelli istituzionali e la creazione di reti appaiono decisivi per il coordinamento dell'offerta assistenziale primaria e per una risposta completa e differenziata, attraverso l'approntamento di servizi integrati, ai bisogni complessi della collettività (Borgonovi, 2000, O'Shea, Palmer, 2014). Il bisogno di benessere e salute, in particolare, non può essere soddisfatto da un unico soggetto istituzionale ma richiede il concorso di una pluralità di attori, istituzionali e sociali, e la piena realizzazione di un sistema a rete (Jones et al, 1997; Meneguzzo, 2001; Longo, 2005) nel quale ciascun soggetto ha specifici ruoli e svolge una funzione strumentale agli obiettivi comuni per migliorare l'efficacia della risposta complessiva al cittadino (Soda, 1998; Newmann, 2000; Kooiman, 2003). In questo scenario, il decreto ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" spinge le regioni a regolamentare le esperienze promosse su base volontaria o, laddove il fenomeno delle reti non ha trovato una manifestazione spontanea, promuove azioni regionali mirate alla costituzione di reti. La ricerca mira a realizzare una mappatura delle forme di realizzazione delle reti in Italia anche attraverso l'applicazione nelle singole regioni del Decreto ministeriale n. 70/2015 nonché, rispetto a quanto previsto dalla legge 28 dicembre 2015 n. 208 (Legge finanziaria 2016) in merito ai piani di efficientamento delle aziende ospedaliere (AO), delle Aziende ospedaliere universitarie (AOU), e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) - oltre che i presidi di aziende sanitarie dal 2017. Il paper avrà particolare cura per l'analisi dei percorsi intrapresi dalla Regione Sardegna per evidenziare luci ed ombre.

(iv) La metodologia utilizzata

L'approccio di ricerca è di natura qualitativa e viene impiegata una metodologia partecipativa (*action research*) caratterizzata dalla collaborazione tra un accademico ed un manager sanitario. L'interazione tra accademici e operatori ed in particolare il fatto che l'orientamento deduttivo si coniughi con l'osservazione diretta di un fenomeno da studiare e con la responsabilità di ricercare appropriate soluzioni operative, promuove il progresso delle conoscenze scientifiche e, al tempo stesso, incoraggia l'individuazione di percorsi innovativi per la soluzione dei problemi degli enti.

(v) I risultati

Lo studio ha evidenziato una frammentazione territoriale nell'applicazione del Decreto ministeriale n. 70/2015 alla quale va aggiunta una diversità di comportamento delle regioni nelle modalità di individuazione delle aziende ospedaliere da assoggettare a piano di efficientamento (Rapporto OASI 2017 a cura del CERGAS-SDA Bocconi - Egea). Per quel che riguarda la regione Sardegna - al momento della scrittura del presente abstract - la riorganizzazione della rete ospedaliera è sottoposta al tavolo di monitoraggio ministeriale. Gli esiti di quest'ultimo saranno inseriti nel full paper definitivo.

(vii) La rilevanza del contributo, in termini di implicazioni sia scientifiche sia operative.

Il contributo inquadra il fenomeno delle reti in sanità quali strumenti di collaborazione inter-organizzativa attraverso un'osservazione dei fenomeni di organizzazione sia di tipo verticale (Corte dei Conti nella Relazione di coordinamento della Finanza Pubblica, anno 2017) che orizzontale (Policy and procurement in Healthcare n. 2 anno 2018 - SEEd) presentando spunti di riflessione per una omogeneizzazione sia in termini di efficacia che di efficienza rispetto alle prestazioni erogate su tutto il territorio nazionale ancora oggi caratterizzate da grande differenziazione (XV rapporto annuale Ospedali&Salute anno 2017 - collana Associazione italiana ospedalità privata AIOP – Franco Angeli). Il contributo conterrà un'analisi del contesto presente nella regione Sardegna con un'ipotesi di applicazione sia delle misure presenti nel Decreto ministeriale n. 70/2015 che nella Legge Finanziaria 2016.