

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA
Facoltà di Scienze della Formazione
Dottorato di Ricerca
in Scienze della Formazione e della Comunicazione
Curriculum: Sviluppo organizzativo e Comunicazione Multimediale

XXVII CICLO



“I MODELLI DI HUB & SPOKE NEI SISTEMI ORGANIZZATIVI
IN SANITA’: IL CASO DEL SISTEMA SANITARIO DELLA
REGIONE VENETO”

Relatore: Prof. Raoul Nacamulli

Tesi di Dottorato di:
Juan Daniel Di Virgilio
Matricola 724144

A.A. 2013-2014

RINGRAZIAMENTI

Si conclude con questa tesi il mio percorso di formazione accademica presso l'Università degli Studi Milano-Bicocca e, più in generale, credo si concluda un'altra fase della mia vita.

Un doveroso ringraziamento al Prof. Raoul Nacamulli, relatore di questa tesi, per la guida competente e solerte. La mia stima è anche per la sua disponibilità e cortesia dimostratemi e per tutto l'aiuto fornito durante la preparazione di questo elaborato.

Ringraziamenti anche al Prof. Cristiano Ghiringhelli per la sua professionalità, per i continui suggerimenti ed i confronti forniti durante l'elaborazione di questa ricerca.

Un grazie anche ai manager rappresentanti delle strutture sanitarie per la disponibilità al rilascio delle interviste, contributo prezioso alla costruzione di questo elaborato.

Infine, un enorme ringraziamento, e so che non sarà mai grande abbastanza, a tutta la mia famiglia.

Daniel

Indice

Introduzione	6
CAPITOLO 1	10
1.1 Le sfide dei sistemi sanitari.....	10
1.1.1 Evoluzione degli scenari macro economici e istituzionali di riferimento	10
1.1.2 Invecchiamento della popolazione	11
1.1.3 Sostenibilità dei sistemi sanitari	12
1.1.4 Incremento della spesa sanitaria.....	14
1.1.5 Tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni (ict).....	15
1.1.6 L'evoluzione dell'organizzazione dei sistemi sanitari	17
1.1.7 Reclutamento e conservazione del personale nei sistemi sanitari.....	18
CAPITOLO 2	21
2.1 La regionalizzazione del sistema sanitario.....	21
2.2 Modelli di configurazione dei sistemi sanitari regionali a confronto	27
2.3 Gli archetipi di filiera SSN.....	32
2.3.1 Il Modello Toscano	34
2.3.2 Il modello Hub & Spoke	68
2.3.3 Il Modello Lombardo	43
2.4 Le reti in sanita'	79
CAPITOLO 3	96
3.1 Il Modello Hub & Spoke: definizione e ambiti di applicazione	96
3.2 Dimensioni del modello Hub & Spoke in aziende non sanitarie	99
3.2.1 Obiettivi strategici	99
3.2.2 Infrastrutture e organizzazione	101
3.2.3 Controllo dei costi, Economia di scala	102
3.2.4 Clienti, ict e interazione con l'azienda	104
3.2.5 Valore aggiunto	107
3.2.6 Specializzazione	108

3.3 Il Modello Hub & Spoke in sanità	110
3.3.1 Obiettivi e programmazione dei servizi socio assistenziali.....	113
3.3.2 Strutture, organizzazione a reti, meccanismi d'integrazione	116
3.3.3 Controllo dei costi, economia di scala e razionalizzazione delle risorse	131
3.3.4 Utenti del sistema e la loro centralità	134
3.3.5 Comunicazione con gli utenti e tecnologie applicate	135
3.3.6 Valore del servizio erogato.....	137
3.3.7 Approccio interdisciplinare, integrazione multiprofessionale e competenze specialistiche	138
 CAPITOLO 4	 140
4.1 Introduzione	140
4.2 Progetto di ricerca	141
4.2.1 Approccio metodologico	141
4.2.2 Tipologia di disegno	142
4.2.3 Obiettivi della ricerca	144
4.2.4 Ambito di indagine, selezione dei casi studio, unità' di analisi	145
4.2.5 Qualità' della ricerca	145
4.2.6 Strumenti di ricerca, raccolta e analisi dei dati.....	146
 CAPITOLO 5	 152
5.1 Presentazione dei risultati del piano di indagine.....	152
5.1.1 Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Di Verona.....	153
5.1.1.1 L'AOUI in cifre	155
5.1.1.2 Ambiti di attività'	157
5.1.2 Azienda Ospedaliera Di Padova.....	163
5.1.2.1 L'AOP in cifre	165
5.1.2.2 Ambiti di attività'	167

5.2 I casi studio	169
5.2.1 Obiettivi e programmazione dei servizi socio assistenziali.....	169
5.2.2 Strutture, organizzazione a reti e meccanismi di integrazione	186
5.2.3 Controllo dei costi, economia di scala e razionalizzazione delle risorse	211
5.2.4 Utenti del sistema e la loro centralità	213
5.2.5 Comunicazione con gli utenti e tecnologie applicate	213
5.2.6 Valore del servizio erogato.....	213
5.2.7 Approccio interdisciplinare, integrazione multidisciplinare e competenze specialistiche	218
Discussione dei risultati	221
Conclusioni	231
Bibliografia	236
Allegati.....	256

Introduzione

Il settore sanitario vive oggi un momento di forte tensione e cambiamento, continuamente chiamato a gestire la complessità assistenziale e a comporre il proprio assetto funzionale ed organizzativo per adeguarsi continuamente al contesto di riferimento.

In una prima ricognizione -a livello macro- si rilevano nelle principali economie occidentali ed in particolare negli stati dell'Unione Europea (UE), notevoli differenze nelle modalità di organizzazione, regolamentazione, finanziamento, erogazione e utilizzo dei servizi socio sanitari. Nonostante le marcate differenze nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria, i paesi europei, in modo particolare l'Italia, sono chiamati ad affrontare numerose sfide comuni come l'evoluzione degli scenari macro-economici e istituzionali di riferimento, la sostenibilità finanziaria, l'incremento della domanda dei servizi sanitari, l'evoluzione delle tecnologie applicate alla sanità, i nuovi trend demografici ed epidemiologici, l'incremento della spesa sanitaria. A queste sfide, si aggiungono altri fattori critici come l'aumento della complessità delle organizzazioni sanitarie, l'invecchiamento della forza lavoro e la crescente limitazione delle risorse economiche che richiedono una ridefinizione sia degli obiettivi di politica sanitaria che di nuove modalità organizzative-gestionali dei servizi sanitari.

Nel nostro paese, il processo di riforma del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) avviato negli anni '90 e primi anni 2000 per il contenimento della spesa sanitaria e finalizzato al recupero di maggiore efficacia ed efficienza, ha determinato un nuovo assetto istituzionale ed una nuova configurazione organizzativa. Questo grande processo di rinnovamento organizzativo dell'assistenza sanitaria ha permesso di avere oggi una rete assistenziale ospedaliera e territoriale più moderna e più rispondente alle esigenze dei cittadini.

Nell'ambito del processo di decentralizzazione sanitaria, a livello locale le Regioni hanno assunto maggiore responsabilità e nuovi poteri in tema di sperimentazione organizzativa gestionale dell'assistenza sanitaria. Questo ha consentito alle Regioni di riorganizzare e razionalizzare la propria rete assistenziale favorendo la nascita di un nuovo Sistema Sanitario di Sistemi

Sanitari Regionali molto differenziati tra di loro ma con significativi elementi in comunanza.

Le Regioni, come tanti altri sistemi sanitari a livello internazionale, stanno sperimentando e proponendo nuovi modelli organizzativi al fine di migliorare l'utilizzo delle risorse disponibili ed erogare servizi socio sanitari in linea con le nuove esigenze del sistema economico sociale in continua evoluzione. Dalle sperimentazioni organizzative attuate in alcune Regioni italiane, sembrano prevalere il Modello Toscano, il Modello Lombardo e il Modello Hub & Spoke, tre modelli emergenti di organizzazione di sistemi sanitari.

Il modello Hub & Spoke è un modello di organizzazione logistica sviluppato negli Stati Uniti ed introdotto nel settore aereo per ridisegnare il network delle rotte aeree e migliorare la produttività attraverso un utilizzo più efficiente dei mezzi e delle infrastrutture di trasporto. Il Hub & Spoke è un modello organizzativo di "rete" che viene utilizzato in vari settori economici e commerciali: nel settore dei trasporti (aereo, marittimo e terrestre), nella logistica distributiva, nel trasporto delle merci e di recente introduzione nel settore bancario e nel settore sanitario, in ognuno con modalità operative e strategie gestionali differenti a seconda del mercato e del *business* di riferimento.

Nel settore sanitario, il modello Hub & Spoke viene sperimentato a livello internazionale da alcuni sistemi sanitari. In Italia, questo modello è stato implementato da alcune Regioni con lo scopo di riorganizzare l'erogazione dei servizi sociosanitari nel tentativo di razionalizzare le risorse disponibili. La razionalizzazione di questi servizi, ha permesso di dare maggiore appropriatezza gestionale garantendo equità e accessibilità al sistema, più centralità del paziente nel processo di cura e maggiore integrazione e continuità assistenziale.

La Regione Veneto ha recentemente riorganizzato il proprio SSSR adeguandolo al proprio contesto di riferimento e razionalizzando tutta la rete socio assistenziale, perseguendo obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità. La riorganizzazione della rete ospedaliera attraverso il Modello Hub & Spoke ha coinvolto anche le due Aziende Ospedaliere di Padova e Verona. Queste strutture sanitarie hanno modificato il proprio assetto organizzativo introducendo il modello dipartimentale ed integrandolo con l'intensità di cure.

Le esperienze applicative di implementazione di modelli organizzativi in sanità costituiscono a mio parere, un ambito di studio che può essere maggiormente ampliato ed esplorato. Le aziende sanitarie hanno bisogno di recuperare efficienza, di migliorare la qualità dei servizi sanitari, di essere più competitive, di innovare la propria organizzazione. E' fondamentale quindi che le strutture sanitarie individuino soluzioni di riprogettazione organizzativa che consentano di rispondere ad una pluralità di bisogni. Da cui la necessità di intraprendere un percorso di ricerca finalizzato al recupero di evidenze di casi di innovazione organizzativa che possano contribuire ad ampliare il dibattito sui modelli organizzativi nei sistemi sanitari.

Questo studio di ricerca, realizzato nel contesto del SSSR Veneto, ha lo scopo di descrivere, in seguito alla riorganizzazione della rete assistenziale ospedaliera regionale, l'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie di Padova e Verona, Centri Hub di riferimento regionale. In particolare, con lo sviluppo del Modello Hub & Spoke, l'indagine vuole esplorare l'impatto organizzativo utilizzando alcune dimensioni organizzative e comprendere l'implicazione applicativa di questo approccio organizzativo e le principali ricadute organizzative.

Questo elaborato di tesi è strutturato in cinque capitoli che illustrano le diverse fasi sviluppate del progetto di ricerca.

Nel *primo capitolo* si introducono le principali sfide che affliggono oggi i sistemi sanitari quali l'evoluzione degli scenari macroeconomici e istituzionali di riferimento, l'invecchiamento della popolazione, la sostenibilità dei sistemi sanitari, l'incremento della spesa sanitaria e lo sviluppo delle tecnologie dell'informazioni e delle comunicazioni, l'evoluzione dell'organizzazione dei sistemi sanitari, il reclutamento e la conservazione del personale nei sistemi sanitari.

Il *secondo capitolo* descrive inizialmente il processo di regionalizzazione del Sistema Sanitario Italiano sviluppato dagli anni '90 in poi, riguardo ai principali provvedimenti normativi di riordino e le diverse politiche sanitarie di razionalizzazione dell'assistenza sanitaria. Successivamente viene illustrato lo sviluppo dei sistemi sanitari regionali attraverso la descrizione di alcuni modelli regionali emergenti di assoluto riferimento per il SSN. Il capitolo, nella parte

conclusiva approfondisce i modelli organizzativi reticolari. In particolare viene illustrato come la logica organizzativa delle reti in sanità, rappresenti una opportunità per la sanità italiana in grado di integrare l'offerta sanitaria, di promuovere il coordinamento assistenziale in relazione ai bisogni di salute espressi, di migliorare la presa in carico degli utenti valorizzando l'interdisciplinarietà dei professionisti sanitari. Questa modalità organizzativa è illustrata nel capitolo attraverso alcune esperienze applicative effettuate sia a livello nazionale che internazionale.

Il *terzo capitolo* descrive inizialmente il Modello Hub & Spoke, la sua organizzazione e la sua logica di funzionamento. Dai contributi della letteratura è stato possibile individuare ed illustrare le principali dimensioni organizzative di riferimento di questo approccio organizzativo applicato in altri settori economici. Successivamente si illustra il Modello Hub & Spoke mediante diverse esperienze effettuate in diversi contesti sanitari. Nella letteratura specifica è stato possibile individuare e descrivere le dimensioni più frequenti e significative che possono essere utili ai fini di progettazione organizzativa. L'insieme di queste dimensioni organizzative, ha permesso di costruire un quadro di riferimento utile per realizzare lo studio di ricerca effettuato nelle due Aziende Sanitarie Venete.

Nel quarto capitolo si illustra il progetto di ricerca, l'approccio metodologico, gli obiettivi, il piano di indagine ed i relativi metodi e strumenti utilizzati nello studio.

Il quinto capitolo presenta i risultati ottenuti dal piano di indagine. Inizialmente si descrive il contesto di riferimento individuato per lo studio e successivamente il contributo emerso attraverso la descrizione delle dimensioni indagate in questa esperienza di ricerca. L'elaborato si conclude con uno spazio di sintesi dedicato a discutere i dati emersi, evidenziando gli aspetti più significativi considerato l'obiettivo prefissato. Questo lavoro che ha una valenza esplorativa e descrittiva si conclude lasciando aperte possibilità future di condurre successivamente ulteriori lavori di ricerca che possono coinvolgere altri soggetti di questo contesto e altri livelli organizzativi al fine di ampliare ed approfondire questo lavoro con ulteriori prospettive del modello organizzativo.

CAPITOLO 1

1.1 Le sfide dei sistemi sanitari

Il settore sanitario vive oggi un momento di forte tensione e cambiamento, continuamente chiamato a gestire la complessità assistenziale e a comporre il proprio assetto funzionale ed organizzativo adeguandosi costantemente al contesto. Ogni sistema sanitario ha cercato di sperimentare nuove forme di riorganizzazione alla luce delle nuove evidenze scientifiche finalizzate allo sviluppo di soluzioni più adeguate alle richieste dell'ambiente.

In una prima ricognizione a livello macro si osserva che nelle principali economie occidentali ed in particolare negli stati dell'Unione Europea (UE), si rilevano notevoli differenze nelle modalità di organizzazione, regolamentazione, finanziamento, erogazione e utilizzo dei servizi socio sanitari. I fattori di cambiamento che stanno interessando tutti i sistemi sanitari, già in un contesto mutevole di grande incertezza economica e politica, richiedono adeguate strategie di gestione dei propri sistemi. In questo complesso scenario questi paesi stanno affrontando diverse problematiche e analoghe sfide:

1.1.1 Evoluzione degli scenari macro economici e istituzionali di riferimento

Negli ultimi decenni, il progresso scientifico, le scoperte scientifiche, lo sviluppo e l'utilizzo delle nuove tecnologie in sanità hanno determinato un netto miglioramento della qualità ed un innalzamento delle aspettative di vita e ciò ha determinato un aumento costante della domanda di salute da parte dei cittadini.

In un contesto socio-sanitario in progressivo e costante evoluzione è necessario che tutti gli attori coinvolti (governi, istituzioni, aziende pubbliche e private, ecc.) collaborino e partecipino al fine di mantenere un sistema sanitario "sostenibile" e strategicamente "stabile".

L'evoluzione degli scenari macro-economici e istituzionali di riferimento nelle principali economie avanzate modificano e/o influenzano le politiche sanitarie nel breve e nel lungo periodo.

I fattori critici dell'evoluzione dei sistemi sanitari si conoscono molto bene (invecchiamento della popolazione e le sue conseguenze sulla patologia, lo

sviluppo delle nuove tecnologie, l'aumento dei costi sanitari, l'aumento della complessità delle organizzazioni sanitarie, l'affermazione di nuove professionalità e le modifiche quantitative e qualitative dei professionisti sanitari, la crescente limitazione delle risorse finanziarie) mentre si comprendono con difficoltà le interrelazioni e il peso relativo di questi fattori.

I governi dei paesi maggiormente industrializzati hanno rinnovato nell'ultimo decennio una maggiore attenzione all'utilizzo delle risorse destinate alla sanità. I processi di riforma sanitaria attuati puntano ad un "ridisegno strutturale complessivo del sistema" (Bariletti, 1997) al fine di migliorare la regolazione, l'allocazione e l'utilizzo adeguato dei finanziamenti per l'erogazione dei servizi sanitari e per la tutela della salute.

La disponibilità di risorse per il sistema sanitario rappresenta una variabile fondamentale per l'evoluzione del sistema stesso. L'entità e le fonti di finanziamento delle risorse sono correlate con gli scenari macroeconomici e con le trasformazioni istituzionali che determinano il livello di governo e responsabilizzazione della tutela della salute e relativa compatibilità finanziaria (Longo F. et al, 2010).

1.1.2 Invecchiamento della popolazione

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è una delle sfide che i sistemi sanitari delle principali economie occidentali sono chiamati ad affrontare. La popolazione sta progressivamente invecchiando principalmente a causa del netto calo della natalità e dell'aumento dell'aspettativa di vita. Secondo il rapporto OCSE (OECD: Health at Glance, 2013) la maggiore longevità è dovuta grazie al miglioramento delle condizioni di vita, alla riduzione di alcuni fattori di rischio (ad es. il fumo), all'adozione di stili di vita salutari, all'aumento dell'istruzione ed ai progressi delle cure mediche e assistenziali. Nel 2011, l'aspettativa di vita media tra i paesi OCSE supera 80 anni con un incremento di 10 anni dal 1970 ad oggi e ciò è molto evidente in paesi come la Svizzera, il Giappone o l'Italia. E' ragionevole inoltre, che il trend di crescita dell'aspettativa di vita alla nascita prosegua anche nei prossimi decenni generando negli anni a venire, un aumento della domanda dei servizi e – in particolare – di assistenza di lunga durata, in un

contesto generale in cui le dimensioni dei nuclei familiari vanno riducendosi insieme alla disponibilità a soddisfare le esigenze di assistenza. La domanda di servizi sanitari è anche in aumento negli ultimi decenni a causa del progresso tecnologico strettamente connesso alle terapie mediche con conseguente aumento dei costi.

Per quanto riguarda l'Italia, l'aspettativa di vita è di 82.7 anni, occupa il terzo posto tra il gruppo dei paesi OCSE più longevi e anche tra i paesi dell'Unione Europea. L'elevata sopravvivenza unita al calo della fecondità, rende l'Italia uno dei paesi più vecchi al mondo. L'incremento della vita media e dell'aspettativa di vita e la crescita della popolazione straniera producono un incremento della popolazione in Italia.

La longevità rappresenta indubbiamente una grande conquista, in quanto testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi della medicina ma potrebbe anche rappresentare una minaccia per l'immediato futuro, nel caso in cui non fosse controbilanciato da una rinnovata capacità di programmazione di opportuni, sistematici e urgenti interventi di politica sanitaria che investano la ricerca, l'assistenza e il benessere degli anziani, tenendo in considerazione l'evoluzione del concetto stesso di invecchiamento (Galluzzo et al, 2012).

1.1.3 Sostenibilità dei sistemi sanitari

La sostenibilità dei sistemi sanitari, in Italia come in altri paesi economicamente avanzati, è un tema particolarmente rilevante nell'attuale contesto economico-finanziario. Nei paesi industrializzati la spesa sanitaria tende a crescere a tassi superiori rispetto a quelli dell'economia nel suo complesso. I principali fattori determinanti la crescita della spesa sanitaria sono legati ai trend demografici ed epidemiologici e soprattutto ai processi di innovazione tecnologica in ambito sanitario (Pammoli et al, 2012). Secondo le proiezioni stimate dalla Commissione Europea, dall'OCSE e dal Fondo Monetario Internazionale, i driver di spesa sanitaria sono destinati ad aumentare dal 40% al 60% nei prossimi 40 anni (European commission, 2012; Clements et al, 2012; Oecd, 2006). Ciò preoccupa i policy makers e provoca allarmismi sulla tenuta dei sistemi sanitari soprattutto nei paesi che presentano criticità delle finanze pubbliche. La sfida per

tutti i paesi industrializzati sarà quella di garantire la sostenibilità economica e finanziaria della sanità senza compromettere la qualità assistenziale, l'accessibilità alle cure e il relativo sistema di finanziamento sanitario. Le crisi economiche e le difficoltà finanziarie di un paese possono impattare direttamente sulle attività di prevenzione sanitaria che rappresentano un investimento termine di salute.

La sostenibilità dei sistemi sanitari economica fa riferimento alla spesa sanitaria rispetto al prodotto interno lordo. La spesa per la salute viene considerata sostenibile fino al punto in cui i costi sociali delle spese sanitarie non eccedono il valore prodotto da quella stessa spesa. La sostenibilità fiscale, invece, è legata direttamente alla spesa pubblica per le cure sanitarie. Un sistema sanitario, quindi, può essere sostenibile economicamente, ma non esserlo fiscalmente quando le entrate pubbliche sono insufficienti a sostenere le uscite.

Nei periodi di recessione o di crisi economica, i paesi ricorrono a tagli della spesa e tetti produttivi oltre ad aumentare le compartecipazioni alla spesa sanitaria da parte dei cittadini. Queste misure di breve periodo possono essere più o meno efficaci per garantire la sostenibilità economico-finanziaria della spesa sanitaria. La sostenibilità economica e finanziaria di lungo periodo invece costituisce l'obiettivo cardine delle grandi economie occidentali. L'introduzione di innovazioni istituzionali possono garantire un migliore efficienza del sistema sanitario sia attraverso nuovi equilibri tra finanziamento pubblica e privato della sanità che mediante l'adozione di nuovi strumenti che regolino i meccanismi di offerta e domanda di salute.

A livello Europeo, il terzo programma "Health for Growth" (2014-2020) ribadisce l'importanza della salute per il sistema economico e sociale di un Paese e fornisce le linee di indirizzo prioritarie relativo allo sviluppo di modelli innovativi e sostenibili dei sistemi sanitari oltre ad aumentare il livello del sistema di prevenzione sanitario.

A livello nazionale, il nostro Sistema Sanitario, dovrà affrontare una particolare sfida: *continuare a tutelare la salute dei cittadini e garantire contemporaneamente la sostenibilità economica del sistema*. Ciò attraverso possibili linee di sviluppo sostenibile come la riallocazione di risorse pubbliche mediante ridefinizione dell'assetto organizzativo del sistema sanitario, il

rafforzamento della sanità integrativa che renda flessibile il finanziamento del sistema socio-sanitario e la riduzione delle diverse disomogeneità regionali.

1.1.4 Incremento della spesa sanitaria

Negli ultimi anni si è assistito ad una crescita sostenuta della spesa sanitaria nei paesi avanzati (crescita media annua pari al 4.1% tra il 2000 e il 2011) che ha subito negli ultimi tre anni un ulteriore rallentamento legato alla crisi economica-finanziaria e alle manovre di riequilibrio dei conti pubblici e consolidamento fiscale oltre al contenimento della spesa pubblica (OCSE, 2013). Anche in altri paesi come Canada e Stati Uniti (fuori dal contesto europeo) si registra un calo (1,7-2,2%) della quota destinata alla spesa sanitaria. Come risultato della crescita minima della spesa sanitaria nei Paesi OCSE negli ultimi anni, la percentuale del PIL destinata alla sanità è diminuita anche in tutti i Paesi. La spesa ha rappresentato il 9,3% del PIL in media nei Paesi OCSE nel 2011, rispetto al 9.5% dell'anno precedente mentre fanno eccezione Israele e Giappone che hanno visto un'accelerazione della spesa sanitaria dal 2009 rispetto al periodo precedente.

La spesa sanitaria in Italia è cresciuta a ritmo inferiore rispetto agli altri Paesi OCSE ma con tassi maggiori di prodotto interno lordo. Nel 2012 rappresentava il 9,2% del PIL, molto vicina al valore medio dei paesi OCSE, rimanendo sempre inferiore a quella di molti paesi europei come Francia, Germania, Svizzera, Paesi Bassi ed extra europei come Canada Giappone, Stati Uniti.

I fattori che influiscono sulla crescita del rapporto tra la spesa sanitaria e PIL sono molteplici. Alcuni fattori agiscono sul lato dell'offerta come l'aumento dei prezzi nel settore sanitario (per incremento del costo dei servizi o di prestazioni sanitarie maggiormente innovativi e più rispondenti ai bisogni di salute, per aumento del prezzo delle apparecchiature elettromedicale dovuto alla rapida obsolescenza del progresso tecnologico, per incremento dei farmaci, per incremento dei costi del personale che opera nel settore sanitario o per l'asimmetria informativa tipica di settore) o l'evoluzione tecnologica applicata alla sanità (nuove tecnologie, più efficaci e più costose rispetto a quelle precedenti). Altri fattori invece, incidono dal lato della domanda come l'invecchiamento della popolazione, il miglioramento delle condizioni di salute

e/o di benessere o l'estensione della copertura assicurativa per assistenza integrativa.

Gli aspetti istituzionali e organizzativi del settore sanitario sono trattati in letteratura come driver della crescita sanitaria. E' importante individuare i determinanti della spesa sanitaria e distinguere gli effetti dei provvedimenti e della regolazione da quelli che non dipendono dalle scelte politiche e identificare in quale misura l'aumento della spesa dipenda dai fattori dell'offerta o domanda o piuttosto da altri aspetti.

I dati della letteratura internazionale individuano nel reddito e nell'innovazione tecnologica i principali driver della spesa sanitaria, mentre l'invecchiamento della popolazione avrebbe un impatto più limitato (Fucks, 1998). In un rapporto preparato per la Fondazione americana Commonwealth Zuckerman e Mc Feeters affermano che gli aspetti istituzionali potrebbero avere un peso meno rilevante quando valutate insieme ad altre determinanti. Il livello di copertura dei servizi sanitari offerto da un paese invece potrebbe avere un ruolo visibile nell'incremento della spesa sanitaria.

La sfida del futuro sarà quella di garantire la sostenibilità economica e finanziaria della sanità senza pregiudicare la qualità assistenziale e l'equità di accesso da parte dei cittadini nonché del finanziamento.

1.1.5 Tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni (ict)

I sistemi sanitari dei paesi industrializzati si trovano oggi a dover rispondere all'esigenza di mantenere e migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti a fronte dei vincoli crescenti nella disponibilità di risorse e trend demografici e sociali sempre più complessi da fronteggiare.

A livello internazionale, il settore sanitario ha visto negli ultimi anni una crescente diffusione dell'ICT all'interno di tutti i processi chiave, sia sanitari che amministrativi, con un ruolo sempre più strategico nel supportare l'operatività e il governo dei sistemi sanitari.

L'introduzione di soluzioni innovative di ICT in ambito sanitario possono costituire fattori determinanti che modificano i modelli organizzativi socio-sanitari. L'innovazione che offrono gli strumenti, servizi e strutture di ICT consentono di migliorare l'efficienza dei processi operativi, innalzare la qualità

assistenziale, favorire e migliorare il coordinamento tra professionisti e tra strutture sanitarie, assicurare la continuità delle cure, migliorare la sicurezza alle prestazioni sanitarie sia a favore degli utenti che di chi governa il sistema sanitario, di aumentare l'efficienza e la produttività dei servizi oltre a oltre ad offrire una maggiore partecipazione degli utenti nel proprio processo di cura (Formez, 2007).

La crescita dell'aspettativa di vita media e della percentuale di persone over 65 che si riscontra in tutti i paesi occidentali è uno dei fattori principali che determineranno lo scenario socio-economico mondiale dei prossimi decenni e l'aumento delle patologie croniche e la relativa comorbilità saranno fattori che si tradurranno in una maggiore richiesta di assistenza sanitaria oltre ad un aumento degli accessi alle strutture sanitarie. L'ICT costituisce un'importante opportunità sia per affrontare la sfida della sostenibilità del sistema socio-sanitario oltre che per guidare un cambiamento nella pianificazione ed erogazione dei processi assistenziali e dei processi amministrativi di supporto.

L'ICT in sanità costituisce un'innovazione e come tale costituisce un potente driver di cambiamento organizzativo, che deve essere presidiato nel tempo (Ravagnani, 2000; West, 2004) e in grado di stimolare con forza un approccio «per processi», teso a superare in via definitiva il permanere di una visione «per funzioni», tipico del settore sanitario (Caccia, 2000; Rebora, 1999). L'introduzione di innovazioni tecnologiche in sanità impatta e modifica la struttura organizzativa di un sistema, riduce i livelli gerarchici, favorisce lo sviluppo delle relazioni inter e intraorganizzative, modifica il contenuto delle attività professionali dei sanitari e le responsabilità delle unità organizzative a favore di una azienda più snella ed efficace (Associazione Italiana Sistemi Informativi in Sanità [AISIS], 2013).

Le tecnologie delle informazioni e delle comunicazioni (ICT) nell'ambito dei servizi sanitari forniscono inoltre, un contributo fondamentale al miglioramento dell'organizzazione dell'offerta di assistenza sanitaria. L'aumento dei costi potrebbe creare barriere “di accesso” all'assistenza con standard di qualità elevata da parte dei cittadini meno avvantaggiati.

1.1.6 L'evoluzione dell'organizzazione dei sistemi sanitari

Nell'ultimo due decenni, i sistemi sanitari dei paesi maggiormente industrializzati sono stati sottoposti a processi di riforma con lo scopo di contenere la spesa per la tutela della salute.

I mutamenti demografici come l'innalzamento della speranza di vita, l'allungamento della vita media, la riduzione del tasso della natalità hanno determinato un cambiamento nella domanda dei servizi assistenziali. Il progresso scientifico delle scienze biomediche, l'evoluzione tecnologica, la ridefinizione del finanziamento dei servizi sanitari e l'aumento della spesa sanitaria hanno spinto i governi a cercare forme organizzativo-gestionali più avanzate dell'assistenza sanitaria.

I paesi avanzati si trovano oggi ad affrontare problematiche comuni in materia di organizzazione dei sistemi sanitari e rispetto alle quali vengono adottati soluzioni simili di ridisegno organizzativo. Il processo di cambiamento organizzativo dei sistemi sanitari interessa sia la ridefinizione degli obiettivi della politica dell'assistenza sanitaria sia le nuove modalità organizzativo-gestionali dei servizi sanitari.

I servizi sanitari hanno bisogno di un processo di re-ingegnerizzazione globale che renda il sistema dell'offerta di servizi assistenziali coerente con i bisogni che emergono dal quadro demografico, epidemiologico e sociale. L'aumento delle patologie croniche, l'attività di prevenzione sanitaria e di screening per la "diagnosi precoce" e la nuova connotazione dell'assistenza primaria impongono un diverso utilizzo dell'ospedale, da un lato, ma anche la possibilità di spostare attività assistenziale sanitaria in strutture meno costose e più snelle dal punto di vista organizzativo. Il ruolo dell'ospedale continuerà ad essere essenziale nel modello di assistenza dei sistemi sanitari dei paesi industrializzati e sarà il luogo dove si concentreranno risorse crescenti sia in termini di competenze professionali che di tecnologie quali centri sempre più specializzati su specifici percorsi di cura.

Nei sistemi sanitari moderni, l'erogazione dei servizi sanitari si realizza attraverso complesse organizzazioni che combinano competenze professionali, infrastrutture, tecnologia d'avanguardia sia per la diagnosi sia per la cura delle

patologie. Queste strutture organizzative sono entità sociali guidate da obiettivi progettate come sistemi di attività strutturate e coordinate che operano in continuo scambio con l'ambiente esterno. La forma organizzativa di queste organizzazioni deve essere progettata per realizzare quei comportamenti organizzativi necessari a raggiungere un obiettivo prefissato: l'erogazione di servizi socio-assistenziali efficaci ed efficienti, appropriati, accessibili ed equi nonché integrati sia a livello verticale con altre figure assistenziali (Medico di Medicina generale o Pediatra di Libera scelta) sia a livello orizzontale (competenze specialistiche e risorse finanziarie e tecnologiche).

1.1.7 Reclutamento e conservazione del personale nei sistemi sanitari

Nelle principali economie sviluppate l'invecchiamento della forza lavoro è un fenomeno che accomuna i servizi sanitari dei paesi avanzati e anche tutti i settori (OECD, 2006) a causa di due fenomeni come l'invecchiamento della popolazione in generale e la crisi economica finanziaria che affligge il sistema sociale. Il progressivo aumento dell'età pensionabile e l'innalzamento degli anni di contribuzione, sono considerati due acceleratori dell'invecchiamento della forza lavoro (OECD, 2004).

Da alcuni anni, i sistemi sanitari dei paesi avanzati sono costretti ad un difficile esercizio di equilibrio tra reclutamento e conservazione del personale sanitario e personale in uscita per pensionamenti o per inidoneità temporanea o permanente. I problemi connessi al reclutamento e alla conservazione del personale sanitario possono essere acuiti anche dalla generale tendenza all'invecchiamento e al calo dell'offerta di forza lavoro in questo settore. In letteratura l'invecchiamento della forza lavoro è spesso collegato a minore flessibilità organizzativa, minore innovazione, difficoltà di mantenere competenze aggiornate, maggiori costi per il datore di lavoro (OASI, 2009).

I sistemi sanitari sono un settore ad alta intensità di manodopera e quello dell'assistenza sanitaria costituisce uno dei settori più significativi dell'economia europea; esso fornisce lavoro ad un decimo dell'intera forza lavoro comunitaria, mentre circa il 70% dei bilanci sanitari è destinato ai salari e ad altri oneri direttamente correlati all'occupazione degli operatori sanitari (Dubois et al, 2006).

Con la crisi economica finanziaria la spesa per la sanità è diminuita in molti paesi dell'Unione Europea alterando il rapporto tra investimenti necessari allo sviluppo del personale sanitario e la relativa mobilità. Il rapporto "*Action Plan for the EU Health Workforce*" elaborato in ambito europeo evidenzia come i sistemi sanitari siano minati dalla mancanza critica di personale sanitario e dall'aumento del turnover delle professioni sanitarie e si stima che se le tendenze non saranno invertite, nel 2020 ci sarà una carenza di circa 1 milione di operatori sanitari. La maggior parte degli Stati membri dell'Unione Europea sta fronteggiando la carenza di personale medico a causa dei pensionamenti. Una simile situazione è riscontrabile anche con il personale infermieristico a causa dell'incremento del turnover causato a sua volta da bassi livelli salariali e condizioni lavorative non soddisfacenti.

L'Unione Europea ha proposto per invertire l'attuale tendenza, di aumentare i fondi per la salute al fine di rafforzare i sistemi sanitari e poter incidere di conseguenza, sulla formazione, sullo sviluppo e la fidelizzazione del personale sanitario. Il "Libro Verde" elaborato dalla Commissione Europea e relativo al personale sanitario europeo ha evidenziato una serie di fattori influenzanti e possibili settori di azioni per promuovere la loro sostenibilità come la valutazione dei livelli di spesa per il personale sanitario, garantire migliori condizioni lavorative per il personale sanitario, rafforzare la motivazione e il morale del personale, valutare l'opportunità di lanciare campagne di assunzione e formazione, assicurare una dislocazione più efficace della forza lavoro disponibile, valutare l'opportunità di lanciare campagne di "ritorno all'attività" per stimolare il ritorno di chi ha scelto di non fare più parte del personale sanitario, promuovere una maggiore varietà sociale ed etnica nell'assunzione del personale, sensibilizzare gli studenti delle scuole riguardo all'ampio spettro di carriere nei settori sanitario e assistenziale.

L'effetto congiunto di queste sfide determinerà in ogni sistema sanitario una tendenza strutturale all'incremento della spesa sanitaria. Per tutto ciò, la sfida chiave per tutti i paesi maggiormente industrializzati sarà quella di rivedere le politiche sanitarie di riorganizzazione della rete di offerta dei servizi sanitari volte

a migliorare l'efficienza e il rapporto costo-efficacia dei servizi sanitari erogati al fine di rendere sostenibile e accessibile l'assistenza sanitaria a tutta la popolazione.

CAPITOLO 2

2.1 La regionalizzazione del sistema sanitario

Nel nostro paese, il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è interessato da alcuni decenni da varie riforme sanitarie che hanno consentito allo Stato di effettuare un percorso giuridico-amministrativo di graduale trasferimento alle Regioni di poteri organizzativo-gestionali dell'assistenza sanitaria.

Dall'approvazione della legge istitutiva del SSN, e fino ai più recenti decreti di riordino e razionalizzazione dell'assistenza sanitaria, l'ordinamento dei servizi sanitari ha assistito al cambiamento della distribuzione delle competenze istituzionali finalizzati alla tutela della salute dei cittadini.

Il ruolo delle regioni in ambito sanitario diventa rilevante a partire della metà degli anni '70 quando vengono conferite dallo Stato le funzioni di programmazione e controllo dell'assistenza ospedaliera, successivamente estese ad altri servizi sanitari con l'istituzione del SSN.

Le diversità regionali italiane in tema sanitario traggono origine principalmente da quattro fattori: le differenze della struttura demografica delle popolazioni, le differenze di contesto socio-economico, le scelte organizzative di erogazione delle prestazioni sanitarie e la storia dell'autonomia finanziaria ospedaliera. Il decentramento regionale ha avuto un rilevante impatto nel settore socio-sanitario quale settore cardine nelle diverse regioni italiane. Questo processo era legato alla capacità di ogni regione di rispettare i vincoli finanziari richiesti dallo Stato, in particolare per quelle regioni che dimostravano precario equilibrio economico-finanziario che diventò l'obiettivo primario delle politiche sanitarie regionali nonché un vincolo di sistema.

Con le disposizioni della Legge 833/1978¹, inizia una prima fase di decentramento politico-amministrativo prevedendo da un lato l'istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL) con compiti di gestione degli interventi mentre dall'altro le Regioni con un forte potere di indirizzo. Le Province perdono le

¹ Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"

competenze in materia sanitaria mentre vengono modificate quelle attribuite ai Comuni, alle Regioni e allo Stato.

Una seconda fase di regionalizzazione del SSN è iniziata nei primi anni 90' in concomitanza con una crescente crisi finanziaria. Questo processo di regionalizzazione è iniziato con il D. Lgs. 502/1992 e successive modificazioni che avviano il processo di decentramento dallo Stato alle Regioni, poteri di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari oltre a funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. Queste scelte riconoscono le capacità regionali sia di saper individuare meglio i bisogni sanitari che di assicurare l'organizzazione dell'offerta dei servizi sanitari meno frammentata rispetto ai Comuni.

Il principale segno distintivo dell'identità regionale è stato l'organizzazione e la gestione della rete sanitaria, in particolare gli accorpamenti e gli scorpori di Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere e l'introduzione di nuovi soggetti giuridici (Fondazioni, Società della salute, Enti di Area vasta, Società miste pubblico-private), che hanno segnato un netto cambiamento dall'assetto organizzativo classico del SSN (Fattore, Longo 2002).

I decreti di riforma del 1992 e 1993 avviano il decentramento modificando l'assetto istituzionale e introducono nel SSN meccanismi di concorrenza tra le aziende sanitarie mediante l'utilizzo di metodi e tecniche gestionali di tipo privatistico (Neri, 2006). In particolare, il riordino effettuato con questi decreti sono coerente con quanto disposto nell'art. 117 della Costituzione allora vigente sottraendo agli Enti locali competenze organizzative in materia di sanità pubblica.

Nell'ambito del processo di razionalizzazione del SSN il D.Lgs. n.229/1999² ha cercato di stabilire nuovi equilibri tra Regioni ed Enti locali orientati allo sviluppo della regionalizzazione e aziendalizzazione della sanità. Questa norma conteneva la vera regolamentazione del nuovo assetto delle competenze istituzionali nella tutela della salute ed ogni livello (Stato, Regioni, Comuni, Aziende sanitarie e soggetti erogatori privati) viene disciplinato, sia negli aspetti organizzativi sia in quelli istituzionali. Questa norma si proponeva di completare

² Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

il processo di regionalizzazione con un SSN caratterizzato come “il complesso delle funzioni e delle attività dei servizi sanitari regionali” in cui alle Regioni compete la responsabilità di assicurare il sistema delle garanzie di promozione della salute e di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie e delle disabilità, definito nei livelli essenziali di assistenza.

Con questa norma le Regioni hanno un ruolo molto valorizzato in quanto elaborano proposte per il PSN, adottano i PSR e articolano il proprio territorio in ASL, le finanziano e valutano i risultati delle attività sanitarie oltre ad accreditare strutture pubbliche e private a fornire prestazioni sanitarie a carico del SSN. Le Regioni possono anche attuare sperimentazioni regionali di nuove forme di collaborazioni tra strutture pubbliche e private, costituendo società anche miste, al fine di migliorare la qualità assistenziale. Il Distretto assume con questo decreto un “ruolo nodale” per l’importanza strategica delle sue funzioni in particolare per il ruolo di controllo della salute della popolazione al fine di modulare l’offerta dei servizi sanitari e relativa qualificazione della domanda di salute.

Tutta la normativa nazionale pubblicata in quest’ultimo decennio, compresa quest’ultima norma, ha offerto uno schema di riferimento per l’organizzazione delle ASL che ogni Regione, nell’ambito delle proprie autonomie, ha potuto adattare alle proprie esigenze territoriali e grazie a questo aspetto si ha maggiore uniformità rispetto all’organizzazione precedente la riforma degli anni ’90. La cooperazione Stato-Regioni sviluppata in questo decennio ha favorito la nascita del “coordinamento strutturato delle Regioni” che ha consentito la creazione della “Conferenza delle Regioni” che promuove incontri Stato-Regioni di confronto stabile ed organico sui temi sanitari di comune interesse.

Nel decennio successivo, il processo di decentramento federalista, in particolare quello sanitario, ha avuto un importante sviluppo tra gli anni 2001 e 2002 principalmente per la riforma del Titolo V della Costituzione [riallocazione delle funzioni legislative tra i diversi livelli di Governo (art.117) e la ridefinizione delle modalità di finanziamento dei Governi decentrati (art 119)], per la ridefinizione di norme volte al decentramento fiscale e per il riconoscimento dello spazio politico istituzionale delle regioni (Fattore, Longo, 2002). Con la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 di riforma del titolo V della Costituzione si

ridefinisce l'assetto di competenze legislative tra governi centrali ed enti locali: un ambito di legislazione esclusiva dello Stato, un altro concorrente tra Stato e Regioni ed uno a competenza esclusiva delle Regioni. Questa norma ha affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente delineando un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali. In questo modo le Regioni possono, a differenza del passato, legiferare all'interno di un quadro di riferimento del governo centrale. Questa attribuzione ha consentito di attuare quanto disposto nella Legge 405/2001³ in materia sia di "sperimentazione gestionali" che di "costituzione delle aziende ospedaliere". A testimoniare questo grande cambiamento sono i diversi Piani Sanitari e Socio Sanitari approvati dall'anno 2000 in poi, dove si può evidenziare lo sviluppo e la ricaduta di questo aspetto federalista nelle diverse regioni.

Dal punto di vista organizzativo, dal 2003 in poi si assiste ad un cambiamento evolutivo delle strutture sanitarie in particolare nelle Aziende Sanitarie con tendenza all'accorpamento delle stesse, con la creazione di ASL regionali uniche (Marche, Bolzano, Molise) o provinciali (Emilia Romagna, Puglia, Calabria) o più aggregate (Piemonte). Per quanto riguarda le Aziende Ospedaliere (AO) invece, il quadro generale è rimasto quasi invariato ad eccezione della Lombardia che ha costituito nuove Aziende Sanitarie separando in funzione del proprio ruolo, in Aziende "fornitrici" e "acquirenti" e che mantiene invariato nel suo ultimo PSR. In alcune regioni (Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Abruzzo, Molise) non hanno costituito AO e molte di queste hanno adottato il modello di ASL regionale unica, facendo coincidere l'intera componente pubblica SSR con un'unica azienda.

In questo periodo, nuove evoluzioni hanno caratterizzato anche gli IRCCS e i Policlinici Universitari, sia sotto il profilo giuridico (IRCCS pubblici trasformati in Fondazioni, AO integrate con l'Università delle AO, trasformazione di Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SNN dei Policlinici Universitari a gestione diretta) sia con il rafforzamento dei poteri e delle responsabilità regionali (IRCCS). Non si registrano variazioni invece per le strutture private accreditate

³ Legge 16 Novembre 2001, n. 405 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria".

(Case di cura e Ospedali privati, IRCCS di diritto privato) sia rispetto al numero sia per distribuzione sul territorio.

In questo decennio sono stati varati importanti PSN (1998-2000, 2003-2005, 2006-2008) condivisi e attuati con le Regioni in modo sinergico ed interattivo. Le Regioni hanno avuto nel contempo, la possibilità di approvare con modalità e tempi differenti, PSR quale guida programmatoria di ogni sistema socio-sanitario regionale.

L'evoluzione federalista dell'ultimo decennio si caratterizza per una forte dinamica innovativa nel SSN come evidenziato dalla programmazione sanitaria nazionale che discende da una riconfermata adozione del modello universalistico tipo "Beveridge", seppure adattato al contesto italiano, dove sono implicitamente presenti elementi di positiva competizione e confrontabilità tra i diversi ambiti regionali, che arricchiscono tale modello con alcuni dei vantaggi presenti nel modello storicamente alternativo tipo "Bismark" dove la competizione tra enti assicuratori assume un ruolo forte. Questi aspetti rendono il nostro SSN tra i più efficaci ed efficienti a livello europeo, perché in grado di valorizzare le diverse esperienze attuate nei vari contesti regionali mantenendo però l'unitarietà che ad esso deriva dal richiamo a comuni norme di principio e a linee di indirizzo e programmazione condivise tra lo Stato e le Regioni

Negli anni, la programmazione regionale sanitaria ha trovato nuovo slancio e ha esteso il suo ambito applicativo a soggetti e dimensioni dell'intervento sanitario (come il volontariato, la soddisfazione dell'utente, la valutazione della qualità, la promozione della salute) spesso trascurati o marginali nelle strutture organizzative dei sistemi sanitari.

Nelle politiche del PSN 2011-2013 l'appropriatezza organizzativa e gestionale dell'assistenza resta un obiettivo costante ed in continua evoluzione. L'appropriatezza organizzativa del luogo di cura sia a livello ospedaliero che territoriale, prevede la razionalizzazione della rete assistenziale mediante la riprogettazione organizzativa assistenziale finalizzata allo sviluppo progressivo di risposte che privilegino altre modalità assistenziali in ambito ospedaliero, territoriale o domiciliare. Le Regioni hanno assunto negli ultimi anni, un ruolo più responsabile in materia sanitaria svolgendo oltre all'attività programmatoria e

normativa, la gestione diretta dei servizi sanitari e il relativo finanziamento. Il PSR deve uniformarsi alle indicazioni del PSN e ha la finalità di definire gli obiettivi da realizzare in un triennio (coincidente con il triennio del PSN) nonché gli aspetti strategici e le linee di azione da perseguire per la tutela della salute e per il miglioramento del funzionamento dei servizi assistenziali.

Le politiche sanitarie costituiscono per le Regioni il settore di maggior rilievo e rappresentano a livello nazionale lo strumento che caratterizza ogni singola regione con un relativo profilo identitario politico-istituzionale. Ad oggi tutte le Regioni hanno un PSR approvato che consente di regolare e guidare il proprio sistema sanitario verso gli obiettivi prefissati. Le programmazioni sanitarie regionali di questi ultimi cinque anni evidenziano la massima rilevanza data all'approccio processuale, alla concertazione, ai patti territoriali e ai soggetti che concorrono alla cura e alla promozione della salute.

In questo quadro di decentralizzazione sanitaria, le Regioni quali organi di potere decentrato e centri di autogoverno delle proprie comunità territoriali, assumono una maggiore responsabilità e nuovi poteri in tema di sperimentazioni gestionali dell'assistenza e dell'organizzazione sanitaria a livello locale. La riforma sanitaria del SSN iniziata negli anni novanta per il contenimento della spesa sanitaria e definita da un nuovo quadro normativo, ha favorito in questo senso, un processo di rinnovamento dell'assistenza sanitaria introducendo nuove forme organizzative, volte a migliorare l'efficacia e l'efficienza assistenziale.

Oggi il SSN italiano è un sistema caratterizzato da una marcata regionalizzazione ed è possibile parlare di "Sistema di Sistemi Sanitari Regionali" molto differenziati tra di loro ma con significativi elementi in comunanza. La regionalizzazione dell'assistenza socio-sanitaria ha concesso alle Regioni ampia libertà e autonomia nella scelta di possibili modelli organizzativi che consentano loro di conseguire a livello sia di sistema sanitario sia di azienda sanitaria, un maggiore livello di efficienza e efficacia gestionale delle risorse disponibili con particolare attenzione alla qualità, all'equità e alla libertà di scelta. Le Regioni, forti del federalismo fiscale e sanitario, hanno riorganizzato e razionalizzata la propria rete assistenziale introducendo nuovi soggetti gestionali, creando livelli di coordinamento intermedio tra regione e aziende e accentrando a livello regionale

alcune funzioni strategiche. La governance regionale di ogni SSR dipende da una struttura centrale (Giunta Regionale e Assessorato alla Sanità), dalle politiche sanitarie regionali, dagli strumenti e meccanismi operativi utilizzati nonché dal tipo di relazioni instaurate con la struttura periferica (Aziende Sanitarie) e relative capacità strategiche e gestionali della sanità (Boni, 2007).

2.2 Modelli di configurazione dei sistemi sanitari regionali a confronto

La rete ospedaliera presenta oggi una grande varietà di strutture con funzioni non sempre riconducibili a modelli organizzativi predeterminati. Nonostante il ruolo centrale dell'ospedale, negli ultimi anni si è assistito ad una graduale razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera e relativa integrazione con le altre reti assistenziali sulla base dei dati epidemiologici e bisogni emergenti.

Gli anni Novanta sono stati interessati da nuove sfide derivanti dal crescere dei vincoli di compatibilità economico-finanziaria, dalla necessità di nuove formule di governo della sanità (come ad esempio l'aziendalizzazione e il decentramento delle responsabilità politiche del SSN), dall'incremento costante della spesa sanitaria. La forte recessione economica iniziata in Italia nei primi anni '90 coincide con la promulgazione dei Decreti Legislativi 502/1992⁴ e 517/1993⁵ con successive modificazioni. Questi provvedimenti hanno fatto perseguire l'obiettivo della responsabilizzazione delle Regioni sul versante delle spese mentre l'assegnazione delle risorse è avvenuta in parte sul Fondo Sanitario nazionale (Fsn). L'introduzione del DRG (Diagnostic Related Groups) ha consentito di porre maggior attenzione alla spesa ospedaliera e ai rapporti microeconomici tra produttori ed erogatori di prestazioni sanitarie oltre a creare, nello stesso tempo, i meccanismi di competizione attraverso nuove logiche organizzative aziendali interne.

⁴ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

⁵ Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 "Modificazioni al decreto legislative 30 dicembre 1992, n.502, recante riordino della disciplina in material sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421"

Con il processo di riforma federalista si ridisegna anche il ruolo del Ministero della Salute, cui sono attribuite funzioni di gestione integrata dei servizi socio-sanitari e di tutela dei diritti della persona (D.Lgs. 300/1999)⁶. La regionalizzazione dei servizi sanitari ha originato processi differenziati con veri e propri modelli di governance dei servizi sanitari regionali. Nell'attuale contesto istituzionale, il Ministero della Salute attraverso il *Piano sanitario nazionale (PSN)*, definisce gli obiettivi strategici di salute su tutto il territorio nazionale mentre il Governo regionale con il *Piano sanitario Regionale (PSR)* decide come contestualizzare il PSN alle esigenze del proprio territorio di competenza.

Lo sviluppo dei SSR è testimoniato dalla nuova tendenza che assumono i diversi Piani Sanitari Regionali (PSR) e socio-sanitari regionali (PSSR) approvati negli ultimi anni. Le regioni tendono a individuare modelli regionali differenti rispetto al modello unico nazionale utilizzato in precedenza. Alcune modalità di classificazione dei SSR sono state effettuate in tre studi recenti. Nel primo studio condotto da Mapelli (2007) in alcuni modelli sanitari regionali, sono stati considerati i modelli di governance, valutato il funzionamento del sistema sanitario regionale in rapporto al modello di governance e la presenza di strumenti e capacità di governo del sistema. La combinazione e la valutazione delle diverse dimensioni generano tre modelli prevalenti di governance:

- **Modello burocratico:** è quello più tradizionale e scaturisce dalla Legge 833/1978 che prevede un rapporto gerarchico tra Regioni e le USL e impositivo dove gli obiettivi derivano dalla programmazione nazionale e regionale. Questo modello è presente ancora in alcune Regioni del Sud che non hanno attuato il governo manageriale, il processo di processo di programmazione negoziata e contrattazione del budget, che non hanno accreditato gli erogatori e non sono dotati di un sistema informativo evoluto. A questo modello appartengono regioni come Campania, Puglia e Sardegna. Quest'ultima è una regione il cui modello è in transizione verso il modello accentrato.

⁶ Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 300 "Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59".

- **Modello accentrato:** è un modello dotato di risorse, strumenti o capacità sia a livello centrale che periferico in sintonia con la riforma del SSN derivata dal D.Lgs. 229/1999. Questo modello si distingue per alcuni principi come la crescita controllata, la logica di sistema, la sussidiarietà verticale e orizzontale, la cooperazione tra le componenti pubbliche e private oltre alla responsabilizzazione finanziaria e fiscale per le scelte operate. I modelli che meglio esprimono queste caratteristiche sono quelle delle Regioni Veneto, Lazio e Basilicata anche se quest'ultima presenta una transizione verso il modello contrattuale.
- **Modello contrattuale:** rappresenta il modello che cerca di coniugare stabilità e prevedibilità della crescita del sistema sanitario, equilibrio nelle sue componenti ospedaliere e territoriali, partecipazione e condivisione delle scelte tra Regione e Aziende Sanitarie, delega di responsabilità a livello locale cooperazione, logica di sistema, stabilità di rapporto tra acquirenti e fornitori. I sistemi sanitari che presentano queste caratteristiche sono i modelli dell'Emilia Romagna, della Toscana e della Lombardia.

In un secondo studio condotto sul processo di regionalizzazione dei sistemi sanitari italiani (Tognetti, Ornaghi, 2010) ha distinto tre modelli di SSR considerando aspetti quali la funzione di produzione e di finanziamento nell'offerta dei servizi sanitari e la tipologia di Aziende Sanitarie (pubbliche, private non ASL):

- **Modello competitivo:** E' l'espressione più compiuta della riforma sanitaria del 1999. Il modello richiede una forte capacità centrale di concepire le strategie, un sistema strutturato di programmazione, monitoraggio e verifica dei risultati e, a livello periferico una cultura di budgeting e controllo manageriale con forte orientamento al risultato. Il modello evidenzia una completa separazione tra Aziende e Asl ed è allineato con le previsioni del D. Lgs. 229/1999. Questo modello è tipico della Regione Lombardia;
- **Modello cooperativo, integrato o accentrato:** E' un modello altamente dotato di risorse, di strumenti e di capacità sia a livello centrale che

periferico in sintonia con la riforma del D.Lgs. 229/1999. Il modello si basa su tre principi: crescita controllata, logica di sistema cooperativista tra le componenti pubbliche e private e responsabilizzazione finanziaria e fiscale riguardo alle scelte operate. La Regione si orienta per poche Aziende ospedaliere che governa centralmente. Questo modello è tipico delle regioni centro settentrionali e del Nord Est;

- **Modello residuale incrementale o burocratico:** E' il modello più tradizionale e prevede un rapporto gerarchico tra Regioni e USL ed una programmazione impositiva in cui gli obiettivi locali derivano dalla programmazione nazionale. Questo modello sopravvive nelle Regioni che non hanno compreso e attuato il modello manageriale, il processo di programmazione sanitaria e di contrattazione del budget, non hanno accreditato gli erogatori e non si sono dotati di un sistema informativo direzionale evoluto. Questo modello è diffuso nelle regioni meridionali, dove la presenza dei privati accreditati è più forte e dove le Aziende subiscono una “concorrenza passiva del privato”.

Nel terzo studio (Bertin et al, 2013) i SSR sono stati classificati secondo l'approccio tipologico dimensionale della propria *governance* e il *grado di mix pubblico-privato sul piano di finanziamento ed erogazione dei servizi*. La prima considera come indicatori il numero medio di assistito per medico di medicina generale (MMG) e per pediatri di libera scelta (PPL) e la quota di ricavi per ticket sul totale dei ricavi e la quota di ricavi per intramoenia sul totale dei ricavi. La seconda invece considera la percentuale di spesa pubblica sul totale e la quota di posti letto pubblici e degli ambulatori e laboratorio pubblici sul totale. Questa modalità di classificazione evidenzia in modo particolare tre modelli:

- **Governance mix-ibrida e finanziamento prevalentemente pubblico:** A questo primo modello appartengono Liguria, Toscana, Umbria e Basilicata che hanno una prevalenza di soggetti pubblici anche nell'erogazione dei servizi ed una regolazione di tipo misto; Lazio, Campania e Calabria hanno una prevalenza di enti erogatori privati di assistenza. A livello intermedio invece, si posizionano Veneto, Marche,

Abruzzo, Molise e Puglia, dove partecipano un mix di aziende erogatrici di servizi sanitari;

- ***Governance mixed-ibrida e finanziamento dei servizi mixed***: in questo secondo modello rientrano Lombardia ed Emilia Romagna (in quest'ultimo vi è una prevalenza del soggetto pubblico anche nell'erogazione) mentre Piemonte e Friuli Venezia Giulia si posizionano in un livello intermedio rispetto alla regolamentazione, tutti con una quota di risorse pubbliche tra il 50 e il 75%;
- ***Governance pubblica***: quest'ultimo modello comprende quattro regioni a statuto speciale, la Provincia Autonoma di Trento, la Provincia Autonoma di Bolzano, Valle d'Aosta, Sicilia e Sardegna. Le ultime tre regioni si distinguono per una maggiore presenza di soggetti privati nell'erogazione di servizi. Nella classificazione inoltre, è possibile notare che la Lombardia presenta un mixed di erogatori e di regolazione mentre la Provincia Autonoma di Trento e Bolzano sono connotati maggiormente di finanziamento ed erogazione di servizi pubblici.

Ogni tentativo di classificare richiede sempre l'individuazione di criteri che devono essere coerenti con lo studio e le caratteristiche di ricerca che si intende effettuare e lo scopo da perseguire. Da questi studi emerge che qualsiasi modello di classificazione si adotti per descrivere i SSR permette di evidenziare tratti di omogeneità ed elementi distintivi, differenze caratteristiche di ogni sistema sanitario che riflettono sia le divergenze organizzative che le caratteristiche uniche ed innovative dei diversi modelli organizzativi.

Sulla base del processo di regionalizzazione e dei modelli adottati dalle singole Regioni si può constatare che l'Italia dispone oggi di modelli sanitari differenti. Il processo di regionalizzazione va di pari passo con la graduale assunzione di responsabilità in campo economico-finanziario da parte delle regioni. Il nuovo assetto regolativo e normativo dei propri Servizi Sanitari Regionali hanno determinato come conseguenza, differenti configurazioni nell'offerta e nella regolazione dell'assistenza sanitaria in termini di qualità, quantità, efficienza e di regolamentazione dell'organizzazione del servizio stesso.

2.3 Gli archetipi di filiera SSN

Il SSN ha attraversato anni di grandi turbolenze e di rapidi cambiamenti, ma anche di grande ricchezza e potenzialità di miglioramento. I cambiamenti istituzionali, l'introduzione di nuove tecnologie, le evoluzioni del quadro epidemiologico, l'aumento dell'età media della popolazione assistita e l'aumento dei costi nell'assistenza hanno determinato negli anni grandi cambiamenti organizzativi e gestionali assistenziali.

Il processo di riforma avviato negli anni '90 e primi anni 2000, finalizzato al recupero di efficienza e efficacia del sistema sanitario, ha determinato un nuovo assetto istituzionale ed una nuova configurazione organizzativa. In questo nuovo contesto nasce l'esigenza di avere nuovi strumenti e modelli gestionali dell'assistenza sanitaria, capaci di coniugare la qualità dell'offerta dei servizi sanitari contenendo i costi (Rebora et al, 2007; Anselmi, 1997, 2003; Borgonovi 2000, 2002; Fattore, 2004; Lega, 2006; Anessi Pessina, Cantù, 2007).

Negli ultimi anni, il Sistema Sanitario di Sistemi Sanitari Regionali ha cercato nuovi modelli gestionali organizzativi, nuove modalità di erogazione dei servizi sanitari in linea con le nuove esigenze del sistema economico sociale in continua evoluzione (Borgonovi, 2002; Amatucci et al, 2007; Cappellaro, Marsilio 2007; Galdiero, 2009). La funzionalità dei servizi sanitari, in termini di efficienza, qualità e appropriatezza, dovrebbe essere uniforme su tutto il territorio nazionale ma purtroppo la diversità regionale è legata necessariamente al livello dei bisogni sanitari, alla tipologia di popolazione e alle risorse disponibili. Le Regioni del Sud presentano i peggiori indici (Basilicata, Sicilia, Sardegna, Puglia e Calabria) mentre quelle del Centro-Nord si collocano sui livelli più elevati (Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia e Toscana) (Boni, 2007).

L'indice di performance totale dei SSR è costituito da tre indicatori: i risultati gestionali (gestione ed efficienza ospedaliera), i risultati di processo (appropriatezza, qualità e responsività) e i risultati finali di salute. Una valutazione sintetica di queste tre dimensioni evidenzia che le Regioni con i migliori indici di performance totale si trovano nel nord e nel centro (Lombardia, Umbria, Emilia Romagna, Friuli V.G. e Toscana) mentre quelle con indici peggiori sono nel Sud

(Puglia, Campania, Sardegna, Calabria e Sicilia) (Boni, 2007, p.281). Inoltre, le performance globali dei SSR sono proporzionate alle capacità di governance con l'eccezione positiva di Friuli-V.G. e Abruzzo e negativa di Calabria e Sicilia (Boni, 2007, p.282).

Le performance rappresentano i risultati che ogni SSR produce grazie all'implementazione di gestione e controllo della qualità. Le valutazioni delle performance si rendono necessarie per promuovere nei relativi contesti, una maggiore qualità nei servizi a fronte di un impegno corretto di risorse pubbliche. La necessità di valutare le proprie performance e la disponibilità di autonomia organizzativa da parte delle singole Regioni, ha messo in moto un forte attivismo, volto ad innovare sul piano degli assetti organizzativo istituzionali. Questo ha portato ogni Regione a scegliere un proprio assetto nel pieno rispetto del diritto nazionale alla tutela della salute.

La specificità dei processi sanitari e del modello organizzativo di sistema sanitario che si adotta rendono particolarmente complessa sia la progettazione sia la gestione del sistema organizzativo. Un modello organizzativo può essere il mezzo attraverso il quale ogni Regione cerca il giusto equilibrio tra le indicazioni normative con le logiche organizzative aziendali che si fondano sui principi di razionalità economica, di equilibrio fra bisogni da soddisfare e risorse disponibili. In questo senso, alcune Regioni hanno scelto un modello organizzativo per l'assistenza sanitaria che consenta loro di conseguire, a livello sia di sistema sanitario sia di azienda sanitaria, un maggiore livello di efficienza ed efficacia gestionale delle risorse disponibili con particolare attenzione alla qualità, all'equità e alla libertà di scelta. Le Regioni, forti del federalismo fiscale e sanitario hanno riorganizzato e razionalizzata la propria rete assistenziale, introducendo nuovi soggetti gestionali, creando livelli di coordinamento intermedio tra regione e aziende e accentrando a livello regionale alcune funzioni strategiche.

Molte Regioni invece, hanno iniziato sperimentazioni organizzative e dopo molti anni, ci sono evidenze relative a nuove soluzioni organizzativo-gestionali di assoluto riferimento per il nuovo SSN. In particolare sembrano prevalere tre modelli emergenti: *il Modello Toscano, il Modello Hub&Spoke e il Modello*

Lombardo. Questi tre modelli verranno illustrati successivamente presentando inizialmente l'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale seguito da una descrizione generale del modello organizzativo.

2.3.1 Il Modello Toscano

Il *Sistema Sanitario* della *Regione Toscana* assiste una popolazione residente di quasi 4 milioni di abitanti di cui quasi 400.000 sono stranieri. In Toscana, la popolazione anziana (soggetti di età uguale o superiore a 65 anni) è di quasi il 24% dei residenti totali, percentuale che potrebbe essere superata nei prossimi 10 anni secondo le stime dell'ISTAT. L'invecchiamento demografico della popolazione è legato alla diminuzione della fecondità, all'innalzamento della speranza di vita in tutte le classi di età e alla riduzione del tasso di mortalità. Anche in questa regione vi è un notevole aumento della speranza di vita come risultato del miglioramento della qualità di vita e dei progressi scientifici che comporta un aumento di anziani in buona salute. Gli indicatori della salute evidenziano che la salute dei cittadini toscani è buona, spesso meglio di altre regioni e sempre in miglioramento.

I dati di monitoraggio ministeriali relativi al 2012 dimostrano periodicamente che il SSSR Toscano si posiziona tra i cinque migliori sistemi sanitari regionali insieme all'Emilia Romagna, Piemonte, Veneto e Lombardia. Questo sistema sanitario ha saputo negli anni costruire e coniugare strategie, sfruttare opportunità di contesto nonché diverse iniziative regionali al fine di rendere sostenibile il proprio sistema.

Oggi, il SSSR Toscano si caratterizza per una forte centralità regionale gestionale delle strutture sanitarie mediante un accentramento delle scelte politiche sanitarie. Negli anni sono stati emanati diversi provvedimenti normativi regionali che hanno modellato nel tempo l'organizzazione del proprio SSSR. La L.R.n.72/1997⁷, riordina i servizi socio-assistenziali e sociosanitari integrati, promuovendo e coordinando interventi di politica sociale e relativa integrazione con i servizi sanitari ed altri servizi. Questa norma, nel costruire un sistema

⁷ Legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72 "Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio - assistenziali e socio - sanitari integrati"

integrato di servizi alla persona, individua tre soggetti organizzativi e attribuisce le competenze: al **comune** spettano funzioni amministrative dell'assistenza sociale e all'**USL** la gestione delle attività sanitarie e socio assistenziali di rilievo sanitario. Il **distretto** rappresenta la sede di organizzazione, integrazione ed erogazione dei servizi sociosanitari e socio assistenziali dei comuni e delle Usl.

Successivamente, la L.R. n.41/2005⁸ recepisce il nuovo quadro costituzionale e definisce “l’ambito territoriale delle Aziende Sanitarie Locali, istituendo 12 strutture quale articolazioni territoriali ciascuna delle quali si occupa di erogare servizi di assistenza sanitaria a una popolazione media di 306.421 utenti”[art.2, comma 1]. Le ASL vengono organizzati in distretti e presidi ospedalieri e hanno la funzione di garantire i livelli essenziali di assistenza, definiti nel programma nazionale e regionale, attraverso l’erogazione diretta delle prestazioni sanitarie ai propri assistiti oppure, attraverso l’acquisto delle stesse dalle Aziende Ospedaliere e da terze strutture pubbliche o private accreditate. Le dodici Aziende USL sono raggruppate in tre Aree Vaste (AV), rispettivamente AV Nord-Ovest, AV Sud-Est, AV Centro, ognuna dotata di Azienda Ospedaliera di riferimento [art. 9]. L’intero territorio delle Aziende USL è a sua volta, suddiviso in 34 Distretti che rappresenta la *struttura di base* del sistema sanitario regionale e dell’organizzazione aziendale e provvedono alla gestione e programmazione delle attività definite nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, comprese le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le attività di assistenza sociale delegate agli enti locali. La “zona-distretto” costituisce inoltre, il riferimento geografico per la costituzione delle Società della Salute (SdS) ed è il luogo dove si attua l’integrazione delle attività sociali e sanitarie svolte dalle aziende sanitarie e dai comuni e il coordinamento tra le attività ospedaliere, le attività territoriali e quelle di prevenzione. Le competenze di questo livello organizzativo sono: la valutazione dei bisogni sanitari e sociali della comunità, la definizione dei servizi necessari a soddisfarne i bisogni assistenziali, la valutazione dell’appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale e dai pediatri di

⁸ Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”

libera scelta nonché dai servizi gestiti direttamente dalla azienda Usl, la valutazione dell'attività di educazione sanitaria e di informazione all'utenza. Nel territorio di ogni zona-distretto vengono aggregate funzionalmente due strutture sanitarie:

- *Presidio Ospedaliero di zona* (insieme degli stabilimenti e dei reparti ospedalieri);
- *Presidio Territoriale di zona* (insieme dei presidi di erogazione delle attività assistenziali territoriali e specialistiche di primo livello, sociali e sanitarie).

Nella zona-distretto sono state avviate le sperimentazioni del nuovo modello organizzativo rappresentato dalle "unità di cure primarie". Esse rappresentano una modalità innovativa ed appropriata di risposta al fabbisogno sanitario, soddisfatto da un insieme di risorse professionali aziendali.

Nell'ambito del processo di razionalizzazione della gestione sanitaria, la Toscana ha istituito Consorzi trasformati successivamente in Enti per i Servizi Tecnico amministrativi di Area vasta (ESTAV) [art.100, L.R. 40/2005⁹]. Oggi queste organizzazioni sono enti del servizio sanitario regionale, dotati di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile e gestionale, le cui funzioni sono quelle non direttamente riconducibili alle prestazioni sanitarie e in particolare:

- approvvigionamento di beni e servizi;
- gestione dei magazzini e della logistica;
- gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche;
- gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni;
- organizzazione e gestione delle attività di formazione del personale;
- gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale;
- gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.

⁹ Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale".

All'Ente Regionale spettano inoltre, le funzioni di indirizzo e coordinamento delle Aziende Sanitarie e degli Enti per i Servizi Tecnico-amministrativi di Area Vasta.

Nel PSR 2005-2007 della Toscana viene istituita la "Società della Salute" (SdS), intesa come consorzio pubblico senza scopo di lucro, i cui soci sono le Aziende sanitarie locali e i comuni dell'ambito territoriale del proprio distretto. A questo soggetto organizzativo viene affidata la cura della salute con i relativi riferimenti fondamentali: l'integrazione sociosanitaria e la prevenzione che assicurano la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale. La SdS costituisce una forma innovativa di gestione unitaria dei servizi sociali e sanitari e governano tutte le attività socio-assistenziali, sanitarie, territoriali e specialistiche di base offerte dal SSR. Questa struttura organizza i servizi in maniera concentrata ed integrata e garantisce la presa in carico globale della persona, la continuità assistenziale ospedale-territorio e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

La SdS utilizza come strumento di programmazione il Piano integrato di Salute (Pis) che rappresenta l'atto fondamentale programmatico delle politiche sanitarie e sociale integrato a livello della Sds e della zona-distretto. Nel Pis vengono definiti: il profilo epidemiologico delle comunità locali (gruppi di popolazioni che per caratteristiche socio-economiche, etnico-culturali, residenziali, sono a maggiore rischio), gli obiettivi di salute e benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi zionali in linea con gli indirizzi regionali, tenendo conto del profilo di salute e dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali e le relative azioni attuative e valutative .

La L.R. n.60/2008¹⁰ individua il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) quale "atto unico di programmazione regionale che comprende l'assistenza sanitaria, sociale e sociosanitaria integrata". Il Piano Integrativo di Salute (Pis) invece, costituisce a livello locale e di distretto, l'atto programmatico della SdS delle politiche sanitarie e sociali. Gli strumenti programmatici

¹⁰ Legge Regionale 10 novembre 2008, n. 60 "Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale)".

individuati sono procedure e modalità di valutazione della qualità delle prestazioni e dei percorsi assistenziali.

Questa norma inoltre, prevede una conferenza regionale delle SdS che definisce le politiche regionali in materia sanitaria e sociale. Gli organi della SdS sono:

- **L'assemblea dei soci** è l'organo più rilevante in termini di funzioni ad essa conferita: detta indirizzi, elegge i componenti della Giunta e il presidente dalla SdS, approva il PIS ed i provvedimenti degli atti istitutivi della SdS.
- **La giunta esecutiva** è composta da tre componenti (il presidente, il direttore generale dell'Azienda USL, un rappresentante dei soci che rappresentano i comuni), adotta gli atti amministrativi necessari della SdS, adotta programmi per la gestione e propone la nomina del direttore della SdS.
- **Il presidente** ha la rappresentanza generale del consorzio e nomina il direttore della SdS, compie gli atti demandati dallo statuto o delibere dell'assemblea dei soci, promuove la consultazione sugli atti di indirizzo e programmazione e funge da collegamento tra l'assemblea dei soci e la giunta esecutiva.
- **Il direttore** è nominato dal presidente della SdS e deve avere determinati requisiti soggettivi; il suo incarico è regolato da un contratto di diritto privato. Le sue funzioni sono la direzione amministrativa e finanziaria della SdS, predisporre il Pis, la relazione annuale della SdS, il bilancio di previsione, il bilancio di esercizio ed altri atti di competenza.
- **Il collegio sindacale** è nominato dall'assemblea dei soci ed è composto di tre membri di cui uno designato dall'azienda USL ed esercita il controllo sulla regolarità contabile e finanziaria della gestione della SdS.
- **La conferenza regionale** delle SdS è un organo che definisce le politiche regionali in materia sanitaria e sociale e coordina la programmazione a livello regionale e locale. Ha una funzione consultiva e propone criteri per il riparto delle risorse attribuite dal piano sanitario e sociale integrato regionale. Ha inoltre una funzione ausiliare sulla determinazione che la

Giunta assume in ordine al fondo sanitario regionale, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza, ai criteri di riparto del fondo sociale regionale.

Il SSR toscano orienta la propria azione al "concorso dei soggetti istituzionali e partecipazione delle parti sociali" negli atti della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale, il cui valore fondante è *l'integrazione delle politiche sanitarie sociali con le politiche settoriali* finalizzata sia alla promozione della salute che al benessere degli individui.

Il SSR Toscano utilizza il *Fondo Sociale Regionale* (FSR) come principale strumento finanziario regionale per lo sviluppo omogeneo sul territorio del sistema degli interventi e dei servizi sociali. Il FSR è composto a sua volta, dal Fondo Regionale di Assistenza Sociale (FRAS) ed il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) e viene suddiviso in tre modi:

- ***trasferimenti ordinari alle SdS/Zone distretto*** (quota non inferiore all'80% del totale) a carattere contributivo e perequativo, rispetto all'impegno finanziario dei Comuni e degli Enti Locali, per il mantenimento ed il sostegno del sistema degli interventi e dei servizi sociali in particolare per l'attuazione degli obiettivi di servizio correlati ai Livelli Essenziali di Prestazione di assistenza sociale;
- ***fondo di solidarietà interistituzionale*** per sostenere le SdS/zone distretto (quota non inferiore al 10% del totale) per interventi urgenti non programmabili che creano squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione delle prestazioni;
- ***interventi di interesse regionale*** che assumono valenza di strumenti di qualificazione del sistema e di progressiva attuazione dei Livelli Essenziali delle prestazioni, di sperimentazione di azioni trasversali e di interventi conseguenti ad obblighi di legge (utilizzando le risorse non destinate agli interventi precedenti e comunque non superiore al 10% del totale);

Le Aziende Sanitarie Locali (ASL) sono finanziate a quota capitaria, mentre gli ospedali, fatta eccezione per i presidi a gestione diretta, sia pubblici che privati, sono finanziati sulla base dell'attività sanitaria erogata. Il finanziamento della ASL dipende dal Fondo ordinario di gestione Aziende USL e ripartito a livello regionale per l'85% tra i livelli e i sottolivelli di assistenza in quote

determinate, tenendo conto delle risorse effettivamente impiegate negli esercizi precedenti, corrette da indicazioni programmatiche e depurate delle quote finalizzate relative ai fondi speciali, che non si distribuiscono uniformemente tra tutti i livelli di assistenza. Il fondo ordinario attribuisce le seguenti quote: il 42% è destinato all'assistenza ospedaliera, il 53% all'assistenza territoriale mentre il 5% restante alla prevenzione (PSSR, 2012-2015).

Le Aziende Ospedaliero Universitarie (AOU) sono finanziate in via principale dalla remunerazione delle prestazioni erogate e valorizzate in base ai tariffari regionali. La Regione attua una politica tariffaria tendente a incentivare o a disincentivare forme di erogazione, o particolari prestazioni, al fine di ottenere maggiori livelli di appropriatezza e di favorire la concentrazione delle funzioni di alta specializzazione nelle aziende ospedaliere. L'entità dei trasferimenti tra ASL USL ed Aziende Ospedaliero Universitarie può essere regolata, in sede di concertazione di area vasta, da accordi tra le stesse, in cui si possono determinare i volumi massimi erogabili per settore di prestazioni e il livello atteso, i valori tariffari particolari anche articolati per percorsi assistenziali, i sistemi alternativi di pagamento per funzioni assistenziali particolari ed i volumi finanziari di scambio onnicomprensivi, definiti in base a volumi di prestazioni complessivamente predeterminati. Le Aziende Ospedaliero Universitarie inoltre, ricevono specifici finanziamenti per le attività non adeguatamente remunerate dal sistema tariffario (ad esempio attività di DRG di alta specialità) e possono anche ricevere fondi per l'integrazione nella rete formativa delle aziende sanitarie.

Il finanziamento delle SdS e delle zone-distretto utilizza criteri specifici quali la popolazione per fasce omogenee di età, la disoccupazione, l'immigrazione, i redditi dei singoli e/o famiglie, la povertà e altri indicatori ritenuti confacenti agli obiettivi prefissati.

Il PSSR regola i volumi massimi erogabili per settore di prestazioni e/o valori tariffari particolari, i sistemi alternativi di pagamento per funzioni assistenziali particolari ed i volumi finanziari di scambio onnicomprensivi, definiti in base a volumi di prestazioni complessivamente predeterminati (Zangrandi, 2008). A livello di Area Vasta è inoltre fissato un tetto, al di sopra del quale, le compensazioni per prestazioni erogate a cittadini toscani non residenti nelle ASL

afferenti all'Area Vasta non sono rimborsate (tetto definito nel 2%). Le strutture accreditate private sono considerate presidi dell'ASL territoriale, la quale definisce un tetto di produzione che riguarda tutta la produzione erogata in favore dei cittadini toscani.

Negli ultimi anni, la Toscana ha affrontato numerose iniziative di riorganizzazione, di razionalizzazione e di eliminazione degli sprechi del proprio sistema sanitario puntando sempre sull'appropriatezza, la qualità, la produttività e iniziativa, tutti pilastri del PSR. L'ultima crisi economica ha fortemente influenzato il SSSR e compromesso l'efficienza, la qualità e l'efficacia delle cure erogate. Per questo il governo regionale toscano ha cominciato a progettare un nuovo servizio sanitario principalmente rivedendo la rete ospedaliera e la rete territoriale, investendo nel capitale umano, in tecnologia e ricerca, promuovendo l'innovazione e ripensando gli approcci diagnostico-terapeutici secondo i propri bisogni al fine di sostenere gli effetti della crisi sulla salute della popolazione toscana ed un maggior carico di malattia e bisogno di cure.

Il **Modello Toscano** sperimentato nella Regione Toscana pone il focus sull'integrazione tra sistema sanitario e sistema sociale (e tra pubblico e privato non profit) sulla base di una programmazione unica della sanità territoriale. La complessità del modello toscano discende dall'approccio interdisciplinare dei diversi profili (gestionali, economico-finanziari, sociologici e contenutistici) e relativi fattori. C'è anche una complessità di natura oggettiva, di tipo strutturale, che riguarda la pubblica amministrazione con problemi legati alla specificità del welfare assistenziale e sanitario.

La Regione Toscana, dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, decide di sperimentare un nuovo modello organizzativo del sistema sanitario e sociale promuovendo particolari organismi consortili introdotti con il PSSR 2002-2004. Questi organismi sono denominati "Società della Salute" (SdS) e sono "*consorzi pubblici, senza scopo di lucro, i cui titolari sono le Aziende sanitarie locali e i comuni*". A questo soggetto organizzativo viene affidata la cura della salute con i relativi riferimenti fondamentali: *l'integrazione sociosanitaria e la prevenzione che assicurano la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la*

continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale. Sono deputati al governo dei sistemi territoriali in riferimento ad un proprio Piano integrato di salute (PIS) e precisi suddivisione di competenze tra USL, distretto e comune di riferimento” (Campedelli et al., 2009).

Nel panorama nazionale le SdS rappresentano una soluzione organizzativa inedita dell'assistenza sanitaria che sviluppa l'integrazione del sistema sanitario con quello socio assistenziale al fine di offrire ai cittadini risposte unitarie ai bisogni sociosanitari e assistenziali.

Nel modello Toscano sono di particolare importanza gli strumenti della programmazione sanitaria e le responsabilità individuate dei soggetti istituzionali ed enti locali e il relativo coinvolgimento dei diversi attori del SSR. Il modello possiede un unico strumento di *"programmazione sanitaria e sociale integrata"* (PSSI) contenuto in un *"Piano sanitario e sociale integrato regionale"* (PSSIR) quale atto unico di programmazione regionale che comprende l'assistenza sanitaria, sociale e sociosanitaria integrata. A livello locale invece, il PIS costituisce l'elemento innovativo per ogni SdS e comprende il profilo epidemiologico delle comunità locali a livello di distretto, gli obiettivi di salute e benessere, i relativi standard qualitativi e quantitativi, le azioni, le risorse, la rete dei servizi e gli interventi attivati sul territorio. La previsione di un unico Piano in sostituzione dei due precedenti (PSR e PISR) ha richiesto la revisione della normativa e per coerenza l'allineamento organizzativo.

La programmazione socio-sanitaria integrata oltre ad avere un ruolo strategico nella gestione del welfare toscano, rappresenta per la Regione un punto d'arrivo di un lungo percorso legislativo. La programmazione ha considerato inoltre, una norma per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri al fine di governare il fenomeno migratorio e costituito un fondo regionale per la non autosufficienza che tiene conto di due concetti: quello di autonomia e quello di multidimensionalità del fenomeno dell'autonomia.

L'individuazione dei vari livelli di programmazione, la complessità del modello, la volontà politica di fondare la programmazione su tale modello, sono prerequisiti per la costruzione del PIS e la costituzione della SdS. L'integrazione sociosanitaria è un tipico campo sperimentale di politiche pubbliche di welfare. Le

SdS grazie alla governance tra sanitario e sociale e tra pubblico e privato non profit nella differenza dei ruoli, alla programmazione unica della sanità territoriale, del socio assistenziale e del sociosanitario sono la forma gestionale più avanzata dell'integrazione sociosanitaria. L'integrazione in Toscana porta all'attivazione di azioni volte alla riduzione-riequilibrio del sistema sanitario stesso.

La governance può costituire per le SdS la modalità pratica di rendere effettiva la capacità di governo dei sistemi territoriali conservando la capacità di risposta ai bisogni, sostenibilità e qualità dei servizi. La regione Toscana ha coinvolto e responsabilizzato sempre di più i soggetti pubblici e privati, cittadini e istituzioni nel governo del settore sociale e sanitario finalizzato a realizzare i "sistemi locali di salute". La governance del sistema è assicurata da una normativa recente, da un Piano integrato di salute e dal processo di integrazione istituzionale, gestionale, professionale e comunitaria della regione.

La sperimentazione delle SdS è giustificata dai seguenti motivi: dall'integrazione delle politiche, dal decentramento regionale verso i comuni della governance, della programmazione e del controllo delle politiche sanitarie e dalla centralità dell'azione sui determinante della salute.

La riforma sanitaria e sociale toscana ha infatti un forte contenuto processuale in continua evoluzione, e tutt'oggi coinvolge e responsabilizza sempre di più i soggetti pubblici e privati, cittadini e istituzioni nel governo del settore sociale e sanitario finalizzato a realizzare un sistema di welfare universalistico sempre più efficiente, aperto a tutti coloro che vivono sul territorio.

2.3.3 Il Modello Lombardo

Il *Piano Sanitario Regionale della Lombardia* rappresenta il documento guida sull'organizzazione del sistema sanitario della propria regione. La Regione Lombardia regola la sanità pubblica che controlla e finanzia direttamente. La governance regionale ha la missione di guidare l'intera rete pubblica coordinando il sistema sanitario con l'azione sociale dei comuni. La missione della Regione è la tutela della salute e del benessere psicofisico, di conseguenza disciplina e sviluppa tutta la filiera del welfare.

Il cambiamento normativo a livello nazionale ha consentito alla Lombardia, mediante la L.R.31/1997¹¹, di riorganizzare la propria rete delle aziende ospedaliere distinguendosi dagli altri sistemi sanitari regionali. Il modello di sistema sanitario regionale prevede una pluralità di soggetti erogatori, pubblici e privati accreditati, che possono operare in concorrenza e vengono premiati se attraggono il maggior numero di pazienti, seguendo il principio “*money follows the patients*”. I consumatori sono liberi di scegliere fra i soggetti erogatori che vengono retribuiti successivamente in funzione delle prestazioni sanitarie erogate. Nel 2002 il sistema sanitario regionale viene rivisto con lo scopo di limitare il numero di soggetti erogatori accreditati e di introdurre accordi contrattuali con limite di spesa come già avviene in altre regioni italiane.

Il PSSR 2002/2004 ha puntato la sua attenzione sulla riqualificazione della rete di offerta riordinando la rete di urgenza – emergenza, tracciando la strada per la riqualificazione della rete ospedaliera per acuti, individuando azioni per il governo degli ospedali pubblici e completando il sistema di autorizzazione e accreditamento a tutta la rete socio sanitaria. Il piano ha posto le fondamenta per la costruzione della seconda fase attuativa della L.R.31/1997. Questa fase è stata definita come la fase della qualità e appropriatezza attraverso il coinvolgimento e la corresponsabilizzazione di tutti i soggetti che operano nel sistema.

Il nuovo modello sanitario della Regione Lombardia evidenzia la separazione delle funzioni di produzione e di acquisto dei servizi, dove le ASL concentrano il proprio ruolo nelle funzioni di programmazione finanziaria, acquisto e controllo. Per quanto riguarda le Aziende Sanitarie ospedaliere si prevede la graduale trasformazione in fondazioni, con la partecipazione di soggetti pubblici e privati no profit, fermo restando il ruolo maggioritario della partecipazione delle istituzioni pubbliche e consentendosi il trasferimento delle aziende ospedaliere regionali agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Queste scelte regionali hanno consentito di sviluppare un sistema sanitario efficiente, di elevato livello qualitativo sul piano della diagnosi, cura e prevenzione e un innovativo modello di servizio e di accesso alle cure con un sofisticato sistema di controlli.

11 Legge Regionale 11 luglio 1997, n. 31 “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”.

Il sistema sanitario lombardo è caratterizzato storicamente da rilevanti livelli di eccellenza sul versante ospedaliero. Negli ultimi anni però si è indebolita la rete dei servizi territoriali a causa della debolezza istituzionale e organizzativa delle Asl creata dal trasferimento di risorse umane e dei servizi territoriali specialistici negli Ospedali Aziende.

L'ultimo assetto istituzionale regionale dei servizi sanitari e socio sanitari si compone di Asl, di Ospedali regionali, di Ospedali dipendenti dallo stato, di Ospedali privati e di Strutture socio sanitarie di medie e piccole dimensioni (pubblici e privati, profit e non profit). Il sistema è basato su una logica competitiva tra le strutture che non ha favorito una focalizzazione delle strutture e l'ottimizzazione delle dotazioni infrastrutturali. Non esiste un meccanismo di coordinamento e di messa in rete delle strutture socio sanitarie e gli utenti accedono ai servizi direttamente per propria scelta.

Nella Regione Lombardia si focalizza anche la questione dell'autonomia e la qualità del top management. Negli ultimi anni si è verificata una politica di grande stabilità dei direttori generali ricercando anche il mantenimento degli equilibri politici. La lunghezza dei contratti è superiore a quella delle altre regioni, nessun direttore è stato rimosso dall'incarico prima del mandato e pochi direttori vengono da fuori regioni.

Il PSN 2006-2008 promosso dagli assessorati alla sanità e alla famiglia riafferma l'impostazione regionale dell'organizzazione sanitaria e sociale. Da questo piano emerge con chiarezza l'attivazione, sulla rete ospedaliera, di sperimentazioni gestionali e di collaborazioni pubblico-privato e la trasformazione in Fondazioni delle Aziende Ospedaliere atte a favorire l'assunzione della responsabilità economica gestionale. Si confermano e si rafforzano alcuni concetti come il sistema di accreditamento di tutti gli erogatori (pubblici e privati) e il ruolo dell'Asl attraverso il modello PAC (Programmazione, acquisto e Controllo) sull'esternalizzazione delle funzioni di produzione ed erogazione delle prestazioni.

Il PSSR 2007-2009 ha indicato come priorità il miglioramento continuo dei risultati per mantenere il SSR tra quelli con standard più elevati in ambito europeo, migliorando la cura, perfezionando il servizio urgenza-emergenza,

rafforzando l'attività di prevenzione, sviluppando l'attività di ricerca, valorizzando il personale sanitario e perfezionando la rete di controlli.

Per quanto riguarda i dati generali del SSR, la Lombardia è una delle più virtuose nell'ambito del SSN che garantisce sia il pareggio di bilanci sia prestazioni sanitarie adeguate dal punto di vista quantitativo e qualitativo (OASI, 2012). La produzione sanitaria privata accreditata assorbe il 30% circa del Fondo sanitario Regionale con una spesa al di sopra della media nazionale per quanto riguarda le prestazioni specialistiche, per i ricoveri e per l'assistenza convenzionata e accreditata.

Il sistema sanitario della Lombardia serve 9,8 milioni di persone, pari al 16,3% della popolazione nazionale. Eroga due milioni e mezzo di ricoveri all'anno e 150 milioni di prestazioni ambulatoriali; il 17,9% degli utenti ha più di 65 anni mentre il 16,5% dei pazienti sono bambini tra 0 e 13 anni (OASI, 2012, su dati ISTAT, 2012). Il tasso di attrazione del SSR lombardo per i ricoveri di pazienti (circa il 20% del totale) è il più alto del paese e i grandi ospedali dell'area milanese, privati e pubblici, sono specializzati in questo segmento di mercato. Questo determina un processo virtuoso sia per la Lombardia che per gli stessi ospedali mentre per le Regioni "esportatrici" comporta emorragia di risorse e professionalità, impossibilità di investire e innovare. Le strutture private coprono il 30% dei ricoveri ospedalieri (11% dalla regione e 19% fuori regione) e presentano un tasso di attrattività elevato di oltre il 50%. Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) coprono invece il 20,1% dell'offerta complessiva dei posti letto regionali rispetto al 7% a livello nazionale. L'offerta sanitaria lombarda è d'eccellenza ed è anche frutto di una dotazione infrastrutturale, di buona razionalità complessiva, grazie a una significativa politica di investimento.

Il sistema sanitario regionale è finanziato da una quota nazionale per abitante quindi il finanziamento è uniforme e la spesa sanitaria pubblica si colloca nella media delle nazioni occidentali (6,4% del PIL). Il totale della spesa sanitaria (quella pubblica più quella privata sostenuta direttamente dai cittadini) è pari al 8,5% del PIL (Germania 10,6%, UK 7,3%, media EU 8,7%, USA 14%). La spesa sanitaria della Regione Lombardia durante il periodo 1995 – 2006 è cresciuta del

98,4% confermando una dinamica evolutiva simile a quelli di tutti gli altri paesi OCSE. La Spesa sanitaria lombarda nel 2011 ha raggiunto il 62,61% della spesa regionale totale che sale al 76,22% se si aggiunge la quota regionale di concorso al Fondo di solidarietà per il riequilibrio fra le regioni (Relazione Corte dei Conti, 2011).

La quota di sanità privata a pagamento diretto da parte degli utenti è pari al 2,1% del PIL: il sistema pubblico copre il 76% dei consumi sanitari. Il PIL Lombardo è tra quelli più alti del paese e l'incidenza della spesa pubblica per la sanità in Lombardia è inferiore alla media nazionale. Dai dati illustrati emerge che non c'è correlazione tra il tenore di vita e il loro livello di spesa per la sanità pubblica mentre il rispetto dei vincoli di spesa spiega il ricorso della Regione alla sanità privata pagata dai pazienti.

Negli anni, la regione ha impostato una configurazione istituzionale di SSR molto accentrata, disciplinando la programmazione del sistema e controllando la corretta esecuzione da parte delle aziende, al fine di garantire un attento presidio all'equilibrio di bilancio e lo sviluppo di tutti i processi produttivi misurabili. Il meccanismo utilizzato per raggiungere questi obiettivi è quello della stipula di contratto di fornitura tra ASL e Aziende Sanitarie (pubbliche o private) di prestazioni sanitarie (quote) a tariffa deliberata dalla giunta regionale.

Il SSSR Lombardo si è delineato attraverso una serie di provvedimenti a partire della Legge di riordino sanitario del 1997 che introduceva il principio di scelta da parte del cittadino e la parificazione tra pubblico e privato, per giungere a provvedimenti di collaborazione pubblico-privato e di privatizzazioni delle strutture ospedaliere del Servizio Sanitario Regionale. L'attuale configurazione istituzionale si è definita principalmente in due fasi, avvenute dal 1996 al 30/06/2012 con il seguente iter legislativo:

- **1997:** *Definizione dei nuovi ambiti territoriali delle ASL (L.R. 31/97).*
- **1997:** *Costituzione di 11 nuove AO (DCR 742/97).*
- **1998:** *Costituzione dell'ASL di Vallecamonica-Sebino (L.R. 15/98).*
- **2002:** *Costituzione di 2 nuove AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (DCR 401/02).*

- **2003:** *Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (DCR 747/03).*

L'attuale rete sanitaria lombarda è composta da una serie di attori erogatori di prestazioni sanitarie di base e specialistiche. Questi sono:

- **Aziende Ospedaliere Pubbliche:** Sono ospedali di rilievo regionale o interregionale costituiti in Aziende in considerazione delle loro particolari caratteristiche. L'offerta dei servizi è molto ampia e diffusa sul territorio ed è erogata da 29 Aziende Ospedaliere pubbliche che garantiscono la presenza della sanità pubblica in tutta la regione.
- **Strutture Sanitarie Accreditate e a Contratto (convenzionate):** Sono strutture che, rispondendo a requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi generali e specifici stabiliti dalla Regione Lombardia, possono chiedere di stipulare un contratto con l'ASL territorialmente competente per l'erogazione dei servizi sanitari i cui costi sono a carico del Ssr. Questi accordi sono stati introdotti con la L.R. 31/1997 e i requisiti di accreditamento sono i medesimi, sia che si tratti di strutture pubbliche o di strutture private. Queste strutture comprendono le Case di Cure, le strutture di ricovero a ciclo diurno, le strutture ambulatoriali, le strutture psichiatriche private, ambulatori e studi professionali.
- **Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico:** Sono enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica (complessivamente sono 18 strutture di cui 5 pubblici e 13 privati), che secondo gli standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca clinica e traslazionale, in ambito biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. Attraverso gli IRCSS, il SSN assicura un servizio avanzato e una specificità precisa. La loro attività ha per oggetto aree di ricerca ben definite sia che abbiano ricevuto il riconoscimento per una singola materia (IRCCS monotematici) sia che l'abbiano ricevuto per più aree biomediche integrate (IRCCS politematici). Dal 2003 gli IRCSS di diritto pubblico possono essere

trasformati in Fondazioni di rilievo nazionale, aperti alla partecipazione dei soggetti pubblici e privati.

- **Azienda Sanitaria Regionale Emergenza Urgenza (AREU):** L'AREU è un'Azienda Sanitaria regionale attivata il 2 aprile 2008 (Delibera n° VIII/6994 della Giunta regionale) con il compito di promuovere l'evoluzione del sistema di emergenza e urgenza sanitaria (SSUEm 118) sviluppando l'integrazione a rete, dell'assistenza intra ed extraospedaliera e fornendo valore aggiunto alla gestione delle patologie acute e complesse (infarto del miocardio, ictus, trauma cranico, ecc). La sua mission è di garantire, implementare e rendere omogeneo nel territorio della Regione, il soccorso sanitario di emergenza urgenza, anche in caso di maxiemergenze; ha inoltre il compito di coordinare il trasporto di persone, organi e tessuti, le attività trasfusionali, di scambio e compensazione di sangue ed emocomponenti.
- **Aziende Sanitarie Pubbliche:** Costituiscono i punti di contatto tra la rete sanitaria e il cittadino. Nella Regione Lombardia sono presenti 15 ASL suddivise in distretti territoriali. Offre servizi di primaria importanza per tutti i cittadini in tema di prevenzione e di gestione di servizi sanitari a tutti i cittadini.
- **Centri di Prevenzione e Cura:** Rappresentano i centri specialistici per la promozione, prevenzione e cura volti a garantire la miglior qualità assistenziale per i cittadini affetti da una determinata patologia. L'offerta sanitaria comprende i Centri per la Salute Mentale, i Centri Cure Palliative, i Centri per l'epilessia, i Centri per la Sordità, i Centri per il trattamento del tabagismo e i Centri di Cura Termali.

Tutte le strutture sanitarie della Regione Lombardia a sua volta sono organizzati utilizzando un modello a rete con tre livelli erogativi stratificati in base alla complessità delle cure:

- **Primo livello:** comprende la prevenzione, la medicina di base, l'attività socio sanitaria e di farmacia;
- **Secondo Livello:** eroga assistenza specialistica, diagnostica di primo e secondo grado, terapia ed assistenza ospedaliera generica

attraverso strutture ospedaliere periferiche e centrali, di grande e piccole dimensioni seguendo l'organizzazione territoriali;

- **Terzo Livello:** eroga assistenza ospedaliera a media e alta tecnologia per patologie acute.

Tutta la rete dei servizi sanitari si sviluppa secondo la logica del network della patologia con costante monitoraggio delle evidenze epidemiologiche regionali.

Da un punto di vista organizzativo, il sistema regionale presenta alcune tendenze strutturali comuni ad altri sistemi regionali (ad es. accorpamento delle ASL e riduzione dei Posti Letto per acuti), ma con velocità diverse e altrettante forze centrifughe a livello regionale ultimamente accelerate per effetto del federalismo.

Per quanto riguarda il numero di strutture erogatrici di servizi sanitari in Lombardia, si evidenzia una maggioranza di strutture sanitarie private nel quinquennio 2005-2009 a fronte di una diminuzione delle strutture sanitarie pubbliche mentre il numero di IRCCS privati ha quasi raggiunto quelli pubblici. Il numero dei posti letto nello stesso periodo si è ridotto del 1,07% (da 46.290 a 45.796) a dimostrazione della razionalizzazione e contenimento dei costi che è stata imposta dagli accordi relativi al Patto per la Salute. La riduzione ha riguardato principalmente il settore pubblico, passati da 32.495 a 31.405 (-3,35%), mentre quelli del settore privato sono aumentati passando dai 13.795 del 2005 ai 14.391 del 2009 (+4,32%)¹². Secondo i dati disponibili più recenti, il personale dipendente delle ASL, al netto di quello impegnato nei presidi ospedalieri a gestione diretta, è in Lombardia l'1,4 per 1000 abitanti con una media nazionale di 3. Il personale con cui si gestiscono le attività extra ospedaliere è anch'esso diminuito probabilmente dovuto alla modificazione nei contratti di lavoro e dal ricorso all'outsourcing (36,3%).

Uno degli elementi caratterizzanti della politica dell'offerta è la differenziazione dei servizi che si è manifestata negli ultimi anni. La struttura dell'offerta in posti letto si è sicuramente modificata ma ancora di più sono state le modalità di svolgimento delle attività. La modalità di offerta è radicalmente

¹² Corte dei Conti Sezione regionale di controllo per la Lombardia. Direzione Generale Sanità Regione Lombardia. Relazione sulla Spesa sanitaria Regionale. Anno 2011.

cambiata, le tipologie di attività e la organizzazione del lavoro. Questo rilevante cambiamento, presente in modo differente in tutta la Regione Lombardia, denota la capacità di un sistema di modificarsi e di sviluppare un insieme di servizi orientati in modo differente. Questo cambiamento, che ha investito in molteplici aspetti tutta la struttura di offerta, è da ricollegarsi a numerosi aspetti legati sia al progresso delle tecnologie e delle conoscenze in medicina che alle politiche regionali che hanno identificato specifici obiettivi, tra cui il più eclatante in questo campo, l'ingresso di nuovi soggetti accreditati nel sistema.

In linea generale i posti letto sono diminuiti con conseguente incremento delle attività di day hospital e ambulatoriali. Inoltre, tra i numerosi servizi introdotti, bisogna citare il Voucher socio-sanitario che rappresenta un contributo economico non in denaro, sotto forma di “titolo di acquisto”, erogato a livello regionale attraverso le ASL. Questo voucher può essere utilizzato esclusivamente per comprare prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata erogate da personale professionale qualificato (caregiver professionale) o dalle residenze sanitarie per anziani (RSA). Questo servizio rappresenta per la Lombardia lo sviluppo di servizi socio sanitari residenziali in continuità con la riabilitazione.

Le politiche della qualità, la differenziazione delle prestazioni, la stessa dinamica della domanda determinano un continuo e rilevante cambiamento che attraverso politiche di accreditamento e tariffarie, ha trovato una certa flessibilità dovuta alla significativa presenza di strutture sanitarie non pubbliche. In altri termini è possibile ipotizzare che una certa competizione tra strutture (pubbliche e private) abbia permesso un'accelerazione nei processi di cambiamento sia nelle strutture pubbliche che in quelle private. Questo insegnamento, non uniforme a livello regionale deve essere considerato nel futuro perché i processi di cambiamento e l'articolazione della domanda saranno importantissimi nei prossimi anni. La necessità di modificare l'offerta sostituendo ricoveri con altre forme potrà essere di successo se, le aziende ospedaliere, soprattutto quelle pubbliche, saranno in grado di flessibilizzare l'offerta modificando l'allocazione delle risorse.

Di recente, la Regione Lombardia ha pubblicato il “Libro Bianco” – Proposte di sviluppo del Servizio Sanitario e Sociosanitario Lombardo – (Regione

Lombardia, Commissione Sviluppo Sanità, 30 giugno 2014) nel quale presenta un progetto che punta a far diventare la Regione Lombardia, la prima regione europea per risultati e qualità in ambito sanitario e socio-sanitario. Questo progetto vuole tenere alto il livello di eccellenza delle strutture ospedaliere e sanitarie lombarde, ponendo attenzione ai nuovi bisogni di salute emergenti della popolazione lombarda.

Nella proposta si evidenzia che la Regione Lombardia ha un Sistema Sanitario e Sociosanitario che serve una popolazione di quasi 10 milioni di persone equivalente ad un quinto della popolazione italiana e superiore al dato di 17 dei 28 Paesi europei. In questi anni ha garantito i LEA in maniera adeguata nonostante l'aumento significativo di prestazioni ambulatoriali e la riduzione del numero di pazienti ricoverati sebbene la popolazione è aumentata di quasi un milione di unità. Si evince inoltre che, dal confronto internazionale, la Lombardia spende meno, in proporzione al PIL, per il proprio servizio sanitario, svantaggiata anche da un riparto del FSN che non tiene conto dell'entrata tributaria di ciascuna regione. I cambiamenti collegati all'allungamento della vita, l'invecchiamento della popolazione, le innovazioni tecniche e tecnologiche, l'accessibilità alle cure, la nuova percezione del diritto alla salute hanno generato un cambiamento sociale radicale. La Regione Lombardia di fronte a questo cambiamento ha progettato lo sviluppo dell'attuale sistema verso un modello che rappresenta una grande opportunità per la rete di offerta sanitaria e sociosanitaria in una fase di trasformazione del modello di welfare.

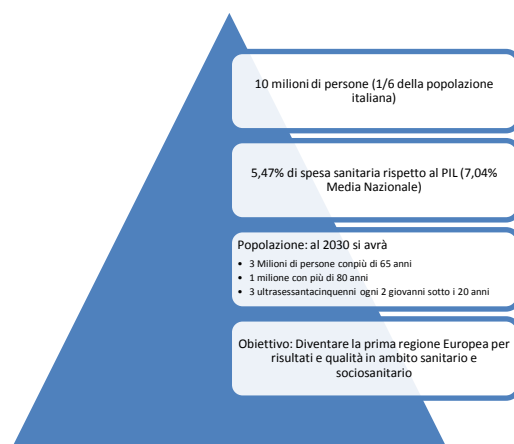


Figura 1 Situazione e obiettivi del SSSR Lombardo

Il SSSR lombardo è una eccellenza riconosciuta a livello internazionale e rappresenta un modello di efficienza nella gestione delle risorse, nella qualità delle cure offerte, nella prestazione dei servizi. Il Programma Regionale di Sviluppo 2013/2018 (PRS) nell'ambito della programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali, proponeva una serie di azioni di miglioramento-risultati attesi per il proprio sistema, in un'ottica di continuità con il Modello Lombardo comprendente le seguenti azioni:

- Promozione di una rete di unità di offerta qualificata;
- Adeguamento del sistema di accreditamento e controllo;
- Ottimizzazione dell'organizzazione territoriale;
- Sviluppo della continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- Differenziazione della rete di offerta sociosanitaria secondo il criterio dell'intensità assistenziale.

Nella proposta di sviluppo del proprio SSSR, la Lombardia dichiara i principi del Sistema Sanitario e Sociosanitario Regionale posti alla base della programmazione e della gestione del sistema, di seguito enunciati:

- Rispetto per la dignità della persona e dell'equità di accesso al Sistema Sanitario;
- Orientamento al prendersi cura della persona nel suo complesso, nell'ambito di un SSR basato sull'integrazione della prevenzione, dei diversi livelli di assistenza sanitaria, degli interventi sociosanitari e sociali;
- Promozione della partecipazione consapevole dei cittadini e delle comunità nei percorsi di prevenzione, di cura e assistenza;
- Promozione degli indicatori di esito e di qualità del sistema sanitario;
- Sussidiarietà orizzontale che garantisca l'accessibilità dei cittadini ai soggetti accreditati privati e pubblici, nell'ambito della programmazione regionale e il concorso degli stessi soggetti alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria;
- Partecipazione del volontariato, dei benefattori e del terzo settore alla gestione del sistema e all'attività di ricerca sanitaria.

Lo sviluppo del Sistema Sanitario e Sociosanitario Regionale contenuto nel Libro Bianco prevede inoltre, linee strategiche e indirizzi orientati dai seguenti principi guida:

- Conferma della specificità culturale e sociale lombarda quale l'affermazione della scelta libera e consapevole, da parte dei cittadini, delle strutture sanitarie e sociosanitarie alle quali affidarsi per l'assistenza;
- Passaggio dalla "cura" al "prendersi cura" mediante una migliore e maggiore integrazione delle strutture del sistema sanitario e sociosanitario, i nuovi modelli assistenziali e modelli organizzativi pensati per migliorare il sistema e promuovere la salute;
- Privilegiare un modello di organizzazione che separi le funzioni della programmazione, dell'erogazione e del controllo del sistema al fine di misurare gli effetti e gli impatti assistenziali rispetto agli standard prestabiliti;
- Riorganizzazione del sistema sia negli assetti del governo regionale che sul territorio, definendo un nuovo modello che adegui il sistema sociosanitario al contesto attuale e lo proietti verso il futuro.

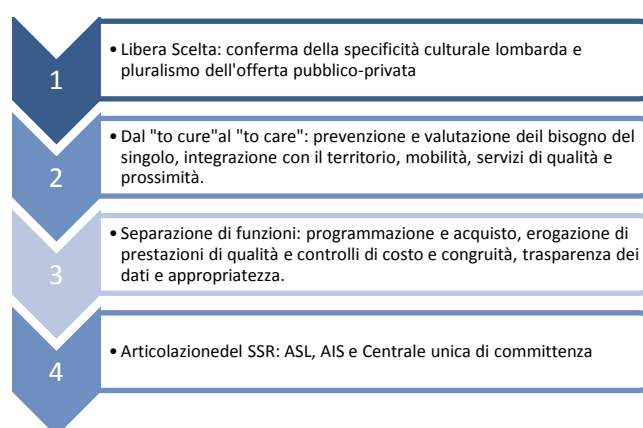


Figura 2 Principi Guida SSSR Lombardia

IL NUOVO SISTEMA SOCIO SANITARIO REGIONALE

Il progetto contenuto nel Libro Bianco prevede lo sviluppo dell'attuale sistema sanitario lombardo e rappresenta una valida proposta di riordino del proprio

sistema. Questo progetto intende formulare, in continuità con il modello lombardo, un nuovo riassetto che considera i soggetti organizzativi precedenti e introduce nuovi soggetti con identità e funzioni sinergiche e complementari.

1. **Regione Lombardia:** mantiene il ruolo di indirizzo generale e di governo del Sistema Sanitario e sociosanitario assicurando l'architettura organizzativa e le diverse funzioni di programmazione e acquisto, produzione e controllo. La regione persegue l'obiettivo della promozione di una cultura orientata all'appropriatezza clinica ed organizzativa, all'utilizzo efficiente delle risorse, alla valutazione della qualità dei servizi (accessibilità, efficacia e gradimento degli utenti), alla definizione del monitoraggio e controllo dei servizi, alla definizione di linee guida condivise. Per garantire il raggiungimento di questi obiettivi, la Regione si avvale di una struttura tecnica regionale di controllo e promozione dell'appropriatezza e qualità che promuove valutazioni di appropriatezza, qualità ed efficacia oltre a raccogliere, integrare ed elaborare dati e calcolare indicatori sanitari da fornire agli organi di governo e ai cittadini al fine di conoscere, valutare e scegliere in modo responsabile.
2. **ASL (Agenzie Sanitarie Locali):** rappresentano il livello alto della programmazione e garantiscono la corretta attuazione dei LEA per il proprio ambito territoriale di riferimento. In collaborazione con i Comuni, hanno funzioni di programmazione territoriale sanitaria, socio sanitaria e sociale, di accreditamento dei soggetti erogatori, negoziazione e contrattualizzazione, di controllo dell'appropriatezza delle attività di ricovero, specialistica ambulatoriale e attività sociosanitaria, di vigilanza dell'assistenza e della tutela della salute umana e animale.

Il livello programmatico delle ASL consente di definire la sintesi fra bisogni, rete di offerta e risorse disponibili. Le ASL aggregano a livello sovraziendale funzioni tecniche ed amministrative. La dimensione territoriale si basa su bacini territoriali più ampi con una maggiore popolazione al fine di sfruttare le sinergie della rete di offerta.

Le ASL diventano "Agenzie Sanitarie Locali" e svolgono inoltre un ruolo di coordinamento di network di Comuni con funzioni associate a livello

territoriale, quali la progettazione della rete sociosanitaria (sperimentazione di unità di offerta e di nuovi modelli gestionali) e la promozione di iniziative sociali.

La struttura organizzativa delle ASL è più snella rispetto a prima perché resta con le sole funzioni di programmazione e acquisto e vengono trasferiti alle AIS le funzioni di erogazione assistenziale. Obiettivo del riordino è lo sviluppo di un sistema che garantisca la continuità assistenziale e la presa in carico del paziente ad una corretta intensità assistenziale e nel luogo più vicino al paziente.

3. **AIS (Azienda Integrata per la Salute):** le AIS concorrono ad erogare le prestazioni sanitarie e sociosanitarie ricomprese nei Lea nel territorio di riferimento comprese le cure primarie (MMG e PLS), la continuità assistenziale, la specialità ambulatoriale, le attività di ricovero e di riabilitazione, le attività per la salute mentale e gli interventi socio sanitari (ADI, servizi per le dipendenze, medicina legale, consultori. L'AIS garantisce inoltre, tutti i servizi del sistema sanitario e sociosanitario regionale in concorrenza e in collaborazione con gli erogatori privati accreditati. L'aggregazione in un unico soggetto organizzativo come le AIS consente al SSR di assicurare una visione unitaria e integrata di tutti i livelli dell'intera filiera produttiva dei servizi sanitari e sociosanitari del sistema regionale (della prevenzione, delle acuzie e della cronicità).

L'Azienda è costituita da un polo territoriale e un polo ospedaliero.

Polo territoriale: svolge attività di prevenzione sanitaria e sociosanitaria ed eroga prestazioni di bassa complessità secondo un modello organizzativo e un sistema di finanziamento legato al prendersi cura globale degli assistiti di cui è responsabile. In questo ambito sono compresi i Centri Socio Sanitari Territoriali (CSST), i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e le Farmacie di Servizio.

- a. I CSST sono organizzazioni funzionali e/o strutturali (anche di rete) di riferimento territoriali per le cure primarie, ambulatoriali e sociosanitarie e sociali collocati presso gli attuali distretti,

poliambulatori, le aggregazioni funzionali territoriali di MMG (AFT), o Unità comprese di Cure Primarie (UCCP).

- b. I POT integrano le funzioni del CSST con ricoveri medici a bassa intensità, subacuti, hospice, cure intermedie, chirurgia ambulatoriale, MAC e Day Surgery. Possono derivare dalla trasformazione di piccoli ospedali o anche essere collocati all'interno di presidi ospedalieri di base o di riferimento.

Polo Ospedaliero: è articolato su più livelli, prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie e in elezione, all'erogazione delle prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità, alle funzioni di emergenza e urgenza e alla riabilitazione post-acuta. E' prevista anche un'articolazione specifica per l'area metropolitana.

- a. In questo polo vengono mantenuti gli IRCCS al fine di valorizzare il ruolo istituzionale e di ricerca ed i centri di riferimento delle reti di patologia.

4. **Ambiti Territoriali (AT):** le attività sociali e sociosanitarie di competenze dei Comuni e delle Agenzie sanitarie Locali sono organizzate ed esercitate a livello territoriale attraverso queste strutture organizzative su base territoriale e finalizzate alla promozione delle forme gestionali ed associative al fine di semplificare ed integrare il sistema di accesso e di risposta al bisogno della persona e della famiglia.

Gli AT assicurano l'integrazione efficace ed efficiente degli interventi sociali e sociosanitari rispetto all'attuale frammentazione e dicotomia tra l'ambito sociale e sociosanitaria.

5. **Centrale Unica di committenza (ARCA):** questo soggetto organizzativo ha lo scopo di accentrare la funzione acquisti nell'ambito del SSR mediante un'articolazione che rispetti la complessità del sistema sanitario e sociosanitario regionale. Attraverso un modello a rete, la centrale di committenza dovrà consentire una riduzione dei costi di acquisto, una razionalizzazione maggiore delle risorse dedicate a questa funzione. Il SSSR prevede un'unica Azienda Regionale di coordinamento degli acquisti e prevede l'effettuazione degli acquisti sia a livello centralizzato

che a livello intermedio. Questa azienda dovrà garantire la massima trasparenza e concorrenza delle procedure di acquisto con forme specifiche di controllo.

SSR	Regione	Ruolo di indirizzo e di governo del sistema
		Prevede una struttura tecnica che misura e controlla la qualità
ASL (Agenzie Sanitarie Locali)		Programmazione territoriale
		Accreditamento dei soggetti erogatori, della contrattualizzazione e dell'appropriatezza
		Garantiscono l'integrazione con i comuni
ASI (Aziende integrate per la salute)		Integrano i servizi sociali e sanitari
		Garantiscono la continuità assistenziale
		Superano distinzione tra ospedale e territorio
Centrale Unica di Committenza		Garantisce più concorrenza e trasparenza
		Porterà una riduzione dei costi e a una maggiore razionalizzazione

Figura 3 Soggetti organizzativi e Ruoli

Il sistema di finanziamento: L'attività sanitaria e sociosanitaria sarà remunerata con due sistemi di finanziamento:

- Un sistema che finanzia le prestazioni difficilmente correlabili ad uno specifico quadro clinico o correlate a patologie;
- Un sistema che finanzia le attività garantite per la presa in cura dei pazienti affetti da patologie croniche che sono caratterizzate da un elevato livello di prevedibilità e standardizzabilità.

Stante il complesso quadro di sostenibilità del SSR, la crescita delle prestazioni da erogare, principalmente per le patologie croniche, può essere sostenuta attraverso l'applicazione di metodologie di appropriatezza della domanda, di efficienza dell'offerta e di efficacia/out come sui risultati conseguiti. L'integrazione dell'intera filiera dei servizi sanitari nell'unico soggetto (AIS) permette di attuare il necessario spostamento fra cure ospedaliere e territoriali

trasformando in modo graduale il sistema, riqualificando le risorse umane a garanzia anche dei livelli occupazionali.

Partecipazione e coinvolgimento di cittadini, Enti Locali e Associazioni:

La Regione potenzia e rende fruibile ai cittadini il modello di valutazione delle performance qualitative (efficacia, accessibilità, appropriatezza, efficienza, ecc.) delle strutture sanitarie e sociosanitarie al fine di fornire strumenti per una scelta responsabile e consapevole del luogo e delle prestazioni assistenziali. Questo sistema di valutazione guida la programmazione e l'assegnazione delle risorse e la centralità della persona guida l'offerta di servizi.

I soggetti del Terzo Settore, svolgono attività di pubblica utilità, concorrono alla realizzazione della solidarietà sociale, individuano i bisogni emergenti e partecipano con gli altri soggetti alla programmazione, gestione e realizzazione del sistema di welfare. La Regione favorisce la crescita e lo sviluppo dei soggetti del terzo settore e soggetti pubblici e privati valorizzando le loro caratteristiche nel sistema di relazioni che concorrono ai diversi ambiti di welfare: sanitario, sociosanitario, sociale, educativo, formativo e del mercato del lavoro.

SISTEMA OSPEDALIERO E SISTEMA TERRITORIALE

Il sistema ospedaliero: la razionalizzazione del sistema ospedaliero lombardo è finalizzata ad affrontare l'evoluzione dei bisogni della domanda di salute si pone i seguenti obiettivi:

- Eliminare/ridurre le liste d'attesa per le prestazioni di elezione e gli accessi inappropriati ai pronto soccorso;
- Indirizzare i pazienti verso le strutture che assistono con appropriatezza, sicurezza, efficacia ed efficienza le diverse tipologie di bisogni;
- Valorizzare le capacità pubbliche e private esistenti nel sistema ospedaliero lombardo, eliminare le ridondanze del sistema di offerta e attivazione di una sana competizione al fine di diminuire sprechi e inefficienze;
- Consentire una veloce e sicura protetta dimissione di pazienti in presidi territoriali;

- Realizzare l'aggiornamento e la formazione professionale, la valorizzazione delle competenze e la motivazione del personale a tutti i livelli;
- Ridurre le degenze attraverso la riorganizzazione secondo logiche di multidisciplinarietà, multi professionalità, intensità di cura e complessità assistenziale;
- Programmare il rinnovamento di presidi ospedalieri obsoleti attraverso la costruzione di nuovi ospedali o la rifunzionalizzazione di quelli attuali o la valorizzazione di ospedali non più adatti all'assistenza ma dotati di un valore storico-architettonico.

Ogni ospedale pubblico e privato deve svolgere un ruolo preciso e programmato in base alla complessità delle cure e di intensità tecnologica organizzata in una rete multidimensionale con nodi di riferimento che realizza il continuum "continuità dell'assistenza" con le strutture socio assistenziali del territorio. Ogni ospedale rappresenta un nodo di una rete orizzontale con altri ospedali o verticali. Le AIS hanno come obiettivo quello di sviluppare un sistema ospedaliero sostenibile sia dal punto di vista funzionale tecnico ed economico evitando ridondanze e inefficienze valorizzando nel contempo eccellenze e sinergie.

La programmazione delle AIS dovrà basarsi sul concetto di competizione collaborativa come principio di continuo miglioramento dal confronto o benchmarking.

La rete ospedaliera si sviluppa su tre tipologie di ospedali:

1. **Ospedali focalizzati su ambiti di alta complessità riconosciuti a livello regionale, nazionale e in alcuni casi internazionale** (ospedali universitari e IRCCS a vocazione mono o plurispecialistica).

Queste strutture hanno funzione di diagnosi e cura di patologie particolarmente complesse e di sviluppare e applicare tempestivamente i progressi diagnostici e terapeutici della ricerca. La programmazione regionale identifica questi presidi, sulla base di criteri e parametri oggettivi di carattere scientifico e assistenziale.

2. **Ospedali plurispecialitici per acuti** che hanno un bacino prevalentemente territoriale o anche un bacino di riferimento regionale ed interregionale o nazionale. Sono dotate di di specialità mediche e chirurgiche e di tutti i servizi di supporto per il trattamento di patologie acute, non necessariamente di alta complessità. A queste strutture fluiscono pazienti con situazioni di salute diffuse e frequenti sul territorio ma che richiedono investimenti tecnologici, di ricerca e formazione di adeguata professionalità meno complesse rispetto agli Ospedali focalizzati. Questi ospedali possono essere anche di grandi dimensioni in aree ad elevata densità di popolazione o di ospedali di medie dimensioni in aree con popolazione più dispersa.
3. **Ospedali di prossimità territoriale** quali presidi ospedalieri territoriali (POT) che sono punti di primo intervento collegati a distanza con gli ospedali di riferimento. Sono strutture che eseguono una casistica di base in regimi assistenziali di degenza solo di medicina, DH o ambulatori compresa piccola chirurgia. A questi ospedali afferiscono pazienti con DRG non chirurgici, semplici, pazienti sub-acuti che necessita di monitoraggio continuo che provengono dai primi due tipi, pazienti cronici, pazienti sottoposti a trattamenti riabilitativi, tutti pazienti che si trovano in una condizione intermedia tra quella che richiede l'ospedalizzazione in un centro di alto o medio livello di complessità e quella che consente la gestione domiciliare.

Questi presidi consentono trattamenti di tipo medico e piccola chirurgia senza necessità di ricovero a costo contenuto per pazienti che richiedono tecnologia di base sia di tipo diagnostico che terapeutico. Essi costituiscono un filtro in grado di evitare che i pazienti affluiscano agli ospedali focalizzati di elevata complessità, consentendo un trattamento con più basso costo per giornata di degenza o per caso trattato. Posso essere utilizzate anche per prestazioni diagnostiche ambulatoriali in prericovero e per prestazioni semplici di day hospital o Day surgery.

OSPEDALI FOCALIZZATI (Ospedali universitari, IRCCS mono e plurispecialistici)

- Funzioni di diagnosi e cura di patologie complesse e che possono coinvolgere la ricerca;
- Accedono anche pazienti con patologie acute non complesse;
- Hanno un elevato investimento in tecnologia, attrezzature, ricerca scientifica e formazione avanzata.

OSPEDALI PLURISPECIALISTICI PER ACUTI

- Servono bacini territoriali di riferimento regionale, interregionale o nazionale;
- Specialità mediche e chirurgiche meno complesse rispetto agli ospedali focalizzati;
- Possono essere di grande o medie dimensioni.

OSPEDALI DI PROSSIMITA' TERRITORIALE

- Punti di primo intervento collegati a distanza con gli ospedali di riferimento;
- Casistica di medicina, DH, Day Surgery, riabilitazione, cronicità.

Figura 4 Tipologia di Ospedali

La rete ospedaliera deve essere progettata e riconfigurata considerando tutti gli erogatori di prestazioni che richiedono o non richiedono ricovero che insistono sul territorio dell'AIS: MMD, PdL, poliambulatori specialistici, centri diagnostici, strutture di riabilitazione e lungodegenza, RSA, assistenza domiciliare, integrati con gli ospedali in un continuum assistenziale.

La rete ospedaliera si completa con le connessioni con questi erogatori che analizzano i bisogni di salute, filtrano la domanda di prestazioni e identificano gli ambiti di offerta più appropriata e con il migliore rapporto benefici/costi per i pazienti e per SSR mentre a valle completano l'iter assistenziale del paziente post-acuto. Questa riorganizzazione prevede inoltre regole che favoriscano/incentivino la mobilità di equipe specialistiche tra i diversi nodi della rete ospedaliera e territoriale al fine di evitare lo spostamento del paziente per ricevere diagnosi e cura presso il livello della rete più appropriato per la risposta al suo problema di salute.

L'organizzazione ospedaliera deve essere finalizzata a riequilibrare la specializzazione dei saperi attraverso modelli organizzativi di tipo funzionale (per processi o per profili di diagnosi e cura) che aggregano competenze diverse

necessarie ad una risposta appropriata qualitativamente che consideri la dimensione oggettiva assistenziale e soggettiva del paziente.

Una maggiore appropriatezza, efficacia e qualità consentono di ridurre i costi e di liberare risorse per un'ulteriore innalzamento dei livelli assistenziali. Ciò può essere ottenuto attraverso l'adozione di modelli organizzativi e Percorsi diagnostico terapeutici e Assistenziali appropriati, dalla semplificazione dei processi assistenziali e dalla riduzione e abolizione degli sprechi, dalla gestione centralizzata di strutture e risorse comuni, dalla flessibilità per adattarsi a nuove esigenze, dal sistema di ICT evoluto che consenta la rapida disponibilità di informazioni utili a migliorare i processi di diagnosi, cura e assistenza e dall'adozione dei sistemi di Programmazione e controllo di gestione del SSR.

Il Sistema territoriale: le sfide a cui l'offerta sanitaria della Regione Lombardia deve rispondere sono raggruppabili in tre macro-ambiti: il contesto economico ed epidemiologico, la frammentazione e disomogeneità dell'attuale offerta sociale e sanitaria sul territorio e l'innovazione e la ricerca.

Per rispondere in modo sostenibile alle sfide enunciate, il modello sociosanitario territoriale lombardo deve seguire cinque linee guida:

- Pressa in carico 'globale' dell'individuo e della famiglia;
- Pressa in carico "attiva" della fragilità e della cronicità;
- Prossimità e facilità di accesso ai servizi
- Misurabilità e valutazione;
- Integrazione ospedale territorio.

Per sviluppare queste cinque Linee Guida, si suggeriscono cinque azioni:

- Sviluppo di Centri Sociosanitari Territoriali;
- Innovazione del ruolo dei professionisti;
- Sviluppo dei modelli e strumenti di presa in carico integrata della fragilità;
- Investimento in formazione e ricerca dedicati all'assistenza territoriale;
- Sviluppo e utilizzo di un sistema di monitoraggio, valutazione e incentivazione.

I CSST rappresentano il punto d'accesso al sistema salute ed è luogo di incontro tra le diverse figure professionali oltre ad essere l'elemento di

integrazione tra l'ospedale e il territorio. Devono garantire la presa in carico dei cittadini a partire da un sistema di valutazione multidimensionale dei bisogni di salute che indirizza verso i diversi nodi della rete a seconda delle esigenze rilevate, le prestazioni sanitarie e/o preventive che risolvano il problema di salute.

Le figure professionali che partecipano alla presa in carico del paziente sono i MMG e PLS, figure infermieristiche, Case Manager, educatori, psicologi, assistenti sociali, medici specialistici e volontari collaboratori.

La progettazione di queste realtà territoriali dovrà tener conto della localizzazione del contesto di relazione in essere nella specifica ASL. Possono esserci configurazioni diverse a seconda della localizzazione: città metropolitana, città di provincia, zona montana o rurale per un bacino d'utenza di circa 15.000 abitanti.

Il CSST può anche ampliare l'offerta mediante prestazioni specialistiche ambulatoriali, procedure diagnostiche coerenti con il piano territoriale, prestazioni riabilitative, ospitare servizi per l'area della salute mentale, organizzare la continuità assistenziale sostituendo la guardia medica, effettuare prestazioni d'emergenza, coordinare l'ADI e ADP. Il CSST deve essere dotato di un sistema informativo integrato in grado di gestire la domanda di servizi e le relative risposte assistenziali.

La riorganizzazione prevede una trasformazione del modello assistenziale e relativa modalità di lavoro dei professionisti. Deve essere inoltre sviluppato un modello di finanziamento di provider e di professionisti non basato sulle prestazioni, bensì su tariffe di presa in carico per patologia e per percorso al fine di mantenere il livello di eccellenza raggiunto e di garantire il diritto di salute in Regione Lombardia.

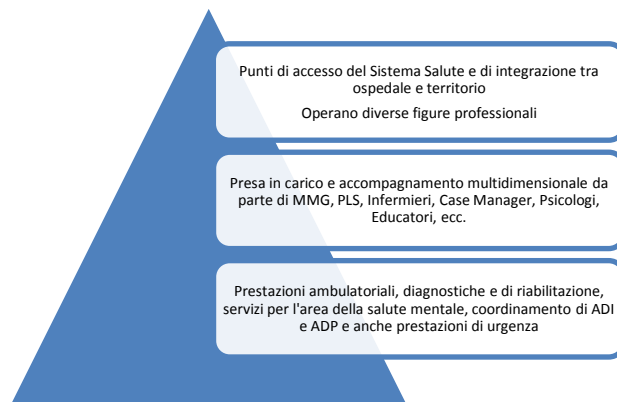


Figura 5. CSST: caratteristiche e obiettivi

Il *Modello Lombardo* è sperimentato in Lombardia e si distingue nel panorama italiano per alcune caratteristiche peculiari e anche per le sue originali scelte organizzative. I pilastri sui quali si regge il sistema sono rappresentati dalla *libertà di scelta* dei cittadini che possono decidere dove curarsi, dalla distinzione fra *enti acquirenti ed enti erogatori di prestazioni sanitarie* e dalla *parità di condizioni degli attori che partecipano* a questo sistema attraverso il metodo dell'accreditamento, dalla *diffusione degli strumenti di governance delle Aziende sanitarie* per la qualità e l'efficienza dei servizi erogati e per la *centralità della sussidiarietà sia orizzontale e verticale*. Il principio di libertà di scelta è quello fondamentale sul quale si reggono tutti gli altri.

È un sistema che ha come missione la tutela della salute e del benessere psicofisico, che persegue attraverso una pluralità di soggetti erogatori, pubblici e privati accreditati in tutta la filiera del welfare, che operano in concorrenza e vengono premiati se attraggono il maggior numero di pazienti, seguendo il principio “money follows the patients” (Balduzzi, 2004).

Il SSSR Lombardo programma le regole e le garanzie del sistema affinché il cittadino sia libero di scegliere mediante la programmazione sanitaria e con la pianificazione si assume l'onere di prendersi cura del cittadino in tutti i suoi aspetti, compreso il percorso diagnostico di cura.

Il SSSR Lombardo, per la popolazione servita, per le tipologie di prestazioni fornite sia in termini di quantità che di qualità, per la sua rete strutturale di servizi, si posiziona nel gruppo di regioni più virtuose riuscendo da molti anni a

mantenere l'equilibrio di bilancio economico-finanziario. Dall'analisi del suo quadro economico, emerge che il settore privato assorbe una quota di circa il 30% del fondo sanitario regionale (21% media nazionale) mentre la spesa privata è sopra la media nazionale sia per quanto riguarda le prestazioni specialistiche sia per ricoveri o prestazioni convenzionate e accreditate. Ha un indice di attrattività elevato fuori regione e ciò grazie alle sue infrastrutture e all'eccellenza dell'assistenza erogata.

Un altro settore importante per il sistema sanitario Lombardo è quello della ricerca in quanto sono presenti numerose strutture di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) che rappresentano oltre il 40% del totale nazionale.

Dal punto di vista Istituzionale, il SSSR lombardo è molto accentrato e privilegia il governo della capogruppo (programmazione del sistema e controllo dell'esecuzione delle aziende) a scapito dell'autonomia delle aziende sanitarie. Lo scopo è quello di garantire l'equilibrio economico di bilancio e lo sviluppo di tutti i processi produttivi più visibili e misurabili dalla capogruppo attraverso il "contratto di fornitura" tra ASL ed ente accreditato (privato o pubblico). La contrattazione riguarda la fornitura di assistenza/prestazioni sanitarie per i pazienti lombardi mediante tariffazione deliberata a livello regionale.

In relazione all'organizzazione e gestione del SSR, il Distretto e le ASL hanno un ruolo molto importante. Le ASL sono strutture separate dagli aziende sanitarie, hanno una struttura organizzativa dipartimentale e svolgono funzioni di programmazione, controllo e acquisto delle prestazioni sanitarie. Inoltre, svolgono attività di prevenzione a livello territoriale e di coordinamento con le attività delle aziende ospedaliere. I Distretti invece, sono collocati all'interno delle ASL e partecipano alle attività di pianificazione, erogazione, valutazione e controllo a livello dipartimentale e territoriale di riferimento a seconda della tipologia di bisogni sanitari espressi. A livello distrettuale si realizza l'integrazione delle prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie, il confronto tra la domanda e l'offerta di servizi/prestazioni e il coordinamento con i relativi soggetti erogatori presenti a livello territoriale.

Negli ultimi anni, la Regione Lombardia ha condotto diverse iniziative al fine di rafforzare l'attività assistenziale territoriale, poco considerate nelle precedenti

norme di razionalizzazione del SSSR. Con la delibera regionale n.1479/2011¹³ sono stati creati posti letto per le cure subacute integrando i servizi extraospedalieri dei pazienti cronici (Chronic Related Group – CReG). Questa iniziativa risulta coerente con la riorganizzazione degli ospedali per acuti sul modello di intensità di cura e consente di assicurare la continuità del percorso assistenziali dei pazienti cronici. L'integrazione ospedale territorio è la principale sfida con la quale è chiamata a confrontarsi la Regione Lombardia. Inoltre, sempre in ambito di integrazione, sono state istituite le “reti di patologie” finalizzate a coniugare esigenze di specializzazione delle strutture socio sanitarie, diffondere centri di eccellenza e tecnologia di avanguardia, garantire sostenibilità economica e recepire i fabbisogni della collettività e dei professionisti che operano in ambito socio-sanitario.

Un'ulteriore iniziativa per l'integrazione ospedale-territorio del SSSR lombardo, riguarda le procedure di acquisto di beni e servizi da parte delle aziende sanitarie attraverso forme di aggregazioni interaziendali.

La Regione Lombardia infine, ha rilanciato l'accreditamento all'eccellenza delle sue strutture sanitarie, progetto iniziato nel 1999 come modello sperimentale mediante la certificazione Internazionale (JCHAO), su base volontaria ed in base a criteri e standard quali l'accessibilità, la continuità delle cure, la sicurezza del paziente e delle prestazioni assistenziali nonché la soddisfazione dell'utenza.

Oggi, la Regione Lombardia con la presentazione dello sviluppo del modello sanitario Lombardo si prepara a realizzare un percorso di rinnovamento del sistema salute. L'intero progetto descritto, rappresenta per la Regione Lombardia una “sfida ambiziosa” in quanto la sua realizzazione potrà dare un'opportunità d'avanguardia di riorganizzare il proprio sistema salute razionalizzando i servizi e dando più continuità assistenziale dando nel contempo più qualità e sicurezza ai pazienti, un maggior protagonismo alle persone ed una maggior riqualificazione del personale sanitario. Il progetto avrà concretezza attraverso l'attuazione di un percorso di confronto tra le forze politiche e parti sociali finalizzato

¹³ Delibera Giunta Regionale 30 marzo 2011, n.IX/1479 “Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011 – Il Provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario.

all'approvazione della riforma mediante una legge regionale. Quando questo progetto sarà formalizzato dal punto di vista normativo, si avvierà una fase di cambiamento organizzativo – strutturale e gestionale - dell'intero sistema che consentirà di affrontare le sfide poste dal progresso scientifico e dai nuovi cambiamenti sociali ed economici al fine di perseguire i massimi obiettivi di salute per i propri cittadini.

2.3.2 Il modello Hub & Spoke

Il *Sistema Socio Sanitario della Regione Veneto*, nasce a seguito di una fase di graduale responsabilizzazione dell'Ente Regione in ambito sanitario quando vengono attribuite le funzioni di programmazione e gestione dei servizi sanitari durante l'istituzione delle Regioni a Statuto Ordinario.

L'elemento distintivo del SSSR Veneto è rappresentato dall'approccio finalizzato all'integrazione tra il sociale e il sanitario. Questo indirizzo assume caratteristiche più definite nel periodo seguente all'istituzione del SSN nel 1978 e successivo riordino effettuato con il D.Lgs. n.502/1992 quando vengono applicati i principi di regionalizzazione e aziendalizzazione sanitaria.

La L.R. n.55/1994¹⁴ e la L.R. n.56/1994¹⁵ ridefiniscono l'assetto organizzativo del SSR Veneto, gli strumenti e le modalità di programmazione sanitaria, gestione e controllo delle Aziende sanitarie.

In particolare, l'art.8 della L.R. n. 56 stabilisce che *“la Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Unità Locali Socio-Sanitarie, anche prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal Piano Regionale Socio-Sanitario”*. La Regione persegue inoltre, l'integrazione delle

¹⁴ Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 55 “Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", e successive modificazioni con il decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

¹⁵ Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 56 “Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517”.

attività svolte da soggetti pubblici e privati sia a livello comunale che a livello intercomunale in ambiti territoriali delle Unità Locali Socio Sanitarie.

Gli elementi specifici costituenti del SSSR Veneto sono:

- la visione della salute quale stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità (rispondente agli orientamenti più volte espressi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità);
- l'orientamento al raggiungimento del maggior livello di salute possibile come un risultato sociale estremamente importante, la cui realizzazione richiede il contributo di una pluralità di attori;
- la differenziazione della macrostruttura organizzativa del SSSR attraverso l'istituzione delle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie (ULSS) che si differenzia dalle altre regioni;
- la capacità di risposta ai bisogni sanitari e sociali della popolazione attraverso un'interazione costante con gli Enti locali e con gli altri soggetti che si relazionano con il Sistema;
- l'assoluta prevalenza di strutture pubbliche a fronte della capacità di stabilire virtuosi rapporti di collaborazione con i privati attivi negli ambiti sanitario, socio sanitario e sociale.

Dopo la fase istitutiva del Sistema Socio Sanitario regionale, ulteriori provvedimenti normativi vengono applicati al sistema in piena coerenza con la normativa nazionale. Nel 1993 applica i criteri tariffari del DGR (Diagnosi Related Groups) che favoriscono l'efficienza e la razionalizzazione del proprio sistema rafforzati successivamente con il D. L. n. 229/1999. La Regione Veneto completa la definizione del proprio SSSR a seguito dell'emanazione del D.L. n. 56 del 2000¹⁶ sul federalismo fiscale, del D.P.C.M. 29 novembre 2001¹⁷ sulla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dalla riforma del Titolo V della Costituzione.

¹⁶ Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 "Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133".

¹⁷ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 Novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

La L.R. n. 22/2002¹⁸ sancisce i requisiti necessari per l'accesso al sistema delle Aziende Sanitarie all'esercizio sanitario, socio-sanitario e sociale e relativo sistema di accreditamento istituzionale. L'intesa Stato-Regione del 2005¹⁹ e il Patto della Salute del 2009, consentono alla Regione Veneto di incentrare la propria politica su un più efficace ed efficiente controllo della spesa, a fronte del mantenimento e miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogati ai cittadini.

Nel biennio 2010-2011, la Regione del Veneto ha sviluppato un percorso di analisi e ridefinizione dei criteri di riparto delle risorse finanziarie dedicate al sistema di due linee sperimentali di finanziamento per le Aziende ULSS e per le Aziende Ospedaliere e l'IRCCS-IOV.

La L.R. n. 23/2012²⁰, approva successivamente il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 nel quale si ribadiscono i principi istitutivi fondamentali del SSSR: *l'universalità*, ossia l'essere rivolto a tutta la popolazione di riferimento, *l'equità*, ossia la garanzia di una uguale opportunità nel raggiungimento e nel mantenimento di obiettivi di salute individuali e nella garanzia di uniformità delle prestazioni sul territorio regionale, *l'umanizzazione dell'assistenza socio-sanitaria* e *l'integrazione socio-sanitaria*.

Il SSSR del Veneto assiste una popolazione residente di quasi 5 milioni di abitanti (Fuolega, 2012, p.8) con una percentuale di persone di età uguale o superiore a 65 anni tra il 18 e il 23% che richiede notevoli sforzi organizzativi di erogazione di servizi di assistenza domiciliare, dimissioni protette e servizi correlati. Il sistema inoltre, ha un flusso migratorio di stranieri elevato rappresentato da oltre il 20% dei nati in Veneto che si caratterizza per un'età

¹⁸ Legge Regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali".

¹⁹ Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano intesa 23 marzo 2005 "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311".

²⁰ Legge Regionale 29 giugno 2012 n.23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

media bassa e per bisogni socio-sanitari complessi per la propria natura socio-culturale di appartenenza.

La struttura organizzativa del SSR Veneto è stata oggetto di graduale e continuo processo di trasformazione, modernizzazione e ridefinizione, anche sotto la spinta delle riforme nazionali. L'orientamento del sistema è infatti quello di diminuire il carico improprio che grava sulle strutture ospedaliere che impedisce un'efficace ed efficiente allocazione delle risorse, rinviando alla rete territoriale dei servizi la presa in carico delle patologie croniche o più marcatamente sociali, dei casi di lunga assistenza e di riabilitazione prolungata in un'ottica di sistema (Baggio, 2012).

Le Aree Vaste con un bacino di utenza di circa 1.000.000 di abitanti (Verona, Vicenza, Padova, Rovigo-Venezia e Belluno-Treviso), con funzione di accentramento di alcuni processi gestionali e servizio tecnico-amministrativi delle ASL (movimentazione, stoccaggio e distribuzione) dei beni di consumo, sanitari e non sanitari.

Il PSSR definisce l'Area Vasta come *l'organizzazione rivolta a consolidare, rendere organiche e sistematiche le relazioni di collaborazione tra le Zone*, specificatamente nell'organizzazione di funzioni e servizi il cui bacino d'utenza ottimale necessita di dimensioni superiori a quelle zonali, allo scopo di evitare ridondanze ingiustificate nel sistema di produzione con il rischio di sottrarre risorse al livello di assistenza e senza, per altro, migliorare l'accessibilità a prestazioni di qualità. L'Area Vasta quale articolazione aziendale con proprio budget, ha l'obiettivo di ottimizzare i servizi attraverso il conseguimento di eventuali economie di scala garantendo la realizzazione delle attività programmate nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario.

Le 22 Aziende ULSS della Regione sono ripartite all'interno di cinque "Aree Vaste" (Verona, Vicenza, Padova, Rovigo-Venezia e Belluno-Treviso) istituite con la Delibera Regionale n. 2846/2006²¹. A queste strutture si aggiungono le due Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e tre Istituti di Ricovero e Cura a

²¹ Delibera Giunta Regionale Veneto 12 settembre 2006, n.2846 "Indicazioni per la predisposizione del progetto di integrazione dei processi approvvigionamenti e logistica".

Carattere Scientifici (Padova, Venezia e Conegliano) oltre alla rete di cliniche e ospedali privati.

Le ULSS sono organizzate in distretti, ciascuno dei quali rappresenta il centro di riferimento dei cittadini per tutti i servizi socio-sanitari a livello territoriale. All'ULSS viene riconosciuta la funzione di assicurare ai cittadini le prestazioni previste nei LEA stabiliti dal PSSR, nel rispetto del PSN, avvalendosi delle proprie strutture o attraverso l'acquisto delle stesse prestazioni dalle Aziende Ospedaliere o da istituzioni sanitarie a gestione pubblica e privata accreditate, alle quali vengono corrisposte delle tariffe sulla base dell'apposito sistema tariffario regionale.

La rete socio-assistenziale comprende:

- **Assistenza territoriale:** il *Distretto socio-sanitario* rappresenta la scelta strategica della programmazione regionale attraverso cui ridefinire l'organizzazione del SSSR. Il Distretto è l'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda USSL che consente di governare i processi assistenziali alla persona, assicurando anche una integrazione fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse derivanti dal SSN e dal SSSR, dai Comuni, dalla solidarietà sociale. Ai Distretti competono le funzioni di gestione e di coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali nelle rispettive funzioni di committenza-governo e di produzione-erogazione. Rappresentano inoltre, i centri di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS, polo unificante di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali, sede di gestione e coordinamento operativo ed organizzativo dei servizi territoriali, assicura l'erogazione dell'assistenza territoriale (nell'accezione di primary care) attraverso un elevato livello di integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, al fine di garantire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari della comunità.

La gestione assistenziale territoriale utilizza il Modello di Assistenza Integrato dove i "team" multi professionali e multidisciplinari pianificano l'attività assistenziale e garantiscono l'integrazione orizzontale (tra i

componenti del team) e verticale (con l'Azienda USSL) attraverso l'implementazione del Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

La filiera dell'assistenza territoriale deve assicurare l'assistenza primaria, le cure domiciliari, l'assistenza specialistica e le cure palliative, l'assistenza semiresidenziale e residenziale e l'assistenza in strutture di ricovero intermedie.

- **Assistenza ospedaliera:** L'*Ospedale* viene identificato come luogo deputato alla cura dell'acuzie e dell'immediata post acuzia. Rappresenta la struttura aziendale in cui vengono erogate prestazioni di ricovero relative a pazienti con patologie in fase acuta o nell'immediata fase post-acuzie ed è orientato ad un modello basato su livelli di intensità delle cure. Nell'Ospedale per acuti vengono collocate anche attività di riabilitazione e le attività ambulatoriali specialistiche di secondo livello, la cui erogazione sia legata o ad attività di monitoraggio del paziente nella logica della presa in carico o ad esecuzione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità. Per garantire sicurezza e qualità delle prestazioni, continuità dell'assistenza e sostenibilità economica si definisce un modello di rete ospedaliera strutturato su due livelli in base all'intensità e complessità delle cure erogate, alla presenza e tipologia di specialità e di funzioni di emergenza e al ruolo svolto nella ricerca, nello sviluppo dell'innovazione e nella formazione del personale del SSSR.

I due livelli della rete sono: gli Ospedali di riferimento e i Presidi ospedalieri di rete. Gli *Ospedali di Riferimento* sono identificati con gli Ospedali dei capoluoghi di Provincia. Sono sede di Centrale Operativa SUEM-118 e sede del Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale (DIMIT), dispongono di specialità di base e medio livello per il territorio di riferimento, prevedono la presenza di alte specialità per un territorio più ampio e costituiscono centri Hub a livello sovra-aziendale. Le Aziende Ospedaliere di Verona e di Padova costituiscono, inoltre, centri di riferimento regionale per alcune funzioni determinate dalla programmazione regionale, rappresentano centri di eccellenza e

devono essere punti di riferimento a livello nazionale. Le alte specialità e le alte tecnologie sono allocate con riferimento ad un bacino di circa 1.000.000 di abitanti. I *Presidi Ospedalieri* di rete invece coprono un bacino di circa 200.000 abitanti. Sono dotati di sedi di pronto soccorso e specialità di base e di media complessità (chirurgia generale, medicina interna, oncologia, cardiologia con utic, ostetricia-ginecologia, pediatria, ortopedia, terapia intensiva, neurologia, urologia, psichiatria, geriatria), servizi di diagnosi e cura (laboratorio, anatomia patologica, radiologia, dialisi) assicurati in “rete” con il precedente livello, costituendo centri Spoke. Il presidio ospedaliero può articolarsi su più sedi; all’interno del presidio ospedaliero di una Azienda ULSS ci dovrà essere almeno una struttura preposta a gestire l’emergenza con adeguate modalità e dotazioni organiche. Oltre ai due livelli sopradescritti, sono previste strutture per acuti integrative della rete anche ad indirizzo monospecialistico, denominate “Ospedali nodi della rete”.

Tra questi livelli ci sono ambiti di integrazione verticale che riguardano principalmente la gestione della rete di emergenza-urgenza, l’erogazione di prestazioni specialistiche a vario grado di complessità in un contesto di reti cliniche e ambiti di integrazione orizzontale devono essere sviluppati anche favorendo l’integrazione con il livello di assistenza territoriale ed i collegamenti funzionali con le strutture residenziali.

All’interno delle Aziende viene garantito un modello organizzativo di tipo dipartimentale che tiene conto dell’intensità dell’assistenza e dell’intensità di cura, oltre modelli assistenziali basati su assistenza diurna e settimanale (week surgery) per alcune discipline chirurgiche e modelli assistenziali con moduli giornalieri (day service) per prestazioni diagnostiche o terapeutiche in ambiente protetto.

Le reti cliniche: Le reti cliniche integrate devono rispondere a due principi cardine: garantire a tutti i cittadini del Veneto uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie, nel luogo e tempi adeguati e la sicurezza delle prestazioni al paziente. Le reti cliniche attive sono otto: (rete trapianti, ictus-stroke, infarto miocardico, oncologica, attività

trasfusionali, malattie rare, rete di emergenza-urgenza pediatrica, rete di emergenza-urgenza gastroenterologica) aggiornate alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche e ad una seria analisi dei costi-efficacia ed efficienza.

La Regione del Veneto persegue il perfezionamento delle reti assistenziali, orientando il sistema verso un modello circolare dell'assistenza, garantendo la continuità dei percorsi attraverso l'integrazione delle funzioni e delle competenze e, più in generale, secondo il paradigma che attribuisce l'acuzie all'Ospedale e la cronicità al Territorio. Tuttavia, il SSSR Veneto si caratterizza non solo per la già citata integrazione socio sanitaria ma anche per una struttura organizzativa che si differenzia dalle altre Regioni nella macrostruttura dove le Aziende Sanitarie ULSS hanno una "forte" centralità nella programmazione sanitaria complessiva, per una buona capacità di risposta ai bisogni socio-sanitari della popolazione e per la prevalenza di strutture pubbliche a fronte della capacità di stabilire virtuosi rapporti di collaborazione con i privati attivi negli ambiti, sanitario, socio sanitario e sociale.

Secondo il disposto normativo regionale, la Regione svolge le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo e coordinamento nei confronti delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere (LR.n.56, 1994, art.2). L'esercizio di tali funzioni avviene con il supporto dell'Agenzia Regionale Socio-Sanitaria, istituita con la L.R. n. 32/2001²², e si traduce nella redazione del PSSR. Gli obiettivi e le politiche di indirizzo definite in tale documento sono, a loro volta, attuati dalle singole aziende sanitarie locali e ospedaliere attraverso l'impiego degli appositi strumenti di programmazione aziendale, disciplinati nella L.R. 55/1994 [art.1, 2 e 3].

Alla Regione spetta, inoltre, l'individuazione, attraverso l'approvazione del bilancio regionale, delle risorse finanziarie destinate all'erogazione dell'assistenza

²² Legge Regionale 29 novembre 2001, n.32 "Agenzia Socio Sanitaria Regionale". Questa norma è stata abrogata da comma 1, articolo 4, Legge Regionale 23 Novembre 2012, n.43 "Modifiche all'articolo 8, commi 1 e 1 bis della legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 "disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione" e disposizioni in materia sanitaria, sociale e socio-sanitaria".

sanitaria e la ripartizione delle stesse fra le Aziende Sanitarie Locali (ASL) operanti nel proprio territorio.

Il sistema di finanziamento del SSSR Veneto prevede che le Aziende USLL vengano finanziate mediante una quota capitaria mentre gli ospedali, fatta eccezione per i presidi a gestione diretta, sia pubblici che privati, sono finanziati sulla base dell'attività erogata. Il sistema stabilisce un tetto finanziario alla remunerazione di alcune prestazioni di ricovero oggetto di mobilità. Questa regola vale sia per le Aziende sanitarie pubbliche che per le strutture private accreditate. Il riconoscimento degli importi della mobilità nei confronti delle Aziende ULSS deve essere fatto integralmente per la domanda proveniente dalla stessa provincia e per quella diretta presso le due Aziende Ospedaliere Universitarie e all'Istituto Oncologico Veneto, mentre per la domanda proveniente da province diverse è previsto un articolato sistema di abbattimento. Nello specifico, si tratta di un abbattimento del 25% nel caso in cui la domanda provenga da ASL confinanti e del 50% se proveniente da Asl non confinanti (Zangrandi, 2008). È previsto inoltre l'abbattimento della tariffa del 30% per tutti i ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza effettuati per pazienti non residenti nell'Asl di erogazione. Lo sfondamento del budget annuale comporta la regressione degli importi finanziari relativi all'attività effettuata in eccedenza. In considerazione dell'impianto globale del provvedimento, teso alla riduzione dei ricoveri "a rischio di inappropriatazza" ed al perseguimento del tasso di ospedalizzazione ottimale del 160 per mille, la regressione è effettuata in relazione al tasso di ospedalizzazione registrato nelle singole Aziende ULSS di residenza dell'assistito (Zangrandi, 2008). Per quanto riguarda le prestazioni specialistiche ambulatoriali, vige un sistema di remunerazione a prestazione, in cui la Regione stabilisce i volumi di attività ed i tetti di spesa per ogni struttura pubblica e privata. Per quanto riguarda le Aziende Ospedaliere, la Regione stabilisce un budget annuale, suddiviso per macroarea; per gli erogatori privati, invece, definisce un budget fisso che prevede il rispetto di alcune regole, tra cui l'applicazione del sistema di prioritizzazione. In caso di particolari necessità aziendali, le Aziende ULSS possono stipulare accordi integrativi.

Il *Modello Veneto* presenta una governance “accentrata” nel quale i presidi ospedalieri sono all’interno delle Aziende Sanitarie. L’accentramento di funzioni si riflette a livello normativo nel coinvolgimento prevalente della Regione e l’attribuzione di compiti e responsabilità in materia di accreditamento istituzionale quale funzione centrale per la programmazione e organizzazione del SSSR. Questo modello è caratterizzato dalla concentrazione di assistenza di elevata intensità a elevata complessità in centri di eccellenza e di riferimento (centri Hub) supportati da una rete di servizi (centri Spoke). Questa modalità organizzativa è stata attuata anche in altre Regioni come l’Emilia Romagna, il Piemonte, il Lazio. In questo modello si evidenzia il presidio della catena del valore e si verifica l’integrazione sia per grado di specializzazione sia per differenziazione.

Il modello Veneto si esplicita in un approccio unitario alla persona ed ai suoi bisogni attraverso una *mission* imperniata sulla coesione sociale e sulla responsabilizzazione diffusa. Si configura perciò una forma di interazione continua e sistematica con tutti gli attori che nel territorio regionale contribuiscono o sono coinvolti nell’insieme degli interventi. Ecco allora che il processo di pianificazione e programmazione tende sempre più al superamento di una visione ospedale-centrica.

La rete assistenziale e sociale si caratterizza sia per la “pressa in carico” del paziente che per la continuità assistenziale in ambito ospedaliero ed extraospedaliero. L’assistenza domiciliare e le prestazioni ambulatoriali, uniti ad una ridefinizione della Medicina delle Cure Primarie, sono gli altri aspetti che consentono di affrontare un fronte dei bisogni sempre più esteso e complesso (Fuolega, 2012). Il SSR Veneto propone una visione fondata su una “rete di sicurezza” per il cittadino con la messa in rete delle strutture territoriali integrate con la rete ospedaliera attraverso un modello articolato su due livelli: il modello “Hub & Spoke”. Tale modello, prevede la concentrazione dell’assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza (Hub) e distribuendo i terminali di accesso in centri sotto-ordinati (Spoke), cui competono principalmente la selezione e l’invio di pazienti. L’integrazione sociosanitaria, che rappresenta la scelta strategica storica del Veneto, nasce da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione che privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e

territorio al fine di promuovere la solidarietà e valorizzare gli investimenti di salute nella comunità locali. Questi valori sono confermati dalle scelte successive, che prevedono la valorizzazione della funzione del Distretto socio-sanitario e l'unicità dello strumento programmatico per definire strategie comuni di risposta ai bisogni sociali e sociosanitari della Regione.

Questi modelli prescelti presentano significative differenze al loro interno riconducibili in parte a una diversa composizione del territorio in termini di strutture effettivamente presenti e in parte ad una differente visione strategica per il proprio sistema sanitario. I tre sistemi sanitari appartengono a Regioni che possiedono un sistema sanitario tra i più importanti d'Italia quindi di estremo interesse per molte ricerche comparative e indagini che valorizzano il sistema sanitario italiano. La Lombardia, il Veneto e la Toscana, sono regioni che pur partendo da impostazioni di governance differente dei propri sistemi sanitari, presentano ottimi risultati assistenziali rispetto ad altri sistemi sanitari regionali. Le diverse manovre di riforma della sanità hanno costretto i SSR a razionalizzare sempre di più interventi principalmente sulla rete assistenziale ospedaliera e territoriale finalizzati a una migliore risposta assistenziali rispetto alla domanda di salute dei cittadini.

Negli ultimi anni molte regioni, tra cui la Lombardia, la Toscana e il Veneto, si sono impegnate per l'aumento dell'appropriatezza, per una maggiore efficienza gestionale dei propri servizi, per un aumento nell'economicità gestionale dell'assistenza, per uno sviluppo maggiore dell'integrazione socio sanitaria cercando di migliorare l'offerta sanitaria ai propri cittadini. La rete ospedaliera, indipendentemente dal modello organizzativo adottato (nel modello Hub & Spoke, il modello Toscano e il Modello Lombardo) deve discendere da una sapiente programmazione regionale, la cui massima espressione è da ravvedere nel proprio PSR di ogni regione, in cui si definiscano le necessità assistenziali (standard assistenziali) e si diversifichino funzionalmente le strutture ospedaliere al fine di rispondere a tali necessità anche attraverso una più idonea distribuzione sul territorio regionale/nazionale.

2.4 Le reti in sanità

L'evoluzione del SSN e sue relative strutture organizzative sono state influenzate principalmente dall'evoluzione del quadro epidemiologico, dai cambiamenti socio demografici della popolazione, dal cambiamento e dall'introduzione di nuove tecnologie nonché dai cambiamenti nei bisogni di salute dei cittadini.

Dal punto di vista epidemiologico, si osservano tre differenti fenomeni: una diminuzione delle malattie infettive grazie a nuove e innovative modalità terapeutiche, un aumento delle patologie cronico degenerative e la cronicizzazione delle malattie che stanno modificando i bisogni assistenziali.

I cambiamenti socio demografici come il calo della natalità, l'allungamento della speranza di vita legato alla diminuzione della mortalità, le minori nascite e le migliori condizioni di salute, l'invecchiamento sano della popolazione e l'aumento della popolazione immigrata, stanno generando nuove necessità assistenziali che non sempre trova adeguata risposta ai problemi di salute. Anche l'aspetto sociale ha influito sui cambiamenti demografici attraverso la contrazione dei nuclei famigliari e la parallela riduzione della rete parentale, il cambiamento del mercato del lavoro e l'aumento della diversità contrattuale di lavoro della popolazione.

Lo sviluppo delle nuove tecnologie applicate alla sanità hanno modificato il modo di assistere i pazienti; i continui progressi in medicina, la rivoluzione della ricerca scientifico-tecnologica degli ultimi anni hanno fortemente influenzato e migliorato lo stato di salute della popolazione e le relative modalità assistenziali.

I cambiamenti hanno fatto emergere bisogni assistenziali più articolati e maggiormente complessi sia da parte dell'individuo sia dalla sua famiglia. I bisogni crescenti di accessibilità al SSN non sempre vengono soddisfatti, in parte dovuto all'inadeguatezze delle strutture e dei vari setting assistenziali ed in parte dovuto alle carenze di competenze specialistiche dei professionisti e alla poca flessibilità organizzativa delle strutture del sistema sanitario.

In questo scenario in continua evoluzione è del tutto evidente che l'attuale organizzazione del SSN risulta inadeguata per la gestione della nuova complessità

e variabilità delle situazioni assistenziali proprie dell'attuale società. Emerge la necessità di un significativo cambiamento delle politiche sanitarie ed una rivalutazione dei modelli organizzativo-assistenziali che garantiscano risposte efficaci in termini di salute mediante un approccio sinergico, multidisciplinare, dinamico e olistico nella presa in carico della persona e dei suoi caregiver.

Le sfide che sta affrontando la sanità in Italia e nei paesi maggiormente industrializzati sottolineano la necessità di una trasformazione organizzativa completa dei servizi sanitari. Alla sanità viene chiesto di produrre innovazione organizzativa, tecnologica e gestionale secondo la logica del miglioramento continuo al fine di garantire, considerate le risorse limitate, la soddisfazione dei principi di universalità e di equità caratteristici del nostro SSN. Ciò può avvenire attraverso una maggiore responsabilizzazione del management, una razionalizzazione della spesa con miglioramento dei servizi assistenziali e una riorganizzazione della rete assistenziale (ospedaliera e territoriale) sfruttando opportunità e sinergie presenti e controllando tensioni e contraddizioni del sistema.

Il SSN deve adeguare il proprio "sistema" ai cambiamenti socio-epidemiologici innovando i propri modelli organizzativi sulla scorta delle migliori pratiche realizzate sia a livello nazionale che internazionale al fine di perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità. L'adozione della logica organizzativa a rete rappresenta una risposta all'ineludibile esigenza di maggiore integrazione (sanitaria, sociale e socio-assistenziale) e di cooperazione al fine di utilizzare nel miglior modo le risorse e le competenze disponibili per ridurre la frammentazione dell'offerta di cura e incrementare l'efficienza garantendo continuità assistenziale. Il SSN deve realizzare scelte di interesse nazionale attraverso uno sforzo di adeguamento degli assetti organizzativi oltre ad intensificare la capacità di investimento ed innovazione delle proprie strutture. In questo quadro è possibile declinare le direttrici principali di tipo organizzativo dei sistemi sanitari regionali: l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale e territoriale e la realizzazione di una politica integrata di promozione della salute e del benessere sociale, il superamento del dualismo ospedale-territorio e il potenziamento dell'assistenza delle cure primarie, il riassetto organizzativo e

territoriale delle Aziende Sanitarie e la trasformazione dell’Azienda-locale in Azienda-rete, l’elevazione del capitale umano e la promozione della ricerca e dell’innovazione continua come condizioni per l’efficienza e l’efficacia dei servizi.

La necessità di una maggiore integrazione socio sanitaria è alla base di tutti i processi di riequilibrio dei sistemi sanitari dei paesi avanzati compreso il nostro. I diversi servizi sociali e sanitari devono essere sempre più interconnessi con l’obiettivo di costruire una rete assistenziale che sia rispondente ai bisogni dei cittadini. Nell’ultimo decennio, le politiche sanitarie e la programmazione sanitaria di molte regioni, hanno evidenziato un percorso di riorganizzazione del proprio sistema sanitario, rivedendo la ridefinizione propria attività assistenziale ospedaliera e territoriale. L’ospedale non costituisce più la sola risposta alla domanda di salute dei cittadini e il territorio deve cambiare la sua configurazione organizzativa ampliando il proprio livello di offerta assistenziale. L’ospedale deve concentrarsi solo l’attività acuta ed i grandi interventi diagnostico-terapeutici specialistici di elevata complessità mentre deve spostare principalmente la cura delle patologie croniche, l’assistenza ai disabili e non autosufficienti e l’attività di prevenzione verso il territorio. Quest’ultimo a sua volta deve cambiare il target assistenziale passando da semplice “luogo di servizi” di primo livello a “centro di governance” secondo logiche di rete di servizi al servizio dell’utente.

Per migliorare la capacità di offerta ed onorare gli impegni derivanti dagli Accordi Stato-Regioni, nell’ambito dell’attuale assetto ordinamentale sono state poste in essere molteplici azioni: la concertazione Regione-Aziende degli obiettivi di salute e di carattere economico-finanziario, l’utilizzo di nuovi criteri di riparto infraregionale e distribuzione delle risorse finanziarie in ottica di sistemi regionali, la rideterminazione dei posti letto, la definizione del percorso di accreditamento istituzionale, il Piano Sanitario Nazionale ed i nuovi Piani Sanitari Regionali “integrati”, l’assistenza sanitaria specializzata per settori (ospedaliera, territoriale e sociale) e governata da logiche di mercato e da processi di aziendalizzazione, l’assistenza integrata tra funzioni sanitarie e assistenziali inclusiva ed unitaria che prende in carico la persona perseguendo l’equità e l’universalità dell’accesso ai servizi assistenziali, l’aumento delle capacità di

perseguire obiettivi di organicità, appropriatezza, efficienza, efficacia ed economicità sia nella predisposizione che nell'erogazione dei servizi sanitario e sociosanitari.

Il PSN e sempre più PSR propongono la realizzazione di reti integrate di servizi che tendono a combinare le esigenze di accessibilità alle strutture sanitarie con la qualità e l'efficienza. Sempre più le scelte strategiche comprendono il potenziamento e il consolidamento dell'offerta territoriale oltre alla ridefinizione assistenziale ospedaliera coniugando l'integrazione professionale di competenze e criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa. Con la rete integrata di servizi socio-sanitari si tende a garantire ai cittadini equità di accesso evitando che il sistema abbia la stessa capacità produttiva sviluppando la rete a seconda delle esigenze manifestate. L'integrazione di servizi sociali e socio-sanitari si fonda sul principio di riconoscimento della persona nella sua globalità ed in rapporto con il proprio contesto di vita.

Per rispondere in modo efficace ed efficiente alle nuove esigenze di salute dei pazienti occorre effettuare innovazioni del sistema organizzativo sanitario e dei suoi meccanismi di funzionamento passando da forme gerarchiche, accentrate funzionalmente attraverso processi decisionali top-down, a strutture a rete flessibili e "de-verticalizzate", fondate su interdipendenze tra unità organizzative, su continui scambi di informazioni e su sistemi decisionali decentrati. Secondo Bergamaschi (2000) le organizzazioni devono essere più semplici e flessibili, adatte al cambiamento ambientale e duttili, spostando il focus dalle strutture ai processi e dalle forme organizzative ai sistemi di relazione.

La World Health Organization (1998) definisce la rete come "l'insieme di individui, di organizzazioni ed agenzie, organizzate su base non-gerarchica intorno a temi e questioni comuni da affrontare in modo proattivo e sistematico, e basato su impegno e fiducia reciproca". Agranoff e McGuire (2001) evidenziano che le reti possono costituire modelli e/o assetti multiorganizzativi per risolvere problemi che non possono essere risolti o non possono esserlo con facilità, da singole organizzazioni. Le reti rappresentano un "modello organizzativo" che risponde contemporaneamente sia ai cambiamenti di una società più fragile ed evoluta sia alla progressiva specializzazione e alle esigenze di integrazione delle

autonomie (Meneguzzo, 1996; Lega, 2002). I modelli organizzativi che adottano una logica organizzativa a “rete” riescono a rispondere sia alla progressiva specializzazione sia alle esigenze di integrazioni delle autonomie (Cepiku et al., 2006; Meneguzzo, 1996; Meneguzzo e Cepiku, 2008).

La rete può quindi essere definita come “un insieme di nodi legati fra loro da relazioni e connessioni continue”. In altre parole la struttura reticolare è costituita da relazioni che legano diverse unità produttive o di servizio, indipendenti tra loro, che rappresentano i nodi della rete, specializzati rispetto ad uno specifico ambito di attività e fanno parte della rete proprio in virtù di questa specializzazione. I nodi rappresentano i diversi gruppi, che fanno capo ad un coordinamento generale anche tramite nodi intermedi. Come afferma Lega (1998) questi nodi scambiano risorse, in forma collaborativa, per raggiungere un fine comune. Nella rete si generano relazioni tra le organizzazioni basate su programmi o politiche condivise attraverso un meccanismo di interdipendenza e di interazioni continue finalizzati alla condivisione delle risorse e degli obiettivi (Meneguzzo e Cepiku, 2008).

In sanità, il termine “rete” può rappresentare come l’insieme di unità operative o reparti di un ospedale, un insieme di più ospedali presenti in una determinata area, un insieme di strutture (ospedaliere e di territorio) di una regione, un insieme di aziende sanitarie ed altre organizzazioni pubbliche/private e/o universitarie o un insieme di reti assistenziali. La loro natura e forma sono differenti e dipende molto dallo scopo o dalla motivazione con cui un sistema sanitario da vita ad una rete (riduzione dei costi, potenziamento delle competenze, potenziamento della qualità, presidiare la continuità assistenziale, ecc.) e dalla collocazione spaziale e geografica della rete stessa. Ogni rete si caratterizza e si distingue per la presenza di una propria cultura, storia, strategia, prospettiva di sviluppo nel tempo in un determinato settore.

I meccanismi di integrazione e di coordinamento presenti nella rete sono molteplici: integrazione verticale che fa riferimento all’integrazione tra aziende, strutture o professionisti posti su diversi livelli di cura e assistenza al fine di favorire il coordinamento tra livelli di cura, tale per cui il trattamento di una specifica patologia viene eseguito nell’ambito più appropriato dal punto di vista

clinico, organizzativo, economico e della soddisfazione del paziente; integrazione orizzontale che riguarda forme di cooperazione e/o specializzazione tra aziende, strutture o professionisti posti sullo stesso livello di cura e assistenza con lo scopo di ridurre l'eventuale ridondanza e duplicazione nell'offerta dei servizi.

Secondo Lega (2010) le reti orizzontali possono inoltre essere “verticalizzate”, nella misura in cui ad esempio si stabilisce che l'offerta di servizi di diversi ospedali è segmentata in relazione alla complessità del problema di salute del paziente: alcuni ospedali concentrano competenze e tecnologie per il trattamento dei casi più complessi e severi, altri limitano il proprio campo di azione ai casi di media e bassa semplicità, inviando il paziente ai primi quando il problema supera le loro capacità di intervento.

L'assistenza sanitaria in “rete” costituisce un'opportunità organizzativa che integra l'offerta promuovendo il coordinamento di tutti gli interventi, in relazione ai bisogni di salute, alla prossimità geografica ed alla complessità della patologia. Inoltre, questa modalità organizzativa migliora la presa in carico globale e la continuità assistenziale del paziente valorizzando nel contempo l'interdisciplinarietà dei professionisti che erogano assistenza.

L'erogazione dell'assistenza mediante questo il modello reticolare permette alle organizzazioni di realizzare economia di scala superando confini e separazioni organizzative tra settori o ambiti assistenziali; ai professionisti sanitari invece consente di condividere conoscenze e competenze specialistiche, di erogare pratiche basate sulle evidenze scientifiche, di acquisire potere e influenza e supporto reciproco oltre a garantire ai pazienti la presa in carico globale e continua dei pazienti (Mascia, 2009).

Le reti sono forme organizzative in grado di sviluppare e conseguire importanti fattori critici di successo (Meneguzzo, 1996):

- razionalizzazione delle risorse, intesa come capacità di sfruttare benefici derivanti dalle sinergie e dalle economie di scala;
- maggiore potere contrattuale, determinato dalle maggiori dimensioni aziendali della rete rispetto il singolo istituto;

- maggiore pervasività sul territorio, intesa come numero di accessi sul territorio offerti alla popolazione garantendo la stessa qualità delle prestazioni;
- possibilità di sviluppare alleanze strategiche con le diverse strutture territoriali al fine di garantire la continuità delle cure;
- riconoscibilità della rete, intesa come qualità, affidabilità e numerosità di prestazioni erogate;
- integrazione di culture, conoscenze e capacità differenti che garantiscono approcci multidisciplinari alle problematiche.

In particolare, le reti assistenziali garantiscono:

- la razionalizzazione delle reti di servizi sul territorio per evitare un sistema incrociato di duplicazioni e carenze;
- il perseguimento di economie di scala grazie alla concentrazione di alcune funzioni gestionali;
- una politica degli investimenti soprattutto per ciò che riguarda tecnologie ed impianti ad elevata specializzazione e alti costi di acquisto e gestione;
- la promozione delle dinamiche di clinical governance e l'integrazione dei percorsi assistenziali per far fronte alla complessità dei bisogni ed ai trend epidemiologici;
- l'attivazione di processi di benchmarking e benchlearning per consentire la condivisione a livello di rete di informazioni e dati utili a promuovere processi di miglioramento gestionali, finanziari e qualitativi.

L'approccio organizzativo secondo il modello di "rete" sembra offrire una valida alternativa nell'organizzare e coordinare l'assistenza sanitaria da erogare. E' utile e significativo per l'obiettivo di questo elaborato, illustrare alcune esperienze organizzative applicative di questo modello organizzativo sia a livello internazionale che a livello nazionale al fine di comprendere i contributi allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi.

A livello **internazionale**, le reti in sanità nacquero negli **USA** intorno agli anni '60, sotto forma di "reti multi-ospedaliere" organizzate per ridurre i costi di

produzione, aumentare la qualità assistenziale tramite la continuità dell'assistenza e consolidare la loro presenza sul mercato sanitario (reti orizzontali sul modello delle catene di distribuzione). Queste reti si sono diffuse capillarmente negli anni '90 secondo due tipologie organizzative: "health network" e "health system". Nel primo le strutture sanitarie e ospedaliere che si riuniscono in "gruppo"; la seconda tipologia ha la stessa funzione del primo ma presuppone una struttura centrale proprietaria delle strutture sanitarie che ne fanno parte. Come evidenziato da Porter (1987), entrambe le tipologie di reti hanno come scopo quello di ottenere economie di scala mediante lo sfruttamento delle interrelazioni tangibili con l'integrazione e il coordinamento di alcuni processi come quello della gestione del personale, del sistema di approvvigionamento, di sviluppo della tecnologia, di produzione e di erogazione dei servizi (ad es. la centralizzazione dei servizi logistici, quali acquisti e magazzini e la condivisione di strumentazione, macchinari e talvolta degli specialisti). Ne sono esempi di reti multi ospedaliere l'Hospital Corporation of America (profit), il Bon Secours Health System e il Sutter Health (entrambi non profit) tutti esempi virtuosi di come la creazione di una rete ospedaliera possa essere determinata da un processo di riduzione di posti letto e di strutture sanitarie. In particolare la Sutter Health è riuscita a coordinare le strutture sanitarie ed i professionisti intorno ai bisogni del paziente oltre a gestire proficuamente la rete assistenziale mediante la gestione finanziaria comune delle strutture ospedaliere, la gestione degli acquisti centralizzati, l'utilizzo di percorsi assistenziali oltre al risparmio delle risorse impiegate per l'assistenza come mezzo per potenziare la qualità dei servizi mediante il presidio della continuità delle cure. Alcuni autori (Miolo Vitali, Nuti, 2003) affermano inoltre, che l'attività di benchmarking tra le strutture spinge gli operatori ad adottare gli stessi protocolli e linee guida per garantire un buon livello di qualità assistenziale, omogeneità di trattamento e continuità assistenziale tra le strutture ospedaliere che compongono la rete.

Nonostante gli effetti conseguiti durante la sperimentazione delle reti multi ospedaliere i risultati furono però contrastanti poiché le reti partivano dal presupposto della cooperazione e non della competizione, che è invece alla base del sistema economico americano. Negli anni Novanta, si cercò di migliorare

l'organizzazione della rete sviluppando l'integrazione verticale tra gli ospedali di primo e di secondo livello, tra le specialità di base e le alte specialità con il duplice obiettivo di assicurare maggiormente la continuità delle cure e il controllo dei costi assistenziali. Anche qui i risultati furono controversi, in particolare per gli ospedali trasformati in "Spoke" che percepirono il cambiamento introdotto come una perdita di prestigio rispetto al ruolo precedente.

In **Canada**, sono state sperimentate due tipologie di rete assistenziali diverse sia per organizzazione che per scopo. La prima rete, il Québec Breast Cancer Screening Program, è di tipo integrata e gerarchica, di cura e servizi ed eroga assistenza e servizi sociosanitari a pazienti affetti da cancro e servizi di supporto ai loro familiari. L'attività assistenziale viene erogata da un team multidisciplinari dedicato in stretto raccordo con gli altri nodi della rete. La seconda invece, è una rete ospedaliera dell'Ontario (Ontario Hospital Association) che offre attraverso le proprie strutture (ospedali e cliniche private e ambulatori e complessi di riabilitazione) un'ampia gamma di servizi di assistenza ospedaliera, domiciliare, terapie e fisioterapie il più vicino al domicilio del paziente.

Differenti furono le esperienze degli **Stati europei**, grazie alla presenza di modelli di Sistema Sanitario Nazionale a carattere maggiormente universalistico. In **Inghilterra**, ad esempio, l'attenzione sulle reti si focalizza intorno agli anni '80 sullo sviluppo di network clinici in grado di creare legami tra cure primarie, secondarie e terziarie. Il modello organizzativo a mosaico delle reti era disegnato per la fornitura di servizi e per la gestione degli accessi alle cure specialistiche cui requisiti sono le competenze di network management di direzione, di acquisto e di empowerment professionale degli operatori. Goodwin e altri ricercatori inglesi (2004) hanno condotto uno studio nel Servizio Sanitario Inglese valutando l'esperienza condotta per oltre dieci anni e hanno potuto constatare come poche fossero le soluzioni ideali di rete possibile data la grande variabilità oltre alla ridotta presenza di evidenze sull'efficacia delle strutture a rete. Sulla base dei risultati ottenuti, successivamente furono istituiti progetti sia per valutare i fattori critici di successo in alcuni network clinici come la rete oncologica, l'assistenza agli anziani e l'assistenza sanitaria pubblica per disegnare, gestire e coordinare le reti offrendo ai pazienti la miglior assistenza.

In **Scozia**, la collaborazione tra organizzazioni e professionisti nell'ambito di un preciso network clinico, ha favorito la nascita di reti cliniche sia di specialità che di patologie consentendo di migliorare l'assistenza ai pazienti che richiedono cure che impiegano più setting organizzativi. Questa modalità organizzativa ha consentito di diminuire le ridondanze professionali ed organizzative all'interno della rete, di migliorare l'efficacia e l'accesso alle cure oltre a mettere in comune le migliori pratiche assistenziali.

In **Francia**, sempre negli anni '90, le reti create erano di tipo "funzionale associativa" con l'obiettivo di assicurare la qualità assistenziale ed equità di accesso degli utenti alla rete oltre alla gestione integrata dei bisogni assistenziali. Queste tipologie di reti hanno generato nuovi modelli relazionali tra gli attori del sistema sanitario e hanno consentito l'aumento della produttività con soluzioni locali differenziate.

In **Svizzera**, negli anni '80 sono state create le reti istituzionali pubbliche con il fine di migliorare l'equità di accesso degli utenti per controllare i costi sanitari e per responsabilizzare gli operatori verso i problemi di salute dei cittadini. L'integrazione verticale ha garantito la continuità assistenziale mentre l'integrazione orizzontale ha assicurato un'efficace distribuzione delle risorse e migliorato l'accesso alle cure specialistiche. L'integrazione e la cooperazione hanno consentito di sfruttare economia di scala e realizzare nuovi modelli relazionali e comportamentali incentrati sulla collaborazione e la condivisione di competenze.

In **Italia**, sono state condotte molte iniziative finalizzate all'implementazione di nuove forme organizzative che richiamano la logica della rete. Sia a livello nazionale che regionale sono state dettate linee di indirizzo per la creazione di "reti assistenziali" o "reti cliniche" finalizzate alla razionalizzazione dei servizi socio sanitari attraverso la revisione organizzativa nei diversi contesti. Il PSN ed alcuni PSR propongono lo sviluppo e l'implementazione di reti assistenziali integrate di servizi che cercano di coniugare le esigenze di accessibilità alle strutture sanitarie con la qualità e l'efficienza.

Nella **Regione Toscana** è stata progettata un modello assistenziale "in rete" basato su una nuova articolazione organizzativa territoriale. Le "Aree Vaste"

rappresentano il livello programmatico strategico del SSSR in ambito ospedaliero e in ambito specialistico. La creazione delle Aree Vaste risponde all'esigenza di integrare con ottica reticolare diverse aziende e strutture sanitarie del sistema sanitario attraverso lo strumento della concertazione. L'area vasta consente di potenziare lo sviluppo della rete al fine di implementare l'appropriatezza degli interventi e l'integrazione dei servizi nei percorsi assistenziali stabiliti nella programmazione sanitaria regionale.

In **Piemonte**, la riconfigurazione del sistema di offerta sanitaria si fonda sulla realizzazione di reti di servizi interaziendali sovrazionali mediante articolazioni per livelli di complessità funzionali delle strutture che erogano i servizi e reti di servizi territoriali. Lo sviluppo di reti integrate permette un duplice obiettivo: avere un'efficace strumento di governance dei vari aspetti sanitari (clinici, gestionali, ecc.) rafforzando in senso qualitativo il SSR grazie all'integrazione finalizzata alla continuità e all'efficacia assistenziale dei problemi di salute. La realizzazione di forme di integrazione interorganizzativa a "rete" sono state create per coordinare l'assistenza in specifici ambiti tra rete ospedaliera e rete territoriale come la rete urgenza-emergenza o la rete oncologica.

Nella **Regione Marche**, a seguito della riforma sanitaria avviata nel 2003 con l'istituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), sono stati ridefiniti gli ambiti territoriali dei distretti sanitari ed avviata una programmazione territoriale sanitaria integrando il settore sociale con il settore sanitario. L'implementazione del "sistema integrato della rete dei servizi alla persona" considera sia il Distretto che l'Ambito Territoriale Sociale i luoghi privilegiati dell'integrazione sociale e sanitaria in stretta relazione con le altre strutture del SSR. In questa logica di "Reti integrate" la regione ha previsto quattro tipologie di reti: il network territoriale socio-sanitario, il network prevenzione, il network urgenza-emergenza e il network clinico per le acuzie, tutti implementati nel Piano Regionale Sanitario e Sociale e sperimentati nei diversi contesti regionali secondo la delibera regionale n.720/2007²³.

²³ Delibera della Giunta Regionale n. 720 "Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria nella regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali".

In **Emilia Romagna** si comincia a parlare di reti, come sistema strutturato di relazioni tra ospedali, nella seconda metà degli anni novanta, in concomitanza con l'avvio dell'aziendalizzazione del servizio sanitario regionale e del processo di riordino ospedaliero. Inizialmente è stato considerato uno strumento organizzativo da implementare per sostenere un processo di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, imperniato sulla chiusura dei piccoli ospedali e sulla concentrazione delle funzioni di assistenza. In seguito, l'organizzazione a rete assume le caratteristiche di una strategia organizzativa, che oltrepassa i confini dell'ospedale, estendendosi alla programmazione, all'organizzazione e alla gestione di servizi tecnico – logistici con valenza sub regionale e sovra – aziendale. Anche in Emilia-Romagna l'integrazione tra le aziende è avvenuta attraverso il progetto di “Area Vasta” come strategia di sistematizzazione e di consolidamento delle relazioni di collaborazione tra di esse. In particolare l'Area Vasta Romagna (composta dalle aziende sanitarie di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini) ha attuato l'integrazione su più livelli: istituzionale o programmatorio, aziendale o organizzativo-gestionale, livello professionale o assistenziale. Oggi dopo decenni di sperimentazione organizzativa, la regione conferma le scelte di politica sanitaria e sociale rilanciando l'integrazione quale valore strategico per lo sviluppo e la coesione sociale quale condizione per lo sviluppo della rete di servizi e della valorizzazione delle comunità locali come delineato nel PSSR 2013-2014.

Nel **Veneto** l'integrazione sociosanitaria rappresenta la scelta strategica della regione che nasce da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione, privilegiando la continuità assistenziale tra ospedale e territorio al fine di promuovere la solidarietà e valorizzare gli investimenti di salute nelle comunità locali. Il SSRR Veneto propone una visione fondata su una “rete di sicurezza” per il cittadino con la messa in rete delle strutture territoriali integrate con la rete ospedaliera attraverso un modello articolato su due livelli: il modello “Hub & Spoke”. Questo modello, prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza (Hub) e distribuendo i terminali di accesso in

centri sotto-ordinati (Spoke), cui competono principalmente la selezione e l'invio di pazienti.

La **Lombardia** è la regione che maggiormente si discosta dalle altre regioni nell'organizzazione del proprio sistema sanitario. Dal punto di vista organizzativo la regione ha attribuito alle ASL il ruolo di acquirente delle prestazioni sanitarie e agli ospedali il ruolo di produttore in un sistema basato sul meccanismo di "libero mercato" aperto all'accesso degli erogatori privati al sistema dell'offerta e di concorrenza tra i diversi operatori. La configurazione organizzativa della rete lombarda appare molto diversa dagli altri sistemi regionali in cui l'integrazione socio sanitaria è stata difficoltosa da attuare a causa di poca chiarezza dei ruoli e competenze e dalla difficile integrazione fra le professionalità della rete territoriale e della rete ospedaliera. Oggi la Regione Lombardia nell'ultimo PSSR ha individuato tra le priorità, la necessità di operare un riordino del sistema sanitario e socio-sanitario che, pur nel contesto attuale nel quale la crescita della domanda di servizi si accompagna ad una contrazione delle risorse disponibili, permetta di mantenere e migliorare i livelli di qualità ed efficienza raggiunti. Il nuovo modello organizzativo dedica un focus ai percorsi di integrazione tra le politiche sanitarie e socio sanitarie, in particolare per quanto attiene alla presa in carico delle cronicità e delle fragilità. In ambito sanitario, gli indirizzi forniti agli operatori riguardano numerosi aspetti: definizione del quadro generale di finanziamento, del livello programmatico del sistema, interventi per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza con lo scopo di raggiungere una maggiore efficienza. Sono inoltre presentate azioni volte al perseguimento dei principi di equità, semplificazione, comunicazione e trasparenza. Infine, la creazione delle reti ospedaliere mediante accorpamento e integrazione tra ospedali rappresenta una nuova strategia volta a razionalizzare l'offerta di servizi attraverso una progressiva rimodulazione dei nodi della rete all'interno dei diversi contesti regionali (Meneguzzo, 2008).

La **Regione Lazio**, dopo il rientro di bilancio, ha iniziato a progettare un nuovo modello di sanità eliminando gli sprechi, aumentando la qualità dei servizi e offrendo un'assistenza migliore. In particolare, l'azione programmatica del PSSR si basa sulla riorganizzazione delle reti ospedaliere per ridurre gli squilibri

e l'inappropriatezza riaffermando il diritto alla salute dei cittadini e sulla costruzione di una nuova rete territoriale della salute per l'integrazione sociosanitaria. Il nuovo modello organizzativo è il risultato della rimodulazione della rete ospedaliera, dei distretti e dall'istituzione della nuova rete socio sanitaria di cure primarie e di continuità assistenziale. La "Casa della Salute" costituirà il nodo strutturale della rete sanitaria dove si effettuerà l'integrazione socio-sanitaria e tutte le strutture del SSR saranno in rete con le Case della Salute per fornire risposte adeguate ai bisogni assistenziali.

Queste iniziative come tante altre condotte in altre regioni, incluse quelle soggette alla gestione del disavanzo economico, evidenziano l'esistenza di una molteplicità di esperienze di miglioramento e potenziamento dei propri servizi sanitari. La regionalizzazione e le modifiche del Titolo V della Costituzione hanno introdotto nei sistemi sanitari importanti novità nell'assetto istituzionale organizzativo delle Regioni, alle quali è stata trasferita la potestà legislativa in materia sanitaria. La regionalizzazione ha permesso alle Regioni di sviluppare e sperimentare nuovi modelli organizzativi più rispondenti ai bisogni assistenziali della popolazione e alle nuove sfide come l'invecchiamento, l'aumento della spesa sanitaria, le nuove tecnologie utilizzate in sanità oltre a garantire la sostenibilità del servizio sanitario.

Le politiche di ammodernamento del sistema sanitario richiedono una strategia per la qualità condivisa fra tutti gli attori e la conseguente progettazione e sperimentazione di modelli clinici, organizzativi e gestionali innovativi, che assicurino risposte efficaci ai bisogni di salute orientando i modelli a livelli elevati di qualità, efficienza, efficacia, sicurezza ed appropriatezza.

Ogni SSR è chiamato a perseguire, nel proprio ambito regionale, gli obiettivi del SSN assicurando l'integrazione e la continuità delle cure tra i diversi livelli assistenziali (ospedaliero, territoriale, sociale, ecc.) e tra i professionisti sanitari mediante una logica di rete. I moderni sistemi sanitari, come i sistemi produttivi sofisticati e complessi, da tempo si stanno riorganizzando mediante la costituzione di reti integrate per rispondere meglio e più tempestivamente alle sfide della globalizzazione e dell'innovazione.

Il SSN Italiano, negli anni duemila, guardando le diverse esperienze condotte nei paesi anglosassoni ed in alcuni paesi europei, suggerisce di rendere più funzionale la dotazione ospedaliera attraverso il collegamento degli ospedali con l'assistenza territoriale, formando così reti cliniche integrate socio-sanitarie. Queste reti sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema poiché permettono la centralizzazione delle cure assistenziali pluriprofessionali e multidisciplinari mantenendo la continuità assistenziale e garantendo la presa in carico globale dell'individuo. Inoltre permette una maggiore disponibilità di risorse, le economie di scala e la condivisione dei costi di ricerca e sviluppo oltre ad una maggiore circolazione delle informazioni con conseguente accelerazione dei processi di diffusione delle innovazioni.

Le diverse Regioni hanno promosso lo sviluppo di reti assistenziali, in particolare “reti cliniche” come risposta ai problemi posti dalla “complessità” dell'assistenza sanitaria e come strumento di “razionalizzazione” delle risorse. La diffusione di queste delle reti assistenziali è ancora disomogenea se si considerano le esperienze condotte dai SSR quindi si rende necessario adeguare l'implementazione e consolidare le sperimentazioni a livello regionale. Secondo il principio delle reti cliniche integrate, il SSN raccomanda inoltre, che per la casistica più complessa sia prevista l'adozione di un modello di rete gerarchicamente integrata denominato Hub & Spoke. Questo modello comporta una integrazione forte tra i nodi e può essere adottato per servizi assistenziali caratterizzati da volumi di attività predeterminati e di elevata complessità tecnologica e la sua struttura può essere modificata in funzione dell'evoluzione/obsolescenza della tecnologia e delle conoscenze e competenze professionali e gestionali.

Questo modello esprime un'idea dinamica dell'assistenza (prima che strutturale) collegata ai gradi di complessità seguendo un determinato ordine, al superamento di un determinato livello, dalle strutture periferiche meno specializzate a strutture centrali più specializzate. Questo modello organizza servizi/ aree assistenziali della stessa linea produttiva concentrando tutta l'attività ad elevata complessità in centri di eccellenza (Hub) in numero ridotto e per le casistiche meno frequenti, e distribuendo i terminali di accesso in centri sotto

ordinati (Spoke) per le specialità di base a diffusione capillare che hanno una casistica più frequente cui competono la selezione e l'invio dei pazienti verso i centri di eccellenza che possono costituire le reti nazionali. L'accessibilità degli utenti ai servizi sanitari avviene nelle strutture periferiche e garantita successivamente il passaggio al seguente livello secondo criteri di complessità.

Le reti cliniche integrate socio-sanitarie possono essere di varia natura: tra aziende sanitarie (reti specialistiche, reti funzionali), tra azienda sanitaria e altre organizzazioni pubbliche e/o soggetti privati (partnership), tra ospedale/azienda sanitaria ed università (reti funzionali per l'assistenza, la didattica e la ricerca), nei casi di alta complessità tra più ospedali (modello Hub & Spoke) ed infine tra reparti o aree all'interno dell'ospedale (ospedale per intensità di cura) (Carradori et al., 2010).

La riorganizzazione del livello assistenziale ospedaliero, presuppone il coinvolgimento e relativo trasferimento di attività e/o servizi assistenziali a livello territoriale. L'adozione di questo modello richiede la cooperazione tra i centri periferici e centrali evitando la competizione tra le strutture. Questo riassetto organizzativo modifica l'organizzazione attuale di molti SSR influenzando nel contempo ruoli e funzioni gestionali di tutti gli attori del sistema.

La struttura ospedaliera rappresenta ancora oggi, per gran parte della popolazione italiana, il punto di riferimento principale per l'assistenza sanitaria, tuttavia la riorganizzazione delle strutture sanitarie e dei servizi, la razionalizzazione delle risorse, la rimodulazione delle funzioni, la riqualificazione del personale nonché l'evoluzione scientifica, cui si è associata una progressiva sofisticazione della tecnologia sanitaria, ha spostato il centro dell'assistenza dall'ospedale verso il "territorio".

La reingegnerizzazione della rete ospedaliera deve garantire i seguenti obiettivi:

- la riorganizzazione delle unità operative semplici e complesse a livello di rete regionale secondo una logica organizzativa di tipo dipartimentale;
- la presenza di nodi principali, di carattere regionale, nelle patologie a maggior complessità, e di nodi secondari per il trattamento delle

acuzie, nonché di nodi di cure intermedie prevalentemente destinati alla riabilitazione ed alla post acuzia;

- l'organizzazione delle aree di degenza per intensità di assistenza;
- l'integrazione, la qualificazione e l'equilibrata distribuzione dei servizi d'eccellenza sul territorio regionale ed il superamento della duplicazione delle unità operative;
- la differenziazione delle attività tra le diverse strutture, affinché i nodi della rete operino in modo integrato ma con una precisa concentrazione e suddivisione delle attività, da quelle di maggiore complessità ed intensità assistenziale sino a forme di assistenza extraospedaliera più orientate al territorio;
- l'integrazione tra ospedale e territorio al fine di assicurare la continuità assistenziale sia in fase di pre-ricovero, nei casi programmati, sia in fase di post-dimissione secondo una logica che privilegi percorsi assistenziali integrati.

L'attuazione di processi di riordino delle organizzazioni secondo una logica di rete richiedono di prendere in considerazione diversi fattori al fine di valutare il fabbisogno complessivo, quali l'analisi della popolazione e la sua composizione, la valutazione delle condizioni dimensionali e di produzione delle strutture di offerta (sia ospedaliere che territoriali), l'analisi della domanda della popolazione e delle caratteristiche dell'offerta erogata. Le Regioni devono quindi impegnarsi ad affrontare contestualmente l'organizzazione ospedaliera e quella territoriale per poter assicurare standard assistenziali di qualità semplificando l'offerta ed evitando duplicazioni e dispersioni di discipline a vantaggio invece di una presa in carico globale dell'assistito.

CAPITOLO 3

3.1 Il Modello Hub & Spoke: definizione e ambiti di applicazione

Il sistema “Hub and Spoke” (letteralmente del mozzo e dei raggi) è una struttura a stella basata sui centri di riferimento (Hub) e centri periferici (Spoke). Il centro Hub rappresenta il punto centrale, l’anello di collegamento tra i vari raggi o elementi satelliti che grazie a legami di dipendenza e di coordinamento svolgono una determinata funzione. Il principio sottostante il meccanismo di coordinamento e di collegamento necessario che si crea tra il centro “Hub” e gli elementi satelliti “Spoke” garantiscono un meccanismo equilibrato ed efficiente dell’intero sistema. Questa logica di funzionamento prevede la copresenza di due elementi con caratteristiche e importanza diverse, i quali assumono due posizioni opposte, di nucleo centrale ed elementi satelliti, entrambi fondamentali per il funzionamento del sistema. Il corretto collegamento tra il centro e gli elementi satelliti permetterà all’intero sistema di funzionare e, quindi, assumeranno un ruolo fondamentale, i meccanismi di coordinamento, l’organizzazione e la gestione che verranno a crearsi nel micro modello e la capacità di evolversi in maniera simultanea insita in ogni componente del sistema. La logica di funzionamento è stata esportata anche in ambiti d’azione diversi che si discostano completamente dalle origini del sistema stesso.

In una logica organizzativa e gestionale, il ruolo ricoperto dalla componente centrale, *Hub*, viene ad assumere un’importanza fondamentale in quanto diviene il punto di riferimento e di convergenza delle *Spoke*, come elemento che assorbe in sé le componenti specialistiche del sistema e nel quale vengono riposte le maggiori responsabilità operative e gestionali del sistema e dal quale partono le istruzioni che potrebbero modificare il funzionamento delle stesse *Spoke*. A questi ultimi saranno affidati compiti operativi ed esecutivi che completeranno il quadro organizzativo dell’organizzazione di riferimento, controllate e gestite dal nucleo centrale *Hub*.

Questo modello di organizzazione logistica si è sviluppato negli Stati Uniti in seguito alla deregulation nell’aviazione civile commerciale avviata nel 1978 con il

“Deregulation Airline Act”. L’introduzione delle nuove regole nel mercato aereo ha richiesto la revisione strutturale e funzionale dell’ambiente competitivo consentendo di ridisegnare il network delle rotte aeree migliorando la produttività del settore aereo attraverso un utilizzo più efficiente dei mezzi e delle infrastrutture di trasporto.

Il modello “Hub & Spoke” esprime un’idea dinamica e per le sue caratteristiche innovative, è un modello organizzativo di rete che viene utilizzato in vari settori economici e commerciali: nel settore dei trasporti in particolar modo in ambito aereo, marittimo e terrestre, nella logistica distributiva e trasporto delle merci e di recente introduzione nel settore bancario e nel settore sanitario, in ognuno con modalità operative e strategie gestionali differenti a seconda del mercato e del *business* di riferimento.

Nel trasporto aereo, ad esempio, il modello viene utilizzato oggi da molte compagnie aeree, le quali utilizzano un centro *Hub*, solitamente rappresentato dalla base del vettore aereo, dove concentrano la maggior parte dei voli che poi partono a raggiera verso le altre destinazioni, utilizzando l’*Hub* come scalo intermedio strategico. Il network che si configura è determinato da delicatissimi collegamenti tra i vari aeroporti facenti parte della rete operativa. L’*Hub* dovrà essere in grado di gestire e controllare costantemente sia l’operato delle sue infrastrutture, servizi e risorse sia l’operatività degli aeroporti satelliti. Il coordinamento e il controllo delle rotte aeree che dagli aeroporti *Spoke* confluiscono nell’aeroporto *Hub* deve essere costantemente monitorata per garantire la puntualità e la coincidenza tra tutti i voli in partenza verso la destinazione finale. Le infrastrutture, le risorse tecnologiche e umane e i servizi che vengono garantiti dall’aeroporto *Hub* devono essere idonei a sostenere alti livelli di professionalità e operatività capaci di restituire un alto grado di efficienza del servizio erogato nonché i collegamenti lineari nel *network*, e tra i vari aeroporti e la puntualità dei vari voli.

Nella logistica distributiva e del trasporto merce invece, il modello si caratterizza per avere un punto centrale (Hub) quale baricentro delle operazioni mentre i centri periferici (Spoke) e più centri satelliti collegati e coordinati nel sistema. La corrieristica aerea, ad esempio, utilizza il modello nel trasporto merci:

queste confluiscono da più *Spoke*, di varia provenienza, in un unico punto *Hub* da cui parte un unico volo notturno che porta l'intero carico a destinazione. I centri *Hub* costituiscono il corretto collegamento con tutti i punti periferici della rete al fine di garantire un servizio puntuale, efficiente con tempistiche predeterminate e ben definite. L'*Hub* gestisce tutta la rete, evitando il manifestarsi di gap operativi e creando dei flussi di collegamento continui, che riescano a tenere monitorati i movimenti in partenza e in arrivo da ciascuna *Spoke* in modo da essere sempre aggiornato e a conoscenza di quello che accade nella rete.

Nel **settore bancario**, il modello *Hub and Spoke* è stato recentemente adottato da alcuni gruppi bancari come modello organizzativo di riferimento. Nei piani industriali del settore bancario sono state implementate di recente, alcune fondamentali innovazioni soprattutto riguardo l'organizzazione della rete *retail* e della struttura gerarchica finalizzate ad un miglioramento operativo e della qualità dei servizi offerti al pubblico. Il network bancario è una rete caratterizzata dalla partecipazione di agenzie centrali *Hub* che gestiscono quattro o cinque agenzie periferiche *Spoke*. All'interno del micro mercato operativo l'agenzia *Hub* ha dimensioni maggiori, svolge il ruolo di filiale trainante dell'intero sistema ed ha la responsabilità di controllo e gestione dell'intero micro mercato. Le agenzie satelliti collaborano e si integrano con le altre agenzie *Spoke* e con l'agenzia *Hub* di riferimento. Questo micro mercato funziona se l'agenzia *Hub* e le agenzie *Spoke* opereranno mediante sinergie integrate in grado di sviluppare un *network*, forte e efficiente al fine di raggiungere obiettivi di profitto economico, abbattendo i confini fisici che caratterizzano altri modelli adottati precedentemente.

In ambito organizzativo, questo modello presenta una componente centrale *Hub* quale centro operativo responsabili di tutte le attività operative-gestionali dove convergono gli *Spoke* ovvero centri specialistici che svolgono attività controllate e gestite dai nuclei centrali. Grandi aziende o Gruppi commerciali possono adottare questo modello con una o più sedi centrali *Hub* integrate da più sedi periferiche *Spoke* collegate da appropriati sistemi comunicativi. Di solito la grande sede centrale è molto innovativa che genera e alimenta il sistema distrettuale e i processi innovativi delle sedi più piccole localizzati anche nelle vicinanze dei nodi centrali.

3.2 Dimensioni del modello Hub & Spoke in aziende non sanitarie

Il modello Hub & Spoke applicato nei settori economici citati precedentemente ha consentito la pubblicazione di articoli che evidenziano diversi aspetti del modello stesso. Nella letteratura disponibile è possibile individuare diversi aspetti del modello impiegato evidenziando le dimensioni più frequenti.



Figura 6. Dimensioni Hub & Spoke in Aziende non sanitarie

3.2.1 Obiettivi strategici

Un'organizzazione viene creata per raggiungere un determinato scopo. Gli obiettivi e la mission delineano un sistema di valori per l'organizzazione. Per

realizzarli, il management deve selezionare determinate opzioni di strategie e strutture organizzative che permetteranno alle organizzazioni di raggiungere un determinato scopo all'interno dell'ambiente competitivo in cui opera.

I settori economici sono diversi e le organizzazioni operano anche in diversi settori economici e posso distinguersi in base alla finalità, in aziende a scopo di lucro e organizzazioni non profit e gli obiettivi strategici possono avere un orientamento molto diverso.

Nelle aziende profit, l'attività dei manager è diretta verso l'acquisizione di profitti quindi la definizione degli obiettivi riveste un ruolo fondamentale in particolare nel settore del terziario.

Nel mercato del trasporto aereo ad esempio, il processo di cambiamento legato alla liberalizzazione ha costretto le aziende del settore a rivedere l'assetto competitivo e di conseguenza il proprio modello organizzativo. La dinamicità del settore, le caratteristiche delle aziende, la competitività e il continuo cambiamento hanno ridisegnato il mercato dove i vettori aerei competono.

Tutte le Compagnie Aeree si prefiggono degli obiettivi: di massimizzazione del profitto, di concorrenza con altre compagnie, di equilibrio ed efficienza produttiva, di organizzazione strategica, di responsabilità sociale. All'interno di questi macro obiettivi, le aziende individuano obiettivi strategici importanti e significativi che emergono dall'applicazione di modelli di rete come il Hub & Spoke: *espandere la rete dei trasporti, facilitando l'accessibilità locale o regionale in modo sostenibile ed economica per i cittadini, organizzare i processi di distribuzione in modo centralizzato e integrato che permettano la riduzione dei costi e maggiore competitività, riorganizzare i collegamenti e relativo flusso tra mercati operativi, utilizzando economia di scala e riducendo costi, maggior quantità di passeggeri, massimizzazione efficienza, economia di scala e riduzione dei prezzi; ridisegnare il flusso operativo tra hub e spoke per minimizzare i costi operativi complessivi e massimizzare il livello di servizi per i clienti (disponibilità di posti, il tempo d'attesa e la soddisfazione per i servizi), riorganizzazione degli scali aerei (Hub & Spoke) per consentire alle compagnie più frequenze, miglior rapporto posti offerti/occupati e sulle principali tratte, economie di scala consentite dall'utilizzo di aeromobili di maggiori dimensioni"* (Pollack, 2012;

Jun-Hyuk, 2012; Kim & Soh, 2012; Mutti, 2001, Gillen, 2006; Wei W., Hansen, 2006; Grosso et al., 2010). Questi obiettivi hanno in qualche modo stimolato policy maker, politici, managers, professionisti di altri settori, come di recente nel settore sanitario, a cercare una modalità organizzativa ed applicativa del modello nel tentativo di trovare una nuova logica di organizzazione e di erogazione del servizio.

3.2.2 Infrastrutture e organizzazione

Il modello Hub & Spoke è un modello di organizzazione delle reti che permette un uso efficiente dei mezzi e delle infrastrutture quindi della rete stessa. Nel settore del trasporto aereo ad esempio, la deregulation ha spinto i vettori aerei a cercare nuove strategie in particolare attraverso la costituzione di grandi centri Hub dove si concentrano in alcuni punti chiave servizi, competenze, risorse, traffico. Questa ridefinizione del sistema strutturale ha rivoluzionato il sistema dei trasporti permettendo sia spazi che numero di collegamenti superiori rispetto ai precedenti migliorando l'efficienza del trasporto e limitando la dispersione dei velivoli e la congestione aeroportuale.

Le infrastrutture utilizzate nel settore del trasporto (non solo aereo) sono di valore strategico all'interno della struttura organizzativa del modello. Nel settore aereo ad esempio, le dimensioni dell'aeroporto, le piste, le aree di sosta e di manutenzione, i servizi di controllo e di assistenza (specifici per la tipologia di aeroporto) hanno estrema importanza strategica ed economica per le aziende. Le caratteristiche, l'organizzazione ed i relativi meccanismi di integrazione dipendono dalle esigenze del traffico, dalla presenza di altri aeroporti nelle vicinanze, dalla tipologia di utenza, dalla situazione geomorfologica del territorio, dall'importanza strategica.

In modo analogo, la struttura organizzativa e le infrastrutture del sistema distributivo sono rilevanti al fine di consentire il trasferimento dei beni dal produttore al consumatore. I depositi principali (Hub) e quelli periferici (Spoke) integrano un network logistico-produttivo che consentono di razionalizzare il trasporto tra livelli complementari. Le caratteristiche, l'organizzazione, il coordinamento dei centri distributivi dipendono naturalmente dalla tipologia di

servizio offerto, dalle caratteristiche dei beni distribuiti, dal tipo di flussi e dalla collocazione dei centri a livello geografico.

Nel settore bancario invece, le sedi e filiali bancarie di un gruppo e la loro organizzazione nel territorio sono determinanti per il proprio business. Un gruppo bancario deve porre molta attenzione all'individuazione delle filiali Hub ad esempio, sia per la complessità dei processi utilizzati, per il numero di persone che lavorano e per la tipologia di servizi erogati. Lo spazio fisico tiene conto delle esigenze dei servizi richiesti dalla clientela e dalla necessità di razionalizzare la struttura organizzativa in termini di costi e produttività. In questo settore, adeguarsi alle nuove esigenze del mercato e dei propri clienti può voler dire per il gruppo bancario cercare nuove modalità organizzative, maggiori investimenti tecnologici, creare nuovi prodotti e individuare nuove segmentazioni della clientela.

In questi settori economici come in altri settori, l'implementazione di un modello di rete come il Hub & Spoke, ha evidenziato nella variabile organizzativa un elemento che contribuisce al vantaggio competitivo di una azienda. In molti settori economici, il successo e la diffusione delle aziende "reticolari", è in parte dovuta alla sapiente distribuzione delle strutture, alla gestione delle infrastrutture nonché il coordinamento organizzativo. Una maggiore attenzione sull'organizzazione delle strutture possono attivare sinergie per acquisire e gestire vantaggi localizzati, specializzazione competitiva, qualità nei servizi e nuove opportunità di business e nuovi stimoli alla revisione dei modelli d'impresa.

3.2.3 Controllo dei costi, Economia di scala

La razionalizzazione delle risorse con meccanismi differenti ha da sempre avuto come fine comune quello di risparmiare denaro. Le nuove tecnologie, le strutture organizzative moderne e le nuove modalità gestionali hanno incrementato i costi aziendali a tutti i livelli.

Il modello di rete Hub & Spoke è un tipico esempio di struttura finalizzata alla riduzione dei costi per effetto di economia di scala, di densità e di scopo. L'economia di scala si ottiene dall'aumento dei flussi all'interno di un sistema organizzativo a rete. Una configurazione integrata Hub & Spoke può contribuire a migliorare il rapporto costo/livello di servizio riducendo la perdita di efficienza, i

costi e tempi elevati, la mancanza di sincronizzazione operativa e gestionale nonché la riduzione della sconnessione dei sistemi di comunicazione.

L'economia del trasporto aereo dipende dall'economia e dall'interdipendenza con altri settori: dal settore industriale, dai servizi ai passeggeri, dai servizi alle compagnie aeree, dalle strutture aeroportuali, dal trasporto merci e dalle compagnie aeree. Nel settore dei trasporti, in particolare in quello aereo, l'applicazione del modello Hub & Spoke consente vantaggi di natura economica ai loro operatori, sia nell'erogazione del servizio che nella vendita e diffusione del servizio stesso. Permette anche la riduzione dei costi per il passeggero (tariffa) per l'aumento dei flussi dei passeggeri tra due punti per effetto del sistema Hub e per l'utilizzo delle maggiori frequenze e collegamenti tra i centri Hub e Spoke. Ulteriori vantaggi sono una maggiore accessibilità ai servizi oltre ad una competitività maggiore tra le linee aeree con maggiore efficienza.

Oltre all'economia di scala, le aerolinee tendenzialmente riescono anche a maturare economia di densità che permette di offrire tariffe più basse con maggiore elasticità della domanda. La presenza di più collegamenti in partenza da un centro Hub rende più incisiva l'entità dell'economia di scala che riescono a produrre. Il principale svantaggio è correlato alla reale difficoltà di implementare tale sistema. L'obiettivo della creazione di un centro Hub è quello di realizzare la massimizzazione dell'efficienza e maggiore specializzazione nei servizi. Spesso è difficile da perseguire questo obiettivo per motivi economici legati alla formazione del personale e alla disponibilità di mezzi/servizi per la gestione delle attività (Luzio M, 2004). I centri Hub permettono inoltre, la riduzione dei costi operativi e delle risorse impiegate nel sistema come conseguenza dalla ridefinizione dei processi, delle funzioni e delle strutture organizzative.

Nel settore bancario ad esempio, la razionalizzazione della rete distributiva a seguito della riorganizzazione del modello distributivo, produce indirettamente un vantaggio economico dalla riduzione dei costi. La riorganizzazione secondo il modello Hub & Spoke offre maggiore flessibilità organizzativa tra filiali Hub e filiali Spoke, salvaguardando la qualità dei servizi resi alla clientela. Il sistema informativo che supporta la rete organizzativa, accresce la qualità e l'efficienza dei processi ampliando e migliorando nel contempo prodotti e servizi per i propri

clienti. La tecnologia a supporto della distribuzione riduce i costi dei servizi attraverso lo spostamento delle operazioni su canali alternativi con conseguente incremento di “customer satisfaction”, servizi di eccellenza superiore e naturalmente per la banca incrementi di ricavi e aumento del numero di clienti.

Con lo sviluppo di validi strumenti innovativi e tecnologici è stato possibile raggiungere una notevole riduzione dei costi di gestione ed operativi, un netto miglioramento dei flussi comunicativi e un fondamentale sviluppo di strategie organizzative più efficaci ed efficienti in ogni settore del mercato. (Mottura, 2011; Noe 2012; Hayes 2010).

Il controllo dei costi e l'economia di scala sono due aspetti molto significativi per il settore distributivo, per il settore bancario e anche per altri settori economici in particolare il settore profit. Determinare una capacità produttiva più efficiente, minimizzare i costi produttivi, ottimizzare l'utilizzo delle strutture e organizzarle meglio, possono permettere di ottenere economia di scala e vantaggi importanti. Per un'azienda profit, competere nel mercato effettuando economia di scala non solo economiche ma anche tecnologiche può essere una scelta strategica aziendale che richiede una attenta valutazione dei processi produttivi.

3.2.4 Clienti, ict e interazione con l'azienda

Il soddisfacimento del cliente di qualsiasi settore economico rappresenta un aspetto ineludibile verso cui tende anche la logistica organizzata, non tanto in funzione dell'ottimizzazione dei flussi che garantisca maggiore economicità alle aziende quanto piuttosto modulata sulle esigenze del cliente. Infatti, molte aziende riescono a garantire la massima soddisfazione del cliente senza perdere di vista il mantenimento degli equilibri gestionali sul piano economico, finanziario e patrimoniale.

Nel panorama economico mondiale sono i clienti che, rappresentando la domanda e sviluppando potere d'acquisto, influenzano le fluttuazioni del mercato e i processi di competizione. Le aziende, in quasi tutti i settori, hanno scoperto nuove modalità di interazione con i propri clienti e hanno introdotto diversi programmi di fidelizzazione della clientela.

Nel settore del trasporto in particolare del trasporto aereo, la comunicazione tra aerolinea e clienti è molto cambiata negli ultimi anni. Le aerolinee hanno

introdotto programmi commerciali attraverso i quali le aziende offrono servizi esclusivi fidelizzando i suoi clienti. La centralità del cliente può essere potenziata mediante sistemi di gestione delle relazioni (custode relationship management) che aiutano le aziende a tener traccia delle relazioni con i clienti da sfruttare in diverse aree commerciali (vendite, marketing, servizi, ecc.). Considerare le esigenze di un passeggero da parte del personale dell'aerolinea, di una problematica gestionale di un conto bancario per una filiale o di un disguido con la distribuzione di un prodotto chiesto ad una azienda distributiva ad esempio, sono tutti aspetti differenti di un'unica relazione di business tra azienda (vettore, banca, azienda distributiva, catena alberghiera, ecc.) e cliente e la sua centralità potenzia il rapporto tra cliente e azienda. Nel settore aereo ad esempio, la centralità del cliente ha un'importanza tale da essere inserita nell'ambito degli obiettivi e meccanismi incentivanti legati alla customer satisfaction. Nel settore bancario invece, il cliente sta diventando sempre più centrale, più partner della banca, sempre più un'area di sviluppo emergente finalizzato ad accrescere una maggiore efficacia commerciale bancaria sui clienti (De Luca A, 2008).

Con lo sviluppo delle reti informative e di internet, le aziende sono costrette a modificare il loro assetto organizzativo e le loro modalità di interazione con la clientela al fine di poter sfruttare tutte le opportunità di business. L'ICT può essere utilizzata per rafforzare le relazioni non solo con i clienti ma anche con i fornitori e i partner nelle alleanze commerciali. I sistemi per la comunicazione, in particolare con i clienti, utilizzano Internet per nuove strategie di commercializzazione o di offerta di nuovi servizi. Uno dei maggiori risultati delle nuove tecnologie informatiche è rappresentato dal loro potenziale in termini di miglioramento della comunicazione sia all'esterno che all'interno dell'azienda. Ai passeggeri possono dare maggiore accessibilità ai servizi, migliori informazioni, maggiore interattività e più scelte customizzate mentre all'azienda può dare maggiore connettività e comunicazione interorganizzativa all'interno dell'azienda e tra gli operatori dell'azienda e/o con altre aziende, nuove sinergie informative tra le strutture Hub & Spoke, maggiore coordinamento di servizi commerciali, razionalizzazione nell'utilizzo delle infrastrutture aeroportuali e dei mezzi di trasporto sia a livello Hub che a livello Spoke nonché di gestione del traffico

aereo tra scali. Molte aziende, tra cui anche le linee aeree, hanno introdotto l'uso di applicativi per essere più competitive permettendo di capire la composizione della domanda, la peculiarità di servizi richiesti, la disponibilità di sistema di pricing e di allocazione dei servizi anche in collaborazione con altri vettori del trasporto.

L'ICT rappresenta per il settore aereo, in particolare, un fattore critico per il successo del vettore aereo, specialmente se si considera la difficoltà per il management di integrare le scelte strategiche con l'intera struttura aziendale. La governance di questo fattore e la definizione di alcune condizioni (definizione di struttura organizzativa, strutturale e di processi IT) possono consentire alla compagnia aerea di ottenere vantaggi di costi e di ritorno sugli investimenti. L'impatto dell'utilizzo dei sistemi informativi nell'ambito del settore del trasporto è così elevato che anche una minima disfunzione del sistema può arrecare un elevato impatto negativo e danno economico ingente per l'azienda e per il cliente stesso (Mutti, 2001; Forte et al, 2006). L'implementazione e il mantenimento dei servizi informativi in questo settore industriale non è di facile gestione per la complessità del sistema stesso, per la dinamicità dell'innovazione tecnologica e per l'utilizzo del sistema stesso.

La compagnia aerea sposando il concetto di e-business, al fine di contenere i costi e guadagnare in efficienza, adottano l'utilizzo di ICT per la gestione delle relazioni con i clienti, per la gestione delle operazioni, per la ridefinizione dei processi, per la gestione delle alleanze strategiche con altre aerolinee diventando in questo modo un vero fattore di successo sul piano strategico. Comunicare in modo veloce ed efficiente con i clienti, con i fornitori, con gli stakeholders è strategico non solo per la tipologia di servizi offerti ma anche per l'esperienza di viaggio del cliente.

Nel settore bancario invece, la rapida evoluzione della tecnologia ha ridisegnato la relazione e il dialogo con i clienti e, più in generale, il modo di organizzare e offrire servizi ai suoi clienti. Nel modello Hub & Spoke applicato a questo settore, l'ICT permette una revisione dei modelli di servizio distributivi e operativi finora utilizzati mediante una rivisitazione dell'organizzazione della rete di settore in particolare nei grandi gruppi bancari. L'ICT ha un ruolo strategico nel

business di ogni gruppo bancario, sia in ottica di cambiamento e innovazione dei processi produttivi, sia come strumento di valorizzazione delle risorse che costituiscono il capitale intangibile aziendale. Nei grandi gruppi bancari i servizi ICT generano maggiore efficienza e economia di scala sia interna che esterna oltre alla riduzione dei costi e all'introduzione di servizi innovativi per aumentare l'efficacia commerciale.

Il processo di interazione tra banca e cliente con logica “omnichannel” ossia canali multipli ma integrati, consente alla banca di ottenere informazioni fondamentali per innovare i prodotti e servizi offerti e per migliorare i processi. La compliance nel settore bancario è diventata un'aspetto sempre più rilevante, che incide nei budget ICT ma che diventa strategico soprattutto nella riduzione dei costi e nell'introduzione di servizi innovativi. La riorganizzazione prevede filiali Hub dove sono accentrati i servizi più complessi svolte anche per le filiali aggregate, dedicate principalmente alle attività di base. Si aggiungono in alcuni punti della rete, sportelli dedicati ad operazioni relazioni e commerciali e servizi e strumenti digitali avanzati e interattivi in grado di supportare la comunicazione e l'operatività con i propri clienti. Il modello distributivo bancario sta evolvendo grazie al supporto della tecnologia digitale mediante l'utilizzo di strumenti tecnologici sia per gli operatori sia per i clienti.

3.2.5 Valore aggiunto

Una determinata configurazione organizzativa “a rete” può generare valore a partire da una nuova organizzazione dei flussi di attività di un'azienda tra centri Hub e centri Spoke. La logistica organizzativa diviene strategica in quanto influenza la competitività limitando i costi e stimola lo sviluppo e la crescita economica aziendale.

Il settore aereo, logistico o bancario, sono settori caratterizzati da una grande attenzione all'innovazione (tecnologica, di prodotto, di servizio) che all'interno di un contesto strategico aziendale concorre all'acquisizione di un vantaggio competitivo da difendere. Le innovazioni tecnologiche, in modo particolare nel settore aereo, hanno permesso agli utenti un accesso più diretto ai servizi offerti dalle compagnie aeree by-passando la barriera delle agenzie di viaggio. Ciò si accompagna alle esigenze delle compagnie, che per ridurre i costi di gestione, si

servono della rete internet per la vendita dei prodotti/servizi. Il successo delle tecnologie in questo settore, hanno avuto una certa risonanza in altri settori come la logistica, il settore del trasporto marittimo o nel settore bancario. Nel settore del trasporto aereo che utilizza una modalità organizzativa Hub & Spoke, l'ICT consente ai clienti/passeggeri di avere migliori servizi, migliori informazioni sui voli e tariffe, maggiore efficienza delle comunicazioni e maggiore aderenza dei servizi, a valore aggiunto, alle necessità espresse.

In una economia di rete, il trasferimento di tecnologia innesca innovazione che crea valore e che a sua volta, crea sviluppo economico dovuto agli effetti cumulativi delle varie economie di scala attivabili all'interno di una produzione di rete (strutture, risorse, ecc.) che un'azienda riesce a produrre. La capacità di catturare valore aggiunto nell'ambito della produzione di un prodotto o servizio dipende proprio dallo sviluppo di adeguati servizi e strutture logistiche in grado di organizzare in modo razionale le attività connesse nell'intero processo produttivo.

Anche il settore bancario mostra buone evidenze di come l'innovazione tecnologica possa permettere ad un gruppo bancario di offrire servizi di valore per il cliente. L'innovazione a beneficio del business offre servizi eccellenti con diverse modalità di contatto come la *Home Banking*, *Mobile banking*, *ATM Self service* con diversa caratterizzazione operativa e con diversi livelli specializzazione sia da parte di "Agenzie centrali" che da parte delle "Agenzie satelliti". L'organizzazione caratteristica del Hub & Spoke offre in questo settore maggiore accessibilità ai servizi bancari più semplici e servizi di consulenza specialistica, con incidenza minore dei costi e qualità superiore del servizio. La rete bancaria cambia anche nei piani industriali come principale iniziativa di razionalizzazione delle strutture e dei servizi in controtendenza rispetto al passato (Rapporto ABI LAB, 2013).

3.2.6 Specializzazione

Il sistema reticolare Hub & Spoke ha una struttura e modalità organizzativa molto specializzata. La dotazione di infrastrutture specializzate e l'utilizzo di tecnologia avanzata richiedono anche risorse umane specializzate in grado di erogare servizi specialistici. Per un'azienda, disporre di processi specialistici, di

competenze organizzative distintive o competenze specialistiche può permettere di ottenere un marcato vantaggio competitivo.

Le capacità e le competenze distintive sono solitamente innestate nella cultura, nella struttura organizzativa e nei sistemi di controllo e che difficilmente possono essere imitate. L'individuazione delle attese potenziali dei clienti può permettere all'azienda, attraverso le sue specializzazioni, di customizzare i propri servizi/prodotti.

Un centro Hub aeroportuale deve gestire un'elevata specializzazione non solo in termini di flussi di servizi e traffico ma anche di risorse disponibili. Il Hub costituisce un centro specializzato e attrezzato per accogliere e gestire passeggeri da e per diverse destinazioni, un centro in grado di effettuare operazioni e flussi di merci e vettori e anche un centro nevralgico di una rete organizzativa di una specifica compagnia aerea. Garantire mobilità nella rete del trasporto tra i vari nodi della rete con massima efficienza e puntualità e minimizzando costi è anche un obiettivo della struttura reticolare in particolar modo nel settore dei trasporti. Come in questo settore, anche nella logistica distributiva ad esempio, il centro specializzato, l'unità di movimentazione specialistiche o la gestione degli operatori dedicati sono tutti aspetti importanti per offrire servizi anche qualificati.

In modo analogo anche nel settore bancario, se si considera la specializzazione tipica del settore, sono presenti figure specialistiche o consulenti esperti, nella gestione del credito/risparmio o nei settori famiglia o imprese nelle grandi filiali Hub ma collaborano e si integrano con gli operatori delle filiali Spoke. Questa collaborazione nell'erogare servizi specialistici anche accessibili ai clienti di un centro Spoke di un determinato gruppo bancario può contribuire a generare un vantaggio per la propria banca. Ovviamente integrare le diverse competenze specialistiche, i diversi operatori coinvolti nei processi commerciali di un'azienda con la complessità tecnologica nei centri Hub e tra centri Hub & Spoke costituisce una sfida organizzativa e gestionale che può consentire il successo dell'azienda relativamente alla sua redditività, al proprio mercato di riferimento, al vantaggio competitivo rispetto ad altre aziende.

3.3 Il Modello Hub & Spoke in sanità

I processi di riforma del SSN iniziati negli anni '90 hanno ridefinito l'assetto istituzionale, gestionale e organizzativo e modificato le condizioni in cui le organizzazioni sanitarie si sono trovate ad operare. In questo contesto si inserisce il processo di riforma ispirato ai principi di regionalizzazione, dell'aziendalizzazione e della responsabilizzazione.

Le regioni hanno potuto definire l'assetto istituzionale, il modello di organizzativo dei propri servizi socio sanitari ed i nuovi criteri di finanziamenti. Oggi, nella maggior parte dei PSSR è contenuta un'attenta valutazione del contesto regionale che ha consentito ad ogni Regione, di elaborare una politica sanitaria e relativa programmazione ispirata a principi di efficacia, efficienza, appropriatezza, equità, accessibilità, sicurezza e accettabilità da parte degli utenti. Le Regioni, nel tentativo di razionalizzare i propri servizi socio sanitari, hanno ridisegnato l'organizzazione dell'intera rete assistenziale e nel contempo, sperimentato nuovi modelli organizzativi in grado di adattarsi ai continui cambiamenti ambientali, alla crescenti richieste assistenziali, alle nuove disposizioni normative, alla tecnologia e ai nuovi ambiti specialistici, alle nuove problematiche di salute, alla maggiore complessità assistenziale mediante una gestione integrata di servizi coerenti con i bisogni di salute degli utenti.

Nel corso degli anni, le Regioni hanno cercato di integrare le componenti della rete assistenziale definendo modelli organizzativi che ottimizzano l'utilizzo delle risorse impiegate ad ogni livello del sistema al fine di salvaguardare la sostenibilità dei SSR. Alcune Regioni hanno implementato un modello organizzativo a "rete" denominato "Hub & Spoke" che tende a riorganizzare la rete mediante la sistematizzazione e la razionalizzazione delle relazioni tra strutture/servizi di elevata specializzazione (Hub) e strutture/servizi di prossimità all'utente (Spoke). Il modello si fonda sull'interazione e sulla complementarietà funzionale dei presidi e delle strutture, indipendentemente dalla loro collocazione fisica e amministrativa ed in base al livello di complessità assistenziale (Ministero della Salute, 2010).

Lo sviluppo e l'evoluzione del modello Hub & Spoke in Italia è stata conseguente al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. In questo piano erano tracciate le linee guida che avrebbe permesso un miglioramento della rete ospedaliera regionale seguendo, nell'evoluzione del modello, precise indicazioni fissate anche dal Piano Sanitario Nazionale (Istat, 2007). Questo modello dispone dal punto di vista organizzativo di servizi afferenti alla medesima linea di produzione, concentrando gli interventi ad alta complessità in centri di eccellenza (Hub) e distribuendo i terminali di accesso in centri sotto ordinati (Spoke), cui compete principalmente la selezione e l'invio dei pazienti (Guiducci, 2008). Questo riassetto organizzativo destruttura l'organizzazione precedente, sovraordinando nell'ambito del processo produttivo specifico, il legame funzionale della rete a quelli interni ai singoli presidi ospedalieri.

Il modello comporta un'integrazione verticale forte tra i nodi e può essere adottato per servizi caratterizzati da volumi di attività predeterminati e di elevata complessità tecnologica. Inoltre, concepisce la rete in termini dinamici, la cui architettura può essere modificata sulla base dell'evoluzione delle tecnologie, delle conoscenze, delle competenze professionali e gestionali degli operatori. La necessità è quella di organizzare l'intero settore sanitario secondo una logica reticolare nella quale le strutture territoriali e gli ospedali sono collegate da rapporti operativi e di servizio, dove le strutture territoriali *Spoke* garantiscono un primo servizio assistenziale al paziente secondo i bisogni di salute, analizzando il quadro clinico del paziente e, nel caso in cui questo risultasse di difficile cura, per il livello di competenze e strumenti a disposizione, indirizzano il paziente verso l'ospedale *Hub* specializzato presente nel territorio di riferimento. La caratteristica principale di questa struttura reticolare è quella di essere un insieme di nodi legati tra loro da relazioni e connessioni continue e quindi il presupposto per la creazione di una rete clinica integrata nella quale il percorso clinico del paziente viene condiviso al fine di offrire elevati livelli di operatività e ottimi servizi assistenziali (McKee M., 2011, Healy J. 2011, Maccarini M., 2006). Il modello della rete sposta l'attenzione della singola prestazione all'intero percorso assistenziale, con l'obiettivo che questo possa svolgersi in modo unitario, anche se

le singole prestazioni sono assicurate da Unità operative garantendo continuità ed evitando duplicazioni di servizi (Ministero della Salute, 2010).

L'organizzazione della rete assistenziale di un SSR richiede un ripensamento e una riprogettazione complessiva dell'intera rete. L'attivazione di questo approccio organizzativo richiede un grande impegno di contestualizzazione alla realtà regionale nella quale viene implementato al fine di perseguire l'ottimizzazione delle risorse disponibili e il recupero della centralità della persona nel processo assistenziale.

Sebbene nella letteratura specifica ci siano molteplici esperienze applicative del modello Hub & Spoke in diversi settori economici, compreso quello sanitario, le evidenze prodotte non offrono ancora un quadro sufficientemente completo delle ricadute organizzative.

In Italia, il modello è stato sperimentato principalmente nel settore dei servizi (trasporto aereo e marittimo, bancario, telecomunicazioni, distribuzione) con evidenti benefici nell'ottimizzazione e razionalizzazione delle risorse per l'erogazione dei servizi. Nel settore sanitario, il modello è stato implementato da alcune regioni nel tentativo di razionalizzare e dare maggiore appropriatezza gestionale dei propri servizi sociosanitari, garantendo equità e accessibilità al sistema, centralità del paziente nel processo di cura, maggiore integrazione e continuità assistenziale tra assistenza ospedaliera e territoriale e ottimizzazione delle risorse disponibili. Ad oggi è stata pubblicata molta letteratura di riferimento evidenziando esperienze positive e risultati incoraggianti che stimolano il dibattito sui modelli organizzativi in ambito sanitario.

L'implementazione del modello organizzativo Hub & Spoke nei sistemi sanitari avanzati ha permesso di pubblicare nuove evidenze che richiedono ulteriori riflessioni, in particolare un approfondimento maggiore delle dimensioni più significative del modello che impattano maggiormente e che rappresentano le dimensioni chiave per la progettazione organizzativa. Considerando le evidenze più significative di questa tematica, di seguito vengono illustrate le variabili e/o dimensioni più rilevanti che emergono dalla letteratura specifica nazionale e internazionale in ambito sanitario. Queste dimensioni costituiscono gli elementi di riferimento da considerare in fase progettuale e per i policy maker e responsabili

dell'organizzazione dei servizi sanitari a differenti livelli di governo, nazionale e regionale.



Figura 7. Dimensioni del Hub & Spoke in Sanità

3.3.1 Obiettivi e programmazione dei servizi socio assistenziali

Nel momento in cui si decide di modificare l'assetto organizzativo di un'azienda o di aziende in rete, è necessario definire gli obiettivi che si intendono raggiungere.

E' noto che ogni Sistema Sanitario, definisce in accordo con il PSN e con la propria normativa di riferimento, i propri obiettivi strategici da perseguire per la salute dei cittadini. Ogni Paese o Regione (quando quest'ultima ha la responsabilità), indirizza le risorse disponibili per un omogeneo sviluppo del

proprio sistema sanitario razionalizzando i servizi sanitari e assicurando la sostenibilità economica del sistema stesso.

Nelle principali economie occidentali, i Sistemi Sanitari sono orientati dagli obiettivi di salute del paese al fine di assicurare a tutti e in modo diverso il diritto alla salute in funzione delle proprie risorse, culture e tradizioni.

In Italia, uno dei dieci Sistemi Sanitari migliori al mondo, (WHO, 2000, OCSE, 2013, Bloomberg, 2014) la programmazione sanitaria demandata a livello regionale, prevede l'attuazione di un processo di definizione strategica di pianificazione e sviluppo del SSR nonché di obiettivi di breve e medio periodo che tenga conto del quadro normativo nazionale e regionale e del contesto demografico, economico, sociale e sanitario del proprio ambito di riferimento. L'attuale quadro normativo attribuisce alle Regioni una funzione centrale nella gestione del sistema sanitario, un ruolo di indirizzo, di programmazione e di organizzazione del proprio PSSR. I Piani sanitari definiscono *gli obiettivi fondamentali, le linee di indirizzo, i livelli di assistenza, in funzione della priorità dei bisogni e delle risorse disponibili e in base ai quali organizzare i servizi socio assistenziali*. I PSSR dedicano, sempre maggiore spazio, alla definizione di *obiettivi organizzativi* che riguardano principalmente la rimodulazione dell'assetto organizzativo sia a livello regionale che a livello locale aziendale al fine di ottimizzare i meccanismi gestionali salvaguardando il livello qualitativo e quantitativo dei servizi già offerti ai cittadini.

L'implementazione del modello Hub & Spoke in sanità richiede un'attenta definizione delle aree assistenziali (principalmente territoriale e ospedaliera), l'individuazione delle strutture socio-sanitarie e relativo ruolo (Hub/Spoke), le tipologie di servizi, i meccanismi di integrazione e coordinamento, le risorse umane, fisiche e tecnologiche disponibili al fine di assicurare integrazione e continuità assistenziale, approccio multidisciplinare, razionalizzazione delle risorse, efficacia clinica ed efficienza gestionale. Lo scopo nell'implementare il modello nel sistema sanitario è quello di riorganizzare l'erogazione dei servizi socio sanitari attraverso l'integrazione delle reti assistenziali (territoriale e servizi collegati, ospedaliera, reti cliniche specialistiche) garantendo ai cittadini accessibilità, sicurezza e qualità delle cure, efficacia clinica e con l'utilizzo

razionale ed appropriato delle risorse. Negli ultimi anni, la maggior parte dei PSR sono orientati alla riorganizzazione o potenziamento e consolidamento dell'offerta territoriale e alla ridefinizione organizzativa dell'offerta ospedaliera e relativo sviluppo delle politiche di integrazione nell'ambito di modelli organizzativi sostenibili e qualificati. In particolare, alcune Regioni che hanno concordato con il Ministero della salute un piano di rientro del disavanzo economico, hanno iniziato nel contempo una revisione organizzativa della propria rete assistenziale, passando da una organizzazione "classica" del SSR che non prevede particolari criteri di classificazione delle strutture sanitarie ad un modello organizzativo assistenziale (ospedaliera, territoriale e specialistica) secondo una logica reticolare che include complessità assistenziale e/o reti cliniche specialistiche. La revisione organizzativa del SSR, in attuazione ai Piani di Rientro e in armonizzazione con il Patto della Salute 2010-2012, viene effettuata seguendo un percorso metodologico rigoroso (definizione del fabbisogno di prestazioni appropriate per disciplina, per regime di ricovero e per tipologia di rete, numero e tipologia di strutture sanitarie) e finalizzato a recuperare maggiore efficienza e appropriatezza gestionale dei servizi. La Regione Piemonte ad esempio, nel suo PSSR 2012-2015 ha effettuato una revisione organizzativa con due criteri di fondo: implementazione del modello Hub & Spoke nella rete ospedaliera e l'integrazione con le reti assistenziali specialistiche urgenza-emergenza e la rete di territorio. La Regione Calabria invece, ha realizzato una programmazione di riordino delle reti assistenziali per intensità di cure con identificazione di reti Hub & Spoke ospedaliere anche specialistiche. Il PSR 2010-2012 della Regione Lazio identifica le reti specifiche dell'assistenza specialistica nell'ambito della riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera e della rete territoriale. Anche la Regione Sardegna nel suo PSR 2006-2008, affronta in maniera organica la riorganizzazione della rete emergenza, ospedaliera e territoriale per gestire con maggiore razionalità le risorse disponibili con appropriatezza organizzativa.

Queste regioni come le restanti, nonostante affrontino un percorso di ristrutturazione economica del disavanzo del proprio Sistema Sanitario, hanno dovuto intraprendere un percorso di radicale riorganizzazione delle proprie reti, necessario e obbligato con l'obiettivo di contribuire alla razionalizzazione e

all'utilizzo appropriato delle risorse perseguendo l'equità nell'accesso alle cure, l'efficienza ed efficacia degli interventi, migliorando il funzionamento delle strutture sanitarie e il conseguente contenimento dei costi di gestione. In questi sistemi sanitari, come del resto anche nei sistemi sanitari dei paesi avanzati, l'obiettivo prefissato è quello di offrire ai cittadini cure e servizi qualitativamente superiori e tecnologicamente avanzati utilizzando modelli organizzativi innovativi in grado di assicurare risposte puntuali a bisogni anche specifici.

Qualsiasi tipologia di revisione organizzativa non può prescindere da una sapiente definizione di obiettivi strategici e prioritari da attuare a garanzia costituzionale del diritto alla salute e del diritto sociale in ambito sanitario.

3.3.2 Strutture, organizzazione a reti, meccanismi d'integrazione

I SSR impiegano risorse strutturali pressoché simili. Ogni sistema sanitario utilizza ed organizza queste risorse a seconda della tipologia di obiettivi definiti nel proprio piano sanitario. Ovviamente la disponibilità di risorse, i modelli gestionali di utilizzo, la qualificazione e la tipologia di strutture, la razionalizzazione dei servizi erogati, la tipologia di pazienti e bisogni assistenziali, il grado di integrazione di funzioni e competenze nonché la necessità di continuità assistenziali condizionano l'erogazione dei servizi socio-sanitari.

Nel modello Hub & Spoke, *le strutture* (sotto il profilo tecnologico e strutturale che compongono le reti assistenziali) *e la relativa organizzazione e gestione*, hanno estrema importanza quando si vuole garantire assistenza e servizi sociosanitari accettabili qualitativamente, sostenibili economicamente e validi scientificamente.

Nel disegnare il modello è molto importante individuare le strutture fisiche (Hub e Spoke), le caratteristiche, la configurazione organizzativa e la relativa struttura logistica, la localizzazione nel territorio, il ruolo e la funzione di ogni centro, i sistemi operativi che collegano le strutture integrando i principali centri principali e periferici e reti clinico-assistenziali, i meccanismi di integrazione verticali e orizzontali, le risorse umane e tecnologiche impiegate, le tipologie di servizi. Nel considerare questi aspetti strutturali del modello, bisogna razionalizzare il sistema produttivo distribuendo, secondo il principio di complessità, i centri Hub e Spoke della rete e per ognuno di questi identificare i

relativi bacini di popolazione di riferimento e relativi bisogni assistenziali, i processi e percorsi assistenziali, i criteri soglia di invio e rinvio dei pazienti tra i centri Hub e Spoke e viceversa. Implementare un modello organizzativo come questo richiede anche un'attenta analisi delle strutture esistenti che include l'eventuale riqualificazione delle strutture poco utilizzate o meno adeguate per il bacino di riferimento al fine di migliorare i servizi erogati. Il ridisegno della rete può riguardare, una specifica rete clinica, una struttura di una rete assistenziale o l'intero Sistema sanitario sia esso regionale o Nazionale come evidenziano alcune esperienze realizzate sia in Italia che all'estero.

La Regione Calabria ad esempio, nell'effettuare il riordino della rete Emergenza – Urgenza per inappropriata, obsolescenza, diseconomicità, scarsa efficienza e spreco di tecnologia d'avanguardia e personale qualificato, definisce i criteri organizzativi e le caratteristiche dei Centri Hub e dei Centri Spoke, l'ambito territoriale ed i relativi bacini d'utenza, ruolo e funzioni dei centri, gli strumenti di comunicazione tra le strutture e operatori e le modalità di coordinamento dei servizi. Questa revisione ha messo in evidenza una ricaduta positiva in termini di razionalizzazione delle risorse disponibili evitando nel contempo duplicazioni di strutture assistenziali e servizi specialistici e di continuità assistenziale per il paziente sia a livello territoriale che ospedaliero.

Nel Lazio invece, a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera e avvio delle reti cliniche regionali, si è provveduto a riqualificare l'offerta assistenziale oncologica per i pazienti oncologici dovuto al notevole aumento del volume di prestazioni richieste. La rete oncologica Hub & Spoke ad esempio, ha un'organizzazione assistenziale che risponde a criteri di collegamento funzionale fra strutture di un'area definita assicurando la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale tra strutture assistenziali diverse. La riorganizzazione ha avuto lo scopo di razionalizzare l'offerta ospedaliera e qualificare l'assistenza mediante l'utilizzo appropriato delle risorse umane e tecnologiche al fine di garantire la presa in carico dell'assistito mediante l'utilizzo dei percorsi clinico-assistenziali, di coordinare le professionalità e valorizzare le competenze, di condividere le informazioni cliniche e favorendo l'equità di accesso ai servizi e ai trattamenti terapeutici .

La regione del Queensland, in Australia, ha recentemente riprogettato l'assistenza sanitaria rurale mediante l'implementazione di una rete Hub & Spoke a livello territoriale che coinvolge anche la rete ospedaliera al fine di migliorare l'accesso dei pazienti alle cure (in sicurezza) mediante servizi sostenibili allineando l'offerta sanitaria rispetto ai bisogni assicurando la continuità delle cure (Queensland Government, 2010). Questa riprogettazione ha richiesto la valutazione delle infrastrutture assistenziali dell'area al fine di poter definire le caratteristiche dei Centri Hub e Spoke dell'intera regione, i relativi criteri di organizzazione e di erogazione dell'assistenza, i meccanismi di coordinamento tra strutture della rete ed i profili di servizi assistenziali in relazione alle risorse disponibili e agli obiettivi prefissati. L'applicazione di questo modello organizzativo rappresentava per il sistema sanitario, la soluzione più adeguata alle richieste dei cambiamenti dell'ambiente e dello scenario socio-demografico al fine di assicurare assistenza sanitaria territoriale ai propri cittadini. Questo progetto è in fase di attuazione e la nuova programmazione sanitaria sta valutando le ricadute assistenziali e organizzative in termini di accessibilità, capacità gestionale e di flessibilità nell'erogazione dei servizi/prestazioni assistenziali.

In Gran Bretagna, Ham et al. (2011) hanno pubblicato un rapporto contenente le aree di sviluppo strategiche del futuro SSN inglese sulla base delle nuove esigenze sanitarie del paese. In particolare si evidenzia che l'organizzazione della rete assistenziale che coinvolge l'assistenza (primaria, secondaria e servizi socio sanitari territoriali) può essere maggiormente garantita attraverso un sistema a rete Hub & Spoke che garantisce assistenza e prestazioni sanitarie integrate e di maggiore accessibilità. Si evidenzia inoltre, la necessità di dover "trasformare" l'attuale organizzazione del sistema al fine di poter erogare cure efficaci, sicure e di elevata qualità oltre a garantire continuità assistenziale e coordinamento tra le strutture in base alle necessità del paziente.

A questi esempi ed in relazione allo scopo dell'elaborato, si aggiunge l'esperienza organizzativa ed assistenziale del SSSR Veneto, che descriverò successivamente, caratterizzato negli ultimi anni per essere riuscito a coniugare le molte eccellenze presenti nel sistema sanitario mediante un'organizzazione a rete

integrate che copre l'intero territorio, sia a livello sociale che a livello sanitario, territoriale e ospedaliero.

ASSISTENZA TERRITORIALE

I mutamenti della struttura familiare, dei bisogni della popolazione della Regione Veneto e la diffusione del ricorso da parte delle famiglie ad assistenti familiari, richiedono un profondo ripensamento dell'articolazione della rete assistenziale di livello distrettuale.

L'ultimo PSSR dichiara che nella filiera dell'*assistenza territoriale* si devono assicurare e coordinare in modo sinergico *l'assistenza primaria, le cure domiciliari, l'assistenza residenziale e semiresidenziale, l'assistenza specialistica e le cure palliative e l'assistenza in strutture di cure intermedie*. Questi differenti livelli assistenziali rappresentano dei nodi nella rete territoriale che vengono garantiti da servizi distrettuali, da strutture residenziali, da servizi comunali, da unità riabilitative.

Il Distretto costituisce l'organizzazione territoriale che assicura i servizi di assistenza sociale e sanitaria di primo livello. E' compito del distretto garantire l'integrazione di attività e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, modulati in funzione dei bisogni espressi. La valutazione multidimensionale dei bisogni della persona e della sua famiglia, la presa in carico multi professionale consentono di erogare in modo efficace assistenza e prestazioni di livello qualitativo.

In altri SSSR il Distretto può essere chiamato anche "Casa della Salute" o "Distretto della Salute" e può dipendere dal tipo di scelta strategica della programmazione regionale. Questa struttura è il luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali nelle funzioni di governo, produzione ed erogazione di servizi a livello regionale. Rappresenta inoltre, il centro di riferimento per tutti i servizi dell'Azienda Sanitaria, assicura l'erogazione di assistenza primaria continuativa per un territorio di riferimento integrando servizi e prestazioni e governa tutti i processi assistenziali alla persona assicurando l'integrazione interistituzionali delle risorse regionali e nazionali.

Il Distretto a livello territoriale veneto è in linea con quanto specifica il D.Lgs.229/99 ed eroga assistenza medica-infermieristica, assistenza specialistica (farmaceutica, protesica), assistenza neuropsichiatrica e psichiatrica, assistenza penitenziaria, assistenza residenziale, semiresidenziale e intermedia per adulti e anziani non autosufficienti e per disabili, riabilitazione, cure domiciliari e palliative, assistenza scolastica e inserimento lavorativo dei disabili, assistenza consultoriale per la tutela dell'infanzia e della famiglia.

Il Modello organizzativo distrettuale è orientato dai seguenti principi:

- *Approccio interdisciplinare ai problemi di salute acuti e cronici: i Team multi professionali* composti da professionisti socio-sanitari che assistono i pazienti mediante l'applicazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e garantiscono l'integrazione sia durante l'erogazione che nel follow up assistenziale. In ogni Team multi professionale ci sono i *Case Manager* in grado di coordinare l'attività assistenziale e in stretto raccordo con altre figure sanitarie e sociali del sistema sanitario come i Medici di Famiglia o i Pediatri di Libera Scelta;
- *Gestione proattiva delle patologie croniche e della fragilità sanitaria;*
- Focalizzazione sui *Modelli di presa in carico* multi professionali del paziente che comprendono il follow up e percorsi di audit degli outcome assistenziali;
- Utilizzo di *Linee guida e protocolli* basati su evidenza scientifica;
- Forte attenzione sull'utilizzo appropriato delle risorse al fine di garantire prestazioni specialistiche a basso impatto tecnologico assicurando l'equità di accesso ai servizi;
- Supporto del Team multidisciplinare mediante la *Formazione continua* al fine di garantire lo sviluppo di competenze assistenziali distintive.

Secondo l'ultimo PSSR le funzioni del Distretto Socio Sanitario sono:

- Analisi e valutazione dei bisogni di salute;

- Gestione diretta di servizi e interventi di livello territoriale attraverso operatori e unità operative proprie o mediante rapporti di convenzioni con operatori e/o strutture esterne;
- Realizzazione dell'integrazione socio sanitaria a livello istituzionale, gestionale ed operativo;
- Governo dei consumi di assistenza specialistica (farmaceutica, ambulatoriale, ospedaliera protesica)

Nell'assistenza territoriale, l'area della cronicità richiede maggiori attenzioni sia per l'impatto della qualità e continuità dell'assistenza sia perché assorbe una buona parte del fabbisogno di servizi e risorse. L'implementazione delle *Medicine di Gruppo Integrate* permette la presa in carico dei pazienti da parte dei *Team Multiprofessionale e multidisciplinari* che si integrano con professionisti e/o strutture sanitarie operanti sul territorio. Queste figure rappresentano i nodi della rete che garantiscono la continuità assistenziale e assicurano l'erogazione di prestazioni assistenziali socio sanitarie sia a pazienti cronici dell'area territoriale che a pazienti acuti provenienti dalla rete ospedaliera utilizzando strumenti quali programmi di prevenzione, di follow up o PDTA con il supporto informativo che consente di integrare sia a livello orizzontale (con altri professionisti del Team) che verticale (con l'Azienda USL).

Secondo Longo (2011) il Distretto nasce come unità organizzativa aziendale responsabile dell'integrazione dei processi e dei fattori produttivi a favore dei pazienti. Per svolgere questa funzione è necessario un meccanismo di "empowerment organizzativo" che promuova il coordinamento tra le varie discipline mediche e attori coinvolti nel processo assistenziale sfruttando i vantaggi dell'integrazione delle interdipendenze. Questo meccanismo deve valorizzare non solo le interdipendenze tra i nodi "orizzontali" della rete ma anche con i nodi "verticali" rappresentati dalle strutture ospedaliere pubbliche e/o private accreditate. Longo inoltre, afferma che per la costruzione e gestione delle reti nei distretti socio sanitari si possono abbinare diversi strumenti manageriali a seconda della tipologia di livello:

- **Integrazione delle strategie e politiche aziendali:** Le aziende e/o strutture sanitarie possono collaborare attraverso *accordi, convenzioni,*

deleghe, conferenze di servizi e contratti interistituzionali al fine di coordinare servizi/prestazioni sanitarie da acquistare/erogare nell'ambito del SSR. Il tipo di strumento che si utilizza deve favorire la gestione attiva e dinamica della relazione interistituzionale a favore degli utenti del sistema;

- **Integrazione Operative-Organizzative:** *L'acquisto di servizi o prestazioni* socio sanitarie da parte delle strutture sanitarie può avvenire attraverso contratto o appalto pubblico. Le strutture possono integrarsi effettuando il processo di acquisto congiunto in base a criteri come la tipologia dei mix e dei volumi di attività, la tipologia di utenza, la selezione dei fornitori, la ripartizione degli oneri finanziari per l'acquisto. La *progettazione congiunta di servizi* (definizione delle prestazioni, selezioni degli utenti, scelta tariffaria, modalità di erogazione, politiche di marketing) è uno strumento molto importante in quanto garantisce integrazione tra linee di produzione che possono essere mantenute anche distinte. La *condivisione di spazi fisici* per erogare i servizi o *equipe di professionisti* che erogano assistenza o prestazioni tra strutture sanitarie sono strumenti di integrazione organizzativa forti. Queste linee di azioni sebbene favoriscano l'integrazione sono poco rintracciabile a livello applicativo a livello dei SSR per difficoltà attuative e/o gestionali;
- **Unitarietà diagnostico-assistenziale:** Ogni SSR deve definire le priorità socio assistenziali da raggiungere per poter rispondere a tutti i bisogni espressi. L'*unità di valutazione multidimensionale* costituisce uno strumento di integrazione importante perché impone di definire le priorità, la programmazione dei volumi di attività e la costruzione delle *equipe multidisciplinare di valutazione*. Questo strumento consente la costruzione di percorsi unitari nel processo diagnostico-assistenziale del paziente. Il *Case Manager* rappresenta una figura sanitaria che garantisce il processo diagnostico-assistenziale del paziente e rappresenta una figura organizzativa in grado di rafforzare i processi di integrazione interistituzionali. Questo ruolo può essere svolto dal MMG, dal PLS, dall'assistente sociale o da uno specialista di settore come l'infermiere o lo

psichiatra. Questa figura è rintracciabile in ogni SSR sia nel settore assistenziale territoriale che ospedaliero ma purtroppo poco riconosciuto e condiviso tra i professionisti sanitari;

- **Unitarietà del percorso di fruizione:** Spesso l'offerta sanitaria è molto frammentata ed obbliga l'utente a ricondurre ad unitarietà la fruizione del servizio o prestazione seguendo numerosi passaggi amministrativi, sociali e sanitari diversi soprattutto nella gestione delle patologie croniche. Il ridisegno del processo produttivo che hanno un valore aggiunto per il paziente può migliorare i benefici per il paziente e i costi di produzione dei servizi/prestazioni.

Il *Sistema Informativo* nel settore territoriale ha un ruolo strategico fondamentale all'interno del Sistema Sanitario in quanto permette attraverso l'utilizzo di strumenti come il Fascicolo elettronico sanitario o la Cartella sanitaria informatizzata di condividere le informazioni sanitarie del paziente e/o delle prestazioni erogate durante il percorso assistenziale.

A livello territoriale ci sono anche le strutture sanitarie intermedie di degenza temporanea come l'Ospedale di Comunità e l'Unità Riabilitativa Territoriale, devono assicurare assistenza e prestazioni a bassa complessità e possono essere collegate a presidi ospedalieri. Queste strutture si rivolgono prevalentemente a pazienti anziani, clinicamente dimissibili ma che non possono essere assistiti adeguatamente a domicilio per la complessità del quadro clinico e pazienti fragili e/o cronici a causa della loro instabilità clinica. Queste strutture devono avere un ruolo specifico e una specifica collocazione nell'ambito della rete assistenziale/ospedaliera di riferimento.

L'ultimo Patto della Salute per il triennio 2014-2016 nel promuovere un modello multiprofessionale e interdisciplinare per l'assistenza territoriale, propone alle Regioni, nell'ambito delle proprie autonomie organizzative, l'istituzione di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCC) e Aggregazioni Funzionali Territoriali (UFT), quali forme organizzative complesse integrate all'interno di strutture sanitarie regionali. Queste forme organizzative promuovono l'equità di accesso ai servizi sanitari, socio sanitari, e sociali nel rispetto dei LEA, anche attraverso

l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale. Promuovono inoltre, la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche, l'appropriatezza clinica ed organizzativa valorizzando la qualità e il miglior utilizzo delle risorse (Pozzi M., 2010).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Nel panorama sanitario italiano, l'ospedale ha rappresentato il principale punto di riferimento della collettività per tutte le attività diagnostiche, di cure assistenziali, di riabilitazione, di educazione sanitaria e di prevenzione. Nonostante il ruolo centrale svolto dal sistema ospedaliero, in questi ultimi anni si è assistito ad un costante processo di razionalizzazione delle strutture ospedaliere. Questo processo, particolarmente evidente in molte regioni ed in particolare in alcune regioni come Toscana, Emilia Romagna e Veneto, ha portato ad una riduzione della disponibilità di posti letto nei propri SSR dell'offerta ospedaliera.

L'ospedale rappresenta oggi, per tutto il SSN, il luogo di cura delle acuzie e dell'immediata post-acuzie. Nel Patto della Salute 2010-2012 l'ospedale rappresenta la struttura che deve erogare prestazioni di elevata complessità nella fase acuta della patologia. L'assistenza ospedaliera costituisce uno dei settori strategici su cui operare al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini oltre ad un contestuale maggior controllo della spesa. Il Patto della Salute 2014-2016 invece, stabilisce l'adozione di un regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e l'intesa tra Governo e Regioni la realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del paziente. Il documento delinea inoltre, una classificazione di strutture ospedaliere di primo e secondo livello con diverse discipline specialistiche.

Ogni SSR che intende organizzare la propria rete ospedaliera secondo il modello Hub & Spoke dovrebbe razionalizzare la propria offerta ospedaliera complessivamente mediante un processo di programmazione e di organizzazione che coinvolge l'intera rete regionale. La razionalizzazione avviene mediante la ridefinizione del proprio assetto organizzativo che comprende la definizione funzionale dell'assistenza ospedaliera, la definizione del fabbisogno dei posti letto

e la distribuzione delle strutture ospedaliere nel territorio considerando le varie specialità assistenziali e relativo grado di complessità, la definizione dei percorsi diagnostici terapeutici per la prevenzione, la cura e la riabilitazione e gli standard assistenziali nonché il sistema di collegamento della rete ospedaliera con la rete territoriale.

La rete ospedaliera organizzata secondo il Modello Hub & Spoke, ove adeguatamente sviluppato, consente di garantire:

- equità di accesso a tutta la popolazione a prestazioni e servizi di qualità uniforme su tutto il territorio regionale;
- migliore risposta al fabbisogno di cure ad elevata specializzazione, migliorando la qualità e la sicurezza delle prestazioni;
- minima ridondanza e rivalità nei servizi e nel migliore dei casi, la riduzione o l'eliminazione delle duplicazioni degli stessi;
- economia di scala e riduzione dei costi;
- massima efficienza tecnica attraverso la concentrazione della casistica;
- migliore allocazione delle risorse tecnologiche a disposizione;
- promuove lo sviluppo delle competenze del personale sanitario e la ricerca scientifica in allineamento alle nuove tendenze assistenziali.

Nel modello Hub & Spoke l'organizzazione della rete ospedaliera, nella maggior parte delle esperienze condotte fino ad oggi, consente di concentrare i servizi caratterizzati da volumi di attività predeterminati e di elevata complessità tecnologica che mette in relazione unità produttive della medesima linea produttiva in cui i pazienti sono trasferiti tra unità centrali e periferiche a seconda del livello di complessità raggiunto. Il modello prevede due livelli: i centri Hub (unità centrali) e centri Spoke (unità periferiche) in cui si può applicare l'intensità e la complessità assistenziale dedicata al paziente considerando il bisogno di cure e la tipologia di interventi assistenziale. Questo modello a rete permette una razionalizzazione dell'impianto assistenziale e può costituire un volano di sviluppo in termini di riduzione di costi ed efficacia sanitaria.

I *centri Hub* nel SSSR Veneto sono Ospedali di riferimento che prevedono la presenza di elevata complessità ed elevata tecnologia per la gestione e trattamento di un'ampia gamma di specialità mediche/chirurgiche. Nella Regione Veneto ad

esempio, le strutture ospedaliere di riferimento sono gli Ospedali capoluoghi di provincia, con sede di Centrale operativa 118 e sede Trasfusionale e dispongono di specialità di base e medio livello per il proprio territorio di riferimento e la presenza di alta specialità per un territorio più ampio (solitamente per 1.000.000 di abitanti). Alcune aziende ospedaliere possono costituire a sua volta centri Hub di riferimento regionale per alcune funzioni (trapianto, oncologia). Un centro Hub può avere più centri Spoke che assicurino in media un bacino d'utenza di circa 200.000 abitanti. Questi centri ospedalieri, dovrebbero inoltre, adottare un modello organizzativo interno adeguato che risponda sia ai requisiti di sicurezza che agli standard assistenziali conformi alla normativa regionale e nazionale. In questo senso, il modello più rispondente è quello dipartimentale che può assicurare l'omogeneità di trattamento clinico per i pazienti sulla base di protocolli e linee guida per aree o settori che può includere criteri di intensità assistenziale e complessità di cura. La concentrazione delle prestazioni ad elevata complessità presso un centro Hub ed il relativo rapporto funzionale con i centri Spoke genera maggiore efficienza, migliora l'accessibilità ai servizi e la qualità dell'assistenza e riduce la frequenza di esiti avversi.

I *centri Spoke*, sono Ospedali di rete dotati di sedi di pronto soccorso e specialità di base di media complessità (chirurgie generali, medicina interna, cardiologia, oncologia, neurologia, terapia intensiva, ortopedia, ginecologia e ostetricia, psichiatria) dotati di servizi di diagnosi e cura (laboratorio, anatomia patologica, radiologia) in rete con i Centri Hub. Nel Veneto i centri Spoke corrispondono a Presidi ospedalieri di rete con un bacino di utenza di circa 200.000 abitanti. Sono dotati di sedi di pronto soccorso e specialità di base (chirurgie generale, medicina interna, oncologia, cardiologia con UITC, ostetricia e ginecologia, pediatria, ortopedia, urologia, psichiatria), servizi di diagnosi e cura (laboratorio, anatomia patologica, radiologia, dialisi) in rete con il precedente livello costituendo centri spoke.

Il modello a rete Hub & Spoke può essere, a sua volta, integrato con altri modelli organizzativi e gestionali specifici come la Week Surgery per la gestione delle degenze basate con moduli assistenziali, diurna e settimanale, per alcune specialità chirurgiche o il Day Service per l'erogazione di attività ambulatoriale

complesse per prestazioni diagnostiche e terapeutiche. Questi modelli, integrati all'interno di un modello organizzativo più ampio, offrono la possibilità di erogare assistenza con maggiore appropriatezza rispetto ad altre modalità organizzative.

Queste tipologie organizzative hanno assunto dai primi anni novanta, una importanza sempre crescente, ponendo contestualmente problemi di accesso, di collocazione, di articolazione ed ampiezza degli spazi come sta avvenendo per il settore ambulatoriale.

Nello sviluppo organizzativo del modello di rete ospedaliera veneta, sono considerate anche le strutture sanitarie private accreditate come parti integranti del sistema salute e complementare all'offerta pubblica. Il privato accreditato, condividendo i principi del sistema sanitario, partecipano all'erogazione dell'assistenza sanitaria garantendo i LEA e le prestazioni assistenziali regolati da specifici accordi. L'ospedalità privata ha anche un ruolo importante nella sperimentazione gestionale di modelli organizzativi di erogazione di servizi sanitari pubblico-privati come disciplinato nel D.Lgs n.502/92 al fine di completare e soddisfare l'offerta di salute rivolta agli utenti del SSR di riferimento. E' necessario che ogni Regione, definisca il livello di offerta sanitaria dell'intera rete ospedaliera, sia pubblica che privata. L'offerta dovrebbe rispettare gli obiettivi nazionali di disponibilità di posti letto ospedaliera (non potrà essere superiore al 3,7 per 1000 abitanti comprensivo di 0,7 posti letto per 1000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie) come stabilisce l'ultimo Patto della Salute. Secondo questo documento le strutture private accreditate dovranno accreditarsi con nuovi criteri organizzativi a partire dal 2015 in accordo con le esigenze dei Sistemi Sanitari delle Regioni.

L'individuazione del fabbisogno e dell'allocazione dei posti letto a livello regionale deve considerare i profili epidemiologici del contesto di riferimento, l'evoluzione delle tecnologie biomediche e l'expertise acquisita ed i risultati della valutazione degli outcome assistenziali. L'organizzazione dei posti letto e la relativa allocazione deve rispondere anche a criteri di utilizzo ottimale delle risorse umane attraverso modelli organizzativi flessibili e compatibili con i livelli di responsabilità richiesti improntati a criteri di efficacia ed efficienza.

In relazione ai meccanismi di integrazione e coordinamento, il modello Hub & Spoke dispone principalmente due tipologie che migliorano il funzionamento delle strutture ospedaliere in rete:

- **Integrazione Verticale:** questo livello di integrazione fa riferimento all'integrazione tra aziende, strutture o professionisti posti su diversi livelli di cura e assistenza al fine di favorire il coordinamento tra i livelli di cura, tale per cui il trattamento di una specifica patologia viene eseguito nell'ambito più appropriato dal punto di vista clinico, organizzativo, economico e della soddisfazione del paziente (Chiarella F., 2008; Moynihan B. et al., 2010,). Esempi di integrazione verticale riguardano la gestione delle reti urgenze-emergenza o le reti cliniche specialistiche (trapianti, oncologie, ictus, infarto, ustioni, emergenze neonatali) con un proprio grado di complessità. E' funzionale inoltre che tutti i centri Hub siano collegati funzionalmente collocando e concentrando le specialità chirurgiche/diagnostiche in specifiche realtà al fine di evitare duplicazioni.
- **Integrazione Orizzontale:** questo livello riguarda forme di cooperazione e/o specializzazione tra aziende, strutture o professionisti posti sullo stesso livello di cura e assistenza con lo scopo di ridurre la ridondanza e la duplicazione nell'offerta dei servizi/prestazioni. Le reti orizzontali possono essere verticalizzate in funzione della complessità dei servizi/prestazioni. L'integrazione orizzontale deve inoltre, favorire l'integrazione con il livello territoriale finalizzata a garantire la corretta presa in carico della personale, nonché livelli di integrazione con collegamenti funzionali con le strutture residenziali.

Queste due tipologie di meccanismi di integrazione, sono presente nel SSSR Veneto: l'integrazione verticale riguarda la rete emergenza-urgenza ad esempio o le prestazioni specialistiche a vario grado di complessità in un contesto di reti cliniche mentre l'integrazione orizzontale si sviluppa coinvolgendo il livello territoriale e il relativo collegamento con le strutture residenziali. Per quanto riguarda le reti cliniche possono in alcuni casi avere un'integrazione di tipo orizzontale (intra-aziendali) o verticali (inter-aziendali) sulla base della complessità della patologia o della prestazione.

Nel modello Hub & Spoke la *continuità delle cure* nei due livelli di rete ospedaliera può essere assicurata attraverso l'utilizzo di strumenti d'integrazione come i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) che standardizzano le modalità operative e di coordinamento delle varie figure sanitarie che partecipano nel percorso di cura del paziente. L'integrazione è facilitata dal supporto della rete tecnologica informatica che permette il collegamento tra strutture ospedaliere dei due livelli, i suoi operatori e la relativa area territoriale di riferimento. L'accessibilità alla rete informativa favorisce il trasferimento delle informazioni e la condivisione delle informazioni sanitarie del paziente oltre a supportare la gestione integrata multiprofessionale.

Nell'ultimo PSSR 2012-2016 si evidenzia la necessità di definire nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare e interdisciplinare in grado di porre meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociale territoriali e ospedaliere favorendo continuità. In questo senso il PDTA costituisce lo strumento che aggrega competenze, funzioni e ruoli organizzati secondo forme più opportune in modo da garantire risultati con la migliore efficacia ed efficienza. I processi gestionali ed i PDTA possono essere supportati dai sistemi informativi nei diversi modelli organizzativi. Le tecnologie utilizzate a livello assistenziale e le attrezzature hanno un elevato impatto sia sulle prestazioni che sui costi assistenziali quindi la progettazione e l'utilizzo tecnologico deve essere coerente ed appropriata per il livello di rete ospedaliera.

Nell'ambito della rete ospedaliera Veneta il PSSR 2012-2016 conferma che le **Reti Cliniche** sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema e consentono l'assistenza integrata multidisciplinare, la differenziazione dei contributi professionali, la maggior equità di accesso ai servizi e cure qualificate, la centralizzazione del paziente, nel percorso di cura e allo stesso tempo, garantendo economia di scala e la condivisione dei costi di ricerca e sviluppo e maggior circolazione di informazione. La necessità di perseguire la massima efficacia ed efficienza ha impresso una forte accelerazione al processo di accentramento delle attività assistenziali di alta complessità, nel rispetto degli standard esistenti, favorendo la creazione di reti cliniche interospedaliere che

consentono da un lato un minor dispendio di risorse limitando i fenomeni competitivi fra ospedali e dall'altro l'ottimizzazione delle relazioni funzionali ed organizzative tra le diverse strutture sanitarie. Ciò comporta a livello programmatico un complesso processo di riconfigurazione dei contenuti al fine di concentrare l'offerta attorno a volumi di attività tali da garantire una massa critica coerente con la reale domanda di salute, secondo un'architettura dinamica del sistema che prevede una contestuale riorganizzazione interna dei singoli ospedali, superando il tradizionale modello, basato sulla esclusiva proprietà delle risorse produttive da parte delle singole unità operative.

Le reti cliniche in Veneto sono molte ed integrate con i due livelli della rete assistenziali (ospedaliera e territoriale) e garantiscono un supporto clinico specializzato ai cittadini, tramite la valorizzazione sinergica di competenze, mezzi diagnostici e strumenti terapeutici appropriati. La programmazione sanitaria Veneta individua come obiettivo strategico il consolidamento delle reti cliniche attive (rete trapianti, ictus-stroke, infarto miocardico, oncologia, medicina trasfusionale, malattie rare, emergenza urgenza, emergenza pediatrica e rete emergenza gastroenterologia) che dovranno allinearsi con le moderne evidenze scientifiche. L'impatto di questi reti cliniche sono molto evidenti, in particolar modo in quelle reti che richiedono una gestione tempestiva ed appropriata come ad esempio, la rete Urgenza-emergenza, la rete Ictus o la rete per la gestione dell'urgenza-emergenza neonatale e pediatrica.

Le reti cliniche costituiscono oggi una risorsa molto importante per il SSN in quanto migliorano le cure e permettono di spendere meglio le risorse disponibili. L'Osservatorio FIASO²⁴ (2012) in un recente rapporto evidenzia la diffusione delle reti cliniche su tutto il territorio italiano e su molte aree terapeutiche. Questa tendenza a "lavorare in rete" nasce soprattutto dalla maggiore specializzazione della medicina e sostiene la necessità di condivisione di competenze tra professionisti sanitari al servizio del cittadino. Le oltre 200 reti cliniche osservate hanno evidenziato di garantire al meglio la continuità delle cure e la loro capacità di operare in un sistema organizzato che richiede ancora ulteriore sviluppo per

²⁴ Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere

ottenere una maggiore efficacia. Le reti cliniche assumono un ruolo fondamentale in termini di efficienza gestionale nel SSN perché rispondono ad alcune esigenze del sistema quali la complessità dei processi assistenziali con la condivisione delle competenze, garantire l'equità di accesso alle cure, migliorare la qualità assistenziale grazie a percorsi diagnostici terapeutici definiti e utilizzando in modo appropriato le risorse disponibili.

I nuovi modelli gestionali reticolari dell'assistenza socio sanitaria sono finalizzati ad **integrare** l'assistenza ospedaliera, la rete territoriale e tutte le reti cliniche e/o specialistiche (PSN 2011-2013). L'integrazione tra le reti permette di semplificare l'organizzazione funzionale, di razionalizzazione maggiormente le risorse disponibili oltre ad assicurare un maggior livello di coordinamento all'interno di ogni rete e tra le reti assistenziali (Guiducci, 2008). L'integrazione, nello specifico settore sanitario, è finalizzata principalmente alla centralizzazione del paziente, alla ridefinizione dei processi di cura in diversi gradi di intensità e complessità assistenziale delle prestazioni, all'efficacia, efficienza e benessere percepito, all'informatizzazione e utilizzo appropriato delle moderne tecnologie, alla centralizzazione delle "facilities" e riduzione dei costi, all'economia di scala e relativa sostenibilità economica, alla sicurezza e al contenimento del rischio.

3.3.3 Controllo dei costi, economia di scala e razionalizzazione delle risorse

La sanità italiana, al pari degli altri settori economici, sta subendo l'impatto delle politiche di riequilibrio del bilancio pubblico, i cui effetti hanno un impatto diverso tra le Regioni. Il contenimento della spesa sanitaria ha carattere nazionale e coinvolge tutti i cittadini di tutte le regioni e le differenze regionali confermano che esiste una discreta variabilità nella domanda di salute da parte dei pazienti e dalle modalità organizzative dei servizi socio-assistenziali.

In un periodo di forti cambiamenti nel contesto sanitario, occorre trovare modelli organizzativi innovativi in grado di controllare i costi e incrementare contestualmente la qualità dei servizi assistenziali. La rete integrata prevista nel modello Hub & Spoke consente di implementare economia di scala, di ridurre i costi grazie alla distribuzione sul territorio di pochi centri Hub che a livello di

sistema, razionalizzano l'assistenza e aumentano l'efficacia. Il supporto dei centri Spoke, offre maggiore efficienza, accessibilità ai servizi e migliore qualità dei servizi (Govindarajan V, Rammamurti R., 2013).

La forte integrazione tra servizi sanitari e socio sanitari tipica del modello Veneto, richiede anche la gestione integrata delle risorse finanziarie. Il finanziamento delle spese correnti del SSSR è assicurato dal riparto del fondo sanitario nazionale, dai finanziamenti delle attività socio sanitarie, dagli introiti derivanti da servizi sanitari resi in regime di mobilità sanitaria, dal concorso per l'erogazione dei livelli assistenziali garantiti alla popolazione residente, da contributi e dalla compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria. Le risorse finanziarie sono distribuite in percentuali diverse tra l'assistenza territoriale, l'assistenza ospedaliera e attività di prevenzione. Le risorse destinate all'erogazione dei Livelli di Assistenza vengono definite in base a quota capitaria secondo i fabbisogni standard valorizzati in base alla popolazione assistita e con finanziamento a funzione dei servizi definito sulla base di costi standard di funzionamento dei servizi. Nel settore sanitario, le aziende sanitarie sono chiamate ad affrontare tipici problemi di altri settori economici, in particolare quello della gestione dei prodotti, dei servizi, delle risorse e dell'ottimizzazione delle condizioni operative per fornire assistenza e/o prestazioni sanitarie. In altri settori economici, le aziende hanno lo scopo di massimizzare il profitto confrontando semplicemente costi e ricavi. La minimizzazione dei costi è una regola di razionalità economica valida anche per le aziende che non vendono un prodotto o servizio sul mercato e quindi anche per le aziende sanitarie remunerate a budget o a prestazioni attraverso il trasferimento a carico dei fondi disponibili per ogni sistema sanitario.

L'applicazione del modello Hub & Spoke in sanità potenzia e privilegia l'integrazione e la condivisione di risorse a diversi livelli oltre a realizzare, mantenere ed innalzare il livello qualitativo del servizio socio-assistenziale. Il consolidamento dell'integrazione socio sanitaria quale strategia fondante del modello Veneto permette di razionalizzare le risorse disponibili in particolare nella rete ospedaliera a seguito della ridefinizione dei modelli organizzativi. La razionalizzazione di questa rete individuando centri Hub e centri Spoke consente

di diminuire il carico improprio sulle strutture della rete privilegiando sia l'accesso alle specialità di maggiore complessità sia l'assistenza territoriale. L'integrazione socio-sanitaria anche a livello di rete (territoriale/ospedaliera) nonché l'individuazione di centri Hub e centri Spoke evita la duplicazione dei servizi assistenziali, razionalizza l'impiego delle risorse e consente di ottenere economie di scala basati sul livello di specializzazione.

Alcune Regioni, hanno adottato soluzioni organizzative innovative e meno costose che consentono un approccio diverso alla razionalizzazione e garantiscono l'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale. Il Veneto come altre regioni come la Toscana, l'Umbria, l'Emilia Romagna ad esempio, hanno adottato provvedimenti per il ridimensionamento progressivo della spesa per beni e servizi attraverso la creazione di un *Sistema di acquisto di beni e servizi centralizzati* con il fine di promuovere una strategia comune di approvvigionamento. Questa modalità organizzativa garantisce risorse (beni e servizi) a prezzi inferiori rispetto a quelli conseguiti mediante un sistema frammentato di fornitura in quanto sfrutta importanti economie di scala perseguite dalle aziende sanitarie per contenere e razionalizzare la spesa. L'acquisto centralizzato consente inoltre, di ottenere tempestività e certezza nell'acquisizione dei beni e servizi oltre alla riduzione dei tempi di approvvigionamento.

Oltre a questa iniziativa, le aziende sanitarie hanno cominciato a condividere risorse, non solo materiale ma anche umane, introducendo nuove modalità gestionali finora considerate poco percorribili soprattutto per questioni legate ad abitudini o consuetudini del sistema. In particolare, la condivisione delle risorse tecnologiche d'avanguardia (molto costose e reperibili per poche aziende), sta diventando una pratica collaborativa sempre più frequente non solo a livello "aziendale" ma anche tra le "aziende dello stesso gruppo" come supporto all'utilizzo razionale delle risorse.

Le Regioni, hanno promosso e sviluppato nel tempo le "reti cliniche" in risposta ai problemi posti prevalentemente dalla "complessità" dell'assistenza sanitaria. Oggi, queste reti hanno consentito alle Regioni, in un periodo di risorse limitate, di scoprire una nuova modalità di razionalizzare le risorse specialistiche qualificando l'assistenza sanitaria e valorizzando gli operatori sanitari.

L'organizzazione a rete Hub & Spoke, oltre alla razionalizzazione delle risorse, persegue anche economia di scala attraverso l'attivazione di processi di accentramento della gestione delle attività più critiche. Proprio la concentrazione di attività specialistiche in centri Hub consente di perseguire economia di scala non solo per la tipologia dei servizi offerti ma anche per la quantità di prestazioni. Inoltre, l'integrazione delle reti e/o di servizi e la riduzione della duplicazione di strutture o specialità può facilitare la realizzazione delle economie di scala a diversi livelli del sistema sanitario. Negli ultimi anni, tutte le politiche sanitarie puntano al recupero delle inefficienze nella gestione dei fattori produttivi (dispositivi, prestazioni, servizi) di cui si dotano le aziende sanitarie per erogare l'assistenza sanitaria. L'utilizzo appropriato delle risorse e la corretta allocazione delle risorse contribuiscono entrambe a controllare la spesa sanitaria e rendere sostenibile un sistema sanitario.

3.3.4 Utenti del sistema e la loro centralità

Nel definire un modello organizzativo è necessario che si valuti la dimensione dell'utenza del Sistema Sanitario. E' necessario anzitutto conoscere lo *scenario socio-demografico* di riferimento per il proprio sistema sanitario, in particolare la composizione e la distribuzione della popolazione sull'intero territorio, le sue caratteristiche, la struttura demografica ed i relativi fattori che la modificano (invecchiamento, calo delle nascite, allungamento della vita, speranza di vita, ecc.), i profili di mortalità e relative cause, le tipologie di malattie, la composizione dei nuclei familiari, della popolazione residente e non oltre alla popolazione straniera. Un'attenta *analisi demografica* può evidenziare alcune macrospecificità che costituiscono un orizzonte di riferimento strategico per una programmazione mirata.

Negli ultimi dieci anni, in tutti i PSSR che vengono elaborati dai governi regionali, compare un'attenta analisi descrittiva dell'utenza dei propri sistemi socio sanitari nonché tutte le tendenze di tutela e promozione della salute. Conoscere le caratteristiche degli utenti (i pazienti, i familiari, i loro caregiver), i bisogni di salute, i principali quadri patologici, ecc., è estremamente importante quando si utilizza un modello reticolare per l'assistenza in quanto permette e

facilita la comprensione dei bisogni assistenziali e consente di erogare servizi/prestazioni appropriati e più rispondente alla domanda di salute.

Il principio della *centralità della persona* rispetto ad ogni intervento sanitario, socio sanitario e assistenziale, deve orientare le attività sociosanitarie di ogni SSR garantendo alla persona il diritto alla salute come stabilito a livello costituzionale.

I PDTA si fondano sulla centralità del bisogno del paziente coniugando appropriatezza degli interventi con la sostenibilità economica dell'assistenza. Un'interazione efficace tra paziente e operatore sanitario concorre a realizzare il principio di centralità della persona nel percorso di cura (Ghiradini, 2011). La centralità del cittadino in ogni processo assistenziale è oramai parte integrante del nuovo modello di assistenza, valore strategico contenuto nel principio di "empowerment" richiamato nel Programma di azione comunitaria in materia di salute pubblica 2008-2013.

Alla centralità del cittadino/utente/paziente si affianca un'altro concetto importante, quello della presa in carico che il modello Hub & Spoke riesce a evidenziare meglio rispetto ad altre modalità organizzative. La *presa in carico del paziente*, dall'accettazione alla dimissione e durante tutto il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale, costituisce un aspetto importante della continuità assistenziale tra operatori e strutture del sistema sanitario. La presa in carico richiede in primis la valutazione del problema di salute e la relativa gestione assistenziale mediante servizi/prestazioni che rispondano ai bisogni del paziente. La presa in carico non deve essere solo approccio assistenziale ma deve essere un nuovo approccio organizzativo che prevede l'integrazione dei professionisti del servizio sanitario (PSN 2011-2013).

3.3.5 Comunicazione con gli utenti e tecnologie applicate

L'offerta di assistenza socio-sanitaria è stata tradizionalmente definita e organizzata dalle aziende che la forniscono. I pazienti o gli utenti del Sistema Sanitario hanno avuto per molti anni un ruolo passivo, di fruitori di servizi o assistenza e poco coinvolti nelle decisioni riguardanti il sistema stesso e/o l'organizzazione dei servizi. Da alcuni anni questo paradigma sta lasciando il posto ad un modello alternativo che vede il paziente/utente come protagonista

consapevole e collaborativo che partecipa alla valutazione delle prestazioni e servizi resi dal SSR. I cittadini con il tempo hanno acquisito la percezione di essere titolari di diritti e, dall'altra, hanno circoscritto la loro consapevolezza nell'indicare le risposte più adeguate alle loro esigenze.

In una sanità partecipata, la **comunicazione con i cittadini** deve essere considerata una modalità di relazione e uno strumento dell'intera filiera dell'attività clinico-assistenziale che accompagna azioni e decisioni assunte dalle aziende sanitarie del Sistema Sanitario. La comunicazione può operativamente essere svolta verso l'interno, finalizzata al coinvolgimento di tutti gli operatori dell'organizzazione aziendale o verso l'esterno, per la promozione e partecipazione dei cittadini alla valutazione dei processi assistenziali e dei servizi erogati. Questa nuova vision contribuisce a nuove forme di partecipazione degli utenti che producono effetti migliorativi dei servizi attraverso nuove forme di comunicazione con gli utenti e con gli operatori, una maggiore accessibilità ai servizi e un cambiamento della cultura organizzativa.

Le aziende del SSR possono utilizzare diverse modalità per raggiungere e coinvolgere i cittadini sia per aumentare la consapevolezza o per aiutarli a valutare il valore offerto del servizio/prodotto dall'azienda, sia per far acquistare/usufruire dei servizi offerti dall'azienda stessa o per assistere i clienti dopo l'erogazione del servizio.

E'ormai noto come l'innovazione digitale possa rappresentare per le Aziende Sanitarie una leva strategica fondamentale per rispondere alle grandi sfide per un Sistema Sanitario in linea con i bisogni e le aspettative dei cittadini e che, nello specifico, i servizi digitale possono migliorare il livello di soddisfazione e la relazione con il paziente, agevolando la comunicazione e l'accesso alle informazioni e risorse sanitarie (Report Osservatori.net, 2014).

In sanità gli ICT possono garantire un'ampia accessibilità delle informazioni sanitarie per tutti gli operatori, all'interno e all'esterno dell'azienda sanitaria. Nonostante gli ICT diano un elevato supporto aziendale per la gestione delle informazioni clinico-sanitarie dei pazienti, ad oggi nei sistemi sanitari regionali l'utilizzo di soluzioni digitali risulta essere ancora frammentato e disomogeneo e talvolta limitato a specifici ambiti specialistici.

A livello aziendale, gli ICT possono offrire informazioni sintetiche dei contesti di riferimento, dei fenomeni aziendali nonché opportunità di simulare possibili scenari di contesto e di modifiche organizzative. L'utilizzo degli ICT deve essere associato alla modernizzazione e riorganizzazione della rete assistenziale (territoriale, ospedaliera e reti specialistiche) secondo criteri di innovazione, appropriatezza e qualità.

Nel modello Hub & Spoke l'ICT ha un ruolo strategico in quanto possono integrare in modo efficiente ed efficace le strutture che appartengono alla rete consentendo il raggiungimento di adeguate economia di scala e specializzazione, delle strutture Hub e Spoke della rete nonché delle altre reti specialistiche per garantire prossimità, efficienza ed equità. Inoltre, l'ICT può costituire uno strumento per l'attuazione di un'efficace strategia aziendale e un mezzo fondamentale di innovazione dei processi e dei prodotti/servizi nonché uno strumento di accumulo di conoscenze specialistiche e distintive. La diffusione delle tecnologie ICT può accrescere efficienza ed efficacia dei servizi sanitari e razionalizzare la spesa o l'utilizzo delle risorse consentendo di erogare assistenza specialistica eccellente secondo gli standard qualitativi internazionali a costi nettamente inferiori.

3.3.6 Valore del servizio erogato

L'utilizzo del Modello Hub & Spoke favorisce l'erogazione di un prodotto/servizio con un elevato valore aggiunto rispetto ad altre modalità organizzative. La creazione di valore in sanità può rappresentare uno degli obiettivi strategici delle aziende sanitarie e la scelta di un modello organizzativo può contribuire ad aumentare il valore dell'assistenza erogata agli utenti del sistema sanitario. Il sistema sanitario può creare valore attraverso una serie di azioni come l'appropriatezza degli interventi assistenziali in relazione ai processi di cura, l'impiego di risorse umane adeguate in relazione agli obiettivi assistenziali, la disponibilità di personale con competenze avanzate e distintive necessarie per cure di qualità. Il modello Hub & Spoke offre la possibilità di organizzare e convogliare le attività assistenziali ad elevata complessità in centri di eccellenza (Hub) e casistica più frequente e meno complessa presso i centri

periferici (Spoke) garantendo in questo modo più equità di accesso a prestazioni e servizi socio assistenziali di qualità (Govindarajan V, Rammamurti R., 2013). Un centro Hub può promuovere l'innovazione, l'eccellenza, la capitalizzazione delle competenze distintive, i servizi specialistici garantendo adeguata connettività territoriale con i centri Spoke valorizzando le risorse impiegate e l'ottimizzazione del loro utilizzo mediante integrazione di servizi. Inoltre, come affermano questi autori, l'utilizzo di linee guida, protocolli e percorsi clinico-diagnostico-assistenziali, basati sulle migliori evidenze scientifiche e sui principi delle "best practice", permettono alle aziende sanitarie di erogare servizi/prestazioni quantitativamente e qualitativamente superiori rispetto ad altri modalità organizzative.

3.3.7 Approccio interdisciplinare, integrazione multiprofessionale e competenze specialistiche

L'organizzazione reticolare facilita scambio di informazione e conoscenze e migliora il servizi assistenziali attraverso il coinvolgimento e la collaborazione degli stakeholders nei diversi setting organizzativi (Carswell P. et al., 2014). La costruzione di piani multidisciplinari ed interprofessionali può favorire un approccio multidisciplinare integrato può con conseguente riduzione di sprechi, migliore continuità e coordinamento dell'assistenza, diminuzione della variabilità e migliore sicurezza negli esiti assistenziali. L'attuazione dei percorsi clinico-assistenziali condivisi, a livello territoriale, a livello ospedaliero e tra territorio ed ospedale assicura l'integrazione di competenze tra i diversi livelli assistenziali come accade con le reti cliniche per le patologie complesse (Ictus, infarto, ecc.). I percorsi assistenziali richiedono l'approccio multidisciplinare e interprofessionale, che siano basati sulle evidenze scientifiche, adattato alle esigenze locali e condivisi a livello di contesto organizzativo (territoriale-ospedaliero), strutturato per processi clinici e che possano essere valutati mediante indicatori di esito assistenziale e di processo.

Il PSN 2006-2008 promuove lo sviluppo di interventi integrati finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà del percorso assistenziale, anche intersettoriale, nelle aree ad elevata integrazione socio-sanitaria in particolare

nell'ambito delle attività individuate dalla normativa come ad esempio la salute mentale, le dipendenze, l'assistenza ai malati terminali, etc., con la diffusione di strumenti istituzionali di programmazione negoziata fra le strutture sanitarie che compongono la rete assistenziale. L'integrazione, secondo la logica organizzativa del modello Hub & Spoke, può avvenire con strutture dello stesso livello organizzativo (integrazione orizzontale) o di differenti livelli tra le reti (integrazione verticale) con il fine di razionalizzare sempre l'offerta sanitaria, contenere i costi e differenziare la specializzazione. I protocolli, linee guida e percorsi assistenziali sono tutti strumenti di integrazione che possono garantire più accessibilità alle medesime cure, appropriatezza, continuità assistenziale oltre a valorizzare le figure sanitarie che partecipano a diverso titolo nei diversi processi assistenziali.

Nel modello Hub & Spoke l'organizzazione dei servizi/prestazioni è sviluppata a complessità crescente, dall'assistenza di base a livello territoriale all'assistenza specialistica a livello ospedaliero. L'assistenza specialistica di elevata complessità è costosa quindi richiede risorse umane, strutturali e tecnologiche dedicate e specializzate. La dotazione strumentale e la competenza degli operatori deve essere di massimo livello e il più possibile uniformi tra i diversi nodi della rete. Come conferma Zanella (2011) la concentrazione di servizi sanitari in un numero ridotto di centri Hub e la funzionalizzazione del rapporto con i centri spoke produce maggiore efficienza, migliora l'accessibilità ai servizi e la qualità assistenziale, riducendo anche la frequenza degli esiti avversi.

CAPITOLO 4

4.1 Introduzione

Come evidenziato nel capitolo precedente, il Modello Hub & Spoke è stato applicato in altri settori economici con importanti ricadute organizzative in particolare nel settore aereo, della logistica distributiva e anche più recentemente nel settore bancario. Questo modello è stato applicato da pochi anni anche al settore sanitario nel tentativo di dare un modello organizzativo in grado di migliorare l'organizzazione del sistema sanitario. In particolare, il modello tende a riorganizzare il sistema sanitario con modalità reticolare mediante la sistematizzazione e la razionalizzazione delle relazioni tra strutture/servizi di elevata specializzazione (Hub) e strutture/servizi di prossimità all'utente (Spoke).

La Regione Veneto di fronte a crescenti problemi di sostenibilità del proprio Sistema Socio Sanitario regionale, ha ridefinito le linee programmatiche socio sanitarie per il periodo 2012-2016. Considerando lo scenario economico, il proprio contesto epidemiologico, la domanda assistenziale, l'offerta di servizi sanitari e la diffusione delle nuove tecnologie, la Regione Veneto ha voluto rivedere l'assetto organizzativo dell'intera rete assistenziale. La razionalizzazione della rete ospedaliera, con lo sviluppo del Modello Hub & Spoke rappresenta un'esperienza nuova ed interessante dal punto di vista organizzativo e può costituire un esempio per altre Regioni che intendono introdurre modifiche organizzative utilizzando questo modello.

Sono state condotte molte esperienze applicative di questo modello in sanità sia a livello nazionale che internazionale ma le evidenze emerse negli ultimi anni sono ancora poco sistematizzate per comprendere il reale contributo dell'applicazione di questo modello organizzativo. Questo studio di ricerca vuole conoscere ed approfondire maggiormente l'esperienza di riorganizzazione condotte nel contesto sanitario di due Aziende Ospedaliere Venete nel tentativo di aggiungere ulteriori evidenze a supporto di questo modello organizzativo.

In questo capitolo verrà illustrato il progetto di ricerca messo in atto per lo sviluppo e la realizzazione dello studio, l'approccio metodologico e la relativa motivazione, la tipologia di disegno di ricerca, l'obiettivo, l'ambito di indagine, i

criteri per la selezione del caso studio, le unità di analisi considerate e gli strumenti adottati per la raccolta dei dati e tutto il processo di raccolta e analisi dei dati.

4.2 Progetto di ricerca

Un progetto di ricerca è la sequenza logica che connette i dati empirici alle problematiche iniziali della ricerca e, infine, alla sua conclusione (Yin, 2005, p.50). Nell'intraprendere un progetto di ricerca occorre, in primo luogo realizzare un "piano d'azione" o uno "schema" che consiste in una sequenza logica di operazioni che si propone di guidare il ricercatore dalla definizione del tema oggetto di ricerca e dai quesiti da risolvere a cui lo studio intende rispondere alla formulazione di risposte attraverso una serie di fasi: la tipologia di disegno e relativo approccio metodologico, la selezione della problematica oggetto di studio e quesiti di ricerca, le proposizioni teoriche, le unità di analisi, gli strumenti per la raccolta dei dati, il collegamento logico dei dati alle proposizioni progettuali, l'analisi dei dati nonché l'interpretazione dei risultati.

4.2.1 Approccio metodologico

La ricerca è un'indagine sistematica in un ambito specifico della conoscenza che ha lo scopo di generare nuove conoscenze, relazioni, cause ed effetti tra le variabili o la scoperta di significati mediante l'utilizzo di approcci quantitativi e qualitativi o misti per dare risposte a interrogativi o per risolvere problemi.

Prima di intraprendere qualsiasi studio di ricerca è necessario conoscere con esattezza l'oggetto di studio poiché esso rappresenta la chiave di lettura, per selezionare in seguito la metodologia e gli strumenti da utilizzare e le tecniche da adottare in relazione agli obiettivi della ricerca.

La metodologia della ricerca tratta il "come" viene strutturato il percorso di ricerca, i "modi" della conoscenza e le "tecniche" da utilizzare nei diversi disegni di ricerca. I fenomeni che riguardano il cambiamento organizzativo pongono problemi importanti anche per la tipologia di approccio metodologico da adottare. In questa prospettiva, la ricerca qualitativa sembra essere quella più adatta per la

realizzazione di questo studio di ricerca poiché finalizzata alla raccolta di conoscenza situata del fenomeno di indagine attraverso impressioni e rappresentazioni individuali di specifici eventi ed esperienze in modo da evidenziare anche fatti non rilevabili alla percezione quotidiana dei singoli individui allo scopo di far luce sugli avvenimenti immediatamente visibili, o di far emergere i fatti non direttamente riconoscibili (Cassell and Simon, 1994). Nell'ambito di questo studio, la ricerca qualitativa si pone il duplice obiettivo di individuare la "natura" di un determinato oggetto di studio e di spiegare le differenze tra i punti di vista dei soggetti analizzati. Infatti, con il presente lavoro si è perseguito l'obiettivo di individuare la "natura" di un determinato fenomeno – le modalità organizzative di due Aziende Sanitarie del SSSR Veneto – attraverso anche dall'analisi delle opinioni dei soggetti intervistati con i quali si è entrati in contatto. L'approccio qualitativo in questo caso è particolarmente indicato perché molti aspetti del modello organizzativo Hub & Spoke sono ancora da esplorare in modo particolare nell'organizzazione delle Aziende Sanitarie.

La ricerca qualitativa è diretta alla scoperta di significati e alla comprensione dei fenomeni che emergono dall'osservazione della realtà e si caratterizza per la presenza di dati prevalentemente testuali, per il limitato ricorso a classificazione dei dati, per un processo di ricerca flessibile, per l'uso di molteplici fonti e per il ruolo del ricercatore. Nella descrizione o nell'esplorazione di un fenomeno è importante tenere presente che la conoscenza specifica ottenuta e la soggettività dell'analisi rendono difficile la generalizzazione dei risultati.

L'approccio qualitativo si avvale di diversi metodi come le interviste, l'osservazione partecipante, le etnografie, i focus group, i casi studio, le interviste a testimoni privilegiati. Questi metodi si caratterizzano per avere un approccio induttivo ovvero il contatto diretto con la realtà studiata, l'enfasi sulla descrizione, la prospettiva storica e la flessibilità.

4.2.2 Tipologia di disegno

La definizione del progetto di ricerca in ambito organizzativo ed in particolare nel contesto sanitario, richiede metodi, strumenti differenti rispetto a quelli utilizzati da altre scienze. Per definire il progetto di ricerca è necessario scegliere

la tipologia di disegno da realizzare considerando i metodi più adatti. Il metodo scelto per la realizzazione di questo studio di ricerca, considerati gli obiettivi e la tipologia dell'oggetto di studio, è stato quello del Case Study (Eisenhardt, 1989; Yin, 1994; Stake, 1995).

Il Case Study è definito come *“uno studio empirico che indaga un fenomeno sociale entro il suo contesto di vita reale quando i confini fra fenomeno e contesto non sono chiaramente evidenti e nel quale vengono utilizzate molteplici fonti per ricercare delle evidenze”* (Yin, 1989: 23). Ogni Case Study è specifico, unico, complesso e situato e mira a comprendere in modo approfondito e dettagliato il singolo caso piuttosto che essere volto alla sua generalizzazione (Stake, 2005). I Casi di Studio sono ampiamente utilizzati anche negli studi organizzativi e attraverso le scienze sociali, in sociologia, in psicologia organizzativa, in antropologia, in scienze politiche. Costituiscono una metodologia di ricerca trasversale tra le scienze umane, sociali, economiche e politiche applicata maggiormente in studi di economia, scienze politiche e manageriali (Yin, 2005). Secondo Yin, gli studi di caso costituiscono *“la strategia preferita quando le domande “come” e “perché” stanno per essere poste, quando il ricercatore ha poco controllo sugli eventi e quando l'attenzione è posta su un fenomeno contemporaneo in un contesto di vita reale”*(Yin, 2005: 33). Ci sono molte tipologie di Casi di Studio e dipendono principalmente da due tipi di fattori: il numero di casi presi in esame dallo studio e le possibili finalità perseguita nella ricerca. Quando si usa questa metodologia, è importante saper scegliere la tipologia di “Caso di Studio” più adatta da utilizzare in coerenza con l'obiettivo della ricerca.

I *Case Studies* si possono classificare in base al *numero di casi considerati in Studio di Caso singolo o Studi di Caso multipli*. I casi *“singoli”* costituiscono una tipologia molto comune e frequente, consentono di testare una teoria, di analizzare un evento unico e di osservare e analizzare un determinato fenomeno. Questo tipo di studio può rappresentare un *“caso critico”*, un *“caso unico”* o un *“caso rivelatore”*. Ci sono anche i Casi singoli considerati come *“caso esplorativo”* o come *“caso pilota”* che potrebbero essere considerati la prima parte di un caso di studio multiplo. I casi *“multipli”* si utilizzano per esaminare processi e/o fenomeni

ricorrenti mediante la selezione di due o più casi di uno stesso studio in modo che uno possa essere la conferma dell'altro. Ogni caso deve essere selezionato con cura in modo che preveda risultati analoghi (logica della ripetizione letterale) o che produca risultati contrastanti (logica della ripetizione teorica) (Yin, 2005: 76).

Per quanto riguarda la *finalità* dei Case Studies (Yin, 2005), si possono distinguere in casi descrittivi, casi esplorativi e casi esplicativi. I *casi descrittivi* hanno lo scopo di descrivere un fenomeno all'interno di un preciso contesto di riferimento, i *casi esplorativi* siano essi singoli o multipli, si effettuano quando la ricerca è incerta su alcuni aspetti dello studio (domande, ipotesi o metodi) e pervengono alla formulazione di ipotesi e proposizioni da sottoporre ad ulteriori indagini mentre i *casi esplicativi* sono studi che cercano relazioni di causalità condizionate dal contesto dei fenomeni osservati.

Nel presente lavoro di ricerca è stata scelta la metodologia dei Casi di Studio in quanto risulta essere quella più adatta perché permette di descrivere, attraverso un approccio sistemico, il fenomeno indagato ovvero come le strutture ospedaliere hanno introdotto un nuovo assetto organizzativo nello specifico contesto Aziendale Sanitario di riferimento esplorando e cercando di capire motivazioni e scelte strategiche adottate. Successivamente viene illustrato lo scopo della ricerca.

4.2.3 Obiettivi della ricerca

Lo scopo del presente lavoro di ricerca è quello di descrivere l'assetto organizzativo delle Aziende Ospedaliere Universitarie del Veneto, Centri Hub regionali di riferimento in seguito alla riorganizzazione della rete assistenziale ospedaliera regionale secondo l'ultimo PSSR. In particolare, con lo sviluppo del Modello Hub & Spoke, l'indagine vuole esplorare l'impatto organizzativo nelle aziende sanitarie utilizzando alcune dimensioni della progettazione organizzativa all'interno di un contesto definito e comprendere l'implicazione applicativa del modello e i principali contributi innovativi.

4.2.4 Ambito di indagine, selezione dei casi studio, unita' di analisi

L'ambito di indagine prescelto è la rete ospedaliera del SSSR Veneto coinvolta dal processo di razionalizzazione dal 2012 attraverso l'applicazione del Modello Hub & Spoke. L'indagine si è orientata principalmente verso lo studio dell'assetto organizzativo di due Aziende ospedaliere: l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona e l'Azienda Ospedaliera di Padova. Queste aziende sono state selezionate attraverso una "scelta ragionata" secondo criteri quali la tipologia di ruolo che hanno all'interno del SSSR Veneto, la localizzazione territoriale, la dimensione aziendale e le caratteristiche organizzative dell'azienda. In coerenza con l'impostazione della ricerca e con il metodo di indagine è necessario definire i casi che si intendono analizzare. In letteratura non esiste un'indicazione del numero ideale di casi da selezionare, in quanto essa varierà in funzione delle caratteristiche del problema che si sta affrontando e delle risorse disponibili. La selezione dei casi dovrebbe essere coerente con l'obiettivo dello studio della ricerca e limita la distorsione dovuta al giudizio soggettivo. In questo caso sono stati scelti le due Aziende Ospedaliere "uniche" per la tipologia di struttura sanitaria nel panorama regionale.

4.2.5 Qualità della ricerca

In relazione alla qualità della ricerca, è necessario tenere presente l'aspetto qualitativo di uno studio di ricerca in particolare per quanto riguarda l'adeguatezza metodologia delle tecniche e degli strumenti utilizzati mediante l'utilizzo di test logici. Questi test utilizzati nell'ambito delle ricerche sociali empiriche, anche applicabili alla ricerca di uno studio di caso (Yin, 2005, p. 64), sono i seguenti:

- *Validità di formulazione*: questo test stabilisce le corrette misure operative per i concetti che si stanno studiando. Negli Studi di Casi per sviluppare la validità di formulazione bisogna ricorrere a tre strategie: utilizzare fonti multiple di prova (analisi documentale, dati di ricerche precedenti), stabilire una catena di prove (entrambe nella fase di raccolta dei dati) e possedere uno schema dello studio di caso revisionato dagli informatori chiave (nella fase di composizione);

- *Validità interna*: è applicabile solo a studi di caso causali o esplicativi perché si cerca di stabilire una connessione tra fenomeno e fattore causale. Questo tipo di valutazione si può fare nella fase di analisi dei dati;
- *Validità esterna*: questo test stabilisce l'ambito nel quale i risultati dello studio possono essere generalizzati ad altri contesti. Ciò rappresenta l'aspetto più problematico nel valutare la qualità di uno studio di caso soprattutto nello Studio di Caso singolo perché questa tipologia offre una base ridotta per poter fare la generalizzazione. Quando la ricerca comprende un "caso singolo" lo studio dovrebbe fondarsi su buone conoscenze dei contributi teorici sul fenomeno studiato e che la scelta del caso sia dovuta principalmente alla rilevanza del caso studiato.
- *Attendibilità*: lo scopo di questo test è la minimizzazione degli errori e dei pregiudizi dimostrando che lo studio potrebbe essere eseguito da un altro ricercatore con le stesse procedure al fine di ottenere gli stessi risultati e le stesse conclusioni descritte in un caso precedente.

4.2.6 Strumenti di ricerca, raccolta e analisi dei dati

Una volta selezionati i casi, bisogna scegliere gli strumenti da utilizzare per la raccolta ed analisi dei dati. Le fonti possibili per la raccolta dei dati sono principalmente le interviste, le osservazioni, le conversazioni informali, la partecipazione alle riunioni, i questionari, la revisione di documenti già esistenti.

La maggior parte dei metodi per la raccolta dei dati possono essere usati sia nella ricerca quantitativa che qualitativa. La raccolta di informazioni può essere fatta prevalentemente mediante l'utilizzo di due tipologie di fonti: *le fonti primarie* sono quelle che forniscono informazioni non filtrate ossia senza mediazione da chi è coinvolto in prima persona in eventi o azioni (osservazioni, interviste, questionari, indagini) mentre *le fonti secondarie* sono fonti informative riportate in maniera mediata come ad esempio (documenti, monografie, articoli, saggi) e possono essere prodotte da diversi enti e riguardare molteplici aspetti.

La raccolta dei dati è anche essa una fase importante del processo di ricerca di conseguenza i metodi e gli strumenti per questa fase devono essere scelti in accordo con la natura del problema, la tipologia di studio di ricerca e di approccio

metodologico scelto. I dati possono essere quantitativi o qualitativi. I primi sono numerici, possono essere utilizzati direttamente per effettuare calcoli o elaborare tabelle e analizzati effettuando confronti al fine di convalidare le ipotesi formulate. I dati qualitativi invece, possono essere osservati, scritti, registrati o filmati. L'approccio qualitativo utilizza diversi metodi per la raccolta dei dati che comprendono *l'intervista, l'osservazione diretta, l'analisi dei documenti*. In particolare quando si prevede la tecnica dello Studio di Caso, la raccolta di informazioni e di dati utili può essere effettuata attraverso l'utilizzo di diverse "fonti di prove" come *i documenti, i verbali d'archivio, le interviste, l'osservazione diretta, l'osservazione partecipante e anche oggetti fisici*. Nessuna di queste fonti può prevalere in modo evidente rispetto ad altre e l'utilizzo di più fonti in modo complementari è sempre raccomandato se si vuole ottenere una buona riuscita dello studio di ricerca.

Fonte	Punti di forza	Punti di debolezza
Documentazione	<ul style="list-style-type: none"> • Stabile (può essere rivisto più volte) • Equilibrata (non prodotta come risultato di uno studio di caso) • Esata (contiene nomi precisi, riferimenti e dettagli) • Completa (lungo arco temporale, molti eventi e molte situazioni) 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperabilità (può essere bassa) • Selettività Alterata se la raccolta dei dati è incompleta • Riferire pregiudizi (riflette il pregiudizio dell'autore) • Accesso (può essere deliberatamente bloccato)
Verbali di archivio	<ul style="list-style-type: none"> • (Come per la documentazione) • Preciso e quantitativo 	<ul style="list-style-type: none"> • (Come per la documentazione) • Accessibilità dovuta a ragioni di riservatezza
Interviste	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizzate (si focalizzano direttamente sull'oggetto dello studio di caso) • Significatività (forniscono le relazioni causali rilevate) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pregiudizio dovuto a quesiti poco elaborati • Pregiudizio di risposta • Inesattezza dovuta alla memoria • Riflessione (della persona intervistata che cerca di rispondere ciò che l'interlocutore vuole ascoltare)
Osservazione diretta	<ul style="list-style-type: none"> • (come per le osservazioni dirette) • Realtà (implica eventi in tempo reale) • Contestuale (implica il contesto degli eventi) 	<ul style="list-style-type: none"> • (Come per le osservazioni dirette) • Spreco di tempo • Selettività (in assenza di completezza) • Riflessione (l'evento può procedere in maniera diversa perché in corso)

		<ul style="list-style-type: none"> • Costo (ore necessarie per l'osservatore)
Osservazione partecipante	<ul style="list-style-type: none"> • Intuitiva per comportamenti e motivazioni interpersonali 	<ul style="list-style-type: none"> • Pregiudizio dovuto alla manipolazione degli eventi da parte del ricercatore
Oggetti fisici	<ul style="list-style-type: none"> • Significativi per caratteristiche culturali • Significativi per operazioni tecniche 	<ul style="list-style-type: none"> • Selettività • Disponibilità

Figura 8. Fonti di prova: punti di forza e di debolezza

Fonte: Yin (2005). Lo studio di caso nella ricerca scientifica: progetto e metodi. Armando Editori. p.111

In questo studio di caso sono state utilizzate in modo prevalente due fonti: *i documenti* che riguardano il caso e *le interviste* ai testimoni privilegiati. Queste due tipologie di fonti sono state selezionate anche considerando e comparando le loro forze e debolezze rispetto alle altre fonti disponibili.

La **documentazione** è una fonte secondaria importante per la raccolta dei dati nello Studio di caso, molto utile al fine di avvalorare e supportare i dati raccolti attraverso altre fonti informative (Yin, 2005). Di solito la documentazione per ogni argomento di studio di caso è variegata e può comprendere documenti amministrativi, documenti interni, rapporti scritti, studi formali, articoli dei mass media, lettere ed altre informazioni. L'analisi documentale è un metodo di analisi dei documenti effettuato sul contenuto di ogni fonte documentale al fine di evidenziare gli aspetti più significativi di maggiore interesse rispetto all'obiettivo della ricerca (Corbetta, 2003; Bailey, 2006). Il lavoro di analisi documentale invece, ha previsto la validità e l'attendibilità dei documenti oltre all'analisi dei contenuti dei documenti raccolti.

La *base documentale*, oggetto di analisi per questo studio di ricerca, è costituita dai principali documenti aziendali pubblici e riservati (concessi al fine di favorire l'obiettivo dello studio) di entrambe le strutture sanitarie incluse (Atti aziendali, Piani di Performance, Delibere interne, Direttive, Regolamenti, Schede Ospedaliere, Organigrammi, Guide interne) e da documenti esterni provenienti da organismi governativi sia regionali che nazionali (Delibere Regionali, Accordo

Stato Regioni, Rapporti socio-sanitari, Documenti di valenza statistica) e da organismi non governativi di categoria.

La fase di raccolta dei dati per questo studio di caso ha richiesto molto tempo soprattutto per l'aggiornamento costante e periodico dei documenti stessi (aspetto molto caratteristico del settore sanitario). La documentazione raccolta è stata rilevante sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo che ha richiesto una catalogazione della stessa al fine di facilitare il processo di lettura, valutazione e analisi.

L'intervista è una tecnica attraverso il quale il ricercatore cerca di accedere alla prospettiva del soggetto studiato in modo da cogliere le sue categorie mentali, le sue interpretazioni, le sue percezioni e sentimenti (Corbetta, 2003). Secondo questo autore, esistono tre tipi di interviste:

- *Intervista strutturata*: prevede un insieme fisso e ordinato di domande aperte che vengono sottoposte a tutti gli intervistati nella stessa formulazione e nella stessa sequenza. Questo tipo di intervista è poco flessibile e adattabile alla specifica situazione e la si può utilizzare in modi standardizzati. Questa tipologia di intervista permette la comparazione delle risposte date dagli intervistati e rilevare eventuali differenze.
- *Intervista semi-strutturata*: prevede una traccia o guida che riporta gli argomenti che devono essere affrontati durante l'intervista e può contenere domande a carattere generale. Questa modalità permette, nonostante ci sia una traccia fissa di argomenti, di variare l'ordine delle domande in base alle risposte date dall'intervistato e sulla base della singola situazione.
- *Intervista non strutturata*: è chiamata anche intervista libera ed è costituita dall'individualità degli argomenti dell'intervista. Il tema generale è stabilito mentre il contenuto delle domande non è predefinito ma varia da soggetto a soggetto.

L'intervista come afferma Yin (2005) è una fonte essenziale di informazione ed è una delle fonti più importanti di informazione negli studi di caso. Nello studio di caso Yin suggerisce per la realizzazione dello studio di caso tre tipologie di interviste:

- *Le interviste strutturate* prevedono una serie di domande che vengono poste all'intervistato in maniera lineare;
- *Le interviste focalizzate* richiedono l'intervistato per un breve periodo di tempo e le interviste possono essere aperte e assumere la caratteristica di una conversazione anche se può essere più utile seguire un certo ordine di domande derivate da un determinato protocollo. Lo scopo di queste tipologie di interviste è quello di confermare determinati fatti o eventi dove l'intervistato può anche fornire un commento spontaneo a riguardo;
- *Le interviste aperte* sono quelle in cui si chiede all'intervistato di parlare dei fatti di un avvenimento o di esporre la loro opinione di merito. Può essere anche chiesto opinioni riguardo determinati eventi che possono essere usate come base per ulteriori indagini.

L'intervista è anche una tecnica di indagine utilizzata anche nella ricerca quantitativa con cui possono essere raccolti dati qualitativi. Le informazioni raccolte attraverso questa modalità risentono del punto di vista personale dell'intervistato. L'intervista inoltre, fa emergere dati significativi dai soggetti e può essere utilizzata con altri strumenti per produrre sia dati qualitativi che quantitativi. La presenza dell'intervistatore consente di ottenere dai soggetti intervistati, risposte più accurate e di evitare la possibilità di risposte vaghe.

Considerate le diverse tipologie di interviste si è scelta *l'intervista semi-strutturata o focalizzata* in quanto sembra quella più adatta agli obiettivi della ricerca e alla tipologia di indagine da realizzare. L'intervista è stata scelta non solo per avvalorare i dati dell'analisi documentale ma anche perché è molto frequente negli studi organizzativi in ambito sanitario il riscontro di una divergenza tra assetti organizzativi dichiarati (ufficiali e formalizzati nei principali documenti aziendali) e assetti agiti, in parte fisiologica, e dovuta principalmente alle spinte dettate dall'ambiente esterno che richiedono riconfigurazioni organizzative costanti e talvolta interni legate alla complessità organizzativa dell'azienda stessa.

L'intervista semi-strutturata realizzata per questo Studio di Caso, ha richiesto la preparazione di un "Protocollo di Intervista" strutturato (Allegato n.1). Questo strumento è stato costruito considerando dimensioni più significative individuate

dalla letteratura di riferimento considerando il modello organizzativo Hub & Spoke e che possono essere aspetti chiave per la progettazione organizzativa. Il protocollo è stato costruito considerando le dimensioni illustrate nel capitolo precedente e per ognuna di queste sono state individuati ambiti di riferimento per poter formulare un set di domande che indagano, con prospettive differenti, argomenti specifici della dimensione. Le domande formulate permettono di acquisire prevalentemente dati qualitativi inerenti le percezioni degli intervistati rispetto ad una determinata dimensione.

L'intervista fa emergere dati significativi dai soggetti e può essere utilizzata con altri strumenti per produrre sia dati qualitativi che quantitativi. La presenza dell'intervistatore consente di ottenere dai soggetti intervistati, risposte più accurate evitando la possibilità di risposte vaghe.

Le interviste semi-strutturate effettuate in queste due Aziende Sanitarie hanno visto il coinvolgimento del management delle direzioni generali di entrambe le strutture sanitarie di riferimento. Un limite importante della metodologia seguita è che l'indagine non è stata estesa al management dipartimentale in quanto interessavano maggiormente le scelte organizzative realizzate da entrambe le direzioni strategiche. Queste interviste hanno richiesto preventivamente un'attività di ricerca di disponibilità dei testimoni, la preparazione dell'intervista, la predisposizione di un sistema di annotazione delle risposte oltre all'apparecchiatura di registrazione dell'intervista e l'invio del Protocollo di intervista agli intervistati tramite posta elettronica. Le interviste realizzate sono state integralmente registrate e trascritte al fine di documentare e analizzare il contenuto delle testimonianze rilasciate.

Una volta completata la fase di raccolta dei dati e di effettuazione delle interviste, si procede con le fasi di presentazione ed analisi dei dati e successivamente interpretazione, illustrate nei capitoli successivi, al fine di poter trarre le principali conclusioni dello studio di ricerca.

CAPITOLO 5

5.1 Presentazione dei risultati del piano di indagine

Nel percorso di rinnovamento che interessano i sistemi sanitari dei paesi maggiormente sviluppati, la dimensione organizzativa è senza dubbio quella più rilevante. L'elevata complessità che caratterizza il sistema sanitario spesso si scontra con capacità spesso inadeguate di governance e di progettazione. Per affrontare con successo i cambiamenti imposti dalle riforme sanitarie degli ultimi anni, occorre agire su tutti gli elementi che condizionano il loro funzionamento: gli aspetti strutturali, comportamentali e culturali.

I modelli organizzativi nelle Aziende Sanitarie registrano una evoluzione costante in adeguamento al proprio contesto di riferimento e al quadro normativo nazionale e regionale. Non esistono configurazioni organizzative valide ed adeguate in assoluto ma esistono assetti organizzativi che caratterizzano le aziende nel proprio contesto di riferimento.

La Regione del Veneto nel suo ultimo PSSR 2012-2016 ha introdotto importanti novità nel sistema organizzativo dell'assistenza socio-sanitaria razionalizzando la rete ospedaliera regionale mediante l'implementazione di un modello reticolare e ridefinendo la dotazione strutturale ospedaliera al fine di *adeguare il sistema ai cambiamenti socio-epidemiologici e, al contempo, di innovare i modelli organizzativi sulla scorta delle migliori pratiche realizzate in questi anni, perseguendo obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità.*

La rete assistenziale è stata riorganizzata razionalizzando i servizi offerti e le prestazioni sanitarie in funzione dei bisogni di salute, della disponibilità delle risorse umane e materiali e della necessità strutturali del proprio sistema. La razionalizzazione della rete ospedaliera è stata realizzata attraverso l'implementazione di un modello organizzativo articolato su due livelli: ospedali di riferimento o Centri Hub e presidi ospedalieri di rete o Centri Spoke. Questa modalità organizzativa ha rappresentato un'opportunità per riorganizzare la rete ospedaliera preservando le sue eccellenze e per migliorare il funzionamento complessivo del sistema socio sanitario.

La sperimentazione del Modello Hub & Spoke nel SSSR Veneto ha permesso di mettere in evidenza le sue caratteristiche e la logica di funzionamento, i meccanismi di integrazione e coordinamento assistenziale nonché le principali sfide organizzative e relative implicazioni per la pratica, tutti aspetti che hanno stimolato l'avvio di un percorso di ricerca.

Coerentemente con l'impostazione della ricerca, il metodo di indagine prescelto è stato quello del *Case Study* al fine di esaminare *un determinato fenomeno in un contesto reale dove si realizza, senza controllo delle variabili di contesto, con uso di molteplici fonti di dati* (Yin, 2003). La realizzazione dello studio ha richiesto l'applicazione di tutti gli aspetti metodologici illustrati nel capitolo precedente.

L'ambito di indagine scelto sono due Aziende Sanitarie Universitarie di grandi dimensioni e centri Hub di riferimento regionale, l'AOUI di Verona e l'AO di Padova, che da qualche anno sono impegnate in un processo di riorganizzazione interna dovuto all'attuazione degli indirizzi strategici contenuti nel PSSR e all'interno di un ambito più ampio di ridefinizione, di cambiamenti normativi e di adeguamento del SSSR Veneto rispetto alle nuove sfide assistenziali.

Prima di procedere nella presentazione dei risultati emersi dall'indagine dei casi oggetto di studio, saranno presentati dati di contesto relative alle due Aziende Ospedaliere Hub per il proprio SSSR in cui l'esperienza si è sviluppata e che serviranno per comprendere meglio i risultati emersi.

5.1.1 Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Di Verona

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUI) è una struttura sanitaria istituita in applicazione del D. Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517, di rilievo nazionale e di alta specializzazione (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 08.01.1999). E' un centro di eccellenza per le attività che vengono svolte nei diversi settori della ricerca, dell'assistenza e della formazione. L'inscindibilità di queste tre fondamentali linee di attività implica l'impegno dell'AOUI ad utilizzare al meglio le caratteristiche tecniche, le competenze

acquisite e le esperienze specifiche del personale proveniente dall'Università e dal Servizio Sanitario Regionale.

L'AOUI è un centro Hub per la provincia di Verona per la presenza di alte specialità e Hub di riferimento regionale per alcune funzioni sanitarie come disposto dal PSSR 2012-2014 e si compone di due presidi nelle sedi di Borgo Trento (Ospedale Civile Maggiore) e di Borgo Roma (Ospedale Policlinico G. B. Rossi) (Organigramma aziendale, allegato n.2).

L'azienda è dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale e finanziaria e tecnica, opera nel rispetto degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, in particolare della Scuola di Medicina e Chirurgia, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, costituisce, per l'Università degli Studi di Verona, l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Scuola di Medicina e Chirurgia e garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università (Atto Aziendale con DDG n.634 del 17.10.2014).

Questa realtà aziendale sanitaria di Verona rappresenta la prima esperienza regionale di integrazione tra l'Azienda Ospedaliera e l'Università degli Studi di Verona mediante il protocollo attuativo nel quale è stato ribadito l'intento di costituire un Polo sanitario di eccellenza dove si realizza lo svolgimento integrato delle funzioni di ricerca, didattica e assistenza (DGRV n.3345 del 10/11/2009). Successivamente presso l'Ospedale di Borgo Trento è stato attivato il nuovo modello dipartimentale di Gennaio 2010.

La **Mission** istituzionale è *il raggiungimento del più elevato livello di risposta alla **domanda di salute**, intesa come recupero e mantenimento della salute fisica e psichica, in un processo che includa in modo inscindibile la **didattica**, intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione, e la **ricerca** volta al continuo progresso delle conoscenze cliniche, biomediche e organizzative.*(Piano delle Performance 2015-2017).

La **Vision** consiste *nell'essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze verso i pazienti, verso il personale e verso la comunità.*

I **Valori** che ispirano l'attività aziendale sono:

- la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale e l'equità di accesso dei cittadini ai servizi sanitari
- la diffusione delle conoscenze in ambito di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie, quale strumento di formazione ed aggiornamento professionale degli operatori sanitari
- la ricerca come strumento di avanzamento delle conoscenze.

Gli **obiettivi aziendali** dell'AOUI sono *definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale e assegnati al Direttore Generale all'atto del conferimento dell'incarico.* Gli obiettivi si realizzano attraverso l'attuazione di assistenza, formazione e ricerca come esplicitati nel proprio Atto Aziendale.

CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ'

Nel dicembre 2002 l'Azienda Ospedaliera ha conseguito la certificazione del proprio Sistema Qualità secondo la norma ISO 9001:2000 per tutti i processi direzionali, di supporto tecnico e amministrativo, per tutti i processi diagnostici e per i processi clinici realizzati nelle Unità Operative e Servizi clinici. La certificazione attesta che l'Azienda sta applicando un modello di organizzazione del lavoro in grado di dare ai pazienti le maggiori garanzie in termini di efficacia e appropriatezza delle prestazioni ricevute e, in generale, di rispondere adeguatamente a tutte le loro esigenze.

5.1.1.1 L'AOUI in cifre²⁵

²⁵ Dati riferiti al 31 Dicembre 2014. Fonte: Piano delle Performance 2015-2017. Piano triennale di valutazione degli obiettivi. Approvato con DDG n. 35 del 30 gennaio 2015.

1. Strutture

Strutture – Presidi	
1	Sede di Borgo Trento
2	Sede di Borgo Roma

2. Attività assistenziali

Attività assistenziali	
Posti letto ordinari (ricovero ordinario)	1266
Posti letto (ricovero diurno)	197
UUOO complesse	79, di cui 75 certificate ISO 9001 ed 1 in via di certificazione
Servizi complessi	19 Servizi in Staff alle Direzioni (Generale, Sanitaria e Amministrativa), di cui 18 certificati ISO 9001

3. Risorse umane

RISORSE UMANE			
Descrizione	Ente	Personale AOUI	Personale Universitario in convenzione
Personale		4888	249
Dirigenti		761	206
Personale non dirigente		4127	43

4. Attività sanitaria

ATTIVITA' ASSISTENZIALE GIORNALIERA	
Ricoveri	1100
Interventi chirurgici	100
Accessi a Day Hospital	330
Accessi al Pronto Soccorso	400
Prestazioni ambulatoriali	3000
Parti	10

5. Indicatori di attività

indicatori di attività	2012	2013	2014 (pre-consuntivo)
N° Ricoveri ordinari	45.573	44.593	44.712
Numero di GG di degenza ordinaria	407.945	389.673	391.212
Degenza Media	9,0	8,7	8,7
Peso Medio complessivo	1,32	1,35	1,34
Peso Medio casi chirurgici	2,02	2,10	2,12
Peso Medio casi medici	0,85	0,87	0,87
N casi outliers	2.519	2.080	1.476
% casi outliers	5,5%	4,7%	4,3%
Degenza media casi outliers	29,00	30,40	29,95
% casi urgenti	53,6%	55,0%	59,4%
% casi oncologici	19,5%	19,6%	17,4%
Provenienza pazienti:			
area provinciale (%)	79,8%	80,3%	80,3%
altro Veneto (%)	6,0%	5,9%	6,2%
extraregionale (%)	14,2%	13,8%	13,5%
Valore medio (euro) per caso trattato	4.497	4.584	4.585
Valore medio (euro) per caso trattato paz extra regione	6.025	6.634	6.453
N° Ricoveri DH	20.210	18.655	17.163
N° accessi in DH	68.130	65.534	60.291
% casi oncologici	23,1%	23,5%	20,3%
Provenienza pazienti:			
area provinciale (%)	77,6%	75,7%	75,8%
altro Veneto (%)	6,8%	7,7%	7,3%
extraregionale (%)	15,7%	16,7%	16,8%
Valore medio (euro) per caso trattato	1.808	1.894	2.081
Valore medio (euro) per caso trattato paz extra regione	2.170	2.300	2.630
n Amid attivati	23.121	24.049	26.710
Attività specialistica ambulatoriale paz esterni	4.287.414	4.650.838	4.752.722
valore medio paz esterni	18,8	18,1	19,3
Attività specialistica ambulatoriale paz interni	5.287.670	4.262.447	4.141.719
valore medio paz interni	11,7	13,7	13,2
Nr accessi in PS	146.877	145.293	143.090
% accessi seguiti da ricovero	15,8%	16,1%	16,1%

5.1.1.2 Ambiti di attività

1. Assistenza

L'assistenza è compito fondamentale dell'A.O.U.I e deve essere prestata con continuità e secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare. La centralità della persona e la personalizzazione delle cure sono principi imprescindibili: l'attenzione ai diritti della persona comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali. La pratica professionale e clinica deve essere guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza per assicurare gli standard più elevati e secondo criteri di appropriatezza, nel rispetto del principio della corretta gestione delle risorse, anche economiche, a disposizione dell'AOUI, nonché secondo le disposizioni della Regione Veneto.

È compito dell'A.O.U.I. mantenere elevati livelli di qualità riducendo i costi, perseguire la soddisfazione dei reali bisogni dei singoli e delle comunità, creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori.

L'AOUI di Verona è la seconda Azienda Ospedaliera in Italia per numero di posti letto e la quinta per numero di ricoveri. In questa struttura sono presenti tutte

le “alte specialità”, dalle specialità chirurgiche come cardiocirurgia e neurochirurgia ai trapianti d’organo e di tessuti, dall’oncoematologia pediatrica al centro grandi ustionati, dalle specialità mediche alla IORT, garantendo agli utenti standard di altissimo livello dal punto di vista diagnostico, terapeutico e assistenziale, anche attraverso l’utilizzo di approcci interdisciplinari. Le Unità Operative (U.O.) e i Servizi di diagnosi e cura in cui è articolata l’Azienda rappresentano tutte le principali specialità mediche e chirurgiche. E’ sede riconosciuta di Centri Regionali Specializzati (38 Centri Regionali, afferenti a 19 specialità) che svolgono qualificata attività di rilevanza clinica, di ricerca e produzione scientifica di livello nazionale e internazionale e di supporto alle reti cliniche definite dal PSSR alla Regione Veneto (DGRV n.2707, 29 dicembre 2014). Accanto alle attività di ricovero è organizzata anche l’attività specialistica ambulatoriale che ricomprende visite mediche e prestazioni diagnostico-strumentali e di laboratorio. Prestazioni e servizi ambulatoriali sono erogati anche in libera professione su libera scelta dell’assistito.

2. Formazione e Didattica

L’attività di formazione e aggiornamento del personale costituisce la leva strategica, per lo sviluppo professionale dei dipendenti, per la realizzazione degli obiettivi programmati e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati.

Nell’ambito della formazione permanente l’AOUI eroga attività di formazione e aggiornamento professionale per lo sviluppo professionale di tutto il personale, per la realizzazione degli obiettivi programmati e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi qualificati. L’AOUI di Verona, con l’obiettivo di diffondere la propria cultura ed esperienza che la contraddistingue, ha un’ampia offerta formativa rivolta al personale sanitario esterno organizzando Convegni e Congressi di rilevanza nazionale e internazionale anche mediante l’utilizzo di postazioni multimediali.

Dal 2012 è stato attivato il *Practice Verona* che costituisce un centro di formazione attraverso l’attività di “simulazione” per il rischio clinico ed emergenza urgenza di base ed avanzata. E’provider accreditato per l’attività

formativa ECM dal 2013 ed è sede del Centro Regionale di Simulazione e Formazione avanzata (SiRFAV) per la chirurgia robotica.

L'Azienda Ospedaliera, grazie alla sua integrazione con l'Università degli Studi di Verona può offrire a studenti e laureati corsi di laurea, laurea specialistica, scuole di specializzazione, master e dottorati di ricerca di altissimo livello. Ogni anno sono oltre 4000 gli studenti e i professionisti della salute che scelgono l'Università di Verona e l'AOUI per le offerte formative e didattiche, tra le quali 41 scuole di specializzazione.

L'attività di formazione e di didattica istituzionale dell'Anno Accademico 2013-2014 svolta presso la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona è illustrata sinteticamente nella tabella successiva:

Offerta formativa	Descrizione	Totale studenti AA 2013-2014
Corsi di laurea a ciclo unico	Chirurgia a Medicina	1174
	Odontoiatria	91
Corsi di Laurea Specialistica	Scienze professioni sanitarie della riabilitazione	36
	Corsi di laurea specialistica Scienze infermieristiche ed ostetriche	92
Corsi di Laurea Triennale	Professioni sanitarie della prevenzione	36
	Professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche	2162
	Professioni sanitarie della riabilitazione	341
	Corsi di laurea Professioni sanitarie tecniche	249
SUB TOTALE		4181
Corsi di Perfezionamento		117
Master		262
Dottorati di ricerca		288
SUB TOTALE		667
Offerta formativa	Descrizione	Totale studenti AA 2013-2014
Scuole di specializzazione	Area medica	1.010
	Area chirurgica	
	Scuole di specializzazione Servizi	
TOTALE		5858

Figura 9. Attività di formazione e didattica. Fonte dati: Piano delle Performance 2015-2017. p.7

3. Ricerca

L'AOUI di Verona conduce numerosi progetti di ricerca finalizzata regionale e nazionale in diversi ambiti e di durata variabile. Le aree di eccellenza nella ricerca hanno come risvolto pratico elevati livelli di diagnosi e cura, anche grazie all'applicazione di innovazioni tecnologiche. La Scuola di Medicina è la prima in Italia per la qualità di produzione scientifica e formativa e l'Ateneo di Verona secondo l'ultimo rapporto ANVUR del 2013 è terzo fra le grandi università italiane dopo Padova e Milano Bicocca.

L'AOUI conduce numerosi filoni di ricerca sia pre-clinica e clinica, di base e applicata che vengono condotti presso i Laboratori Universitari di Ricerca Medica e negli Istituti Biologici che riguardano l'ambito medico, neurologico, oncologico e chirurgico e la genomica.

Filoni di ricerca	
<i>ambito medico</i>	malattie metaboliche, malattie cardio-vascolari, ematologiche, emocoagulative, autoimmuni e malattie rare
<i>ambito neurologico</i>	basi biologiche del comportamento; meccanismi del sonno e veglia; studi su apparato visivo e rigenerazione del nervo ottico; invecchiamento normale e patologico; studi su importanti malattie neurologiche come SLA, Sclerosi multipla, Alzheimer e demenze
<i>genomica</i>	studi genetici sulla proliferazione cellulare, sull'analisi di genetica molecolare delle comuni malattie cardiovascolari, respiratorie e metaboliche, sulla rigenerazione tissutale, sulle diagnosi molecolari delle malattie rare dell'osso, delle neoplasie pancreatiche e ginecologiche; farmaco-genomica per l'applicazione dei nuovi farmaci antitrombotici; genomica del cancro
<i>ambito oncologico chirurgico</i>	tumori del pancreas, tumori del fegato e delle vie biliari, tumori dell'esofagostomaco

Figura 10. Filoni di ricerca AOUI Verona

Effettua inoltre, ricerca sanitaria con diverse linee di ricerca finanziati da privati per attività di ricerca non profit:

✓ **Laboratorio di ricerca sulle cellule staminali e cell factory**

Il laboratorio di ricerca sulle cellule staminali si occupa della biologia e delle potenziali applicazioni cliniche di cellule staminali di diversa origine (mesenchimali, emopoietiche, neurali, cardiache, epiteliali, neoplastiche) .

Nella Cell Factory, strettamente collegata al laboratorio, vengono prodotte le cellule staminali mesenchimali da utilizzare nell'applicazione clinica.

✓ **ARC-NET e international cancer genome consortium**

ARC-NET è il Centro che concentra e coordina le tecnologie, le esperienze e le competenze presenti in AOUI con l'obiettivo di identificare e validare nuovi marcatori diagnostico/prognostici in oncologia. E' l'unico Centro italiano coinvolto nell'International Cancer Genome Consortium, progetto mondiale destinato a produrre il sequenziamento del genoma di diversi tipi di cancro.

✓ **Centro di chirurgia robotica sperimentale**

L'AOUI ospita il primo Centro italiano di chirurgia robotica sperimentale. Recentemente inaugurato, il nuovo Centro ha l'obiettivo di sviluppare e validare nuovi dispositivi e algoritmi per la chirurgia robotica. Convergono nel laboratorio veronese i numerosi progetti europei e internazionali con l'intento di promuovere la transizione dalla ricerca alla pratica clinica.

✓ **Centro ricerche cliniche (CRC)**

Il CRC, fondato nel 2005, ha l'obiettivo di collaborare con le industrie farmaceutiche e assistere i Centri di ricerca nelle fasi iniziali di sviluppo di nuovi farmaci, garantendo elevati standard di qualità e tempi rapidi.

Anche a livello internazionale, l'AOUI di Verona partecipa con diverse iniziative:

✓ **Who collaborating centre for research and training in mental health and service evaluation**

La sezione di psichiatria e psicologia clinica è uno dei 3 Centri in Italia collaboratori dell' Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ambito della ricerca nel campo della salute mentale e l'unico Centro al Mondo ad effettuare per l'OMS la Mental Health Service Evaluation.

L'AOUI di Verona ospita il CREMPE (Coordinamento Regionale per il Management e la Progettazione Europea) che coordina per la Regione Veneto, alcuni importanti progetti europei, tra i quali:

✓ **EUREGENAS**

Il progetto European REgions ENforcing Actions against Suicide (EUREGENAS) riunisce 11 paesi Europei animati dall'obiettivo comune di elaborare un programma di prevenzione dei suicidi

✓ **SIALON II**

Il Progetto Europeo Sialon II si occupa della prevenzione della diffusione dell'HIV nella popolazione esposta più a rischio di infezione. Al fianco dell'AOUI si trovano la Regione Veneto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'UNAIDS, l'Istituto superiore della sanità italiano e centri di ricerca e organismi responsabili della salute pubblica appartenenti a 11 stati europei.

<http://www.sialon.eu>

✓ **HoNCAB**

Progetto per il supporto alla creazione di un network pilota sulla mobilità transfrontaliera.

COLLABORAZIONI INTERNAZIONALI

✓ **Oncoematologia pediatrica**

L'Unità Operativa di Oncoematologia pediatrica sta portando avanti con Tblisi, capitale della Georgia, un importante progetto per l'allestimento di un programma di trapianto di midollo osseo in pazienti pediatrici. L'AOUI di Verona farà da riferimento e supporto a Tblisi per i prossimi anni fino a quando il nuovo Centro non avrà raggiunto la piena autonomia.

✓ **Servizio di teleconsulto**

L'AOUI di Verona offre un servizio di teleconsulto in ricezione, con modalità certificate secondo gli standard definiti dalla Regione Veneto. Il servizio è oggi utilizzato per la Neurochirurgia e la Neuroradiologia e in futuro sarà utilizzabile anche per altre specialità.

ATTIVITA' DEDICATE ALL'ESTERO

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, con l'obiettivo di diffondere nel Mondo l'esperienza e la cultura che da sempre la contraddistinguono, offre:

- ***Corsi di Formazione a Distanza***, anche in lingua straniera, adattabili al Cliente grazie al supporto di mediatori culturali.
- ***Corsi Residenziali*** presso le sedi dell'AOUI per apprendere da vicino le più avanzate tecniche, chirurgiche e non, oggi disponibili.
- ***Supporto allo sviluppo di tecniche assistenziali***, come avvenuto con il progetto di creazione del Centro Trapianti di Midollo Osseo a Tblisi in Georgia.
- ***Supporto allo sviluppo di nuovi ospedali***. Uno degli esempi di questa attività è la cooperazione fornita dall'AOUI all'Ospedale di Ngozi in Burundi per la ristrutturazione e riorganizzazione della struttura.
- ***Supporto alla Meta-Progettazione di nuovi ospedali***. L'AOUI mette in campo tutta la propria esperienza per la progettazione di ospedali di eccellenza per acuti ad alta tecnologia e elevata assistenza.

5.1.2 Azienda Ospedaliera Di Padova

L'Azienda Ospedaliera Padova (di seguito AOP) nasce il 1° gennaio 1995 a seguito dello scorporo dell'ex-Ulss 21, è una struttura sanitaria ad elevato contenuto tecnologico istituita in applicazione della L.R. n. 56 del 14.09.1994 e riconosciuta come Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione (DPCM del 08.01.1999). L'AOP è individuata nel PSSR 2012-2016 quale centro Hub per la Provincia di Padova e Centro di Riferimento Regionale per le funzioni individuate dalla programmazione regionale (Organigramma aziendale, Allegato n.3).

L'AOP è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e si qualifica come ente strumentale della Regione ai fini dell'erogazione delle prestazioni assistenziali. L'organizzazione e il

funzionamento del complesso ospedaliero sono disciplinati dall'Atto Aziendale che contiene i principi e criteri previsti dalle disposizioni regionali.

L'AOP costituisce per l'Università degli Studi di Padova (di seguito UNIPD) l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Scuola di Medicina e Chirurgia che si svolgono nelle strutture convenzionate, nell'ambito della convenzione esistente tra la Regione del Veneto e l'UNIPD (Deliberazione del Consiglio Regionale n. 912 del 09.06.1989) garantendone l'integrazione.

La **Mission** dell'AOP è quella di *concorrere a garantire l'assistenza di base per le comunità del territorio padovano e garantire l'assistenza ad alta complessità ed alto contenuto tecnologico in ambito provinciale, regionale, nazionale ed internazionale in quanto hub per la Provincia di Padova e Centro di Riferimento Regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale* (Atto aziendale 13.02.2014, DDG n.155). Essa eroga prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito di ricoveri ordinari, giornalieri (Day-Hospital e Day-surgery) e visite e prestazioni diagnostiche ambulatoriali.

L'AOP, in quanto sede di riferimento per la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'UNIPD, *garantisce l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca* concorrendo al raggiungimento delle finalità proprie dell'Università anche attraverso la valorizzazione del personale in formazione.

L'AOP *organizza e gestisce le attività assistenziali e di ricerca clinica sia direttamente che attraverso il governo delle reti cliniche integrate previste dalla programmazione regionale, favorendo il trasferimento nell'attività assistenziale delle conoscenze acquisite con la ricerca clinica, la valutazione ed adozione di nuove tecnologie nonché l'implementazione di modelli gestionali innovativi.*

I **Valori e Principi dell'assistenza** orientano gli scopi, le intenzioni, le azioni e comportamenti di tutti coloro che operano presso l'AOP e contribuiscono al compimento della sua mission. I Valori di riferimento che orientano la programmazione strategica e la gestione delle proprie attività sono:

- Centralità della personale
- Equità
- Qualità dell'attività assistenziale e dell'attività amministrativa

- Didattica e formazione
- Ricerca e innovazione
- Eticità
- Trasparenza
- Sostenibilità

La **Vision** strategica dell’AOP è quella di *erogare assistenza ai singoli, alle famiglie e alle comunità integrando le propria attività con le altre Aziende Sanitarie e gli altri Soggetti istituzionali e impiegando un sistema integrato di competenze avanzate maturate in sinergia con l’UNIPD.*

Gli **obiettivi aziendali** sono definiti *dalla programmazione socio-sanitaria regionale* e assegnati ai direttori generali all’atto del conferimento del loro incarico, *armonizzando gli obiettivi di programmazione assistenziale con quella universitaria.* Tali obiettivi devono essere raggiunti esercitando pienamente l’autonomia imprenditoriale, di cui l’atto aziendale è strumento.

5.1.2.1 L’AOP in cifre²⁶

1. Strutture e Posti letto

Strutture	
1	Azienda Ospedaliera di Padova (Via Giustiniani, 1)

Posti letto ordinari	1400
Posti letto day hospital	172
UUOO complesse	82

2. Risorse Umane

RISORSE UMANE	
Personale Sanitario	3392
Medici	597

²⁶ Fonte: Piano delle Performance anno 2015-2017. Delibera del Direttore Generale n.108 del 29/01/2015.

Dirigenti non medici	59
Personale infermieristico	2381
Tecnici sanitari	301
Tecnici riabilitativi	49
Personale Professionale (Dirigenti e comparto)	11
Personale Tecnico (Dirigenti e comparto)	884
Personale Amministrativo	379
Personale Vigilanza	5
Totale	4678
Borsisti	69
Collaboratori coordinati continuativi	14
Totale	83

3. Attività Sanitaria

	Anno 2012	Anno 2013	Precons 2014
ATTIVITÀ			
Numero Ricoveri ordinari	47.638	46.663	45.742
Numero Ricoveri diurni	15.531	14.536	14.036
Totale ricoveri	63.169	61.199	59.778
Valore attività di ricovero in Euro	246.301.499	244.011.106	244.802.161
Peso medio DRG ricoveri ordinari	1,29	1,34	1,37
Degenza media ricoveri ordinari	8,06	7,71	7,82
Extra Regione (RO+DH)	11,1%	11,4%	11,6%
% Ricoveri Urgenti	62,43	61,38%	60,5%
Numero ricoveri per trapianto*	312	327	311
Numero Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP)	6.451.889	6.644.620	6.967.135
Numero Prestaz. Specialistica onere SSN	3.688.210	3.730.916	3.813.323
Valore attività specialistica onere SSN (importo lordo in Euro)**	68.225.358	67.670.184	65.958.631
Accessi Pronto Soccorso	105.686	104.380	108.115
di cui Pediatrici	23.937	23.129	23.808
COSTO DELLA PRODUZIONE			
Costi personale	205.496.030	207.162.785	205.230.454
Costi Beni Sanitari	181.530.781	183.386.684	178.149.879
Di cui distribuzione diretta farmaci	62.805.181	68.833.291	68.705.623

* Trapianti di: Cuore, Polmone, Fegato, Rene, Rene-Pancreas, Midollo (anno 2014 Fonte SSI-SDO)

** Riduzione tariffario prestazioni specialistiche da luglio 2013.

Figura 11. Attività Sanitaria.

Fonte: Piano delle Performance anno 2015-2017- [DDG n.108 del 29.01.2015]

5.1.2.2 Ambiti di attività

1. Assistenza

La *Filosofia dell'assistenza* dell'AOP è quella di *assicurare i livelli essenziali di assistenza secondo i principi di qualità e sicurezza delle cure e del rispetto dell'economicità nell'impiego delle risorse e di perseguire la soddisfazione dei bisogni complessivi di salute delle persone che si rivolgono ad essa creando un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori.*

2. Formazione e Didattica

L'AOP rappresenta la sede primaria per la formazione specifica dell'UNIPD e garantisce lo svolgimento delle funzioni didattiche e formative previste dai percorsi formativi dei Corsi di laurea, Corsi Laurea Magistrale delle Professioni sanitarie e Corsi di Laurea a ciclo unico di Medicina e Corsi di specializzazione, attivati principalmente dalla Scuola di Medicina e Chirurgia, anche integrando e valorizzando il personale del SSN in possesso dei necessari requisiti di qualificazione scientifica e professionale. Supporta inoltre, la formazione delle figure professionali dell'UNIPD che nel proprio percorso formativo prevede l'acquisizione di competenze connesse all'attività assistenziale.

L'AOP promuove il proprio sistema di formazione continua del personale, anche in ottica di area vasta, per *garantire il mantenimento, l'adeguamento e lo sviluppo delle conoscenze professionali e culturali in grado di incidere sull'appropriatezza e la qualificazione degli interventi* in sintonia con il progresso tecnico-scientifico relativo agli ambiti specifici di ogni professionalità coinvolta nei diversi processi clinici ed assistenziali.

La Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Padova²⁷ nell'AA 2014/2015 coordina complessivamente 29 Corsi di Studio organizzati nel seguente modo:

²⁷ Fonte Dati dalla pagina <http://www.medicinachirurgia.unipd.it/scuola/presentazione>

- 18 Corsi di Laurea (comprendono 38 corsi repliche di ordinamento nelle varie sedi universitarie regionali), di cui 1 a rilevante valenza interdipartimentale (Infermieristica);
- 4 Corsi di Laurea magistrale a ciclo unico (comprendono 7 corsi repliche nelle varie sedi universitarie regionali) di cui 1 a rilevante valenza interdipartimentale (Medicina e Chirurgia);
- 7 Corsi di Laurea magistrale (Il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e il Corso di Laurea in Infermieristica si configurano come Corso di studio a rilevante valenza interdipartimentale).

3. Ricerca

In relazione all'attività di Ricerca e Innovazione, l'AOP promuove l'attivazione di processi di avanzamento diagnostico, terapeutico e tecnologico in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini che, per complessità, gravità e rarità, necessitano di soluzioni innovative collegate allo sviluppo dell'attività di ricerca anche in stretta collaborazione con l'Università e con altre strutture regionali, nazionali ed internazionali. Inoltre, assicura lo sviluppo delle attività di ricerca presso le proprie articolazioni organizzative anche attivando specifiche funzioni di promozione, coordinamento e monitoraggio e promuove l'innovazione gestionale attraverso lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi.

Svolge anche attività di ricerca clinica e gestionale, sia finalizzata che attivata, sulla base di specifici progetti finanziati sia tramite fondi vincolati pubblici e privati, assicurando equivalenti opportunità e modalità di partecipazione sia al personale universitario che a quello ospedaliero. Nell'attività di ricerca scientifica in ambito preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo ad indirizzi prevalentemente epidemiologico, clinico o biomedico orientati alla ricerca sono coinvolti anche i 23 Centri Regionali Specializzati attivi presso l'AOP e riconosciuti dalla normativa regionale.

PROGETTO Nuovo polo della salute di Padova

L'AOP ha sottoscritto in data 02.07.2013 l'accordo secondo l'ex art. 15 Legge n.241/90, ratificato con DGRV n. 1169 del 05.07.2013, tra Regione Veneto, Provincia di Padova, Comune di Padova, Università di Padova, Azienda Ospedaliera di Padova e Istituto Oncologico Veneto, per la realizzazione del Nuovo Polo della Salute di Padova.

In questo progetto, l'AOP è stata individuata come Stazione Appaltante al fine di predisporre il piano delle dismissioni delle strutture esistenti, di valutare la sostenibilità dei costi canone, la disponibilità e la durata e la verifica delle condizioni di fattibilità dell'iniziativa che sono attualmente in svolgimento.

5.2 I casi studio

L'indagine condotta presso le due Aziende ospedaliere ha ottenuto contributi interessanti. Di seguito vengono illustrati i contributi riferiti alle dimensioni individuate, presentate nel 3° capitolo e contenute anche nel Protocollo di intervista.

5.2.1 Obiettivi e programmazione dei servizi socio assistenziali

In relazione a questa prima dimensione, possiamo affermare che la Regione Veneto nell'ultimo PSSR (2012-2016) ha ridefinito i propri indirizzi strategici cogliendo le opportunità di cambiamento organizzativo per migliorare il proprio sistema sanitario, preservando le sue caratteristiche ed eccellenze già note.

Il PSSR Veneto ha utilizzato il concetto di rete quale approccio che consente di organizzare il proprio sistema utilizzando un modello organizzativo che mette in relazione funzionale, strutture di gestione ed erogazione di servizi e prestazioni socio sanitari con il supporto di una rete tecnologica avanzata e con la partecipazione collaborativa dei propri professionisti.

La ridefinizione delle linee programmatiche contenute nell'ultimo PSSR tengono conto dell'evoluzione dell'assetto istituzionale del nostro Paese, del nuovo scenario socio-economico nazionale e regionale, della storia e della specificità del SSSR Veneto nonché dei cambiamenti demografici ed

epidemiologici regionali. Ciò nel tentativo di cercare di mantenere o migliorare la qualità dei servizi erogati ai cittadini, assicurando nel contempo l'equilibrio finanziario della gestione in condizioni di efficienza e appropriatezza.

Le scelte strategiche regionali si declinano attraverso tre macro-*obiettivi*:

1. *la razionalizzazione della rete assistenziale ospedaliera mediante lo sviluppo del modello organizzativo Hub & Spoke*, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza sia definita in base alla similarità dei bisogni (complessità clinica e intensità di cura richiesta), equità allocativa e accessibilità ai servizi;
2. *il perfezionamento delle reti assistenziali sia orizzontali che verticali*, orientando il sistema verso un modello circolare dell'assistenza, garantendo continuità dei percorsi attraverso l'integrazione delle funzioni e delle competenze con una logica di rete e secondo il paradigma che attribuisce le acuzie all'Ospedale e la cronicità al Territorio;
3. *il potenziamento dell'assistenza territoriale*, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario e ridefinendo una filiera per l'assistenza extraospedaliera (assistenza primaria, cure domiciliari, assistenza residenziale e semiresidenziali e strutture di ricovero intermedie) per la gestione integrata della cronicità assicurando continuità assistenziale.

Macro-obiettivi delle Scelte Strategiche della Regione Veneto
1. <i>la razionalizzazione della rete assistenziale ospedaliera mediante lo sviluppo del modello organizzativo Hub & Spoke</i>
2. <i>il perfezionamento delle reti assistenziali sia orizzontali che verticali</i>
3. <i>il potenziamento dell'assistenza territoriale</i>

Figura 12. Macro Obiettivi delle scelte strategiche della Regione Veneto

La strategia di fondo di queste scelte è finalizzata a *mantenere e garantire l'erogazione dei LEA in modo uniforme, appropriato e responsabile su tutto il territorio regionale oltre a garantire la continuità assistenziale attraverso l'integrazione di funzioni e competenze delle reti assistenziali ospedaliera e territoriale coerenti con gli obiettivi del Patto della Salute al fine di perseguire la qualità dei servizi*. Queste scelte inoltre, prevedono interventi di riorganizzazione strutturale e funzionale che promuovono la correlazione tra responsabilità, risorse

disponibili ed azioni di miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

L'applicazione degli indirizzi strategici ha consentito, attraverso l'approvazione delle Schede di Dotazione Ospedaliere (SDO), di ridisegnare una nuova e più moderna rete sanitaria di strutture interconnesse, dove ogni cittadino può trovare, a seconda del proprio bisogno di salute, il livello adeguato di cure. La Regione inoltre, attraverso la riorganizzazione e la riconversione delle strutture inadeguate e/o dismesse della rete sanitaria, ha iniziato un percorso di qualificazione del proprio sistema adeguandolo secondo i dettati normativi ed i Patti della Salute agli standard nazionali.

Le scelte strategiche del PSSR vengono poi declinate a livello aziendale nei rispettivi Atti Aziendali e ogni Azienda USLL e Azienda Ospedaliera Veneta deve adottarlo nel rispetto delle Linee Guida Regionali e del quadro normativo regionale. (DGRV n. 2122 del 19 novembre 2013 "*Schede di Dotazione Ospedaliere*", DGRV n. 2525 del 23 dicembre 2014 "*Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto"*", DGRV 2718 29 dicembre 2014 "*Predisposizione del Bilancio preventivo economico annuale 2015*" e L.R. 14 settembre 1994 n. 55 "*Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle Aziende Ospedaliere in attuazione al D.L. 30 dicembre 1992, n.502 – Riordino della disciplina in materia sanitaria- così come modificato dal D.L. 7 dicembre 1993, n.517*").

L'atto aziendale è lo strumento strategico per la definizione dell'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie Venete e descrive il modello che l'Azienda intende realizzare nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e miglioramento continuo dell'assistenza. (DGR n. 2271 del 10 dicembre 2013, Allegato A). L'Atto Aziendale contiene, infatti, le norme di organizzazione e di funzionamento delle Aziende Sanitarie e in particolare definisce il modello organizzativo e le relative linee strategiche generali e il modello funzionale ossia gli aspetti dinamici della gestione aziendale. Inoltre, questo documento disciplina i livelli di competenza e

di responsabilità, le funzioni di produzione e di supporto, le funzioni di indirizzo strategico e di gestione operativa.

L'Atto Aziendale di entrambe le strutture (AOUI di Verona e dell'AOP di Padova) è stato *emanato con provvedimento del Direttore Generale Aziendale* dopo discussione e approvazione del Consiglio dei Sanitari, dei Direttori di Area Sanitaria e del Rettore Universitario di competenza. Il documento poi è stato approvato a livello regionale dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale con delibera regionale.

Gli *obiettivi aziendali*, intesi quali risultati concreti che le aziende devono raggiungere per realizzare la propria mission in un dato arco temporale, vengono *definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale e assegnati poi al Direttore Generale all'atto del conferimento dell'incarico dirigenziale*. Questi obiettivi, solitamente individuati dalla Direzione Strategica e negoziati secondo il proprio sistema di budgeting, tengono conto dell'organizzazione e dell'articolazione della "governance" delle Aziende Sanitarie e costituiscono risultati operativi da raggiungere mediante l'esercizio autonomo imprenditoriale.

Nell'indagine effettuata presso l'AOUI di Verona e l'AOP è stato possibile verificare l'individuazione degli obiettivi aziendali da raggiungere nel triennio di riferimento. Gli *obiettivi definiti rispettano le indicazioni normative e considerano l'ambiente esterno in cui operano, la situazione interna in termini di organizzazione e risorse disponibili nonché tutte le scelte strategiche adottate*. Le interviste condotte consentono di evidenziare gli obiettivi strategici definiti e descritti successivamente in modo integrato:

- **Modello organizzativo:** *L'obiettivo organizzativo per l'AOUI di Verona e l'AO di Padova è quello di sviluppare e consolidare l'organizzazione per intensità di cura, la continuità delle cure secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare, pratica clinica e professionale guidata dalle evidenze scientifiche e da criteri di appropriatezza economico-gestionale delle risorse utilizzate.*

Il Dipartimento rappresenta nelle loro aziende *la struttura fondamentale sovraordinata per l'organizzazione e la gestione, costituito da strutture*

organizzative semplici e complesse che per omogeneità, affinità e complementarietà scientifico-disciplinare hanno finalità comuni. L'organizzazione dipartimentale costituisce il modello organizzativo adottato dalle aziende coinvolte quale strumento abituale di gestione operativa. I Dipartimenti Assistenziali ad attività integrata (DAI) operano per tutta l'azienda garantendo la qualità delle prestazioni e assicurando l'esercizio delle funzioni assistenziali, garantiscono loro globalità e continuità di prestazioni ed integrano tale esercizio con le attività di ricerca, di formazione e didattica connesse a quelle assistenziali coordinando e interagendo con i servizi tecnici e amministrativi. Ogni Azienda Ospedaliera a sua volta, ha ritenuto di adeguare il numero e la tipologia di strutture dipartimentali in funzione delle caratteristiche aziendale, del bacino d'utenza di riferimento e degli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto. E' anche utile notare che tra i Dipartimenti ci sono strutture organizzative dipartimentali Strutturali e Funzionali di tipo Aziendale (di riferimento per l'azienda stessa) e Interaziendale (che aggrega strutture organizzative afferenti a più aziende ospedaliere).

- **Reti cliniche:** L'AOUI di Verona e l'AOP hanno l'obiettivo di *supportare le azioni di programmazione regionale o di coordinamento delle reti clinico-assistenziali di rilevanza strategica/prioritaria secondo gli indirizzi regionali.* Quest'obiettivo concorre ad uno dei macro-obiettivo regionale ovvero quello di razionalizzare le rete ospedaliera. Per le Aziende Ospedaliere le reti cliniche sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema sanitario nel quale operano, consentono l'assistenza integrata multidisciplinare in collaborazione con altre Aziende e Strutture Sanitarie attraverso la differenziazione dei contributi professionali dei propri operatori e garantiscono economia di scala e condivisione di costi in ricerca e sviluppo. Le reti cliniche danno maggior centralizzazione del paziente nel proprio percorso di cura, più equità di accesso ai servizi e a cure qualificate.

- **Informatizzazione:** Il SSSR Veneto sta completando il processo di informatizzazione iniziato quattro anni fa attraverso la costituzione di un Consorzio (Arsenal.it) - di cui l'AUOI di Verona e l'AOP fanno parte - formato dalle aziende sanitarie e ospedaliere della Regione Veneto. L'informatizzazione nelle Aziende Sanitarie del Veneto ha lo scopo di garantire un elevato livello di qualità dei servizi socio sanitari e di ottimizzare il governo clinico del sistema sanitario regionale, estendendo l'applicazione di pratiche efficienti ed appropriate che consentano la graduale riduzione della costosità generale del sistema sociosanitario regionale.

L'AUOI di Verona e l'AOP hanno l'obiettivo di *continuare ad implementare l'informatizzazione perseguendo il miglioramento dei processi sanitari e dell'assistenza offerta al cittadino in ottica di collaborazione interaziendale*. L'implementazione dell'ICT in queste aziende sanitarie riguarda *la Cartella Clinica Elettronica, l'Anagrafe Unico Regionale, le liste d'attesa per interventi chirurgici, il sistema del rischio clinico, il sistema informativo dell'area diagnostica di laboratorio, le firme digitali nella refertazione e nei documenti clinici, le prescrizioni specialistiche, i referti degli esami diagnostici e strumentali, visite specialistiche e dimissione con collegamento con le strutture sanitarie della rete territoriali*. In ambito tecnico-amministrativo l'informatizzazione riguarda *l'implementazione del portale per la consultazione del Dossier Sanitario Elettronico da parte del paziente oltre a diversi servizi di rete wifi aziendali per gli utenti del sistema sanitario*.

- **Rapporti con le aziende sanitarie:** Nel modello organizzativo regionale è anche importante la collaborazione dell'AUOI di Verona e l'AO di Padova con le altre Aziende USSL e Ospedaliere della propria provincia e di altre province, finalizzata a *sviluppare progetti collaborativi sulle modalità erogative dell'assistenza ospedaliera e territoriale, al miglioramento del processo assistenziale mediante l'utilizzo di percorsi clinici integrati tra*

Ospedale e Territorio e tra dipartimenti, alla condivisione dei protocolli di presa in carico e di trasferimento del paziente.

- ***Qualità assistenziale:*** Le AOUI di Verona e AO di Padova hanno i propri Sistemi Gestione Qualità su tutti i processi direzionali, di supporto tecnico e amministrativo e sui processi diagnostici e clinico – assistenziali. Al fine di promuovere e coordinare le attività assistenziali volte ad assicurare e il miglioramento continuo della qualità dei servizi aziendali ed assistenziali, entrambe le Aziende si prefiggono di continuare a “*mantenere elevati livelli di qualità assistenziale riducendo i costi e perseguire la soddisfazione dei reali bisogni dei singoli e delle comunità*”.
- ***Formazione e ricerca:*** L’AOUI di Verona e l’AO di Padova in virtù dell’integrazione realizzata con le rispettive Università e degli obiettivi specifici di entrambe le istituzioni, si prefiggono di “*qualificare le attività didattiche e di apprendimento al fine di accrescere il capitale umano e aggiornare le conoscenze e competenze degli operatori, attuare programmi di ricerca orientati alla tutela della salute e allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi assistenziali*”.

Obiettivi Strategici delle AOUI di Verona e AO Padova

1. ***Sviluppare e consolidare l’organizzazione per intensità di cura, la continuità delle cure secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare, pratica clinica e professionale guidata dalle evidenze scientifiche e da criteri di appropriatezza economico-gestionale delle risorse utilizzate.***
2. *Supportare le azioni di programmazione regionale o di coordinamento delle reti clinico-assistenziali di rilevanza strategica /prioritaria secondo gli indirizzi regionali il potenziamento dell’assistenza territoriale*
3. ***Continuare ad implementare l’informatizzazione perseguendo il miglioramento dei processi sanitari e dell’assistenza offerta al cittadino in ottica di collaborazione interaziendale.***
4. *Sviluppare progetti collaborativi sulle modalità erogative dell’assistenza ospedaliera e territoriale, al miglioramento del processo assistenziale mediante*

l'utilizzo di percorsi clinici integrati tra Ospedale e Territorio e tra dipartimenti, alla condivisione dei protocolli di presa in carico e di trasferimento del paziente;

5. *Mantenere elevati livelli di qualità assistenziale riducendo i costi e perseguire la soddisfazione dei reali bisogni dei singoli e delle comunità;*

6. *Qualificare le attività didattiche e di apprendimento al fine di accrescere il capitale umano e aggiornare le conoscenze e competenze degli operatori, attuare programmi di ricerca orientati alla tutela della salute e allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi assistenziali;*

Figura 13. Obiettivi strategici delle AOUI di Verona e AO Padova

Gli obiettivi strategici per essere attuati devono prima essere operazionalizzati affinché si possano individuare con chiarezza la loro articolazione, i rispettivi indicatori, i valori soglia, il peso obiettivo e le UUOO coinvolte.

Gli *strumenti operativi per l'attuazione degli obiettivi strategici* sono costituiti dalla *Gestione per Budget e dal Piano della Performance*. Il Documento delle Direttive (solamente utilizzato dall'AO di Padova) indica, in aderenza ai contenuti e agli obiettivi strategici del Piano triennale aziendale, *gli obiettivi operativi per l'anno di riferimento nonché linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione del budget*.

Gli obiettivi strategici aziendali vengono definiti nel *Piano Triennale Aziendale o Documento di Programmazione triennale* che contiene le linee strategiche. Gli obiettivi rappresentano la *declinazione delle indicazioni della Regione e vengono poi confermati nel Piano delle Performance del triennio successivo*.

Nelle aziende considerate in questa indagine, la definizione degli obiettivi operativi avviene utilizzando il processo di Budget e il ciclo della gestione della performance. Il processo di Budgeting si sviluppa con modalità differenti a seconda dell'AOUI considerata:

Nell'**AOUI di Verona**, *le politiche e le strategie sono definite dalla Direzione Aziendale all'interno della propria mission e recepiscono le linee di indirizzo regionali*. Tali strategie comprendono anche la definizione degli obiettivi strategici che vengono declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dipartimenti e relative Unità Operative afferenti, nel rispetto delle proprie peculiarità e

specificità. Il ciclo della Gestione della Performance è articolato nelle fasi del processo di Budget.

Ciclo della Gestione della Performance	
Fase	Descrizione
<i>Definizione ed assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi e degli indicatori.</i>	Il Servizio Controllo di Gestione predispone le schede di budget contenenti gli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto, unitamente a quelli strategici individuati dalla Direzione Aziendale. Le schede vengono illustrate ai Direttori di Dipartimento ed ai Direttori di Unità Operativa Complessa durante incontri di negoziazione che hanno come fine la condivisione delle azioni da intraprendere e l'eventuale accoglimento di proposte migliorative.
<i>Collegamento tra obiettivi ed allocazione delle risorse: la Regione Veneto fornisce le direttive al fine di orientare le aziende del Servizio Sanitario Regionale nella predisposizione del Bilancio Economico Preventivo annuale.</i>	La Regione Veneto fornisce le direttive al fine di orientare le aziende del Servizio Sanitario Regionale nella predisposizione del Bilancio Economico Preventivo annuale; tutte le Unità aziendali sono chiamate a tendere ad una costosità in linea con i costi standard stabiliti dalle direttive regionali.
<i>Monitoraggio in corso d'esercizio ed attivazioni di eventuali interventi correttivi.</i>	Il Servizio Controllo di Gestione predispone, e mette a disposizione della Direzione Aziendale e degli altri attori del processo di budget la reportistica finalizzata al monitoraggio, con cadenza trimestrale. Gli esiti dei monitoraggi vengono sintetizzati dal Servizio Controllo di Gestione e resi disponibili all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).
<i>Misurazione e valutazione annuale dei risultati: il sistema è rivolto a tutto il personale dipendente dell'AOU; la misurazione e la valutazione riguarda sia la performance individuale che quella organizzativa, che include tutti gli ambiti di misurazione dell'apporto reso all'azienda complessivamente intesa.</i>	Il sistema è rivolto a tutto il personale dipendente dell'AOU; la misurazione e la valutazione riguarda sia la performance individuale che quella organizzativa, che include tutti gli ambiti di misurazione dell'apporto reso all'azienda complessivamente intesa.

<i>all'azienda complessivamente intesa.</i>	
<i>Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito in coerenza con la normativa vigente.</i>	
<i>Rendicontazione dei risultati alle parti interessate: la relazione annuale sulla performance viene pubblicata sul sito aziendale.</i>	La relazione annuale sulla performance viene pubblicata sul sito aziendale.

Figura 14. Ciclo della Gestione della Performance

Gli obiettivi vengono poi *suddivisi per aree di riferimento all'interno del Quadrante di Budget* [Area Attività, Area Uso risorse, Area Qualità professionale, Area Qualità percepita] e questa suddivisione in macro aree interessa sia l'area tecnico-amministrativa che l'area sanitaria. Per quest'ultima in particolare, *l'Area Attività* comprende le tre linee di attività ovvero l'assistenza, la formazione e la ricerca; *l'Area Risorse* include tre sezioni strategiche: efficienza, uscite ed entrate; *l'Area Qualità* professionale contiene tre ambiti strategici: la riorganizzazione dei processi, la valutazione di esito ed i progetti e *l'Area Qualità percepita* è composta da due aree strategiche: i clienti esterni e i clienti interni.

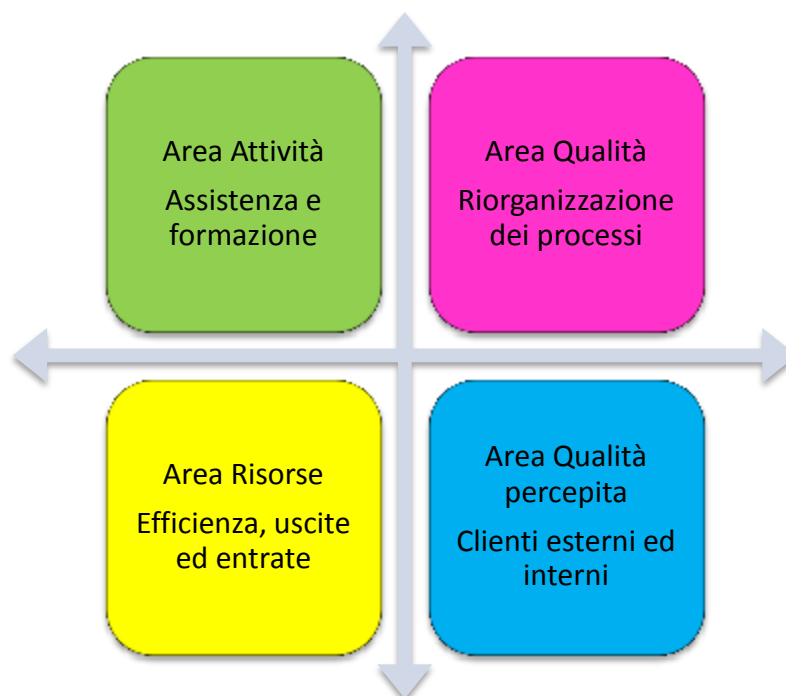


Figura 15. Quadrante di Budget AOUI Verona.

Fonte: Piano delle Performance 2015-2017.

Una volta che il processo di definizione degli obiettivi strategici aziendali è completato, si predispone la *Scheda di Budget* con la descrizione degli obiettivi ed articolati in obiettivi operativi e per ciascuno dei quali sono definite le azioni, i tempi, le risorse, le responsabilità, gli indicatori di misurazione ed i relativi valori soglia. Ultimata questa fase, la Direzione Aziendale condivide gli obiettivi con il Collegio di Direzione, il Consiglio dei Sanitari, con i Direttori Dipartimentali, i Coordinatori, i Sindacati e gli Organi di Controllo, predispone il piano e dopo l'approvazione con Delibera Aziendale vengono pubblicati sulla Intranet aziendale.

L'andamento della gestione degli obiettivi viene costantemente monitorato dal Servizio Controllo di Gestione, confrontato con gli obiettivi assegnati, sintetizzato attraverso un sistema di indicatori e divulgato per mezzo di report. I Servizi di Staff supportano la Direzione Aziendale nelle proprie funzioni strategiche, sviluppando e sostenendo particolari e specifiche esigenze di coordinamento durante tutto il processo di budgeting.

L'ultimo Piano delle Performance Aziendale approvato (Delibera n.40 del 31 gennaio 2014) evidenzia *le principali priorità aziendali*, individuate nel Documento di Programmazione 2012-2014 ed *integrate con gli obiettivi assegnati all'azienda dalla Regione Veneto* collegati anche all'ultimo Atto Aziendale 2014 (Delibera n.634 del 17 ottobre 2014). Queste priorità sono le seguenti:

- ✓ *Perseguire l'eccellenza per tutte le specializzazioni presenti in AOUI* per le attività di ambito regionale e sovra-regionale attraverso l'offerta di prestazioni di alto livello e per le attività di ambito locale, riguardanti le più diffuse patologie cronico-degenerative, attraverso la ricerca e la messa a punto di innovativi modelli organizzativo-assistenziali con l'integrazione con la rete provinciale dei servizi, mantenendo a livello aziendale la casistica più complessa.
- ✓ *Sviluppare l'organizzazione per intensità di cura:* attraverso il completamento della riorganizzazione in Unità Operative e Moduli di Attività e lo sviluppo di "Pacchetti di diagnosi e cura" espliciti e predefiniti quale strumento per garantire la qualità delle prestazioni

erogate e per favorire un'efficiente organizzazione delle attività attraverso una forte cooperazione e interdisciplinarietà tra professionisti sanitari e medici.

- ✓ *Riorganizzare le attività erogate nelle due sedi aziendali (Ospedale Civile Maggiore di Borgo Trento e Ospedale Policlinico G.Rossi di Borgo Roma) sviluppando ed implementando percorsi trasversali condivisi tra le UOC afferenti ai diversi Dipartimenti Assistenziali Integrati, riorganizzando per funzioni le Unità Operative specialistiche (Ortopedia, Urologia, ORL e oculistica, con ricoveri ordinari prevalentemente a Borgo Trento, ricoveri diurni e di Week a Borgo Roma) e consolidando la riorganizzazione del Dipartimento di Direzione Medica Ospedaliera e Farmacia;*
- ✓ *Sviluppare modalità assistenziali alternative al ricovero ordinario attraverso la costruzione della nuova Outpatient clinic nella quale rientreranno le attività ambulatoriali, il Day Service e Day Surgery;*
- ✓ *Migliorare l'area materno infantile con la costruzione del nuovo ospedale unico del bambino e della donna;*
- ✓ *Riorganizzare l'area geriatrica nella sede ospedaliera di Borgo Trento attraverso lo sviluppo della nuova sezione ad "alta intensità assistenziale" e della sezione "urgenze";*

Nell'**Azienda Ospedaliera di Padova** l'articolazione e la definizione degli obiettivi strategici pluriennali in obiettivi aziendali segue solitamente due percorsi: uno di tipo *top down* e uno di tipo *bottom up* (DDG n.349 del 18 marzo 2015).

Il percorso *top down* corrisponde all'assegnazione degli obiettivi regionali per le Aziende sanitarie secondo la DGRV n. 2525/2014 che definisce obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi sanitari e indica la metodologia di misurazione degli indicatori oltre a criteri di verifica degli adempimenti relativi agli obiettivi per l'anno corrente. Il percorso *bottom-up* sono gli obiettivi proposti dai Direttori di Dipartimento per la propria struttura organizzativa e che devono essere coerenti con la pianificazione aziendale e con gli obiettivi regionali e con gli obiettivi strategici aziendali. Gli obiettivi formulati da entrambi i processi

costituiscono un cruscotto aziendale di budget contenente la descrizione degli obiettivi, gli indicatori, il valore soglia da raggiungere per l'anno solare e il valore soglia di partenza (relativo all'anno precedente). Per gli obiettivi regionali vengono inseriti invece i codici regionali ed il relativo punteggio funzionale alla valutazione del raggiungimento dei risultati. Durante la fase di negoziazione del budget, gli obiettivi, gli indicatori e le soglie potrebbero essere soggetti a variazione.

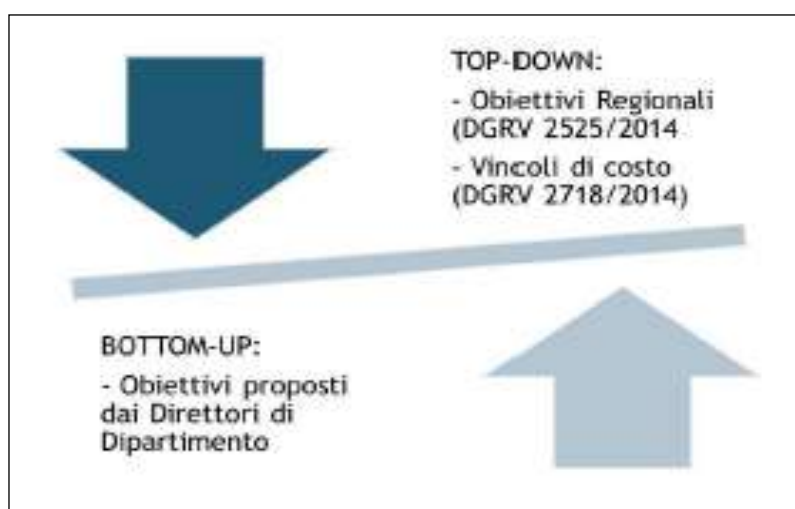


Figura 16. Percorso top-down della definizione degli obiettivi AOP.

Fonte Documento delle direttive 2015.

Il processo di budget: fasi e direzioni coinvolte

Consiste nell'assegnazione degli obiettivi e allocazione delle risorse ai Centri di Responsabilità (CdR), è un processo ciclico, di arco annuale che prevede le seguenti fasi: *assegnazione, monitoraggio e valutazione*. Durante l'intero processo, la Direzione Aziendale si avvale della collaborazione del Comitato di budget composto dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario, dalla Programmazione e Controllo di Gestione e dalla Direzione Medica Ospedaliera, dalla Farmacia Ospedaliera, dal Servizio per le professioni sanitarie, dalla Qualità, dall'UVTA, dalla Direzione Informatica, dall'Ufficio Prestazioni Sanitarie, e dalla Direzione Risorse Umane e Provveditorato. La Direzione Aziendale si avvale anche dai Referenti aziendali di obiettivo e dei Nuclei Dipartimentali di Budget per la declinazione degli obiettivi di budget ai relativi CdR e nel successivo monitoraggio. Per ogni obiettivo aziendale viene individuato un referente

aziendale che è responsabile del monitoraggio degli obiettivi, e nel caso sia depositario dei dati, fornisce trimestralmente lo stato di avanzamento del raggiungimento degli obiettivi per Centro di Responsabilità alla Programmazione e Controllo di Gestione. Quando si verificano scostamenti significativi si possono attivare i Nuclei Dipartimentali di Budget per attuare le azioni da porre in essere per raggiungere l'obiettivo nei tempi previsti.

Fase di Assegnazione

Gli obiettivi e le risorse assegnate ai CdR sono individuati nelle schede di budget progettate dalla Programmazione e Controllo di Gestione e condivise con la Direzione Aziendale. Prima dell'incontro di negoziazione con la Direzione Strategica, i Nuclei Dipartimentali di Budget definiscono gli obiettivi per i CdR afferenti ai Dipartimenti, individuano la soglia da raggiungere e propongono alla Direzione una pesatura dell'obiettivo. Durante gli incontri di negoziazione tra Direzione e CdR in cui la Direzione illustra e contestualizza gli obiettivi e i CdR possono presentare le proprie osservazioni. A conclusione di questo incontro, le schede vengono firmate e successivamente approvate con delibera aziendale. A seguito del percorso di assegnazione, ogni Direttore Dipartimentale deve programmare un incontro sul tema nel proprio Dipartimento.

Fase di Monitoraggio

Il monitoraggio delle risorse e delle attività permette di controllare periodicamente i risultati intermedi raggiunti con gli obiettivi, al fine di attivare le eventuali azioni correttive. Trimestralmente la Programmazione e Controllo di Gestione pubblica nel portale intranet il monitoraggio della scheda di budget. Nella fase di monitoraggio è molto importante il ruolo dei referenti aziendali di obiettivo, che trasmettono al Controllo di Gestione i monitoraggi degli obiettivi di competenza, suddivisi per CdR, unitamente alla segnalazione di eventuali criticità. Durante i monitoraggi trimestrali si attivano anche i Nuclei Dipartimentali di Budget, per analizzare l'andamento e intraprendere eventuali azioni correttive. I Direttori dei CdR devono dare evidenza dell'andamento degli obiettivi, anche tenendo incontri di monitoraggio con il personale e mettere in atto eventuali azioni correttive in caso di trend negativi. I dati degli obiettivi vengono diffusi con periodicità mensile.

Fase di Valutazione

Completata la fase di misurazione degli obiettivi e del loro grado di raggiungimento, con riferimento all'anno passato, la scheda di misurazione dei risultati viene trasmessa ai Direttori di CdR, i quali possono effettuare eventuali osservazioni per situazioni particolari verificatesi durante il periodo. La Direzione Aziendale presenta all'Organismo Indipendente di Valutazione, nominato dal Direttore Generale le schede di misurazione integrata dalle eventuali controdeduzioni al fine del processo di valutazione. L'Organismo Indipendente di Valutazione procede poi a valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi in riferimento agli indicatori individuati. La correlazione tra le schede di budget ed il sistema premiante è garantito dalla pesatura degli obiettivi il cui risultato incide sulla valutazione del Direttore di struttura e su ciascun dipendente afferente alla stessa. La performance individuale si misura in maniera differenziata a seconda che si tratti di dirigenti o non dirigenti mediante uno strumento di valutazione che raccoglie elementi di valorizzazione al fine di stabilire il contributo del singolo in un contesto generale. La metodologia e i criteri adottati dall'Azienda sono esplicitati nei contratti aziendali e rappresentati nel Piano delle Performance.

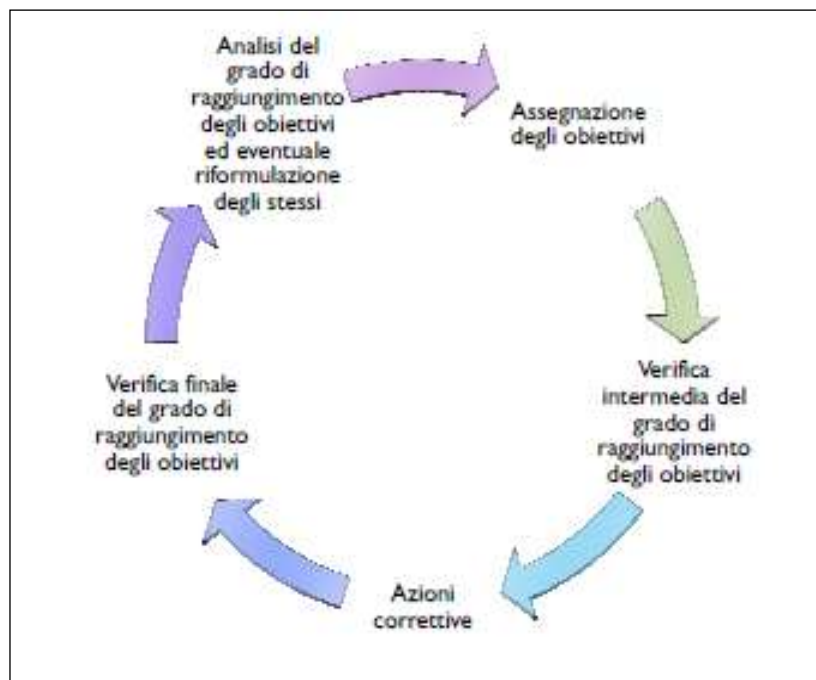


Figura 17. Fasi del Processo di budget.

L'AOP è un'azienda finanziata quasi esclusivamente per le attività svolte quindi risulta molto importante e necessario l'utilizzo ottimale delle risorse a disposizione. In questo momento l'Azienda si trova ad affrontare una serie di problematiche sia legate al proprio contesto che a problematiche organizzative interne quali la riduzione dell'attrazione dei pazienti provenienti da altre regioni, la riduzione dei ricoveri ospedalieri, l'assenza di condivisione di risorse comuni per aumentare l'efficienza gestionale dei processi di prenotazione, l'aumento degli spostamenti dei pazienti tra i diversi servizi diagnostici e assistenziali per i pazienti interni ed esterni, la diminuzione di accessibilità alla struttura per alcuni percorsi assistenziali e la centralizzazione dell'attività chirurgica. Queste problematiche hanno indotto l'Azienda a formulare nel Piano Triennale 2013-2015 e in modo specifico nel Documento delle Direttive per l'anno 2015 i seguenti obiettivi organizzativi risultanti dal processo di negoziazione di budget seguendo l'approccio top down e bottom-up:

- *Realizzare le reti cliniche previste nel PSSR e implementare quelle già in essere;*
- *Sviluppare rapporti con il territorio per la gestione delle liste d'attesa;*
- *Sviluppare rapporti con le Aziende sanitarie della provincia per condividere politiche dei ricoveri ospedalieri, della diagnostica e del farmaco.*
- *Adeguare l'organizzazione ospedaliera agli indirizzi regionali del PSSR 2012-2016;*
- *Identificare i percorsi di presa in carico dei pazienti secondo la complessità clinico-assistenziale in area medica;*
- *Sviluppare percorsi assistenziali per le alte specialità chirurgiche tali da soddisfare la potenziale domanda di specificità di hub;*
- *Sviluppare modelli organizzativi finalizzati all'utilizzo della capacità produttiva delle tecnologie coerenti con una domanda appropriata;*
- *Sviluppare la funzione HUB per l'area chirurgica attuando percorsi e modelli organizzativi per le alte specialità chirurgiche, per la chirurgia*

ambulatoriale, il day surgery e week surgery, per la chirurgia d'elezione e la chirurgia d'urgenza;

- *Migliorare l'efficienza organizzativa delle sale operatorie con revisione delle regole e delle responsabilità per l'organizzazione e il funzionamento;*
- *Centralizzare l'attività ambulatoriale e di DH su base dipartimentale sviluppare le attività di supporto delle specialità hub;*
- *Migliorare ulteriormente i percorsi assistenziali di presa in carico del PS;*
- *Identificare i percorsi di presa in carico dei pazienti secondo complessità clinico-assistenziale in area chirurgica e medica;*
- *Riorganizzare e migliorare l'efficienza dei servizi di trasporto interni sia dei pazienti che dei campioni biologici;*
- *Riorganizzare l'area tecnico-amministrativa e di staff;*
- *Effettuare interventi strutturali per il miglioramento funzionale della sicurezza dei pazienti e degli operatori;*
- *Migliorare l'accessibilità ai servizi in termini di segnaletica e di logistica;*

Come si può notare in entrambe le Aziende sanitarie Hub, il processo di budget è un processo formale con cui periodicamente i diversi organi aziendali raggiungono un accordo sull'impiego e l'allocazione delle risorse disponibili, definiscono gli obiettivi e i risultati, al fine di valutare le prestazioni di ogni struttura organizzativa e di migliorare il processo decisionale e le performance delle prestazioni. La definizione del budget responsabilizza i manager che stabiliscono gli obiettivi di un piano strategico talvolta di lungo periodo. Il budget rappresenta per i Direttori di Dipartimento una mappa di obiettivi operativi e mezzi necessari per raggiungerli con relativi valori parametrici che consentono di valutare il livello di performance conseguito dalle strutture organizzative. Il processo di budgeting permette di creare un canale di comunicazione tra Direzione Aziendale e Dipartimenti e di responsabilizzare e motivare il management sui risultati attraverso l'incentivazione del personale.

Il sistema di Programmazione e Controllo delle Aziende Sanitarie, comprende la formulazione dei piani e dei programmi aziendali è collocata all'interno di un'attività progettuale pluriennale, la formulazione del budget, lo svolgimento delle attività e di misurazione e la fase di reporting e valutazione.

Nelle Aziende Sanitarie considerate, i processi di budget si svolgono in maniera quasi sovrapponibile. L'approccio utilizzato nel processo di definizione degli obiettivi è differente. Nell'AO di Padova si osserva un duplice approccio (top-down e bottom-up) e ciò consente di coniugare lo stile decisionale autorevole della Direzione Aziendale con lo stile partecipativo dove i CdR formulano proprie proposte offrendo maggior spazio di riconoscimento delle proprie individualità del Dipartimento. Nell'AOU di Verona sembrerebbe prevalere uno stile con minore partecipazione del management dipartimentale.

Per entrambe le Aziende, la definizione delle linee strategiche da perseguire secondo le indicazioni regionali costituiscono il piano d'azione del management per la gestione delle operazioni e delle attività di business. La definizione degli obiettivi da raggiungere invece costituisce inoltre un efficace strumento per spingere le Aziende a realizzare il proprio potenziale e ottenere i migliori risultati possibili, motivando i membri dell'organizzazione a raggiungere il target di performance prefissato. La necessità delle Aziende Sanitarie di rivedere e adattare gli obiettivi ai cambiamenti sia esterni che interni, permette di adattare la propria organizzazione alla complessità e al cambiamento di contesto di riferimento.

5.2.2 Strutture, organizzazione a reti e meccanismi di integrazione

Questa dimensione considera le strutture fisiche, le caratteristiche, la configurazione organizzativa ed i suoi meccanismi di coordinamento e integrazione di una determinata rete assistenziale. La razionalizzazione della rete ospedaliera del SSSR Veneto ha coinvolto inevitabilmente le Aziende Ospedaliere di Verona e Padova quali *centri di riferimento Hub su base provinciale con garanzia di risposta per le alte specialità e di supporto agli ospedali spoke al fine di garantire la continuità delle cure e della completa presa in carico dei pazienti.*

Le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona hanno in breve tempo ridefinito il proprio assetto organizzativo razionalizzando le proprie strutture dipartimentali

e l'organizzazione reticolare degli stessi e implementando nuovi meccanismi di coordinamento e di integrazione. Infatti, queste aziende ospedaliere, come previsto dall'art. 17 bis del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche e dal "Protocollo d'intesa tra la Regione Veneto e le Università degli Studi di Padova e Verona e le Aziende Ospedaliere" sottoscritto nel 2006, hanno adottato, anche se con tempi e modalità diverse, il "*modello organizzativo dipartimentale*" quale "*modello ordinario di gestione operativa delle attività espletate nei sistemi organizzativi complessi*" quali le aziende sanitarie (AOP DDG n.155 del 13/02/2014; AOUI di Verona, DDG n.365, Atto Aziendale 2010).

L'organizzazione dipartimentale ha lo scopo di *razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane, materiali e tecnologiche, di ottimizzare quantitativamente e qualitativamente l'assistenza sanitaria, di integrare l'attività di professionisti operanti in settori diversi e culture specializzate, di assicurare al paziente un iter diagnostico-terapeutico garantito da un controllo sistematico della qualità assistenziale integrando le funzioni di formazione e ricerca e interagendo con i servizi tecnici e amministrativi*".

Il Dipartimento Assistenziale Integrato o Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) si configura come *struttura di coordinamento aziendale, sovraordinata rispetto all'unità operativa rispetto agli aspetti gestionali, che aggrega più Unità Operative Complesse (UOC) e/o Unità Operative Semplici (UOS) a valenza dipartimentale individuate coerentemente con gli obiettivi assistenziali, didattici e di ricerca propri dei settori scientifico-disciplinari presenti*.

Il DAI *promuove obiettivi di efficacia nell'utilizzo delle risorse eque ed integrate, di efficienza e di appropriatezza dell'intervento sanitario, di valorizzazione e responsabilizzazione degli operatori attraverso la interdisciplinarietà e multi professionalità*.

Questa modalità organizzativa rappresenta per le Aziende Sanitarie non solo un modello formale e conforme alla normativa nazionale e regionale ma rappresenta anche il *risultato di una precisa scelta progettuale nonché una struttura organizzativa che consente un approccio per processi e prevede una governance intermedia tra il management e gli operatori e gli utenti in grado di garantire risposte rapide ed efficaci ai problemi*. Il modello risulta *appropriato se*

si considerano il proprio contesto di riferimento, gli obiettivi regionali e gli obiettivi dichiarati nei propri Atti Aziendali ed in grado di rispondere alle necessità di integrazione funzionale, organizzativa ed assistenziale le molteplici specializzazioni cliniche presenti assicurando risposte assistenziali globali ai pazienti complessi.

Il Direttore Generale, nel rispetto della normativa vigente, istituisce i Dipartimenti individuando le UOC e UOS con relativa afferenza e coerenza nel rispetto degli obiettivi di programmazione regionale e aziendale, tenendo conto le funzioni e la complessità delle attività effettivamente svolte dalle strutture stesse.

L'assetto strutturale organizzativo attuale prevede Dipartimenti strutturali, funzionali e interaziendali il cui funzionamento, ivi compresa la composizione e le funzioni degli organi dipartimentali (il Direttore, il Consiglio o Comitato di Dipartimento, il Responsabile Assistenziale, il Coordinatore Amministrativo) è formalizzato in appositi regolamenti interni. Il modello di DAI costituisce una forma di sperimentazione gestionale finalizzata a soddisfare il principio dell'inscindibilità delle attività di assistenza, didattica e ricerca secondo quanto previsto nel PSSR 2012-2016.

Le risorse che utilizzano i DAI per il raggiungimento dei suoi obiettivi *sono risorse proprie delle Unità Operative e risorse umane e materiali in uso comune assegnate dal Direttore Generale per il funzionamento del dipartimento* (personale amministrativo, tecnico e professionale, spazi operativi, tecnologia in uso a più di una UO, e risorse economiche). Le tipologie e le caratteristiche dei dipartimenti in ogni struttura sanitaria e secondo gli ultimi Atti Aziendali sono descritte successivamente:

- **Dipartimento Strutturale:** In coerenza con quanto stabilito a livello aziendale (AOP, DGR n. 2271/2013), il dipartimento è *una struttura organizzativa costituita dall'aggregazione di almeno tre UOC omogenee sotto il profilo dell'attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate al fine di assicurarne la gestione unitaria e favorire, attraverso l'integrazione delle competenze, la ricerca di efficacia e di efficienza in un'ottica di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse*

complessivamente assegnate. Eccezioni al numero minimo di UOC sono ammesse solo da specifici atti e provvedimenti regionali.

- Dipartimento Funzionale:** Questa struttura *aggrega UOC e UOSD che, anche se appartenenti a dipartimenti strutturali diversi, concorrono alla realizzazione di specifici obiettivi aziendali strategici e trasversali. La durata del Dipartimento funzionale è correlata ad un progetto che individua obiettivi da raggiungere in un tempo definito.* Specificamente, in ambito sanitario hanno quale principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale, la presa in carico del paziente e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare.
- Dipartimento Interaziendale:** Il Dipartimento Interaziendale, istituito sulla base di specifici accordi intervenuti con altre Aziende o Enti del SSSR, *è un dipartimento funzionale che aggrega UOC e UOSD appartenenti a diverse Aziende/Enti del SSSR ed è finalizzato al raggiungimento di specifici obiettivi in un tempo definito.* L'attivazione di Dipartimenti Interaziendali funzionali è subordinata all'autorizzazione della Giunta Regionale fatta eccezione per i Dipartimenti previsti dalla normativa regionale vigente.

AOUI Verona	AOUI Padova
Dipartimento strutturale	Dipartimento strutturale
- Aziendale - Interaziendale previsti dalla normativa regionale	- Aziendale - Interaziendale previsto dalla normativa regionale
Dipartimento Funzionale	Dipartimento Funzionale
- Aziendale - Interaziendale previsti dalla normativa regionale e concordato con le Aziende Sanitarie della Provincia di Verona	- Aziendale - Interaziendale previsto dalla normativa regionale e concordato con le Aziende Sanitarie della Provincia di Padova.

L'attuale organizzazione dipartimentale dell'AOUI di Verona e dell'AOP sono descritte nelle tabelle riassuntive successivamente.

AOUI Verona Dipartimenti Strutturali Aziendali	AOUI Padova Dipartimenti Strutturali Aziendali
Medicina Generale	Medicina
Chirurgia e Odontoiatria	Chirurgia
Materno Infantile	Salute della Donna e del Bambino;
Chirurgia e Oncologia	Medicina di Laboratorio;
Patologia e Diagnostica	Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica;
Cardiovascolare e Toracico	Cardio-Toraco-Vascolare
Neuroscienze	Neuroscienze e organi di senso
Emergenza e Terapie Intensive	Emergenza e Urgenza
	Medicina Legale, del Lavoro, Tossicologia e Sanità Pubblica;

AOUI Verona Dipartimenti Strutturali Interaziendali	AOUI Padova Dipartimenti Strutturali Interaziendali
Medicina Trasfusionale	Medicina Trasfusionale
Salute Mentale	Salute Mentale

AOUI Verona Dipartimenti Funzionali Aziendali	AOUI Padova Dipartimenti Funzionali Aziendali
	Rapporti con il territorio
	Coordinamento del supporto organizzativo e tecnologico alla ricerca biomedica
	Prevenzione e terapie delle patologie infettive

AOUI Verona Dipartimenti Funzionali Interaziendale	AOUI Padova Dipartimenti Funzionali Interaziendale
Polo Oncologico di Riferimento Comprehensive Cancer Network (CCN)	Politiche del Farmaco
Centro di Cura e Ricerca dell'invecchiamento in salute	Anatomia Patologica

Neurosurgery Center	Rapporti con il territorio
Istituto di chirurgia ricostruttiva cranio maxillo-facciale e odontoiatria	Riabilitazione Ospedale e Territorio
	Oncologico
	Medicina di Laboratorio
	Medicina Legale e del Lavoro – Tossicologia e Sanità Pubblica

Figura 18. Organizzazione dipartimentale

Le **Unità Operative (UO)** sono *strutture organizzative che aggregano al loro interno risorse umane (sanitario, tecnico, professionale e/o amministrativo), strutturali e tecnologiche complessivamente orientate a perseguire gli obiettivi assegnati dalla Direzione Generale secondo i criteri dell'efficienza e dell'efficacia organizzativa.*

Le UO si possono distinguere in **UO Complesse (UOC)** e **UO Semplici a valenza dipartimentale (UOSD)**. Queste UUOO sono *dotate di propria autonomia operativa gestionale e di responsabilità, devono trovare fondamento nelle indicazioni della programmazione regionale, nella funzionalità delle prestazioni e nelle esigenze della didattica e della ricerca*". Esse possono essere aggregate secondo la rilevanza strategica rispetto agli obiettivi prefissati, la complessità delle relazioni organizzative con altre UUOO, il livello quantitativo e qualitativo del servizio erogato e dal livello di autonomia e responsabilità. Esse costituiscono l'articolazione principale del dipartimento e garantiscono specifiche funzioni, di amministrazione, di programmazione o di produzione di prestazioni o servizi sanitari. Le **UO semplici (UOS)** sono articolazioni interne alla UOC, non dotate di responsabilità di budget alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, strutturali, tecniche e finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate.

I **Moduli di Attività (MdA)**, sono costituiti da *gruppi di operatori delle professioni sanitarie che operano in ambienti di lavoro o spazi fisici definiti, con il compito di garantire le attività di assistenza ai pazienti di diverso grado di instabilità clinica e di complessità assistenziale.* Il principio ispiratore di questa

modalità organizzativa diventa quindi la similarità dei bisogni espressi e dell'intensità di cure richieste piuttosto che la contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica.

Questa modalità organizzativa è stata attivata presso l'AOUI di Verona, nel Presidio Ospedaliero di Borgo Trento con l'avvio del nuovo Polo chirurgico secondo i criteri dell'organizzazione dipartimentale per intensità di cure. Questo modello si basa sui cosiddetti "letti funzionali" in cui il paziente è assistito in funzione della tipologia di cure necessarie (intensità). L'obiettivo di tale riorganizzazione (avvenuta già in molte altre strutture italiane) è quello di *"migliorare il confort del paziente, definire i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), accrescere la specializzazione delle prestazioni erogate garantendo efficacia, tempestività e sicurezza, ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane e fisiche, individuare nuovi ruoli professionali che garantiscano di un adeguato svolgimento del piano di cura"* (Documento di programmazione, 2010-2011). Per favorire la collaborazione multidisciplinare e lo sviluppo di PDTA l'ospedale viene articolato in una "aree omogenee" (aree intensive e semi-intensive, aree mediche – chirurgiche acute, aree materno infantile, aree con degenza a ciclo diurno -chirurgiche e mediche "outpatient clinic"-, aree ambulatoriali e degenze post acuzie) organizzate in base alla tipologie delle cure prestate.

Questa articolazione organizzativa delle attività ospedaliere in aree differenziate consente di superare l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica. In questo modello, ogni UO può operare ordinariamente su più moduli di attività e, per converso, un Modulo di Attività può assistere pazienti di più UO. Questo approccio ha richiesto l'introduzione di nuove figure di coordinamento: *il tutor clinico ed un tutor assistenziale* che garantiscono sia la cura e la corretta informazione al malato ed ai suoi familiari e la gestione dei rapporti con il medico curante e con le strutture territoriali che la valutazione dei bisogni assistenziali, l'erogazione ed il relativo collegamento a livello assistenziale con il territorio mediante i percorsi personalizzato ed integrato.

Questo nuovo modello organizzativo è rispondente all'esigenza di incremento della complessità assistenziale diversificata mediante risorse e competenze

qualificati per i vari setting assistenziali. Inoltre, ha permesso di recuperare una maggiore efficienza produttiva delle attività ospedaliere e più continuità assistenziale sia all'interno delle aree assistenziali che tra ospedale e territorio.

ALTRI MODELLI ORGANIZZATIVO-ASSISTENZIALI

Il modello organizzativo dipartimentale attuato dall'AOUI di Verona è stato inoltre integrato con altri due modelli assistenziali alternativi al ricovero ordinario, attraverso la costruzione della nuova Outpatient clinic (medicina e chirurgia) nella quale rientreranno le attività ambulatoriali, il *Day Service* e *Day Surgery* per alcune specialità mediche-chirurgiche o per alcune tipologie di prestazioni. Questi modelli introdotti, come richiesto dalla Regione Veneto e secondo le nuove Schede di dotazione Ospedaliere, hanno consentito all'azienda di erogare assistenza con maggiore appropriatezza oltre ad offrire ai propri utenti una maggiore accessibilità ai servizi dedicati a prestazioni complesse sia di tipo diagnostico che di tipo terapeutico. Inoltre, l'AOUI di Verona nell'adottare l'organizzazione dipartimentale ha sviluppato *l'organizzazione per intensità di cura* attraverso il completamento della riorganizzazione in UO e MDA e implementato i “*Pacchetti di diagnosi e Cura*” quale *strumento per garantire la qualità delle prestazioni erogate e per favorire un'efficiente organizzazione delle attività*.

- **DAY SERVICE:** E' un modello organizzativo che consente di erogare prestazioni ambulatoriali integrate e complesse previste da uno specifico percorso diagnostico terapeutico centrato sul problema clinico del paziente. Nell'ultimo PSSR Veneto che prevede come obiettivo strategico il Day Service per l'erogazione di attività ambulatoriali terapeutiche complesse che richiedono un tempo assistenziale non superiore a 12 ore.

Questo modello ha *razionalizzato l'assistenza ospedaliera*, richiede un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo da parte della struttura sanitaria ma permette di *ridurre il tasso di ospedalizzazione al fine di diminuire il numero dei ricoveri inappropriati in regime diurno*, mantenendo un impianto

organizzativo che faciliti il percorso del paziente con minore aggravio burocratico alle strutture sanitarie ospedaliere.

- **WEEK HOSPITAL:** E' un modello organizzativo per aree ad intensità di cura omogenea e si articola nei 5 giorni feriali della settimana consentendo di considerare le esigenze del paziente e al tempo stesso di ottimizzare le risorse. E' una *forma organizzativa che si inserisce tra ricovero ordinario e day hospital* che permette di *riorganizzare gli spazi e le attività ospedaliere creando aree omogenee*. Questo modello si applica in aree chirurgiche, oncologiche ed altre specialità che possono effettuare ricoveri programmabili.

In questo cambiamento organizzativo l'AOUI di Verona ha riorganizzato le attività erogate nelle due sedi aziendali (Borgo Trento e Borgo Roma) sviluppando e implementato percorsi trasversali condivisi tra le Unità Operative afferenti ai diversi DAI ed attivata la riorganizzazione per funzioni delle UO di Ortopedia, Urologia, ORL e Oculistica mediante ricoveri ordinari prevalentemente a Borgo Trento, ricoveri diurni e di Week-Hospital a Borgo Roma. Queste modalità organizzative, peraltro già sperimentate ed introdotte in altre strutture sanitarie della regione, hanno permesso di ottimizzare l'utilizzo delle risorse attraverso una ridistribuzione delle stesse (quando si verifica la chiusura o variazione delle attività), di organizzare le risorse in funzione delle necessità dei pazienti, di garantire posti letto per terapie brevi con riduzione delle liste d'attesa, di ottimizzare le risorse umane in funzione dei bisogni dei pazienti e di evitare ricoveri lunghi inappropriati con recupero dell'efficienza nell'utilizzo dei letti complessivi.

VINCOLI-OPPORTUNITA'

L'applicazione di queste nuove modalità organizzative ha consentito al management di capire quali sono stati *i vincoli e le opportunità per le aziende, per gli operatori e per i pazienti*. Il nuovo modello, nonostante sia stato introdotto da poco tempo, sembrerebbe più rispondente alle attuali necessità aziendali in quanto c'è una minore dispersione spaziale con una logistica organizzativa

semplice, un utilizzo maggiormente appropriato di risorse umane e tecnologiche e migliore competenze e maggiore responsabilizzazione dei medici e gli infermieri con nuovi ruoli di coordinamento. Per il *paziente* invece si evidenziano minori tempi di attesa, una risposta sanitaria più appropriata per il livello di complessità considerando il paziente nella sua interezza con approcci integrati e multidisciplinari oltre ad una presa in carico continuativa. Gli *operatori* hanno una maggiore responsabilizzazione, in particolare medici ed infermieri, con maggiore possibilità di sviluppo di competenze specialistiche oltre ad una maggiore integrazione all'interno dell'equipe assistenziale.

A fronte delle innegabili opportunità, vanno considerate le possibili *criticità* come l'elevata variabilità e turnover degli interlocutori dei pazienti, in particolare medici ed infermieri, maggiore difficoltà nella comunicazione, una minore chiarezza delle responsabilità di tutta l'erogazione del processo di cura, impossibilità a vedere l'intero processo assistenziale dall'inizio alla fine e soprattutto la mancanza di punti di riferimento per il paziente ed i suoi famigliari.

MECCANISMI DI INTEGRAZIONE NEL MODELLO HUB SPOKE

Il SSSR Veneto nel suo ultimo Piano sanitario ha messo molto in evidenza l'integrazione tra strutture ospedaliere e strutture territoriali. La gestione integrata del paziente richiede *l'implementazione di modelli organizzativi sia a livello gestionale che professionale finalizzati a garantire la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse*. La continuità assistenziale può essere assicurata con meccanismi di integrazione tra strutture sanitarie e servizi assistenziali collocati in diversi livelli della rete sanitaria ospedaliera e territoriale. L'integrazione assicura disponibilità di competenze e di tecnologia, efficienza nell'utilizzo delle risorse oltre ad avere un impatto favorevole sull'utilizzo dei servizi, sui costi, sulla qualità delle cure, sulla soddisfazione e sugli effetti sulla salute.

La Regione Veneto, nel riorganizzare il proprio sistema sanitario con il modello organizzativo Hub & Spoke, ha potenziato anche diversi meccanismi di integrazione e di coordinamento tra strutture sanitarie della rete ospedaliera e territoriale con diverso grado di coinvolgimento. Questi meccanismi di

integrazione sono molto evidenti e sono sostanzialmente di tipo verticali e di tipo orizzontale. *L'integrazione verticale* mediante le **Reti Cliniche** coinvolge le Aziende Sanitarie e/o strutture del sistema sanitario Veneto collocati su livelli differenti nella rete assistenziale mentre *l'integrazione orizzontale* avviene tra strutture e/o professionisti posti sullo stesso livello gerarchico utilizzando strumenti e/o modelli come i **PDTA, i gruppi multidisciplinari, gli strumenti di scambio informativo ed i modelli di ammissione e dimissione protetta**. Questi meccanismi di integrazione sono a sua volta integrati con attività di coordinamento, di coordinamento e di collaborazione dei diversi nodi del sistema reticolare.

LE RETI CLINICHE

Nel PSSR del Veneto le *Reti Cliniche* integrate sono funzionali al *miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema sanitario* con conseguente accelerazione del processo di accentramento delle attività assistenziali di elevata complessità favorendo la creazione e la sostenibilità delle reti stesse. Le reti cliniche consentono di *razionalizzare il sistema di offerta di assistenza integrata multidisciplinare garantendo maggiore equità di accesso a cure sanitarie sicure e valide, di avere una maggiore centralizzazione del paziente nel proprio percorso di cura, di realizzare economia di scala e gestionale attraverso un minor dispendio di risorse e ottimizzando le relazioni funzionali e organizzative* tra le varie strutture sanitarie.

Nella razionalizzazione della rete ospedaliera, la Regione del Veneto ha considerato strategico *la definizione, lo sviluppo e il consolidamento delle reti cliniche attive* al fine di adeguare l'erogazione di prestazioni qualificate in coerenza con la domanda di salute.

Nella tabella successiva si evidenziano tutte le reti cliniche regionali definite e organizzate secondo la propria normativa regionale.

Rete Cliniche – Regione Veneto	
Oncologica DGR 4120/06	Cure Palliative Pediatriche DGR 3577/10
Trapianti LR 29/06/12 n.23. Allegato A, Pag.69	Emergenza – Urgenza (DGR n.2122, Allegato A 19/11/13)

Neonato critico e bambino in emergenza	Alzheimer
urgenza DGR n. 3318 del 3.11.2009	
Ictus	Infarto
DGR 4198, 30/12/2008 – DGR 125 2009 - LR 29/06/12 n.23. Allegato A, Pag.67	DGR n.4550, 28/12/2007 - LR 29/06/12 n.23. Allegato A, Pag.67
Attività Trasfusionali	Malattie rare
LR 29/06/12 n.23. Allegato A, Pag.67	LR 29/06/12 n.23. Allegato A, Pag.72-73
Terapia del Dolore	Diabete Mellito
L. n.38/2010,	L.R. n.24/2011

Figura 19. Reti cliniche

L'AOUI di Verona e l'AOP partecipano attivamente nella programmazione delle reti cliniche regionali e collaborano con la Regione contribuendo con le proprie competenze specialistiche con diversi ruoli e/o responsabilità.

- **Rete Oncologica Veneta (ROV)** (DGR n. 2067 del 19 novembre 2013), il modello indicato nel PSSR, in linea a quanto proposto nel Piano Oncologico Nazionale, è quello di un network assistenziale sul modello delle reti Hub & Spoke, riconoscendo all'Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS il ruolo di centro Hub per il coordinamento, in stretta sintonia con i Poli Oncologici delle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona (centri Spoke) per le Aziende ULSS del territorio, delle attività di alta specializzazione ed eccellenza. Entrambe le Aziende Ospedaliere garantiscono Dipartimenti Oncologici Funzionali interaziendale e trans murale e unità cliniche multidisciplinari assicurando assistenza e continuità assistenziale.

Nell'ambito di questa rete clinica, l'**AOUI di Verona** dispone di un *Polo oncologico di riferimento* rappresentato dal *Comprehensive Cancer Center (CCC)*, il Centro del Pancreas e il Centro Malattie Epto-biliari. Questi tre centri costituiscono il *Comprehensive Cancer Network (CCN)* a valenza territoriale ed integrato con la Rete Oncologica regionale. Il CCN è una *rete di interazione tra tutte le strutture mediche e chirurgiche*

interfacciati con il sistema di cure primarie (cure palliative, Assistenza Domiciliare Integrata, medici di Medicina Generale) che svolgono attività in ambito oncologico presenti in un territorio ampio.

L'AOUI di Verona ha istituito recentemente sempre in ambito oncologico le **Breast Unit**, che sono *unità interdisciplinari specialistiche finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi ed al trattamento medico e chirurgico della patologia senologica*, secondo un modello che rappresenta l'approccio assistenziale più appropriato a tale patologia. L'attività assistenziale multidisciplinare svolta di questa UO è stata recentemente potenziata con l'istituzione di una UOSD di chirurgia senologica, punto di riferimento per altre strutture sanitarie della provincia e regionale a garanzia della continuità assistenziale.

Tutte le altre Aziende – ULSS partecipano alla rete clinica mediante l'attivazione di un Dipartimento Funzionale di Oncologia Clinica (DOC) che costituisce il primo nodo della rete clinica oncologica. Ad esso afferiscono tutte le strutture e servizi coinvolti nel processo di cura, assistenza e riabilitazione, servizi di prevenzione primaria e secondaria e Medici di Medicina Generale e Nuclei di Cure Palliative/Hospice Territoriali.

Questa rete clinica integra tutte le professionalità, gli strumenti e le competenze specialistiche, assicura omogeneità territoriale delle cure ed elevati standard qualitativo, pressa in carico globale, multidisciplinare e multidimensionale del paziente e continuità assistenziale tra strutture ospedaliere e territoriali.

- **Rete Oncologica pediatrica:** Questa rete dispone il modello di riferimento a cui il progetto si ispira, è quello di un *network assistenziale riconducibile alle reti hub & spoke*. Questa rete è inserita a sua volta, all'interno della rete Oncologica Veneta

L'AOP è il centro di riferimento questa rete oncologica territoriale. Ha *funzioni di Hub regionale* per il coordinamento delle attività di alta specializzazione ed eccellenza in stretta sintonia con le altre Aziende

Ospedaliere che hanno funzione di Spoke. L'obiettivo della rete e della struttura sanitaria è quello di implementare i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali basate su evidenze scientifiche oltre a collaborare con altre strutture di riferimento nazionali e internazionali. Fornisce supporto organizzativo alle attività svolte a livello regionale e costituisce un osservatorio delle “performances” terapeutiche ottenute dalla rete regionale anche in raffronto all'ambito nazionale e internazionale.

L'AOU di Verona costituisce il Centro Spoke di questa rete clinica e dispone come per l'AOP di una Unità Operativa di oncologia pediatrica di II livello che garantisce attività assistenziale integrata con altre UUOO con specifiche competenze in ambito pediatrico. Provvede inoltre, al coordinamento delle reti assistenziali coinvolgendo gli altri nodi della rete, compresi i servizi territoriali.

- ***Rete clinica dei trapianti:*** La rete regionale dei trapianti rappresenta un'eccellenza del SSSR Veneto, grazie *all'attività di un network*, attivo 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, formato dai professionisti dei quattro ospedali sede di trapianto (di cui Padova e Verona) e di tutte le rianimazioni sedi di prelievo. La Regione conferma l'attuale assetto della rete trapiantologica regionale e stabilisce a livello di programmazione regionale i seguenti obiettivi strategici:
 1. *rafforzamento della struttura operativa del Coordinamento Regionale per i Trapianti* per consentire, nell'ambito della razionalizzazione delle risorse, di integrare parte delle funzioni attualmente attribuite al Centro Interregionale di Riferimento e compensate dalla Regione;
 2. *la progressiva strutturazione formale e sostanziale dei servizi di supporto* necessari all'attività trapiantologica al fine di assicurare, senza interruzione, la copertura nell'arco delle 24 ore di alcune attività (es. tipizzazione dei donatori e dei riceventi);
 3. *il consolidamento dell'organizzazione in reti provinciali dei Coordinamenti Ospedalieri per i Trapianti* al fine di aumentarne

- l'efficacia, nonché lo sviluppo di equipe chirurgiche interaziendali dedicate al prelievo di organi;
4. *il coinvolgimento di ulteriori unità operative* (es. stroke unit) nell'identificazione del potenziale donatore per favorire l'aumento delle donazioni;
 5. *il rafforzamento dei programmi di trapianto d'organi "maggiori"*, ovvero ad elevata numerosità di trapianti anche su scala nazionale, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse umane e strutturali;
 6. *il potenziamento dei poli di banking tissutale* mediante specifica strutturazione, anche a fronte della loro rilevanza sul contesto nazionale;

L'AOP è la sede di Coordinamento Regionale per i trapianti, svolge funzioni informative e consultive sui programmi regionali per donazioni e trapianti, collabora alla stesura di linee guida organizzative in materia trapiantologica. Svolge anche funzioni di Coordinamento Locale per i trapianti attraverso l'individuazione dei potenziali donatori di organi, tessuti e cellule, verificando l'idoneità, e mettendo in atto tutti i processi di procurement secondo linee guida condivise. Inoltre, provvede all'informazione della popolazione in merito alle tematiche di donazione e trapianto e di sviluppo, in stretta sinergia con il CRT, piani formativi ed organizzativi al fine di incrementare questa strategica attività. E' centro di riferimento regionale per alcune le funzioni sui trapianti, rappresenta un centro di eccellenza in cinque programmi di trapianto d'organi ed è punto di riferimento per l'attività trapiantologica a livello nazionale.

L'AOUI di Verona, è sede di Coordinamento Locale per l'attività trapiantologica, è attiva nel campo di trapianti di organo e di tessuto con diversi programmi (cuore, fegato, rene, midollo osseo, cornea) con volumi di prestazioni di eccellenza e riferimento regionale e nazionale. Partecipa insieme all'AOP nei programmi per il posizionamento di dispositivi di assistenza meccanica al circolo (VAD).

- **Rete emergenza-urgenza:** Il SUEM 118 (Sistema Urgenze Emergenze Mediche) rappresenta il sistema organizzativo per la gestione del soccorso extra-ospedaliero attraverso un sistema di allarme garantito dalle Centrali Operative che raccolgono le richieste di soccorso e gestiscono i mezzi sanitari che operano sul territorio. La rete di urgenza-emergenza sanitaria della Regione Veneto è presente con 126 basi operative che appoggiano sulla rete ospedaliera organizzata secondo il modello Hub & Spoke che comprende anche 11 punti di primo intervento, di cui 2 dedicati alle spiagge, 38 servizi di pronto soccorso negli ospedali Stroke e 7 dipartimenti di emergenza negli ospedali Hub capoluogo. La gestione del sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria mantiene sostanzialmente l'assetto organizzativo disegnato dai precedenti provvedimenti di istituzione e si articola:
 - su sette Centrali Operative aventi per bacino di riferimento gli ambiti provinciali;
 - sulla rete delle **Unità Operative** di Pronto Soccorso di riferimento provinciale, con annesso Dipartimento di Emergenza, delle Unità Operative di **Pronto Soccorso di rete**, in organizzazione Dipartimentale con altri reparti di area critica;
 - sui Punti di Primo Intervento.

L'**AOU di Verona** e l'**AOP**, in base ai protocolli regionali stabiliti, alla loro collocazione territoriale, alla loro specializzazione e alla loro funzione all'interno della rete, *garantiscono le prestazioni di emergenza e urgenza e le attività di osservazione breve intensiva (OBI) con durata massima di 48 ore*, e, per le patologie di competenza specialistica ostetrica e pediatrica, prevedono *percorsi di invio rapido allo specialista (fast-track)*, differenziando pertanto i percorsi interni di accesso alle prestazioni d'urgenza in base alla intensità di cure e complessità delle prestazioni.

- **Rete per il trasporto del Neonato critico e bambino in emergenza e urgenza** costituisce una rete articolata in tre livelli per la gestione dell'emergenza e urgenza neonatale e pediatrica. I **poli di primo livello**

sono UO di Pediatria ed Ostetricia che erogano attività di urgenza ed emergenza pediatrica per patologie minore, i **poli di secondo livello** dispongono inoltre di UO di pronto soccorso, di chirurgia e cure intensive per la gestione di patologie complesse che non richiedono UO di terapia intensiva e i **poli di terzo livello** si caratterizzano per attività di ricovero urgente e di pronto soccorso pediatrico in UO dedicate con UO di Terapie intensive pediatriche e neonatale e Centri di trasporto di riferimento regionale neonatale e pediatrico. Questa rete per le sue caratteristiche affini è inclusa nella Rete Emergenza e Urgenza con fulcro nelle Aziende Ospedaliere di Verona e di Padova. Nell'ambito del potenziamento di questa rete, entrambe le aziende hanno attivato il Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM).

- **Rete dell'Alzheimer:** E'una rete di servizi clinico assistenziali specificatamente dedicati alle persone colpite da malattia di Alzheimer e da altri tipi di declino cognitivo e demenza. I Centri di Decadimento Cognitivo (CDC) costituiscono i diversi nodi della rete assistenziale e sono diffusi su tutto il territorio regionale.

L'AOUI di Padova eroga prestazioni specialistiche attraverso le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali e le Strutture ad Alta Protezione per i malati di Alzheimer (SAPA) assieme al Centro Regionale di Riferimento per l'Invecchiamento Cerebrale (CRIC). Partecipa inoltre alla definizione di percorsi clinico-assistenziali condivisi e specifici per le diverse forme di patologia degenerativa ed assicura forme di continuità assistenziale tra azienda e altre strutture territoriali condividendo dati clinici attraverso la cartella clinica informatizzata regionale.

L'AOUI Verona attraverso le proprie strutture interaziendali eroga assistenza e supporto all'interno della rete clinica dell'Alzheimer. Collabora con i propri centri allo sviluppo e verifica delle linee guida e percorsi assistenziali e nelle attività di ricerca clinica e di trasferimento delle conoscenze specialistiche.

- **Rete Ictus:** E' una rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta, anch'essa articolata sul modello hub and spoke strutturata in tre livelli: *Unità Ictus di II livello* (aree dedicate di tipo semintensivo "Stroke Units", con esperienza nella trombolisi sistemica in Aziende Ospedaliere con UOC di Neurologia, Neuroradiologia e Neurochirurgia), *Unità Ictus di I livello* (aree dedicate all'ictus con possibilità di monitoraggio dei pazienti e presenti negli ospedali dotati di una struttura complessa di Neurologia) e Aree dedicate alla gestione dell'Ictus (in strutture ospedaliere con UO di Neurologia, Medicina interna o Geriatria). Questa rete assistenziale che assicura omogenea distribuzione delle risorse allocate sul territorio del Veneto, costituisce un esempio di buona pratica e risponde a criteri di innovazione, appropriatezza, sostenibilità, accessibilità ed equità. L'applicazione di questo modello garantisce adesione ad un unico protocollo diagnostico terapeutico condiviso tra le aziende sanitarie che costituiscono la rete, precocità diagnostica e gestione centralizzata dei pazienti acuti presso i Centri Hub regionali. L'AOP e L'AUI di Verona fanno parte di questa rete clinica con ruoli e funzioni simili, con expertise clinica e adeguata organizzazione che dipendono dalle caratteristiche aziendali.
- **Rete infarto:** E' una rete integrata interospedaliera per la gestione dell'infarto miocardico acuto (IMA) su tutto il territorio regionale. E' articolata anche questa con **Centri Hub** (strutture ospedaliere dotate di un laboratorio di cardiologia interventistica operante nelle 24 ore) e **Centri Spoke** (strutture sanitarie che effettuano attività programmata. I centri hub sono tenuti ad accogliere tutti i pazienti e al trasferimento sistematico (Back transport) presso l'UO di Terapia Intensiva Coronarica di riferimento presso l'Azienda Sanitaria territorialmente competente o più vicina alla residenza del paziente. Entrambi i centri sono coordinati tra di loro e applicano protocolli diagnostici terapeutici e percorsi interospedalieri condivisi e aggiornati periodicamente.

- **L'AOUI di Verona e l'AOP** partecipano a questa rete attraverso l'erogazione di prestazioni specialistiche basate sulle più aggiornate evidenze scientifiche.

- **Rete trasfusionale:** La programmazione regionale sanitaria del Veneto ha individuato il CRAT (Coordinamento regionale per le Attività Trasfusionali) quale struttura che garantisce il coordinamento intraregionale e interregionale dell'attività trasfusionali ed attua gli obiettivi della Legge 21 ottobre 2005, n. 219 "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati". Il CRAT assicura inoltre la gestione amministrativa e contabile dell'Accordo Interregionale per la Plasmaderivazione (AIP), del quale la Regione del Veneto è Capofila, garantendo la continuità nell'approvvigionamento dei farmaci plasmaderivati sia nel rapporto con la Ditta assegnataria del servizio, sia nel confronto e nel supporto informativo e operativo alle Regioni e Province Autonome aderenti.

La rete trasfusionale comprende un network di centri di raccolta (DIMIT: Dipartimento di Medicina trasfusionale) delle donazioni nelle diverse tipologie e assegnazione degli emocomponenti al paziente che ne ha bisogno, ai quali afferiscono i Servizi Immunotrasfusionali delle Aziende USSL e delle Aziende Ospedaliere regionali.

Entrambe le aziende hanno ottemperato all'attivazione del DIMIT quale struttura dipartimentale che svolge le funzioni stabilite dalla normativa regionale secondo criteri di efficienza, efficacia e ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse produttive oltre a collaborare con tutte le altre strutture della rete regionale.

- **Rete delle malattie rare:** La Regione del Veneto ha costituito una rete specifica per assistere pazienti affetti da malattie rare. La rete è composta da Centri Accreditati appartenenti alle strutture sanitarie regionali con una articolazione organizzativa diffusa sul territorio regionale. Entrambe, **AOUI di Verona e l'AOP**, possiedono un Centro dedicato che accoglie e

prende in carico i pazienti ed erogano assistenza specialistica. Interagiscono con integrazione di reti orizzontali e verticali con altri Centri Regionali e interregionali appartenenti ad una area più vasta comprendente le Regioni Friuli Venezia Giulia, Provincia autonoma di Trento e Bolzano. I Centri di raccordano con tutte le altre strutture sanitarie mediante un sistema informativo condiviso basato su un'unica cartella clinica condivisa che mette in rete tutti i professionisti ed i servizi coinvolti nel percorso assistenziale del paziente. Ciò al fine di omogeneizzare approcci assistenziali e modalità di accesso per i pazienti alle cure.

- ***Rete della terapia del dolore:*** La rete del dolore è stata attuata dalla Regione del Veneto con una logica organizzativa ispirata al modello Hub & Spoke: i centri di terapia del dolore (**Hub**) che coordinano le strutture periferiche come gli ambulatori della terapia del dolore (**Spoke**). In questo tipo di organizzazione, i centri Hub concentrano le risorse economiche, le competenze specialistiche e organizzative per la gestione dei pazienti affetti da patologia dolorosa; i centri Spoke attuano una funzione filtro sulla patologia e sono strutture che mettono in relazione le strutture territoriali con quelle ospedaliere. Questa rete organizzativa di strutture interagisce con la Rete delle Cure Palliative erogando assistenza ai pazienti affetti da patologie tumorali.

Nell'ambito di questa rete l'**AOU di Verona** e l'**AOP** sono sedi di centri Hub di riferimento regionale di elevata specializzazione che interagiscono con altri centri regionali facilitando l'accesso dei pazienti inviati dai centri Spoke ai percorsi assistenziali disponibili e rafforzando l'offerta assistenziale a pazienti adulti e pediatrici. Queste strutture sono specializzate nelle diagnosi delle tipologie di dolori secondo i PDTA condivisi con le diverse specialità medico-chirurgiche multidisciplinari e nell'utilizzo delle più moderne terapie antalgiche e tecniche invasive nel trattamento della patologia dolorosa. In collaborazione con altri centri regionali e/o nazionali, elaborano linee guida a valenza regionale per standardizzare l'approccio clinico-assistenziale, effettuano la valutazione

sistematica di appropriatezza clinica e scientifiche di tutte le prestazioni erogate e mantengono l'aggiornamento delle conoscenze attraverso la formazione continua dei sui operatori.

- **Rete del Diabete Mellito:** Questa è una rete integrata Ospedale-Territorio articolata in tre livelli: il primo livello è gestito da MMG e PLS ed eroga assistenza di minore complessità sia nella prevenzione che nella cura dei pazienti diabetici, il secondo comprende centri diabetologici, ospedalieri e territoriali, che effettuano inquadramento diagnostico e formulazione terapeutica e follow-up con PDTA condivisi e il terzo livello è finalizzato alla gestione dell'assistenza sanitaria specialistica di elevata complessità. Questo modello assistenziale, che rappresenta un esempio di eccellenza, garantisce assistenza sanitaria integrata della patologia diabetica sia nell'ambito dell'età adulta che in quella pediatrica.

Le **Aziende Sanitarie di Padova e Verona** dispongono di strutture di "terzo livello" con Unità Complesse di endocrinologia, diabetologia e metabolismo dove i team diabetologici in collaborazione con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta gestiscono una assistenza integrata finalizzata a minimizzare le complicanze acute e croniche della malattia. Questi centri hanno anche il compito di fungere da Hub per tutto il bacino di afferenza e le unità complesse delle aziende stesse e di coordinare le macro aree del Veneto Orientale ed Occidentale rispettivamente. **L'AOU di Verona** ha inoltre il ruolo di coordinamento per l'età pediatrica riferito all'intera regione attribuito al Centro di Riferimento Regionale di Diabetologia Pediatrica.

I PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

Nel PSSR Veneto 2012-2016 i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali sono concepiti come *strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile*

in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura.

La realizzazione dei PDTA richiede l'utilizzo di una metodologia appropriata e condivisa tra professionisti al fine di garantire appropriatezza, efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse umane e materiali, di pianificare l'assistenza basata sulla pratica migliore, eliminando pratiche inutili o non supportate, di standardizzare gli interventi inseriti in un piano diagnostico o terapeutico, di valutare le cure erogate attraverso indicatori predefiniti e di ridurre al minimo i rischi per il paziente.

La Regione Veneto ha iniziato da diversi anni un progetto che prevede la formazione di Gruppi di lavoro composti da autorevoli professionisti dalle diverse Aziende Sanitarie, tra cui le AOUI di Verona e Padova, con l'obiettivo di approfondire tematiche di rilevanza assistenziale e consentire la definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali su vari patologie (Colon, Esofago, Mammella, Melanoma, Polmone, Prostata, Rene, Sarcoma, Stomaco, Testa-Collo, Tumori endocrini, Tumori ereditari della mammella e ovaio, Tumori ginecologici).

Questo programma per la progettazione e attuazione nelle Aziende Sanitarie e nelle Strutture sanitarie territoriali di PDTA condivisi rappresenta una occasione per contribuire ad affrontare tutte quelle problematiche che portano ad una certa frammentazione territoriale e potenziare tutte le forme di aggregazione e di integrazione. Oltre a un contenuto di cura e assistenza assume anche un significato di contenimento dei costi attraverso una riduzione di pratiche inutili o ripetute e con l'uso efficiente delle risorse.

I GRUPPI INTERDISCIPLINARI

Sono gruppi composti da professionisti sanitari di diversa specializzazione (medici chirurghi, oncologi, radiologi, medici nucleari, psicologi, infermieri, farmacisti, medici di medicina generale) che afferiscono a diverse unità operative e che approfondiscono una tematica clinica di interesse e definiscono degli standard di Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (PDTA) e

Raccomandazioni di buona pratica clinica basate sulle principali evidenze scientifiche.

I gruppi interdisciplinari ad oggi riconosciuti formalmente e operativi presso l'AOUI di Verona sono il Centro Operativo Neoplasie (CEON), il Gruppo Senologico Veronese (GSV), il Gruppo interdisciplinare Veronese di Oncologia Polmonare (GIVOP), il Coordinamento interdisciplinare Melanoma Veronese (CIMEV), Gruppo Neurooncologico (GN), il Gruppo Interdisciplinare Tumori Epato-Biliari (GITEB), il Gruppo Interdisciplinare Malattie del Ferro (GIMFer), il Gruppo Interdisciplinare sulle Neoplasie neuroendocrine del tratto gastro enterico-pacreatico (plaNET).

Questi gruppi mettono a disposizione del SSSR Veneto conoscenze, competenza ed esperienza qualificata nonché modelli operativi e requisiti organizzativi, anche di eccellenza, che agevolino l'applicazione dei percorsi di diagnosi e cura prospettati in un logica di rete. Questi modelli sono stati adottati dall'AOUI di Verona nella propria realtà aziendale. L'utilizzo di queste competenze specialistiche consente alle strutture sanitarie di erogare standard diagnostici e terapeutici ottimali, una migliore allocazione delle risorse, una gestione specialistica e ai pazienti di ricevere assistenza qualificata e supporto efficace.

La Regione ha inoltre costituito anche gruppi multidisciplinari che si stanno occupando della gestione di particolari tematiche sanitarie di estremo interesse regionale come la *Chirurgia Specialistica*, le *Malattie infettive*, le *Patologie dell'apparato gastroenterico e dell'Apparato Respiratorio* e *l'assistenza riabilitativa*. I Gruppi multidisciplinari sono attivi mediante UOS e UOC dedicate con competenze specialistiche per la gestione assistenziale nelle diverse specialità. L'AO di Padova e l'AOUI di Verona collaborano anche nello sviluppo di questi gruppi garantendo sinergia e coordinamento con le altre Aziende Sanitarie regionali. Questo impegno rientra tra le scelte strategiche regionali di razionalizzazione delle rete assistenziali ospedaliere e territoriali.

Ambiti e Patologie di interesse Regionali	
Chirurgie Specialistiche	Malattie infettive
Patologie dell'Apparato gastroenterico	Patologie dell'Apparato Respiratorio
Assistenza Riabilitativa DGR 3912/07	Cardiologica Pediatrica DGR 2190/08
	Disturbi del comportamento alimentare DGR 3455/ 07

Figura 20. Ambiti e Patologie di interesse regionali

CARTELLA CLINICA ELETTRONICA

In entrambe le aziende, il paziente è al centro dei processi assistenziali e dei percorsi diagnostici e terapeutici con il supporto dei sistemi di ICT. Questa centralità è stata anche favorita dall'utilizzo della **Cartella Clinica Elettronica (CCE) di ricovero (GeCOS)** che rappresenta *lo strumento unico interdisciplinare e multidisciplinare nei processi di miglioramento dell'efficienza organizzativa ed efficacia gestionale aziendale*. L'obiettivo di questo strumento è quello *uniformare i processi di registrazione del processo assistenziale e migliorare la qualità e la completezza delle informazioni a disposizione degli operatori sanitari al fine di garantire maggiore appropriatezza e sicurezza delle cure*. Lo strumento è stato disegnato anche per supportare la continuità assistenziale sia all'interno dell'azienda che tra l'azienda e le altre aziende sanitarie ospedaliere o altre strutture sanitarie territoriali, in particolare per i pazienti in dimissione protetta.

La CCE integrata ha anche una componente Grafica integrata con prescrizione e somministrazione di farmaci che utilizzano prevalentemente medici e infermieri. Questa componente applicata al 90% nei MDA ha lo scopo di ridurre il rischio evitando errori, eliminando le trascrizioni farmacologiche, favorendo la tracciabilità quindi la possibilità di verificare il percorso terapeutico effettuato.

La CCE dispone inoltre di applicativi che consentono l'informatizzazione completa dei referti di laboratorio, di diagnostica per immagini, degli esami strumentali ed i referti delle visite specialistiche. Un ulteriore applicativo software (Ormaweb) gestisce la redazione delle lettere di dimissione e la completa informatizzazione del registro operatorio.

E' stata inoltre predisposta la completa integrazione dei dati della CCE nel Fascicolo Sanitario Elettronico e consultabile dal paziente attraverso il portale aziendale.

Per quanto riguarda l'AOUI di Padova, si può affermare che sebbene l'informatizzazione della Cartella Clinica Elettronica sia avvenuta con modalità e tempi diversi ma con lo stesso obiettivo, il completamento dell'informatizzazione della documentazione clinica dovrebbe avvenire entro l'anno corrente come previsto nel Piano triennale 2013-2015.

MODELLO DI PRESA IN CARICO IN DIMISSIONE PROTETTA

La dimissione protetta ha la finalità di assicurare la continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio, consentendo il miglior inserimento possibile in ambito domestico e familiare o nella struttura adeguata integrando i servizi ospedalieri ed i servizi territoriali (distretti sociosanitari, servizi sociali territoriali, strutture semiresidenziali e residenziali) nel passaggio della presa in carico del paziente nei modi e tempi previsti. Questa modalità organizzativa, alla quale partecipa l'AOUI di Verona, applica diversi percorsi assistenziali:

- *Assistenza domiciliare integrata* con priorità d'accesso per i pazienti con patologie cronico degenerative, oncologiche in fase avanzata, acute temporaneamente invalidanti o che richiedono nutrizione artificiale;
- *Assistenza domiciliare infermieristica*, rivolta a pazienti temporaneamente o stabilmente non autosufficienti con patologie di media gravità che necessitano di prestazioni infermieristiche occasionali o periodiche, ma che non richiedono un controllo assiduo del MMG;
- *Assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale* di competenza istituzionale e finanziaria dell'Ente Locale, che prevede la fornitura di pasti, aiuto domestico, trasporto, sostegno sociale e risocializzazione;
- *Assistenza nelle altre strutture della rete dei servizi sanitari e territoriali* come Hospice e Residenze Sanitarie Assistite;

I destinatari sono pazienti adulti e anziani che, concluso l'iter diagnostico terapeutico, hanno perso temporaneamente o stabilmente la loro autonomia e che richiedono interventi di carattere sanitario e/o sociale effettuabili a domicilio o nelle altre strutture territoriali.

Il Modello di Dimissione Protetta coinvolge medici ospedalieri di reparto, coordinatori infermieristici, assistenti sociali ospedalieri, medici di medicina generale, referenti di distretto e assistenti sociali del Comune e utilizza un portale informatizzato con strumenti condivisi per il passaggio delle informazioni e la continuità delle cure.

L'esperienza condotta dall'AOU di Verona conferma che l'applicazione di questa modalità organizzativa garantisce la continuità del percorso assistenziale del paziente dimissibile dalla struttura ospedaliera, l'integrazione tra le strutture ospedaliere e territoriali migliorando la collaborazione interdisciplinare, interprofessionale e interaziendale.

5.2.3 Controllo dei costi, economia di scala e razionalizzazione delle risorse

I modelli organizzativi innovativi implementati sia dall'AOU di Verona che dall'AO di Padova hanno *consentito di raggiungere obiettivi economici attraverso il contenimento dei costi, la realizzazione di economia di scala e la riduzione delle duplicazioni dei servizi e la razionalizzazione dei fattori produttivi impiegati nelle attività sanitarie*. Queste aziende sanitarie che si caratterizzano per l'elevata complessità, sono impegnate nella gestione dei servizi sanitari, nella qualità delle prestazioni, nell'utilizzo appropriato delle risorse umane e materiali ottimizzando tutte le condizioni operative ed organizzative. La minimizzazione dei costi costituisce una regola valida per le aziende sanitarie remunerate a budget o a prestazioni favorendo l'integrazione dei fattori lungo il processo assistenziale massimizzando i livelli di efficienza sia in ambito intraospedaliero che extraospedaliero.

L'AO di Padova nel controllare i costi *ha implementato diverse strategie*. La prima iniziativa riguarda la strategia dei *"tetti di costo"* o *capitoli di costo su alcuni fattori* come ad esempio i farmaci biologici negoziando a livello regionale in maniera documentata l'appropriatezza ed i costi dei farmaci. Questa iniziativa

locale ha permesso all'AOP di avere un riconoscimento delle prestazioni effettuate che impiegano farmaci biologici. Un'altra iniziativa negoziale ha riguardato la negoziazione a livello regionale sull'ottimizzazione dei costi di alcune prestazioni, scorporando quelli *non negoziabili* come costi *extra budget* come ad esempio le prestazioni per i VAD o la distribuzione dei farmaci. Questa attività negoziale effettuata dall'AOP ha consentito di sviluppare maggiormente a livello aziendale, le competenze di negoziazione permettendo nel contempo un controllo dei costi più accurato, posizionando l'azienda Hub a livelli di eccellenza in questo settore.

La seconda iniziativa, sempre nell'ambito del controllo dei costi, è stata conseguente alla razionalizzazione delle risorse a livello azienda che ha costituito un aspetto strategico per l'AOP soprattutto per quanto riguarda le risorse materiale e umane. La dipartimentalizzazione aziendale ha consentito di aggregare UU.OO e condividere logistica di spazi, di risorse umane e di tecnologia. La riorganizzazione ha permesso non solo di effettuare la mappatura delle risorse impiegate e dei processi svolti ma soprattutto la mappatura delle inapproprietezze:

- **Diagnostiche di Laboratorio:** la dipartimentalizzazione ha consentito di centralizzare le diagnostiche di laboratorio ottenendo in questo modo economia di scala attraverso il recupero delle risorse umane collocate in diversi punti aziendali e la redistribuzione del personale tecnico in maniera adeguata e secondo le nuove esigenze aziendali;
- **Personale amministrativo:** Nel nuovo modello organizzativo è cambiato l'assetto gestionale delle risorse amministrative. Con la riorganizzazione dipartimentale è stata fatta anche una mappatura del personale amministrativo all'interno dei processi sanitari che ha consentito di riorganizzare il personale stesso, redistribuendolo nei principali processi sanitari dipartimentali centralizzando le funzioni amministrative supportando le articolazioni sanitarie.
- **Assistenti dipartimentali:** Dopo la dipartimentalizzazione è stato necessario introdurre la figura dell'assistente dipartimentale. La razionalizzazione delle risorse umane a livello dipartimentale ha consentito, dopo l'aggregazione delle strutture complesse, di poter

ricollocare il personale sanitario secondo i nuovi processi assistenziali riuscendo a recuperare risorse umane da dedicare al ruolo di Assistente dipartimentale necessario per migliorare il funzionamento del dipartimento.

Questi tre semplici esempi evidenziano come una azienda possa essere attenta ai costi e alla razionalizzazione delle risorse senza perdere di vista il fine ultimo dell'azienda ovvero il servizio e l'assistenza al paziente.

L'AOP ha cercato una maggiore efficienza attraverso l'ottenimento di Economia di Scala. La dipartimentalizzazione effettuata dall'AOP ha consentito di realizzare sinergie attraverso la condivisione di attività, di risorse tecnologiche, di risorse umane e organizzative ottenendo economie di scala. L'AOP inoltre, ha potuto realizzare economia di scala nel settore della diagnostica radiologica diventando oggi un punto di riferimento per la fornitura delle diagnostiche radiologiche. L'azienda ha offerto i propri servizi diagnostici ad altre strutture sanitarie del territorio aziendale di riferimento, clienti del distretto di Padova e ospedali periferici. La realizzazione delle gare aziendali per l'acquisto di prodotti ha permesso all'AOP di conseguire economia di scala abbattendo i costi ad esempio del materiale di consumo per le radiologie diagnostiche.

L'AOP acquista autonomamente beni e servizi da pochi anni, gestendo tutte le fasi della procedura di gara ottenendo in questo modo riduzione dei prezzi unitari dei beni acquistati e vantaggi connessi alla razionalizzazione dei processi di acquisto dopo che la Regione Veneto nel 2010 ha abbandonato il modello delle Aree Vaste dovuto principalmente alla mancata collaborazione tra aziende sanitarie nel realizzare politiche di collaborazione in materia di approvvigionamento.

5.2.4 Utenti del sistema e la loro centralità

5.2.5 Comunicazione con gli utenti e tecnologie applicate

5.2.6 Valore del servizio erogato

Nell'indagine si è voluta indagare l'aspetto della centralità dell'utente, la comunicazione che l'azienda instaura utilizzando anche le nuove tecnologie e la

relativa valutazione sul servizio ricevuto dalle aziende sanitarie da parte dell'utente stesso. Queste tre dimensioni sono molto relazionate ed interconnesse tra di loro sia per quanto riguarda i contenuti che per gli attori coinvolti di conseguenza verranno presentati le principali evidenze in modo accorpato in un'unica dimensione.

Come noto, la comunicazione con gli utenti del sistema sanitario è incentrata principalmente sui servizi e sulle prestazioni che vengono erogate in tutti i livelli dell'assistenza: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Nell'attuale sistema sanitario i continui progressi tecnico scientifici, i mutamenti strutturali e organizzativi hanno imposto una centralità della dimensione comunicativa di conseguenza le Aziende Ospedaliere sono in continuo adattamento interno per rispondere alle diverse esigenze informative dei propri utenti. Negli ultimi anni, sia l'AO di Padova che l'AOUI di Verona hanno valorizzato molto il ruolo degli utenti nelle politiche di miglioramento della qualità favorendo la “*cultura dell'empowerment*” del paziente nei confronti del proprio stato di salute. C'è inoltre una forte consapevolezza che la comunicazione con l'utenza e la trasmissione di corrette informazioni si promuova la partecipazione dei cittadini ai processi decisionali e alla valutazione dei servizi. Il cambiamento organizzativo in atto presso le Aziende di Verona e Padova ha evidenziato maggiormente l'importanza della corretta comunicazione con il paziente e la centralità del paziente nel processo di cure.

Entrambe le Aziende Ospedaliere assumono come *Valore di riferimento aziendale* la “**Centralità della persona**” quindi una maggiore attenzione ai propri utenti ed ai suoi familiari attraverso l'ascolto e il coinvolgimento diretto in ogni momento del processo assistenziale. L'interazione efficace tra paziente e operatori sanitari concorre a realizzare il *Valore della centralità* che viene garantita attraverso alcune iniziative quali *l'accoglienza presso la struttura assicurando la presa in carico globale del paziente, la corretta individuazione dei bisogni di salute, l'erogazione assistenziale con approccio integrato e multidisciplinare, la tutela della privacy e della riservatezza.*

Per l'AOUI di Verona la “**Centralità del paziente**” consiste nel “*cogliere certi bisogni e una risposta ai bisogni, con una modalità diversa*” anche in ogni

attività assistenziale. Due iniziative realizzate dall'Azienda Ospedaliera, come l'attuazione della *Sezione di Decisione Clinica* (SDC) in Pronto Soccorso e l'organizzazione di prestazioni sanitarie attraverso il *Day Service* (DS), aiutano a comprendere il significato pratico di questo valore.

Nella **prima iniziativa**, l'Ospedale mette a disposizione dei cittadini un servizio destinato ai pazienti che giungono al pronto soccorso nella zona di Triage che consiste nell'erogare assistenza cure personalizzate e valutazione in tempi brevi da parte del personale della stessa SDC. Questo servizio si attiva quando si esclude sia un ricovero prolungato di oltre tre giorni che uno inferiore alla giornata; durante la SDC il paziente viene preso in carico, stabilizzato e monitorato e impostato un adeguato piano diagnostico terapeutico che consente di superare la fase acuta. Se la condizione di salute si risolve, il paziente viene dimesso ed inviato al Medico Curante, se invece la riveste criticità, viene preso in carico dall'UO di competenza dell'area dipartimentale di riferimento. Questa modalità organizzativa e le diverse fasi che la compongono danno *al paziente una certa continuità assistenziale, sicurezza e tranquillità*.

La **seconda iniziativa** introdotta prevede l'organizzazione di prestazioni sanitarie attraverso la formula del "Day Service" consente al paziente di eseguire, all'interno di un determinato percorso clinico, tutte le prestazioni diagnostiche in forma ambulatoriale al fine di effettuare l'inquadramento diagnostico limitato ad un determinato episodio clinico. Con questo servizio si è voluto offrire un servizio mirato a pazienti che eseguono alcuni percorsi clinici dando nel contempo maggiore appropriatezza assistenziale.

Questi due esempi concretizzano in modi differenti il valore della centralità della persona attraverso modalità organizzative maggiormente appropriate rispetto alle necessità assistenziale del paziente.

Per **l'AO di Padova** la **Centralità della persona** e l'umanizzazione dell'assistenza *costituiscono principi imprescindibili*: l'attenzione dei diritti della persona comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali. L'azienda in questa prospettiva, assicura e adotta strumenti di comunicazione, di trasparenza, di accoglienza e di tutela e partecipazione dei cittadini come la *Carta dei servizi, il consenso all'atto sanitario, il sistema di*

gestione dei reclami, le indagini di qualità percepita e la mediazione linguistico-culturale. La centralità del paziente si attua attraverso l'interazione efficace, tra azienda ed utenti attraverso la promozione di strumenti come le guide, gli opuscoli informativi, gli applicativi software, e le pagine internet e blogs che coinvolgono gli utenti e concorrono a migliorare la qualità e la sicurezza assistenziale.

Riguardo alla comunicazione con l'utente/cittadino, l'area Comunicazione dell'AOU di Verona ha sviluppato negli anni un nuovo modello comunicativo per formare ed informare l'utente stesso attraverso la realizzazione di guide di orientamento ai Servizi Ambulatoriali, per il Ricovero in Ospedale o per chi assiste pazienti colpite da alcune patologie. Tutti i cambiamenti organizzativi sviluppati a livello aziendale sono stati accompagnati dalla pubblicazione e distribuzione di semplici strumenti come le brochure facilitando e indirizzando i pazienti all'interno della struttura anche per l'utilizzo dei propri servizi. Con l'avvio del nuovo Polo Chirurgico è stato inoltre predisposto una mappa "virtuale" in grado di orientare i cittadini all'interno della struttura accompagnato da un video professionale di presentazione della struttura.

Sempre nell'ambito della comunicazione tra struttura sanitaria e paziente, entrambe le aziende ospedaliere di Padova e Verona hanno continuato a *migliorare il proprio portale internet aziendale in linea con la necessità di miglioramento continuo dei servizi e delle informazioni* rivolte ai cittadini-utenti. Le tecnologie digitali rappresentano un fattore abilitante al miglioramento della qualità dei servizi quindi le aziende ospedaliere hanno reso *disponibile uno spazio del proprio portale completamente dedicato agli utenti/pazienti dove possono interagire in qualche modo con gli operatori sanitari*. Lo spazio web aziendale consente da un lato, alle aziende di dare visibilità alla propria attività e alla loro organizzazione, di presentare i propri professionisti e dall'altro costituisce uno strumento nel quale trovare informazione che riguarda la struttura sanitaria, la sua organizzazione, le sue specialità cliniche, le prestazioni assistenziali ed i relativi tempi d'attesa oltre ad una serie di servizi di prenotazioni e disdette di visite ed esami. I siti dispongono inoltre, seppur con impostazioni diverse, di una serie di collegamenti di accesso ad altri servizi come la consultazione on-line del fascicolo

elettronico sanitario o di prestazioni sanitarie ed altre informazioni amministrative utili per i pazienti/utenti della struttura sanitaria.

La qualità percepita è considerata uno degli aspetti di sistema nei processi di miglioramento e quindi indice di qualità aziendale. La percezione dei pazienti/utenti che misura l'aspettativa e l'esperienza vissuta durante la degenza presso la struttura ospedaliera.

Sia l'AOUI di Verona che l'AO di Padova conducono periodicamente indagini di qualità percepita attraverso questionari di soddisfazione che riguardano principalmente aspetti professionali, aspetti alberghieri, di comfort e di struttura logistica. L'utente valuta i servizi erogati attraverso l'interazione con la struttura ospedaliera ed i suoi operatori nelle diverse fasi del processo assistenziale. La partecipazione degli utenti alle indagini di *Customer Satisfaction*, consente anche alle aziende di migliorare i processi ritenuti poco adeguati o che necessitano di miglioramento. Gli ultimi dati indicano che l'aziende continuano ad essere in linea con gli anni precedenti nonostante i cambiamenti organizzativi introdotti dalle aziende.

Queste Aziende sono "*patient oriented*" e come tale due aziende che dal punto di vista organizzativo hanno implementando in pochi anni *molteplici strategie organizzative-assistenziali: modificati i propri processi produttivi ed i propri setting assistenziali in coerenza con i bisogni di salute dei propri utenti, re ingegnerizzato i processi migliorando i flussi dei pazienti, effettuato l'integrazione clinica multidisciplinare con la ricerca e la didattica, implementato percorsi di cura intra aziendale e tra azienda e strutture territoriali favorendo la continuità assistenziale, rivisto i ruoli professionali all'interno dell'organizzazione e del coordinamento dell'assistenza*. Queste strategie sono state realizzate tenendo conto della scarsità delle risorse e della relativa allocazione (più ottimale ed efficiente possibile) e soprattutto realizzate con logiche di sostenibilità e creazione di valore per il paziente.

5.2.7 Approccio interdisciplinare, integrazione multidisciplinare e competenze specialistiche

L'organizzazione dell'assistenza ospedaliera è stata ridefinita secondo gli indirizzi strategici contenuti nel PSSR Veneto 2012-2016 adeguando la rete assistenziale ai cambiamenti socio-epidemiologici e di innovazione dei modelli organizzativi sulla scorta delle migliori pratiche realizzate perseguendo obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità. La razionalizzazione della rete ospedaliera attraverso il Modello Hub & Spoke ha richiesto l'adeguamento delle strutture organizzative in una logica reticolare e orientate al conseguimento di obiettivi di efficienza operativa, efficacia strategica e di equità di azione manageriale.

L'adozione dell'organizzazione dipartimentale è stata strumentale alla riorganizzazione dell'attività assistenziale ospedaliera. Questo modello è stato ritenuto dalle AOUI di Verona e Padova quello più idoneo a coniugare la centralità dell'utente, da una parte e valorizzare i professionisti, dall'altra. Infatti, questa modalità organizzativa ha favorito la razionalizzazione dei percorsi clinici, lo sviluppo di un approccio assistenziale interdisciplinare e lo sviluppo delle competenze professionali all'interno di un contesto di integrazione con la didattica e la ricerca.

L'organizzazione secondo il principio dell'intensità di cure in un contesto più ampio di organizzazione dipartimentale ha favorito la riprogettazione dei processi assistenziali, la specializzazione delle competenze e la relativa valorizzazione dei professionisti sanitari. Questa modalità organizzativa si è caratterizzata per l'integrazione fisica e organizzativa delle strutture e integrazione clinico-assistenziale di percorsi di cura.

Le aree dipartimentali per la complessità che le caratterizza, non possono non prevedere meccanismi di *coordinamento organizzativo-gestionale* finalizzato a sostenere le azioni tese a garantire i risultati in relazione ai livelli di efficienza attesi e *coordinamento clinico* orientato ad assumere un ruolo determinante in ordine alla valutazione dei criteri di appropriatezza e selezione delle priorità cliniche nella definizione delle liste operatorie e nel corretto uso delle infrastrutture disponibili.

L'*approccio integrato multidisciplinare* avviene mediante continua interazione tra l'equipe medica e l'equipe infermieristica coinvolta nel processo

assistenziale secondo le proprie competenze. L'integrazione in particolare tra medici, infermieri è rafforzata mediante l'utilizzo strumenti informatici condivisi come la cartella clinica o di altri applicativi sanitari come il programma per la gestione delle sale operatorie, un programma per la gestione della terapia informatizzata, un programma per la gestione delle richieste degli esami di diagnostici e della lettura degli esami radiologici.

Questo approccio integrato ha richiesto inoltre, l'introduzione di *nuovi modelli di lavoro interprofessionali e multidisciplinari* (medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali) per la gestione dei pazienti e l'implementazione di nuovi ruoli professionali coerenti con il modello.

Nell'ambito di questi setting assistenziali sono stati valorizzati momenti di confronto, di passaggio di informazioni, di valutazioni e di audit di casi clinici, regolamentati e strutturati, che prevedono la presenza di medici e infermieri in modo particolare, oltre ad altre figure sanitarie coinvolte nel percorso assistenziale del paziente.

Questo cambiamento organizzativo ha consentito anche di *valorizzare le competenze* delle figure professionali. Gli infermieri hanno visto ampliare le proprie competenze specialistiche soprattutto nella gestione di pazienti ad elevata complessità e delle aree dipartimentali con pazienti di polipatologia. I medici, in particolare, hanno visto cambiare la loro modalità organizzativa del proprio lavoro nonché la distribuzione degli spazi fisici dove operano.

La valorizzazione delle competenze è avvenuta (solo presso l'AOUI di Verona) anche attraverso il coinvolgimento delle stesse nella definizione degli obiettivi di budget (organizzativi e operativi) che sono successivamente valutati e collegati all'incentivazione del personale.

La nuova modalità organizzativa ha consentito di superare logiche di collaborazione spontanee tra professionisti e tra UUOO e strutture che prima erano organizzate in forma divisionale o per organo/apparato.

Nell'AOUI di Verona, il personale infermieristico si era preparato al cambiamento organizzativo durante molto tempo collaborando e organizzando incontri e riunioni di aggiornamento continuo che hanno visto l'utilizzo di possibili scenari di cambiamento per l'identificazione di strategie organizzative.

Nonostante ciò, la maggiore difficoltà è stata quella di lavorare con medici di diverse UOC che hanno, purtroppo, modalità assistenziali (protocolli, procedure, consuetudini) differenti. Il personale medico invece, ha dimostrato molte resistenze, probabilmente dovuto alla mancanza di informazione e preparazione sul progetto di riorganizzazione, diminuite successivamente con l'entrata a regime delle attività assistenziali. Per i medici le principali difficoltà erano da un lato quelle di avere pazienti distribuiti in diverse UUOO e diversi piani che richiedono lo spostamento costante e dall'altro la mancanza di strutture fisiche di riferimento "personalizzate". Entrambe le difficoltà erano viste come principali aspetti negativi. I coordinatori hanno avuto invece un maggior impegno gestionale di più centri di costo associati ai dipartimenti.

Nell'AOUI di Padova, il cambiamento è stato accompagnato da molte resistenze e probabilmente erano state pianificate. La Direzione Aziendale ha valutato attentamente ex-ante queste resistenze e ha provveduto mediante un approccio strategico di governance a pianificarle e ha gestirle organizzando incontri, costruendo scenari e creando alleanze per gestire cambiamento organizzativo.

In entrambe le esperienze, si evidenziano difficoltà per i pazienti e i loro familiari a rintracciare il medico referente, probabilmente ancorati ancora alla vecchia organizzazione per UUOO divisionali.

Le esperienze di riorganizzazione delle AOUI di Verona e Padova (anche se quest'ultima ha introdotto l'organizzazione dipartimentale da pochi anni) confermano che l'organizzazione dipartimentale ha favorito l'approccio interdisciplinare e responsabilizzato i professionisti sanitari nei processi di presa in carico del paziente, di pianificazione e gestione assistenziale dei singoli percorsi di cura e valorizzato le competenze cliniche e assistenziali.

Discussione dei risultati

L'implementazione del Modello Hub & Spoke nel Sistema Sanitario della Regione Veneto ha permesso alle Aziende Sanitarie di sperimentare un nuovo modello organizzativo. Il SSSR Veneto che rappresenta storicamente un modello di eccellenza tra i sistemi sanitari regionali, ha da pochi anni riorganizzato la propria rete assistenziale.

Nell'ultimo PSSR la Regione Veneto ha fatto un cambio di governance sia rispetto alla domanda di salute sia rispetto all'offerta dei servizi riaffermando i propri principi e valori fondanti del proprio sistema sanitario in coerenza con i valori ispiratori del SSN: universalità, equità, umanizzazione e centralità della persona, integrazione socio sanitaria, sostenibilità economica, sociale e professionale. La principale innovazione sanitaria è costituita dalla riorganizzazione e razionalizzazione della rete ospedaliera con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale e integrazione socio sanitaria con la rete territoriale. La riorganizzazione adotta per le strutture ospedaliere il modello di rete Hub & Spoke, fondato sull'interazione e sulla complementarità funzionale dei presidi e delle strutture in base al livello di complessità assistenziale, indipendentemente dalla loro collocazione fisica. Questo modello è organizzato in due livelli e prevede la concentrazione di assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza e di riferimento come le Aziende USSL o Aziende Sanitarie (centri Hub) supportati da una rete di servizi come Strutture e Presidi sanitari periferici (centri Spoke) uniti da relazioni interorganizzative e di complementarità funzionale secondo il principio delle reti integrate. I centri Hub e Spoke rappresentano i nodi della rete uniti da relazioni e connessioni continue di collegamento tra i nodi con il supporto tecnologico e la partecipazione collaborativa dei propri professionisti.

Le caratteristiche del SSSR Veneto, le evidenze della letteratura e le esperienze applicative di adozione ed implementazione del modello Hub & Spoke, sia in Italia che all'estero, i punti di forza del modello che ne consigliano l'utilizzo in precisi ambiti organizzativi, la capacità del modello di offrire un'alternativa organizzativa nel contesto sanitario costituiscono motivazioni per

approfondire maggiormente le caratteristiche e le potenzialità del modello organizzativo applicato nel SSSR Veneto.

L'indagine effettuata, secondo una prospettiva prettamente organizzativa, ha avuto lo scopo di conoscere e descrivere, il modello Hub & Spoke implementato in due Aziende Ospedaliere Universitarie, Centri Hub di provincia e di riferimento regionale. In particolare si è ritenuto opportuno realizzare l'indagine utilizzando le dimensioni più significative e utili per la progettazione organizzativa nei sistemi sanitari.

L'analisi della letteratura specifica sanitaria ha consentito di evidenziare alcune dimensioni significative per la progettazione organizzativa che hanno permesso di costruire uno strumento guida utilizzato durante l'indagine. L'analisi documentale è stata una fase di fondamentale importanza che ha consentito di preparare e condurre la fase successiva della ricerca ovvero la preparazione del protocollo di intervista con le dimensioni e le relative domande esplorative e la realizzazione delle interviste semi-strutturate. La sistematizzazione dei dati raccolti attraverso analisi documentale ed interviste semi-strutturate hanno consentito di affermare l'utilità delle dimensioni individuate facilitando l'esplorazione delle dimensioni considerate specifiche e importanti delle organizzazioni sanitarie con prospettive differenti e maggiore profondità.

I dati emersi consentono di sintetizzare alcuni aspetti importanti. La dimensione riguardante gli *“obiettivi e programmazione dei servizi socio assistenziali”*, costituisce una variabile molto importante ai fini della progettazione organizzativa. La Regione Veneto, nel disegno strategico del suo ultimo PSSR, conferma gli indirizzi programmatici precedenti e ridefinisce la nuova programmazione in sintonia con le esigenze del contesto nel tentativo di migliorare la qualità dei servizi erogati ai cittadini, assicurando nel contempo l'equilibrio finanziario della gestione in condizioni di efficienza e appropriatezza. La definizione strategica di sviluppo del SSR nonché degli obiettivi di breve e medio periodo tiene conto del quadro normativo nazionale, del proprio contesto demografico, economico, sociale e sanitario regionale. I tre macro obiettivi regionali quali *“la razionalizzazione della rete assistenziale ospedaliera, l'integrazione con reti assistenziali orizzontali e verticali e la ridefinizione della*

fliera dell'assistenza territoriali”, sono le scelte strategiche regionali che consentiranno nel medio periodo di adeguare la propria rete ospedaliera e territoriale secondo il modello organizzativo Hub & Spoke.

Le scelte regionali ha comportato per le Aziende Sanitarie di Verona e Padova l'aggiornamento dei propri Atti Aziendali e la definizione di obiettivi strategici triennali come lo *sviluppo del modello organizzativo dipartimentale, il supporto programmatico regionale o di coordinamento delle reti clinico-assistenziali di rilevanza strategica, lo sviluppo del processo di informatizzazione, la collaborazione con altre Aziende Sanitarie in diversi progetti di integrazione assistenziale, la promozione della qualità assistenziale e la qualificazione delle attività formative*, tutti obiettivi adeguati alle proprie modalità organizzative e gestionali ed allineati alle richieste regionali. La definizione e l'attuazione degli obiettivi aziendali in entrambe le Aziende, è avvenuta in modo sovrapponibile e con approcci differenti attraverso un processo molto formale e rigoroso. Questo processo di budgeting svolto secondo le proprie culture organizzative, ha responsabilizzato i managers costituendo a sua volta una leva motivazionale non solo per gli stessi manager ma anche per tutti gli operatori sanitari coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi. La definizione degli obiettivi ha facilitato la comunicazione e l'interazione tra manager e professionisti.

L'assegnazione degli obiettivi regionali alle Aziende Sanitarie di Padova e Verona costituisce una fase importante della programmazione sanitaria regionale che offre grande chiarezza alle aziende sulla tipologia di obiettivi da conseguire e le relative modalità e tempi di raggiungimento. Il processo di monitoraggio effettuato sia dalle Aziende e dalla Regione permette, a seconda della necessità, di riformulare o riadattare obiettivi aziendali agli indirizzi strategici regionali facilitando la valutazione delle performance aziendali. Gli obiettivi di integrazione socio-sanitaria costituiscono inoltre una leva importante della programmazione regionale in quanto le Aziende sono valutate anche per l'attività di integrazione svolta come l'integrazione dei PDTA o la condivisione di percorsi di presa in carico o dimissione dei pazienti. Nonostante gli obiettivi che valutano la collaborazione tra strutture sanitarie non siano di facile realizzazione, le Aziende Ospedaliere hanno valutato positivamente le azioni di integrazione con altre

aziende o strutture del SSSR perché ha facilitato l'implementazione di servizi integrati in rete tra le Aziende sanitarie assicurando risposte unitarie a bisogni complessi evitando funzioni improprie. L'integrazione ha costituito anche una opzione strategica importante sia dal punto di vista istituzionale che per l'aspetto gestionale aziendale e/o interaziendale. L'integrazione ha favorito lo sviluppo di collaborazioni tra professionisti sia all'interno delle Aziende che tra esse e le altre strutture sanitarie della provincia e/o provincie confinanti. La revisione organizzativa implementata da entrambe le Aziende Ospedaliere discende non solo dalla definizione di obiettivi strategici e prioritari avvenuta tra Aziende e Regione ma anche dalle capacità manageriali di guidare il cambiamento organizzativo.

La dimensione relativa che fa riferimento alle “*strutture, organizzazione a reti e meccanismi di integrazione*” ha evidenziato che in entrambe le Aziende Sanitarie è stato ridefinito in breve tempo il proprio assetto organizzativo secondo le indicazioni regionali, utilizzando il modello dipartimentale, in parte già sperimentato negli anni precedenti, e introducendo successivamente l'organizzazione per complessità assistenziale. Questa scelta organizzativa ha permesso alle Aziende Sanitarie una forte razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse umane, materiali e tecnologiche, di ottimizzare quantitativamente e qualitativamente l'assistenza sanitaria garantendo ai pazienti l'attuazione dei percorsi clinici ed una miglior continuità delle cure. Le strutture e la relativa organizzazione adottata dalle Aziende Ospedaliere hanno avuto estrema importanza nel processo di riorganizzazione al fine di garantire, mantenere ed innalzare i livelli qualitativi erogati di servizi ed assistenza sanitaria. L'analisi della struttura logistica ha avuto molta importanza nel momento in cui si è deciso il cambiamento organizzativo. L'avvio della riorganizzazione presso l'Azienda Ospedaliera di Verona è stata molto facilitata dalla costruzione di un intero presidio progettato con nuove logiche strutturali più adeguate alle nuove esigenze.

Il nuovo assetto organizzativo adottato dalle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona secondo la logica del Modello Hub & Spoke conferma gli aspetti positivi derivanti dall'applicazione del modello: razionalizzazione delle risorse, minima ridondanza dell'offerta di servizi e/o prestazioni sanitari, economia di scala,

riduzione dei costi migliore allocazione delle risorse tecnologiche e sviluppo di competenze specialistiche del personale sanitario. Questo nuovo assetto risponde inoltre ai requisiti di sicurezza e agli standard assistenziali qualitativi dell'assistenza ospedaliera secondo l'ultimo Patto della Salute 2014-2016.

L'organizzazione dipartimentale adottata dalle Aziende Ospedaliere ha facilitato l'integrazione di operatori e professionisti a livello aziendale e con altri professionisti delle strutture sanitarie del SSSR in un ottica reticolare. La dipartimentalizzazione ha rappresentato una soluzione organizzativa di integrazione e coordinamento delle risorse basato dalle interdipendenze non solo aziendali fortemente influenzate dal contesto di riferimento. Queste interdipendenze hanno influenzato la struttura organizzativa sia per la varietà di servizi che per la tipologia di assistenza. L'interdipendenza reciproca tra dipartimenti o tra aziende e strutture del SSSR ha richiesto un processo decisionale più intenso, riunioni e/o incontri tra UUOO più frequenti nonché livelli di comunicazione crescenti.

Entrambe le Aziende sanitarie hanno anche integrato l'organizzazione dipartimentale con altri modelli organizzativi come il Day Surgery, il Day Service, il Week Hospital. Queste soluzioni gestionali sono state applicate a livello locale ed introdotte per alcune aree specialistiche o per l'erogazione di alcune attività cliniche al fine di raggiungere principalmente obiettivi di maggiore appropriatezza clinica e di riduzione del tasso di ospedalizzazione come previsto dalla Regione Veneto. Queste scelte hanno consentito a livello Aziendale una consistente riduzione dei costi sia dovuta alla standardizzazione delle procedure sia per l'assenza dei costi di degenza, una miglior efficienza organizzativa, una ottimizzazione delle risorse impiegate nel processo diagnostico-terapeutico del paziente, una migliore presa in carico, una maggiore accessibilità ai servizi assicurando lo stesso livello qualitativo assistenziale delle cure.

Nel modello Hub & Spoke la continuità assistenziale può essere assicurata con meccanismi di integrazione tra strutture sanitarie e servizi assistenziali collocati in diversi livelli della rete sanitaria ospedaliera e territoriale. In entrambe le aziende, la gestione integrata del paziente ha richiesto l'implementazione di strumenti gestionali e modelli organizzativi professionali al fine di garantire la

continuità assistenziale attraverso l'impiego coordinato ed uniforme delle risorse. L'integrazione assicura disponibilità di competenze e di tecnologia, efficienza nell'utilizzo delle risorse oltre ad avere un impatto favorevole sull'utilizzo dei servizi, sui costi, sulla qualità delle cure, sulla soddisfazione e sugli effetti sulla salute.

Il sistema organizzativo delle Aziende Sanitarie Universitarie di Padova e Verona è caratterizzato da significativi livelli di complessità che hanno generato bisogno di integrazione. I meccanismi di integrazione e coordinamento non sono solo tra aziende ma anche tra professionisti.

L'integrazione verticale è effettuata con le Reti Cliniche e coinvolgono le Aziende Sanitarie e altre strutture sanitarie di provincia o regione del sistema sanitario che sono collocati su livelli differenti nella rete assistenziale. La definizione o il consolidamento delle Reti Cliniche strategiche regionali ha permesso alle Aziende Ospedaliere di avere maggiore chiarezza sia riguardo al ruolo svolto dalle Aziende stesse (come centro Hub o come centro Spoke) che riguardo alle funzioni assistenziali svolte anche in rapporto alle altre Aziende Sanitarie della stessa provincia o provincie confinanti nelle diverse tipologie di rete clinica. La gestione clinico-assistenziale di una specifica patologia tramite una Rete Clinica ha permesso non solo di utilizzare la struttura più idonea ma anche di sfruttare le competenze specialistiche e l'impiego più appropriato di risorse.

L'integrazione orizzontale invece ha messo in relazione le Aziende con altre strutture e/o professionisti posti sullo stesso livello gerarchico concentrando le competenze distintive nelle strutture sanitarie in rete. Questo tipo di integrazione ha diminuito le duplicazioni di servizi e/o prestazioni effettuate dalle strutture poste sullo stesso livello di cura. Questo livello di integrazione ha permesso alle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona ha favorito l'integrazione con le strutture territoriali. L'integrazione orizzontale è stata facilitata dall'utilizzo di strumenti e/o modelli come i PDTA, i gruppi multidisciplinari, gli strumenti di scambio informativo ed i modelli di ammissione e dimissione protetta. La predisposizione e/o il mantenimento di questi strumenti hanno richiesto un importante impegno sia per le Aziende ospedaliere che per i professionisti

coinvolti. L'approccio integrativo e di cooperazione tra strutture sanitarie ha richiesto buone capacità di adattamento dei professionisti e dell'organizzazione a lavorare in rete integrata. Questo approccio collaborativo ha evidenziato una ricaduta clinico-gestionali con una migliore soddisfazione del paziente.

I meccanismi di integrazione orizzontali e verticali sono stati anche integrati con attività di coordinamento e di collaborazione dei diversi nodi del sistema reticolare. L'integrazione tra le reti ha semplificato l'organizzazione funzionale e razionalizzato le risorse disponibili assicurando un buon livello di coordinamento come riscontrato già in letteratura.

Le Aziende Ospedaliere hanno raggiunto un buon livello di integrazione e collaborazione professionale, in modo particolare all'interno del proprio contesto aziendale, con le altre strutture sanitarie territoriali. Il supporto e lo sviluppo dei sistemi informativi ha anche facilitato il processo decisionale ed agevolato la condivisione multidisciplinare tra professionisti. La standardizzazione e l'informatizzazione delle procedure hanno permesso di migliorare il livello di interazione, collaborazione e confronto tra professionisti con notevoli ricadute di pratica collaborativa tra le varie UUOO dipartimentali.

La dimensione dei **“controllo dei costi, economia di scala e razionalizzazione delle risorse”** evidenzia che il modello dipartimentale adottato dalle Aziende Sanitarie di Verona e Padova ha consentito di raggiungere obiettivi economici attraverso il contenimento dei costi, la realizzazione di economia di scala, la riduzione delle duplicazioni dei servizi e la razionalizzazione dei fattori produttivi impiegati nelle attività sanitarie. La minimizzazione dei costi costituisce una regola valida per le aziende sanitarie remunerate a budget o a prestazioni favorendo l'integrazione dei fattori lungo il processo assistenziale e massimizzando i livelli di efficienza sia in ambito intraospedaliero che extraospedaliero. In particolare nell'AO di Padova il controllo dei costi è avvenuto con diverse strategie attraverso il “tetto dei costi” di alcuni fattori o con mappatura delle inappropriatezze di utilizzo delle risorse in alcuni settori specifici come la centralizzazione delle diagnostiche di laboratorio o con la riorganizzazione del personale amministrativo. In entrambe le esperienze si conferma la realizzazione di economie di scala attraverso la condivisione di

attività, di risorse tecnologiche, di risorse umane e organizzative, la realizzazione di gare d'acquisto di materiale di consumo o servizi.

Il sistema di acquisto di beni e servizi centralizzati non ha avuto un grande sviluppo a livello regionale quindi alcune Aziende Sanitarie come Padova e Verona si sono attivate per auto-garantirsi risorse a prezzi inferiori sfruttando le economie di scala per contenere e razionalizzare le proprie spese. La razionalizzazione ha permesso di migliorare l'efficienza gestionale dei fattori produttivi necessari per l'erogazione di assistenza sanitaria.

Per quanto riguarda **“*approccio interdisciplinare, integrazione multidisciplinare e competenze specialistiche*”** l'esperienza condotta dalle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona conferma che la riorganizzazione dipartimentale è stata strumentale alla riorganizzazione dell'attività assistenziale ospedaliera. Il modello dipartimentale ha consentito di coniugare sia la centralità dell'utente sia la valorizzazione dei professionisti. Ha favorito la razionalizzazione dei percorsi clinici, lo sviluppo di un approccio assistenziale interdisciplinare e lo sviluppo delle competenze professionali all'interno di un contesto di integrazione con la didattica e la ricerca.

L'organizzazione secondo il principio dell'intensità di cure in un contesto più ampio di organizzazione dipartimentale ha favorito la riprogettazione dei processi assistenziali, la specializzazione delle competenze, la collaborazione tra professionisti, la continuità delle cure. L'approccio integrato multidisciplinare ha consentito di introdurre, in particolare presso l'AOUI di Verona, nuovi modelli di lavoro interprofessionali e multidisciplinari, perché maggiormente sperimentata l'organizzazione dipartimentale. Lo scopo della nuova organizzazione che valuta l'intensità e la complessità delle cure è quello di garantire assistenza ottimale e appropriata ai pazienti con diverso grado di instabilità clinica e complessità assistenziale. I PDTA in questa riorganizzazione hanno rappresentato validi strumenti a supporto dei nuovi flussi logistici dei pazienti che descrivono il percorso migliore in termini di appropriatezza favorendo un'assistenza per processi. Questi strumenti condivisi sia all'interno delle Aziende o con altre strutture sanitarie hanno richiesto un grande impegno delle professionalità coinvolte nel piano assistenziale. La condivisione dei PSTA ha facilitato

l'integrazione delle competenze professionali con maggiori possibilità di standardizzare gli interventi sanitari. L'uniformità di tempi e modalità assistenziali ha permesso di recuperare da un lato efficacia assistenziale ed efficienza organizzativa e dall'altro garantito più continuità delle cure. Il cambiamento di approccio organizzativo ha consentito ai professionisti di avere maggiore autonomia organizzativa e professionale e valorizzato le competenze delle figure sanitarie coinvolte nel processo assistenziale.

La nuova organizzazione ha consentito di creare nuovi ruoli di coordinamento e integrazione assistenziale che garantiscono il processo di cura e la gestione integrata del paziente. Queste figure assicurano anche integrazione informativa a pazienti e famigliari e gestiscono i rapporti con i professionisti delle strutture territoriali garantendo la continuità assistenziale.

L'esperienza applicativa di questo approccio organizzativo ha messo con maggior evidenza nuove opportunità per i professionisti: *gli infermieri* hanno avuto l'opportunità di ampliare le proprie competenze specialistiche soprattutto nella gestione di pazienti con comorbidità ad elevata complessità nelle diverse aree dipartimentali, maggiore responsabilizzazione e autonomia professionale; *i medici*, in particolare, hanno visto cambiare la loro modalità organizzativa del proprio lavoro nonché la distribuzione degli spazi fisici dove operavano. L'esperienza medica ha evidenziato anche una maggiore responsabilizzazione e una migliore presa in carico del paziente e gestione assistenziale nel momento della dimissione. Non risulta chiaro invece di chi è la responsabilità finale del percorso clinico del paziente e questa area richiederebbe maggiore approfondimenti; i pazienti sebbene ricevono una maggiore continuità di cure e risposte più adeguate ai propri bisogni di salute hanno avvertito, rispetto al modello organizzativo precedente, una frammentazione dei punti di riferimento e delle informazioni sia per pazienti che per famigliari.

Nelle Aziende Ospedaliere questo approccio integrato ha consentito di superare logiche di collaborazione spontanee tra professionisti e tra UUOO che prima erano organizzate in forma divisionale o per organo/apparato. Le resistenze iniziali e pianificate dovute al cambiamento implementato sono state superate dai

professionisti attraverso incontri, confronti e condivisioni di scenari e momenti di formazione continua supportando il processo di cambiamento organizzativo.

Nella dimensione che riguarda *“utenti del sistema e la loro centralità”, comunicazione con gli utenti e tecnologie applicate, valore del servizio erogato*” emerge che in entrambe le Aziende Ospedaliere la “Centralità della persona” viene assunto come Valore di riferimento aziendale. L’interazione efficace tra paziente e operatori sanitari concorre a realizzare il Valore della centralità che viene garantita con diversa modalità attraverso l’utilizzo di strumenti come la *carta dei servizi, il consenso all’atto sanitario, il sistema di gestione dei reclami, le indagini di qualità percepita e la mediazione linguistico-culturale, le guide di orientamento del paziente* o la realizzazione di alcune iniziative quali *l’accoglienza presso la struttura assicurando la presa in carico globale del paziente, la corretta individuazione dei bisogni di salute, l’erogazione assistenziale con approccio integrato e multidisciplinare, la tutela della privacy e della riservatezza*. Gli strumenti e le iniziative hanno facilitato il rapporto con gli utenti del sistema e la presa in carico del paziente durante un percorso assistenziale che prevede l’integrazione di tutti gli operatori sanitari.

La comunicazione tra Aziende Ospedaliere e pazienti/utenti è finalizzata ad un maggior coinvolgimento e partecipazione al proprio percorso di cura. Le innovazioni digitali che hanno avuto un ruolo strategico nell’integrare processi assistenziali e comunicativi hanno garantito maggiore continuità, efficacia ed efficienza operativa.

Entrambe le strutture sanitarie di Padova e Verona hanno continuato a migliorare il proprio portale internet aziendale in linea con la necessità di miglioramento continuo dei servizi e delle informazioni rivolte ai cittadini-utenti. La sezione dedicata ai propri utenti costituisce uno strumento nel quale trovare informazione di varia natura riguardante la struttura sanitaria, i prodotti o servizi offerti dalle Aziende, l’organizzazione delle proprie attività assistenziali, i professionisti che partecipano all’erogazione dell’assistenza. Lo strumento ha previsto anche l’accesso dell’utenza ai diversi servizi sanitari e amministrativi o l’utilizzo di diversi applicativi per l’interazione con gli operatori sanitari.

Conclusioni

Negli ultimi anni i sistemi sanitari sono stati oggetti di grandi trasformazioni e profonde riorganizzazioni ritrovandosi ad affrontare sfide comuni sempre più pressanti: l'evoluzione degli scenari macro-economici e istituzionali di riferimento, i nuovi trend demografici ed epidemiologici, la crescente limitatezza delle risorse, lo sviluppo delle nuove tecnologie, l'incremento della spesa sanitaria e l'aumento della complessità dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Nel nostro paese, la riforma sanitaria del SSN iniziata negli anni novanta ha favorito un processo di rinnovamento dell'assistenza sanitaria introducendo nuove forme organizzative e gestionali, volte a migliorare efficacia ed efficienza assistenziale. Le riforme sanitarie hanno dato un forte impulso con decentramento organizzativo e finanziario, generando una forte regionalizzazione della sanità con differenti sistemi sanitari regionali. Le Regioni hanno introdotto nuovi soggetti gestionali, creato livelli di coordinamento intermedio tra regione e aziende sanitarie ed accentrati alcune funzioni strategiche a livello regionale mediante nuovi assetti istituzionali e nuove configurazioni organizzative.

La Regione Veneto, come tante altre Regioni, di fronte ad uno scenario di contesto in continuo cambiamento, ha voluto adattare il proprio Sistema Sanitario attraverso una ridefinizione delle linee di programmazione socio-regionale contenute nell'ultimo PSSR 2012-2016. In questa riorganizzazione è stata ripensata tutta la rete di offerta assistenziale indispensabile per migliorare i servizi e per rispondere in maniera più efficace alle esigenze di salute dei cittadini. In particolare e come sta avvenendo in altri sistemi sanitari regionali, il Veneto ha voluto rivedere la rete ospedaliera cercando di adeguare le proprie Aziende Ospedaliere alle necessità dei propri utenti, alla disponibilità di risorse umane e tecnologiche e alle necessità sociali ed economiche del proprio territorio. La riorganizzazione mediante l'implementazione del Modello Hub & Spoke è stata effettuata proprio in questa direzione ma ricollocando l'ospedale all'interno di una rete più ampia che coinvolge l'ambito territoriale ed i vari sistemi di integrazione.

La riorganizzazione della rete ospedaliera su due livelli gerarchici ha rappresentato per il SSSR Veneto una vera opportunità sia per preservare le sue eccellenze che per migliorare il funzionamento complessivo del sistema socio sanitario.

Le due Aziende Ospedaliere di Padova e Verona coinvolte dalla riorganizzazione regionale e considerate in questa indagine hanno effettuato importanti cambiamenti nel proprio assetto organizzativo con lo scopo di dare alle proprie strutture un ruolo diverso e più dedicato alla gestione delle sole acuzie così come richiesto dalla politica sanitaria Regionale. I risultati raggiunti da entrambe le aziende dimostrano quanto le scelte progettuali strategiche abbiano avuto importanti ricadute: un nuovo assetto organizzativo più de-verticalizzato, più flessibile, con maggiore interdipendenze tra le unità organizzative interne e/o strutture sanitarie della rete assistenziale. Le Aziende hanno saputo agire come strutture appartenenti ad un sistema sfruttando un network collaborativo con altre aziende per condividere risorse scarse e diventare più concorrenziali. La cooperazione intrapresa con altre Aziende Sanitarie o con le strutture territoriali attraverso la partecipazione e la collaborazione in diversi ambiti (continuità delle cure, reti cliniche, percorsi diagnostico-terapeutici, informatizzazione) ha permesso una maggiore condivisione di competenze, di infrastrutture e di interessi simili e/o complementari instaurando relazioni di scambio e legami multidimensionali. La riprogettazione organizzativa ha consentito di raggiungere e migliorare i rispettivi livelli di performance che riguardano le proprie attività assistenziali in coerenza con le strategie aziendali e le dinamiche del contesto di riferimento. Le scelte regionali di adottare un modello organizzativo di tipo dipartimentale considerando l'intensità di cura per il proprio sistema sanitario sono state volte a garantire un miglior livello di coordinamento delle reti assistenziali e delle attività sanitarie ospedaliere e territoriali, un più elevato livello qualitativo delle prestazioni, maggiore efficienza gestionale nonché la condivisione delle conoscenze e lo sviluppo delle competenze specialistiche. Queste scelte hanno comunque lasciato alle Aziende sanitarie ampi spazi di autonomia manageriali per definire i propri aspetti macro e micro strutturali che hanno permesso di evidenziare le proprie caratteristiche distintive. Questa

opportunità organizzativa sfruttata da entrambe le aziende ospedaliere, ha permesso di sviluppare e conseguire importanti fattori critici di successo come la razionalizzazione delle risorse, il potere contrattuale a livello regionale, la tipologia di assistenza specialistica, lo sviluppo dell'integrazione assistenziale con il territorio, la continuità assistenziale ed i processi di miglioramento gestionali, finanziari e qualitativi. Questi fattori confermano i risultati già evidenziati nelle varie esperienze condotte in diverse regioni ed evidenziano l'importanza delle varie dimensioni considerate nella progettazione organizzativa aziendale.

Il modello organizzativo dipartimentale adottato dalle Aziende costituisce una soluzione, al momento, che permette di recuperare più efficienza gestionale nei diversi setting assistenziali ed efficacia e appropriatezza dei processi di cura. L'approccio logistico-organizzativo per intensità di cure ha favorito l'integrazione dei percorsi di cura, una maggiore specializzazione di competenze professionali oltre ad una maggiore responsabilizzazione dell'equipe assistenziale. Questa modalità organizzativa sebbene sia molto complessa permette più facilmente l'integrazione con le reti cliniche o con altre strutture della rete assistenziale.

Le Aziende Ospedaliere hanno trovato in pochi anni una nuova identità organizzativa e la riorganizzazione attuata sembrerebbe orientata al presidio dell'efficienza gestionale, all'efficacia ed appropriatezza dei processi assistenziali e alla gestione delle competenze distintive dei professionisti sanitari e relativa integrazione multidisciplinare. Queste due Aziende hanno raggiunto importanti obiettivi di cambiamento organizzativo coniugando sia scelte strategiche aziendali che scelte Regionali. Tanti altri obiettivi si possono sviluppare ancora tenendo conto il contesto interno ma soprattutto il contesto esterno considerando i cambiamenti epidemiologici e l'andamento dei servizi socio sanitari attraverso i principali rapporti Regionali e Nazionali (Rapporto SDO, Relazioni socio sanitarie, Progetto Nazionale Esiti (PNE), Progetto Bersaglio, ecc.). Nella tabella successiva sono state schematizzate le principali Azioni realizzate dalle Aziende Ospedaliere e quelle che potrebbero ancora realizzare per raggiungere maggiori livelli di efficienza ed eccellenza.

Variabili organizzative	Azioni realizzate	Azioni da realizzare
Obiettivi strategici e programmazione dei servizi socio sanitari	Definizione degli obiettivi strategici, operationalizzazione, budgeting, assegnazione degli obiettivi, monitoraggio, misurazione e valutazione delle performance e rendicontazione	Collegare gli obiettivi strategici con il sistema premiante, secondo criteri di valorizzazione del merito e delle performance in coerenza con la normativa vigente.
Struttura interna	Sviluppo e consolidamento dell'organizzazione dipartimentale; Introduzione dell'organizzazione per intensità di cura; Integrazione del Modello dipartimentale con altri Modelli organizzativi (Day Service, Day Hospital, Week Hospital, Day Surgery).	Adeguare la struttura organizzativa agli indirizzi regionali; Consolidare l'organizzazione per intensità di cure; Integrare in modo flessibili l'utilizzo dei posti letto dipartimentali con altri Modelli organizzativi intraospedaliero e interaziendali. Assicurare la gestione della sicurezza in relazione al modello organizzativo adottato.
Organizzazione a reti	Sviluppare e consolidare le Reti Cliniche assistenziali di rilevanza strategica/prioritaria secondo gli indirizzi regionali	Completare lo sviluppo delle diverse Reti cliniche attivate con gerarchizzazione delle stesse, a seconda del ruolo e della funzione HUB o funzione Spoke Implementare reti cliniche interospedaliere; Aumentare le integrazioni con altre Aziende /Strutture Sanitarie
Meccanismi di integrazione	Continuare a sviluppare il Sistema informativo attraverso l'implementazione della Cartella Clinica Elettronica, l'Anagrafe Unico Regionale, le liste d'attesa per interventi chirurgici, il sistema del rischio clinico, il sistema informativo dell'area diagnostica di laboratorio, le firme digitali nella refertazione e nei documenti clinici, le prescrizioni specialistiche, i referti degli esami diagnostici e strumentali, visite specialistiche e dimissione; Sviluppare e consolidare l'implementazione dei PDTA; Gruppi Interdisciplinari. Modelli di Ammissione e Dimissione protetta con le strutture territoriali.	Sviluppare ICT nel Governo clinico in chiave interorganizzativa e intraorganizzativa; Consolidare l'utilizzo della Cartella Clinica informatizzata – Fascicolo Sanitario; Consolidare l'utilizzo dei PDTA già attivati e Sviluppare nuovi PDTA secondo gli indirizzi regionali; Attivare percorsi di cura brevi per alcune specialità cliniche (es. ORL, Oculistica, Ortopedia e dermatologia); Sviluppare nuovi pacchetti di diagnosi e cura. Consolidare i Modelli di Ammissione e Dimissione protetta nei due livelli di integrazione (verticale e orizzontale)
Controllo dei costi Economia di Scala Razionalizzazione delle risorse	Riduzione delle duplicazioni dei servizi; Centralizzazione delle diagnostiche di laboratorio e di radiologie; Riorganizzazione del personale amministrativo in ottica dipartimentale; Condivisione di attività, di risorse tecnologiche, di risorse umane a livello dipartimentale; Gare d'acquisto aziendale e sovra-aziendale per beni e servizi sanitari;	Eliminare le ridondanze e le duplicazioni di servizi assistenziali; Incentivare la promozione della Qualità e l'efficienza assistenziale; Monitoraggio della spesa del consumo di farmaci e dispositivi medici in relazione all'appropriatezza assistenziale; Implementare il "tetto di spesa" per le prestazioni sanitarie; Attivare la tracciabilità di tutte le fasi di logistica del farmaco e dei dispositivi medici; Implementare la valutazione degli esiti assistenziali secondo il PNE (Ministero della Salute).

Utenti + Centralità Comunicazione con gli Utenti	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidare la Presa in carico del Paziente - Modello di dimissione protetta 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementare il Patient Journey per la mappatura del percorso di cura; - Mantenere aggiornata la segnaletica/strumenti per gli utenti/pazienti.
Approccio interdisciplinare Integrazione multidisciplinare, Competenze specialistiche	<ul style="list-style-type: none"> - Riorganizzazione delle attività assistenziali; - Razionalizzazione dei percorsi clinici; - Riprogettazione dei percorsi assistenziali; - Specializzazione delle competenze; - Introduzione dei meccanismi di coordinamento organizzativo-clinico-assistenziale; 	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere maggiore responsabilizzazione degli operatori sanitari; - Assicurare la gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti; - Assicurare la condivisione delle professionalità tra strutture sanitarie; - Assicurare l'integrazione multidisciplinare nei diversi setting assistenziali; - Sviluppare e consolidare i ruoli organizzativi tra gli operatori sanitari; - Assicurare piani formativi multidisciplinare per valorizzare le competenze; - Valorizzare le competenze specialistiche anche attraverso la valutazione delle performance.

Figura 21. Variabili organizzative e Azioni

Questo lavoro di ricerca ha coinvolto la prima linea manageriale di conseguenza i risultati conseguiti sebbene siano ricchi dal punto di vista contenutistico e offrano spunti interessanti sul cambiamento organizzativo, da una visione parziale delle esperienze condotte dalle Aziende di Verona e Padova.

Questo lavoro ha sempre un valore esplorativo e descrittivo quindi lascia aperte possibilità di condurre successivamente ulteriori lavori di ricerca che coinvolgano non solo altri livelli organizzativi aziendale ma anche gli utenti del sistema che completino con altre prospettive interessanti. Questo lavoro condotto in un contesto di continuo cambiamento lascia aperte anche possibili ipotesi di ricerca futura indirizzati a verificare la validità del modello dipartimentale dal punto di vista clinico nonché il relativo outcome sul paziente, la relazione tra assetti organizzativi e ricadute assistenziali e tra modello organizzativo e sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari, oltre a conoscere il costo assistenziale del modello organizzativo dipartimentale comparato con altri modelli organizzativi assistenziali.

Bibliografia

- Agranoff, R., McGuire, M., (2001). Big questions in public network management research. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 11(3): 295-396.
- Alberti V.F., Tozzi V., Pinelli N., Sartirana M., (2012). *Il ruolo delle Aziende Sanitarie nelle reti cliniche in Italia*. Osservatorio FIASO. Roma.
- Alexander, J.A., Lee, S.D., Bazzoli, G.J. (2003). Governance Arrangements in Health Networks and Systems. *Health Care Management Review* 28:228-242 Applied Network Analysis, Plenum, New York.
- Amatucci, F., Lecci, F., Marsilio, M. (2007). *Le sperimentazioni gestionali per i servizi core: ricognizione delle esperienze e analisi di due casi*, in Anessi Pessina, E., Cantù, E. (a cura di), Rapporto OASI 2006. Egea.
- Anessi Pessina, E., Cantù, E. (2007). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Rapporto OASI 2007. Egea.
- Associazione Italiana Sistemi Informativi in Sanità [AISIS], (2013). *“Valutazione del “valore” determinato dall’utilizzo di ict in sanità: un modello sostenibile”*. Roma.
- Baggio, T. (2012). *Rapporto Statistico 2012. Il Veneto si racconta, il Veneto si confronta*. Progetto Regione del Veneto, Venezia.
- Bailey, K. D. (2006). *Metodi della ricerca sociale*. Vol. I e II, Bologna: Il Mulino.
- Bariletti A., France G. (1997), *“Economia della sanità: alcuni sviluppi tematici e punti controversi”*, in A. Petretto (a cura di) *Economia della Sanità*, Il Mulino: Bologna.
- Belligoni, M. (2010). *Attività, esiti e prospettive dei lavori della Cabina di Regia regionale per l'integrazione socio-sanitaria*. ASUR, Regione Marche.
- Bertin, G., Menegazzi, E., Caracci, G., Angelastro, A., (2013). *Cure Primarie: esperienze regionali a confronto. [I Sistemi Sanitari nelle Regioni Italiane: elementi di differenziazione]*. *Rivista Monitor* n. 33. Anno XII. AGENAS. Roma.

- Besanko D., Dranove D., Shanley M., (2013). *Economia dell'Industria e Strategie d'Impresa*. Cap. 9. Posizione strategica e vantaggio competitivo. 2da ed. Torino: Isedi.
- Bloomberg, (2014). *Most Efficient Healthcare 2014: Countries*. [Online] Disponibile: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries>. (consultato, Novembre 2014).
- Boni, S. (2007), *I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali*, ricerca realizzata da Mapelli, V., con la collaborazione di De Stefano, A. et al., Roma: Formez.
- Borgonovi, E. (2000). Governare l'amministrazione pubblica con il sistema a rete. *Azienda Pubblica* n.4.
- Borgonovi, E. (2002). *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni*. Milano: Egea.
- Burghouwt, G., Hakfoort, J.. (2001). The evolution of the European aviation network, 1990–1998. *Journal of Air Transport Management*, 7 (5), 311-318.
- Caccia C. (2000). Management e information technology: un possibile percorso di qualificazione del mercato tecnologico e delle aziende sanitarie. *Mecosan*, n. 36.
- Campedelli, M., Carrozza, P., Rossi, E., (2009). *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*. Bologna: Il Mulino.
- Cappellaro, G, Marsilio, M. (2007). Le collaborazioni pubblico privato per la gestione dei servizi sanitari: alcune riflessioni alla luce della ricognizione delle esperienze a livello internazionale e nazionale. *Mecosan*, 16 (63).
- Carradori, T., Bravi, F., Altini, M., (2010). Le reti: opportunità per una migliore composizione tra le ragioni della qualità e quelle dell'efficienza. *Medici manager*. Vol.1, 22-27.
- Carswell P., Manning B., Long J., Braithwaite J., (2014). Building clinical networks: a developmental evaluation framework. Vol 23:422-427. *British Medical Journal*, Quality & Safety.
- Cassell, C.M., Symon, G. (1994). *Qualitative Methods in Organizational Research*. London: Sage.

- Cassell, C.M., Symon, G. (2004). *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*. London: Sage.
- Cattaneo C. (1999). *La riorganizzazione dei sistemi sanitari in Europa: finanza, marketing e produzione in sanità*. Milano: Giuffrè Editore.
- Cepiku, D., Ferrari, D., Greco, A. (2006). Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie. *Mecosan*, n.57, pp.17-36.
- Chiarella F., (2008). *Le competenze dei Centri Hub e dei Centri Spoke: come integrarle?*. Prima Convention delle UTIC Lombarde. Gravedona. Italia.
- Cicchetti, A., Cipolloni, E., De Luca, A., Mascia, D., Papini, P., Ruggeri, M. (2005). *L'analisi dei network organizzativi nei sistemi sanitari: il caso della rete di emergenza della Regione Lazio*. Atti del Convegno Nazionale della Associazione Italiana di Economia Sanitaria, Genova 10-11 novembre 2005.
- Cicchetti, A.. (2002). *L'organizzazione dell'ospedale: fra tradizioni e strategie per il futuro*. Roma: Vita e pensiero.
- Clements B, Coady D, Sanjeev G., (2012). *The economics of public health care reform in advanced and emerging economies*. International Monetary Fund, Washington DC.
- Commissione U.E., (2005). *Analysis of the european air transport industry 2003*. Annual Report.
- Comunication from the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic and social Committee and The Committee of the Regions, (2013). *Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020*”.
- Cook G.N., Goodwin, J., (2008). Airline Networks: A comparison of Hub-and-Spoke and Point Systems Airline Networks. *Journal of Aviation/Aerospace Education&Research.*, Vol.17, n.2.
- Corbetta, G. (2003). *La ricerca sociale: metodologia e tecniche*, Vol. I e III, Bologna: Il Mulino.
- Daft R.L. (2010). *Organizzazione Aziendale*. 4a ed. Milano: Apogeo.
- Dash P., Llewelyn C, Richardson B., (2009). *Developing a regional health system strategy*”. McKinsey.

http://www.mckinsey.com/insights/health_systems_and_services/developing_a_regional_health_system_strategy, consultato 03/08/2014.

- De Luca A., (2008). *Marketing bancario e metodi statistici applicati*. Vol III, Modelli di Mercato: Marketing relazionale, concessione credito, competitività, risorse umane. Milano: Franco Angeli.
- Dubois C, Mc Kee M, Nolte E., (2006). *Human Resources for Health in Europe*. England: Open University Press.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Eisenhardt, K. M. e Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases: opportunities and challenges. *Academy of Management Studies*, 50 (1), 25-32.
- European Commission, (2008). *LIBRO VERDE relativo al personale sanitario europeo*. Strasbourg.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, (2008), “*Working Conditions of an Ageing Workforce*”, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- European Commission, (2011). *Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020*. Strasbourg.
- European Commission, (2012). *Action Plan for the EU Health Workforce*. Strasbourg.
- European Commission - Directorate general for economic and financial affairs. (2012). *The 2012 ageing report: economic and budgetary projections for the EU27 member states (2010-2060)*. Joint report prepared by the European commission (DG ECFIN) and the Economic policy committee (AWG), European Economy 2/2012, European Union, Brussels, 2012 (provisional version).
- Fattore, G. (2004). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: la prospettiva dei consulenti*. Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), Rapporto OASI 2004.
- Fattore, G., Longo, F. (2002). *Le tendenze evolutive nei sistemi regionali: analisi di alcuni Piani sanitari rappresentativi*, in Anessi Pessina E. e Cantù E.

- (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia – Rapporto Oasi 2002*, Milano, Egea.
- Forte, E., Siviero L., (2006). *Logistica economica, intermodalità e modelli di rete*. XVIII Riunione scientifica I trasporti e il mercato globale. Società italiana degli economisti dei trasporti. Trieste 29-30 giugno- 1 luglio 2006. Facoltà di Economia. Università degli studi di Trieste.
 - Fuchs, V. (1998a). *Provide, Provide: the Economics of Aging*. NBER Working Paper, n. 6642.
 - Fuchs, V. (1998b). *Health Care for the Elderly: How Much?, Who Will Pay for It?*, NBER Working Paper, n. 6755.
 - Fuolega, F. (2012). *Origini e Storia del Sistema Socio Sanitario Regionale*. Regione del Veneto. Segreteria Regionale per la Sanità, Direzione Controlli e Governo SSR. http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=17d630a3-3e59-4754-8b3b-a2ac2b427e1e&groupId=10793, ultima cons. 15/10/2013.
 - Galdiero, C., Cicellin, M. (2009). *L'evoluzione dei modelli di governance nel sistema sanitario italiano*, pp. 121-160, in Mercurio R., Martinez, M. “*Modelli di governance e processi di cambiamento nelle public utilities*”. Milano: Franco Angeli.
 - Galluzzo, L., Gandin, C., Ghirini, S., Scafato, E. (2012). *L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?*. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
 - Ghirardini, A. (2011). *La centralità del paziente nell'organizzazione sanitaria*. Supplemento di *Politiche Sanitarie*, n.1, gennaio-marzo. Roma: Il Pensiero Scientifico.
 - Gillen, D. (2006). *Airlines Business Models and Networks: regulation, competition and evolution in Aviation markets*. *Review of network economics*, Vol. 1. Issue 4.
 - Goodwin, N., Peck, E., Freeman, T., Posaner, R. (2004). *Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors*. Final report to the NHS SDO R&D Programme. University of Birmingham. Birmingham: Health Services Management Centre.

- Govindarajan, V, Rammamurti, R., (2013). Delivering World Class Health Care affordably: innovative hospitals in India are pointing the way. *Harvard Business Review*. November.
- Grosso, A., Schenone, M., Teichmann, D., (2010). Il modello Hub and Spoke applicato alla logistica distributiva. *Logistica Management*. vol. 207 n. 207, pp. 39-44.Ed. Temi.
- Guiducci U., (2003). La rete cardiologica ospedaliera secondo il Modello Hub & Spoke. *Giornale Italiano di Aritmologia Cardiostimolazione*. Vol 6, n.3: 158-162.
- Guiducci U., (2008). *La rete integrata di servizi (Hub & Spoke)cardiologica e cardiocirurgia*. ANMCO. Emilia Romagna.
- Ham,C., Imison, C., Goodwin, N., Dixon, A., South, P., (2011). *Where next for the NHS reforms? The case for integrated care*. The King's Fund. London. Disponibile <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/where-next-nhs-reforms-case-for-integrated-care-ham-imison-goodwin-dixon-south-kings-fund-may-2011.pdf>
- Hayes, J., (2010). *The Theory and Practice of Change Management*. Fourth Edition. England: Palgrave Mcmillan.
- Health Workers for all and all for health works, (2004). *Health worforce shortages and international mobility in the EU*. EU:Taalcentrum-VU
- Hurley R. (1993). The Purchaser-Driven Reformation in Health Care: Alternative Approaches to Leveling Our Cathedrals. *Frontiers of Health Services Management*, 9:5-35.
- Istat, (2007). *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari: statistiche brevi-Anno 2005*.
- Jun-Hyuk, K., (2012). Designing hub-and-spoke school bus transportation network: a case study of wonkwang university. *Traffic&Transportation*, Vol. 24, 2012, No. 5, 389-394.
- Kim J., Soh S, (2012). Designing Hub-and-Spoke School Bus Transportation Network: A Case Study of Wonkwang University. *Promet–Traffic&Transportation*, Vol. 24, 2012, No. 5, 389-394.

- Lega F., (1998). Scelte strategiche e definizione dei confini dell'ospedale. Dalla struttura focalizzata alla struttura a rete. *Organizzazione Sanitaria*, 1: 43-66.
- Lega F.,(2006). *Vincere la resilienza al cambiamento: come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica e del cambiamento organizzativo*” in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), Rapporto OASI 2006.
- Lega, F., (2002). *Gruppi e reti aziendali in sanità*. Milano: Egea.
- Lega, F., Mauri, M., Prenestini, A.,(2010). *L'ospedale tra presente e futuro*. Milano: Egea.
- Levin S., White P.E. (1961). Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationships. *Administrative Science Quarterly*, 5:583- 601.
- Longo F., Del Vecchio M., Lega F., (2010). *La sanità futura: come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie*. Milano: Egea.
- Longo, F. (2011). *Reti socio sanitarie e strumenti di integrazione: quale ruolo per il distretto?*. Quaderni Monitor. AGENAS.
- Luzio, M., (2004) . *Aspetti tecnici e gestionali dei trasporti aerei*. Corso di tecnica dei trasporti presso. Università IUAV di Venezia.
- Maccarini, M., (2006). Hospital-based health technology assessment: analisi di 5 casi di studio nel Network Italiano di Health Technology Assessment (NIHTA). *Tendenze nuove*, Vol.1, 19-46.
- Mapelli, V. (2007). I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali. Roma *Quaderni Formez*, n. 57.
- Mascia, D. (2009). *L'organizzazione delle reti in sanità. Teoria, metodi e strumenti di social network analysis*. Milano: Franco Angeli.
- McKee, M., Healy J.,(2011). The changing role of the hospital in Europe: cause and consequences. *Clinical Medicine*, vol.1, 4.
- Meneguzzo M., Cepiku D. (2008). *Network pubblici: strategia, struttura e governance*. Milano: McGraw Hill.
- Meneguzzo, M. (2003). *Le reti sanitarie multiospedaliere e multiservizi:esperienze e prospettive disviluppo nelle aree metropolitane*, in

- Dirindin, N. Cooperazione e competizione nel sistema sanitario. Bologna: Il Mulino.
- Meneguzzo, M. (2005) . Creazione di valore e sviluppo del capitale sociale: la sfida per il sistema della Pubblica amministrazione italiana. *Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale*, vol. 11-12.
 - Meneguzzo, M. Tanese, A., (2001). Sistemi sanitari regionali e capacità di innovazione delle aziende sanitarie : una periferia in movimento. *Management ed Economia sanitaria*, n 37.
 - Meneguzzo, M., (1996). *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*. Milano: Egea.
 - Meneguzzo, M., Zeolla, G., (2007). *Reti integrate e strategie di intervento nel settore culturale in Cantone Ticino*. Economia della cultura n.2.
 - Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008.
 - Ministero della salute (2009). Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. “*Patto per la salute – Triennio 2010-2012*”. Roma.
 - Ministero della salute (2010). *Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica, strutturale nell’assistenza alle malattie del sistema cardiovascolare*”. Quaderno del Ministero della Salute n.1, Gennaio-Febbraio. Roma.
 - Ministero della Salute (2010). *Piano Sanitario nazionale 2011-2013*. Roma.
 - Ministero della Salute (2014). Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. “*Patto della salute triennio 2014-2016*”. Roma
 - Miolo Vitali, P., Nuti, S. (2003). *Ospedali in rete e reti di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*. Milano: Franco Angeli.
 - Mottura, P., (2011). *Banche: strategie, organizzazione e concentrazioni*. Egea, Milano,
 - Moynihan, B., Davis, D., Pereira, A., Cloud, G., Markus, H., (2010). Delivering regional thrombolysis via Hub and Spoke Model. *Journal of the Royal Society in Medicine*. Vol 103, 363-369.
 - Muti, M. (2001). *Le gestioni aeroportuali*. Studi e analisi finanziaria di settore. IntesaBCI. Milano.

- Mutti, P., (2007). *Il network ci avvicina al paziente*. La Repubblica, 02 luglio 2013.
- Neri S., (2006). *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna: Concorrenza, cooperazione, programmazione*". Milano: Franco Angeli.
- Nobilio, L., Fortuna, D., Vizioli, M., Berti, E., Guastaroba, P., Taroni, F., Grilli R., (2004). Impact of regionalisation of cardiac surgery in Emilia Romagna. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol 58, 97-102.
- Noe, R.A., (2012). *Gestione delle risorse umane*. Seconda edizione. Milano:Apogeo.
- O'Toole, L. (1997). Treating networks seriously: practical and research based agendas. *Public Administration Review*, Vol. 57, n. 1.
- OECD, (2004). *Ageing and employment policies*.
- OECD, (2006), "Projecting Oecd health and long-term care expenditures: what are the main drivers?", Economics department working papers, no. 477.
- OECD, (2006). *Live longer, work longer*. Disponibile all'indirizzo: www.oecd.org.
- OECD, (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- Pammolli F, Riccaboni M, Magazzini L., (2012). The sustainability of European health care systems: beyond income and aging. *European Journal of Health Economy*, 13 (5): 623-634.
- Pointer D., Alexander J., Zuckerman H. (1994). Loosening the Gordian Knot of Governance in Integrated Health Care Delivery Systems. *Frontiers of Health Services Management*, 11:3-37.
- Politecnico di Milano, (2014). *Osservatorio ICT in sanità. Innovazione digitale in Sanità: l'ICT non basta!*. Osservatori.net digital innovation. Milano.
- Porter, M. (1987). *Il vantaggio competitivo*. Milano: Egea.
- Pozzi M., (2010). *Modalità di gestione nelle cure primarie*. Atti del Convegno Nazionale di Fiuggi – La salute come bene comune nel welfare delle opportunità.
- Quaderni Formez. (2007). *L'osservatorio delle pratiche sanitarie*. Roma.

- Queensland Government, (2010). *A definition of a rural model of health service delivery: A 'hub and spoke' (service partner) model*. Commonwealth Government. Canberra.
- Rapporto ABI LAB (2013). *Scenario e trend del mercato ICT per il settore Bancario*. Milano.
- Ravagnani R., (2000). *Information Technology e gestione del cambiamento organizzativo*. Milano: Egea.
- Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K., (2007). *Decentralization In Health Care: Strategies And Outcomes*. Open University Press. McGraw Hill.
- Sengupta R. (2013). *Sustainable and inclusive innovations in health care delivery – A business model perspective*. Giz India & CII-ITC. India: Centre of excellence for Sustainable Development.
- Shortell S. M., Kalunzny A.D. (2000). *Health care management: organization design and behavior*. 4th, Albany: Delmar.
- Shortell S., Gillies R., Anderson D. (1994). The new world of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems. *Health Affairs*,13:46-64.
- Stake R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Stake, R. E. (2005). *Qualitative case studies*. In N. K. Denzin, & Y.S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 443-466). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stake, R.E. (1994). *Case studies*. In N. K. Denzin, & Y.S Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stanley, M., (2002). European Airlines: Industry Overview. *Transportation Journal*, 30, 4, 20-33.
- Starweather, D.B. (1990). Competition, Integration and Diversification: Seven Hospitals of Growthville (U.S.A.). *Journal of Health Administration Education*, 8(4):519-570.
- Taylor, R., (2014). *The spoke before the Hub*. <http://www.myhealthcareexecutive.org/content/spoke-hub-0>, consultato il 03/08/2014.

- Tognetti M., Ornaghi A. (2010). La regionalizzazione dei sistemi sanitari fra pubblico e privato. *Conferenza annuale ESPAnet Italia 2010*. Sessione n.7. Napoli.
- Ugolini C., Nobile L. (2003). *Vertical integration and contractual network in the cardiovascular sector: the experience of the Italian region Emilia Romagna. International Journal of Integrated Care*. Vol 3.
- Wakeman et al., (2008). Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. *BMC Health Service Research*, Vol.8:276.
- Wakeman et al., (2009). Features of effective primary health care models in rural and remote Australia: a case-study analysis. *The Medical Journal of Australia*, 191 (2): 88-91.
- Wei W., Hansen M., (2006). *An aggregate demand model for air passenger traffic in the hub and spoke model. Transportation Research. Part A* 40, 841-851.
- West D. M., (2004). E-Government and the Transformation of Service Delivery and Citizen Attitudes. *Public Administration Review*, 64: pp.15-27.
- World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary. Versione tradotta e pubblicata dal Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS. Regione Piemonte: http://dors.it/alleg/newcms/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf
- WHO, (2000). *Health Systems: improving Performance*. The world health report 2000.
- WHO Regional Office for Europe, (2007). *Health workforce policies in the European Region*. Copenhagen.
- Yin, R. K. (1989). *Case studies research: design and methods*. Newbury Park: Sage.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research. Design and Methods*. London and New Delhi: Sage.
- Yin R.K. (2005). *Lo studio di caso nella ricerca scientifica: progetto e metodi*. Roma: Armando Editori.

- Zanella R., (2011). *Manuale di economia sanitaria*. Ed. Maggioli. Collana Università.
- Zangrandi, A. (2008). *I cittadini e i servizi sanitari. Regioni a confronto*. Milano: Guerini e Associati.
- Zuckerman, S., J. McFeeters (2006). *Recent growth in health expenditure*. The Commonwealth Fund, Commission on High Performance Health System, disponibile sul sito www.cmwf.org .

Riferimenti Legislativi

- Articolo Costituzionale, n. 32, 22 dicembre 1947, in materia di “Diritti e doveri dei cittadini”.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”.
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”.
- Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 “Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421”.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 08 gennaio 1999 “Individuazione dell’Azienda Ospedaliera di Padova quale ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione”.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 gennaio 1999 “Individuazione dell'azienda ospedaliera di Verona quale ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione”.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n.229, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".
- Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 300 "Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59".
- Decreto Legislativo n. 517 del 21 dicembre 1999, “Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'art. 6 della Legge n. 419 del 30.11.1998”.
- Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 “Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133”.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 24 maggio 2001 “Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517”

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano intesa 23 marzo 2005 “Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311”.
- Decreto Legislativo 13 settembre 2012, n.158, in materia di “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”.
- Legge 16 Novembre 2001, n. 405 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”.
- Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012, convertito con modificazioni in Legge n. 189 del 08 novembre 2012, “Conversione in legge, con modificazioni, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”

Riferimenti Normativi Regione Veneto

- Deliberazione del Consiglio Regionale del Veneto n. 912 del 09 giugno 1989, “Convenzione tra la Regione Veneto e l’Università degli studi di Padova per gli anni 1989/1991”;
- Convenzione attuativa Università di Padova e ULSS 21 del 20 giugno 1991 “Rapporti tra l’Università degli Studi di Padova e l’Unità Locale Socio-Sanitaria di Padova in attuazione della Delibera del Consiglio Regionale n. 912 del 09 giugno 1989.
- Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 55 “Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", e successive modificazioni con il decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517”.
- Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 56 “Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre

- 1992, n. 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517".
- Legge Regionale 3 febbraio 1996, n. 5, in materia di "Piano Socio-Sanitario Regionale per il Triennio 1996-1998".
 - Legge Regionale 3 ottobre 1997, n. 72 "Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio - assistenziali e socio - sanitari integrati".
 - Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 3574 del 21 dicembre 2001, "Modifiche alla DGR n. 1742 del 25.05.99 ad oggetto "Disposizioni per l'istituzione ed il funzionamento dei Dipartimenti e delle aree omogenee per le Aziende UU.LL.SS.SS. ed Ospedaliere".
 - Legge Regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali".
 - Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale".
 - Deliberazione del Consiglio Regionale n. 140 del 14 dicembre 2006, "Protocollo d'Intesa tra la Regione Veneto e le Università degli Studi di Padova e Verona".
 - Legge Regionale 7 agosto 2009, n. 18, modifiche alla legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione" e alla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.
 - Legge Regione Veneto del 7 agosto 2009, n. 18 Modifiche alla legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione" e alla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia

sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 3345 del 10 novembre 2009 “Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, articolo 4 bis, Aziende Ospedaliere - Universitarie Integrate (AOUI). Determinazioni relative alla costituzione dell'AOUI di Verona”.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 3140 del 14 dicembre 2010 “Assegnazione obiettivi per gli anni 2011-2012 alle Aziende ULSS del Veneto.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 2369 del 29 dicembre 2011 “Integrazione obiettivi per l’anno 2012 alle Aziende ULSS del Veneto”
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 403 del 16 marzo 2012 “Disposizioni in materia di personale delle aziende ed enti del servizio sanitario regionale”.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 998 del 5 giugno 2012 “Adozione nuovo schema del piano dei conti del Conto Economico obbligatorio per le aziende sanitarie del Veneto”.
- Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23 “Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016”.
- Legge Regionale 23 dicembre 2012, n. 46. “Norme in materia di programmazione socio-sanitariae approvazione del Piano Socio-sanitario regionale 2012-2016”. Allegato A.
- Piano Socio sanitario Regione Veneto 2012-2014
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 68/CR del 18 giugno 2013, “Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale della unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016 Richiesta di Parere alla Commissione Consiliare. Art. 9, c. 1, ed art. 10, c. 1, L.R. 23/2012”.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 975 del 18 giugno 2013, “Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l’organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l’organizzazione del Distretto Socio

- Sanitario. Articoli 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.Lgs 502/1992 e s.m.e.i. L.R. 29.06.2012, n. 23”
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 112/CR del 12 agosto 2013 “Istituzione della Rete Oncologica Veneta secondo i principi del PSSR 2012-2016”.
 - Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 2067 del 19 novembre 2013, “Istituzione della Rete Oncologica Veneta (ROV). Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016.
 - Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 2122 del 19 novembre 2013, “Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016.
 - Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 2271 del 10 dicembre 2013, “Nuove disposizioni in tema di "Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.e i.. L.R. 29 giugno 2012, n. 23”
 - Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 2634 del 30 dicembre 2013, “Approvazione del documento di indirizzo sul Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale- Territorio. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016 (L.R. n. 23 del 29 giugno 2012)”
 - Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 155 del 13 febbraio 2014 pagina 52 di 79 Atto Aziendale Azienda Ospedaliera di Padova pubbliche e private accreditate e definite le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie.
 - Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 1237 del 16 luglio 2013 “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l’Azienda Ospedaliera di Padova, l’Azienda

Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e l'IRCCS 'Istituto Oncologico Veneto' – anno 2013”

- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 2533 del 20 dicembre 2013 “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e l'IRCCS 'Istituto Oncologico Veneto' – anno 2014.
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 2857 del 20 dicembre 2013 “Disposizioni in materia di personale del SSR per l'anno 2014”
- Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 693 del 14 maggio 2013 “Determinazione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ULSS, Ospedaliere e dell'IRCCS Istituto Oncologico Veneto (IOV)”

Documenti Aziende Ospedaliere Universitarie di Verona e Padova

- Azienda Ospedaliera di Padova - Delibera del Direttore Generale n. n. 420 del 09 maggio 2013 “Adozione del Documento di Direttive per l'anno 2013.
- Azienda Ospedaliera di Padova – Libro Bianco – Aprile 2013.
- Azienda Ospedaliera di Padova – Piano Aziendale Triennale 2013-2015.
- Azienda Ospedaliera di Padova - Delibera del Direttore Generale n. 155 del 13 febbraio 2014 – “Adozione dell'Atto aziendale, in attuazione delle disposizioni di cui alla Deliberazione Giunta Regionale Veneto n. del 10 dicembre 2013”.
- Azienda Ospedaliera di Padova – Documento delle Direttive Anno 2014.
- Azienda Ospedaliera di Padova – Delibera del Direttore Generale n.108 del 29 gennaio 2015 “Adozione del Piano delle Performance anno 2015-2017”.
- Azienda Ospedaliera di Padova - “Regolamento dei dipartimenti ad attività integrata (DAI) dell'azienda ospedaliera - Università di Padova”.
- Pre-intesa tra Regione Veneto e le Università degli Studi di Padova e Verona per la stipula del “Protocollo di intesa”, approvata dalla Giunta Regionale con Delibera 28 febbraio 2006, n. 21/CR e dal Consiglio Regionale con Delibera del 14 dicembre 2006 n. 140 Intesa sui principi fondanti e specifici contenuti attuativi per la costituzione dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Integrata di

Verona propedeutica alla sottoscrizione del Protocollo attuativo locale, sottoscritta il 30 gennaio 2006.

- Protocollo attuativo del 24 giugno 2008, sottoscritto dall'Università degli Studi di Verona e dall'Azienda Ospedaliera di Verona.
- Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Delibera del Direttore Generale n.365 del 2 luglio 2010. Atto Aziendale 2010.
- Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Delibera del Direttore Generale n.40 del 31 gennaio 2014. Piano della Performance 2012-2014 Piano Triennale di Valutazione degli obiettivi 2012-2014.
- Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Delibera del Direttore Generale n.405 del 30 giugno 2014. Relazione sulla Performance 2013.
- Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona – Atto Aziendale – Delibera del Direttore Generale n.634 del 17 ottobre 2014 approvato dal DGR della Regione Veneto n. 167 del 06 ottobre 2014.
- Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata – Verona. Deliberazione del Direttore Generale n. 35 del 30 gennaio 2015. Piano della Performance 2015 – 2017. Piano Triennale di Valutazione degli Obiettivi.

Riferimenti Normativi Regione Toscana

- Legge Regionale 24 febbraio 2005, n.40, in materia di “Disciplina del Servizio Sanitario Regionale Toscano”.
- Legge Regionale 10 novembre 2008, n. 60 “Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale)”.
- Legge Regionale 3 febbraio 1996, n. 5, in materia di “Piano Socio-Sanitario Regionale per il Triennio 1996-1998”.
- Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale”.

Riferimenti Normativi Regione Lombardia

- Delibera della Regione Lombardia 14 marzo 2002, n.VII/462. Piano Socio Sanitario regionale 2002.

- Delibera della Regione Lombardia 26 ottobre 2006, n.VIII/0257. Piano Socio Sanitario 2007-2009.
- Deliberazione della Regione Lombardia 16 novembre 2011, n. IX/2505, in materia di “Linee di Indirizzo per la programmazione sociale a livello locale”.
- Relazione Corte dei Conti. Sezione regionale di controllo per la Lombardia. Relazione sulla spesa sanitaria Regionale 2011.
- Programma Regionale di Sviluppo 2013/2018. Regione Lombardia.
- Regione Lombardia. (2014). Libro Bianco sullo Sviluppo del sistema socio sanitario in Lombardia. Un impegno comune per la salute. Milano.

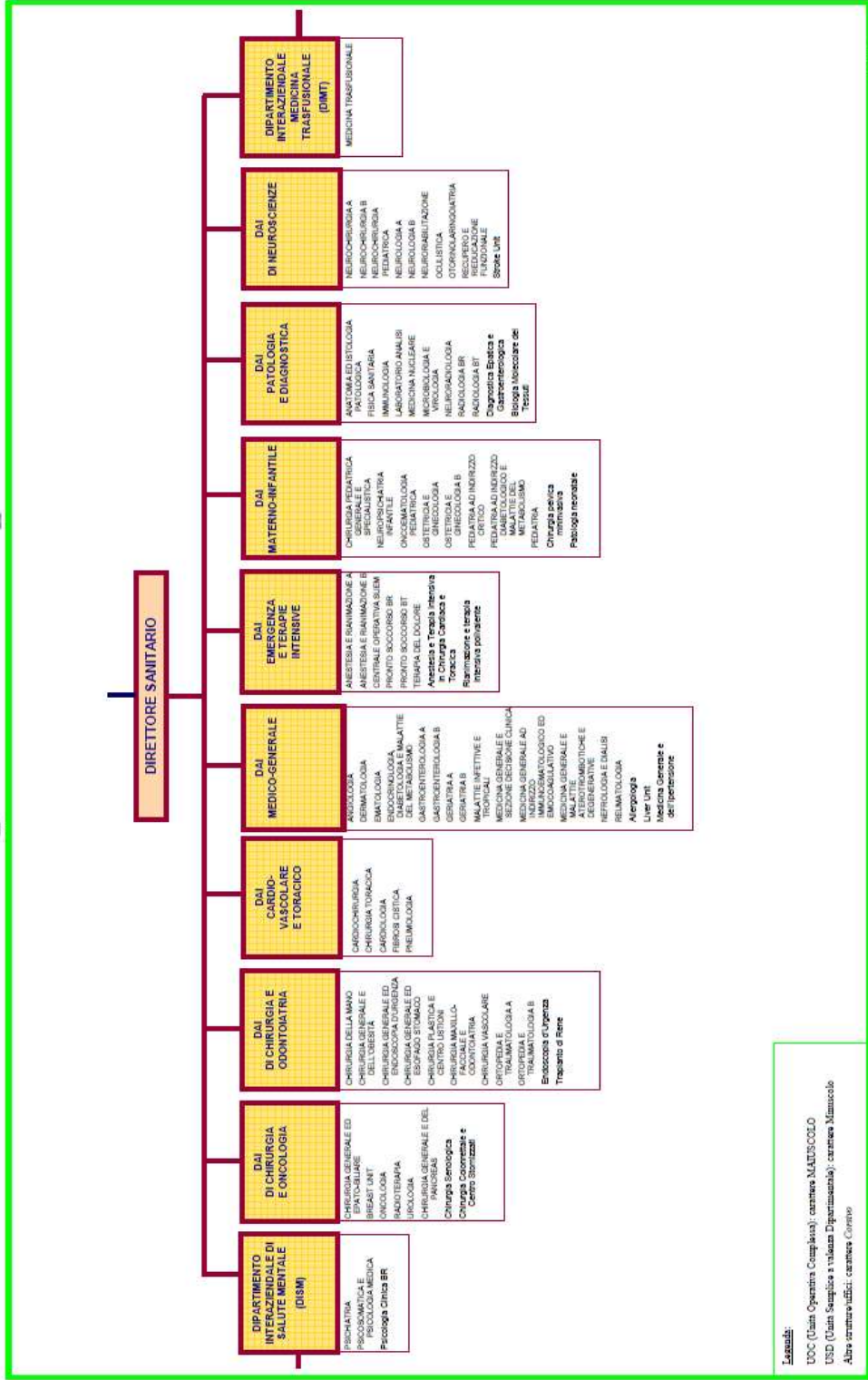
Riferimenti Normativi altre Regioni

- Atti del Presidente della Regione Lazio. Decreto del commissario ad acta 18 dicembre 2009, n. 87. Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010-2012.
- Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 40 del 21 marzo 2014. Programma "13- Reti assistenziali per intensità di cure"-Adozione 13.3.1- Costituzione gruppi tecnici per reti ospedaliere Hub-Spoke.
- Deliberazione del Consiglio Regionale 3 aprile 2012, n. 167 – 14087 Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazonali.
- Consiglio Regionale della Sardegna. Piano regionale dei servizi regionali 2007.

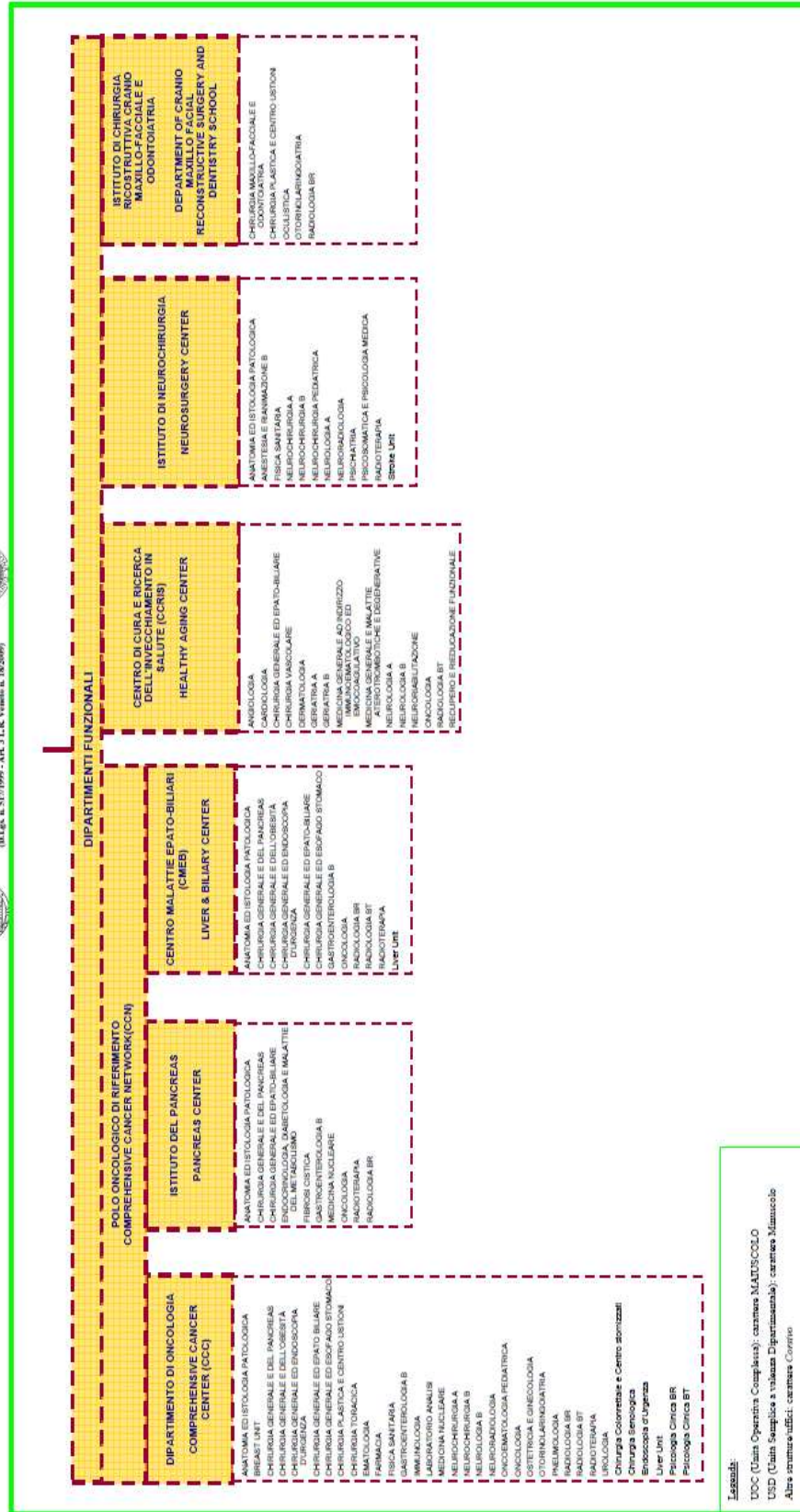
Allegati

1. PROTOCOLLO DI INTERVISTA PER LE AZIENDE HUB

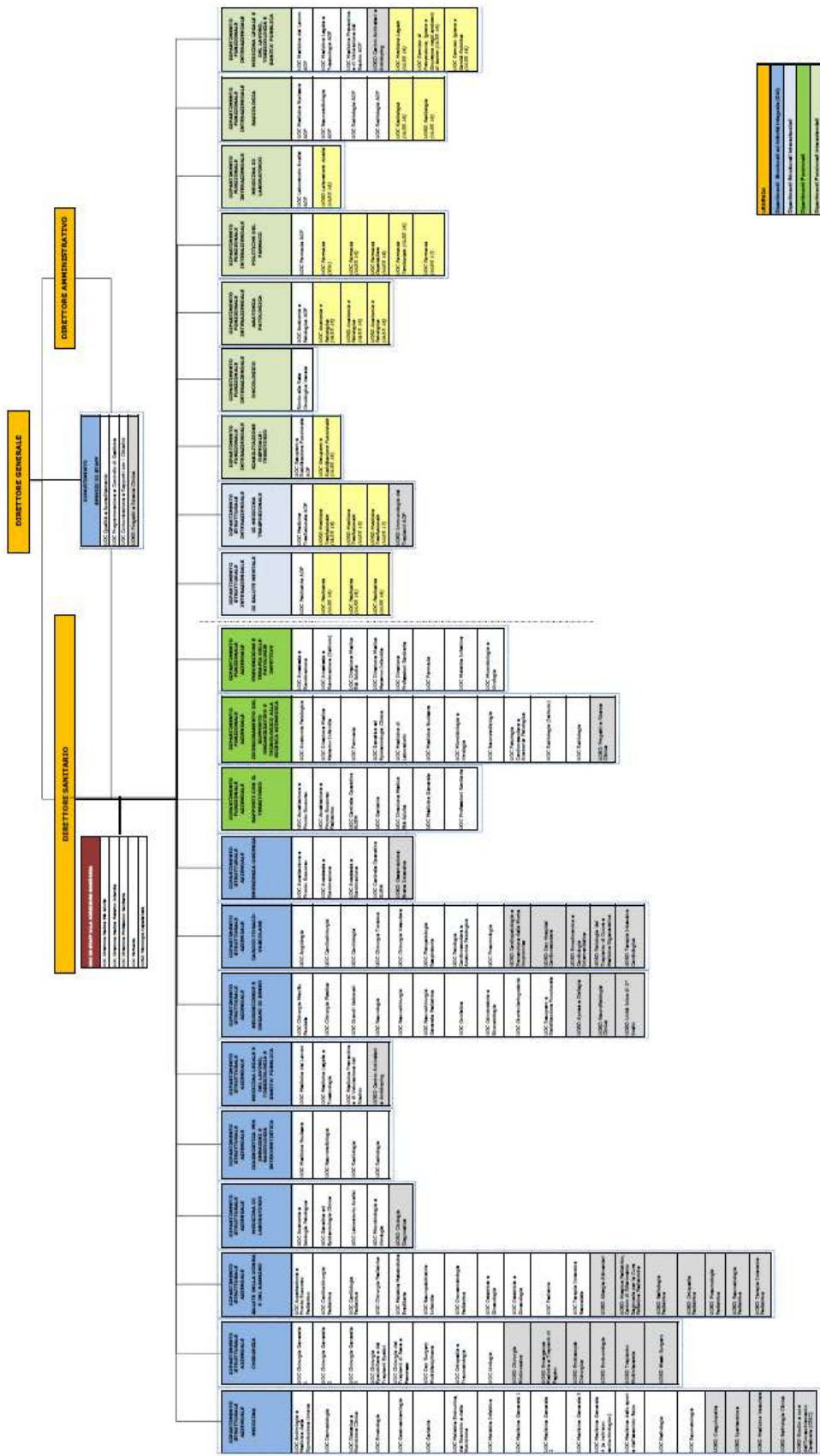
Dimensione	Domande
Obiettivi e programmazione dei servizi socio assistenziali	Come vengono definiti gli obiettivi organizzativi aziendali, quali sono i fattori/le direzioni che concorrono alla loro definizione e come la struttura aziendale li traduce a livello strategico?
Strutture, organizzazione a reti e meccanismi di integrazione	Quali innovazioni organizzative ha introdotto l'azienda in relazione al modello organizzativo introdotto dalla regione? Quali sono gli interventi organizzativi realizzati a maggior impatto assistenziale? Quali sono i principali vincoli/opportunità nell'adottare un nuovo modello organizzativo? Si possono descrivere le principali fasi del processo di cambiamento organizzativo? Quali variabili sono state considerate e quali politiche sono state implementate?
Controllo dei costi, economia di scala e razionalizzazione delle risorse	Come sono state razionalizzate le risorse e quale strategie avete adottato?
Utenti del sistema e la loro centralità	Chi sono gli utenti dei servizi offerti dall'Azienda Ospedaliera? Come si promuove la centralità degli utenti nel proprio percorso di cura?
Comunicazione con gli utenti e tecnologie applicate	Quali sono gli strumenti utilizzati per comunicare con il paziente/cittadino?
Valore del servizio erogato	Come l'utente può valutare il servizio erogato? Quali aspetti dei servizi/prestazioni erogati possono essere valutate dall'utente? Quale strumento utilizzano per valutare il servizio erogato?
Approccio interdisciplinare, integrazione multidisciplinare e competenze specialistiche	Come si è modificata (rispetto a prima) l'organizzazione e l'integrazione clinico-professionale/multidisciplinare e come si è realizzata? Quali sono i processi maggiormente impattati e le soluzioni organizzative adottate per l'integrazione multidisciplinare? Quali strumenti aziendali vengono utilizzati per l'integrazione delle cure e delle competenze specialistiche? Ci sono state resistenze nell'implementare l'integrazione disciplinare? Come sono state superate?

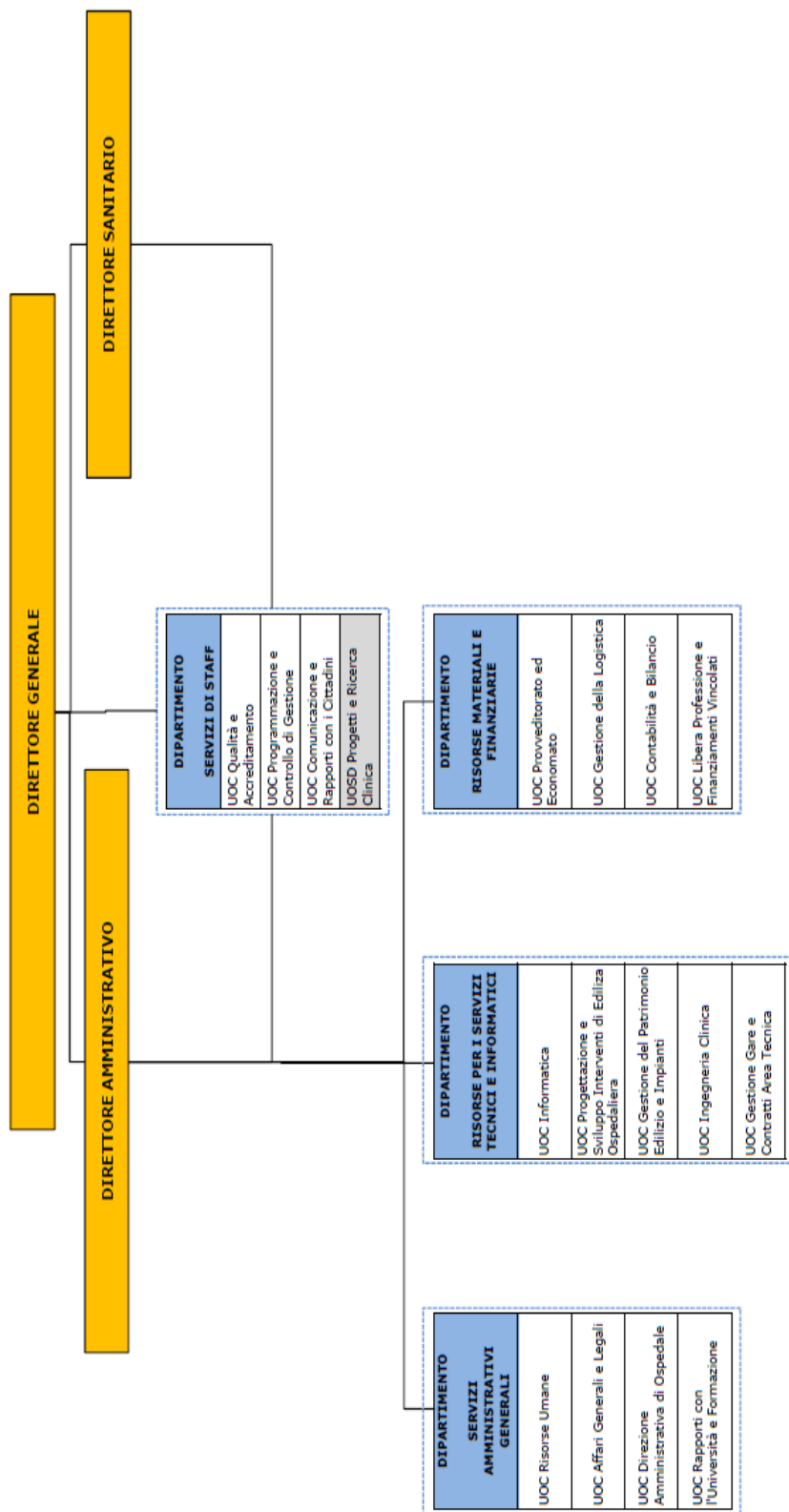


(ORG.ANIGR.A.M.M.4 approvato con Deliberazione n. 634 del 17 ottobre 2014)



(ORGANIGRAMMA approvato con Deliberazione n.634 del 17 ottobre 2014)





Organigramma Azienda Ospedaliera Padova. (Aziendale Area non ospedaliera)
 Fonte: http://www.sanita.padova.it/all/ORGANIGRAMMA_NON_AREA_OSPEDALIERA.pdf