

**LUCI E OMBRE DEI SISTEMI OSPEDALIERI IN NETWORK**

# Quel modello «hub&spoke» che negli Usa fa la differenza

DI GLORIA BAZZOLI \*

**A**lcune Regioni, come Toscana, Emilia Romagna, Marche, Sardegna hanno proposto modelli a rete per l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera regionale. Negli Stati Uniti le reti multi-ospedaliere esistono sin dagli anni '60 ma si sono sviluppate e diffuse capillarmente alla fine dei Novanta. Gli ospedali hanno cominciato a integrarsi tra di loro a causa delle pressioni economiche dovute ai cambiamenti che a quel tempo si sono verificati negli Stati Uniti.

Il dato più recente sulla diffusione di questo modello organizzativo è del 2006: quasi l'80% degli ospedali americani appartiene a una qualche forma di rete. Negli Usa si distinguono due tipi principali di reti: gli "health network" e gli "health system". I primi sono composti da ospedali che collaborano sulla base di una qualche forma di contratto. I network generalmente hanno accordi anche con altri erogatori come ambulatori, medici di medicina generale, case di riposo.

Gli "health system" hanno la stessa funzione ma presuppongono anche l'esistenza di una struttura centrale proprietaria degli ospedali che ne fanno parte. Ne sono esempio l'Hospital corporation of America (sistema for-profit) e Bon secours health system (sistema not-for-profit).

A seconda di quanti servizi sono centralizzati possiamo parlare di network e system altamente o moderatamente centralizzati. Il modello "Hub&Spoke" è un modello a centralizzazione media, dove alcuni servizi complessi (come la cardiocirurgia) sono concentrati in pochi nodi della rete mentre gli altri nodi forniscono servizi di base in ciascuna specialità medica e trasferiscono i pazienti a più alta intensità di cure ai nodi centrali.

Altri network o system invece centralizzano pochi servizi clinici e si concentrano sull'accentramento delle funzioni amministrative, come gli acquisti, per risparmiare attraverso le economie di scala. Oppure fanno leva sull'immagine forte di un brand per aumentare le opportunità di business.

Negli Stati Uniti medici e manager ospedalieri sono stati spesso di ostacolo all'adozione di un

simile modello. I chirurghi e gli specialisti che lavorano negli ospedali americani sono perlopiù lavoratori autonomi pagati a cottimo. Vedersi spostare i servizi che svolgono dall'ospedale in cui lavorano verso un ospedale più lontano comporta per i medici sia maggiore stress (necessità di inserimento in una nuova realtà lavorativa) sia maggiori tempi e costi di trasporto. Questo impatta sulla loro capacità di visitare più pazienti e quindi di guadagnare.

I manager degli ospedali trasformati in "spoke", dall'altro lato, percepiscono il cambiamento come una perdita di prestigio delle loro organizzazioni. Può sembrare infatti che l'ospedale non fosse abbastanza buono per offrire il servizio che è stato centralizzato. Infine anche le comunità locali o i loro amministratori possono resistere alla centralizzazione dei servizi in ospedali lontani.

Per quanto riguarda le performance, alcuni studi hanno evidenziato che le reti altamente centralizzate hanno risultati migliori in termini di qualità di alcuni servizi clinici, forse grazie alla concentrazione di grossi volumi di attività in pochi ospedali. In termini di

efficienza e di riduzione dei costi, però, i risultati sono ambivalenti e variano a seconda del modello di rete adottato.

**Migliora la qualità ma non sempre efficienza e spese sostenute**

\* Phd - Professoressa di gestione sanitaria  
Department of Health administration  
Virginia Commonwealth University, Richmond - Usa  
Docente di Economia sanitaria  
all'Executive master in Healthcare  
and pharmaceutical administration  
Luiss Business School

Il tema dei modelli e delle performance delle reti multi-ospedaliere sarà discusso dalla prof.ssa Bazzoli insieme con il prof. Marco Meneguzzo di Tor Vergata in occasione di un convegno il 3 dicembre presso la Luiss Business school di Roma.

