

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

## Rapporto OASI 2017

### Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2017:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, esiti, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, le politiche farmaceutiche e il relativo impatto sulla spesa, i cambiamenti in atto che riguardano il mondo dell'HTA e degli acquisti; inoltre, presenta una mappatura nazionale delle Case della Salute, analizzandone le forme organizzative e i modelli di servizio;
- a livello aziendale, si focalizza sul rafforzamento del *middle management* e sui percorsi di carriera emergenti nella professione infermieristica; e approfondisce l'applicazione di strumenti di *transitional care* come le centrali operative per la continuità ospedale - territorio; analizza lo stato dell'arte della funzione di gestione operativa; inquadra i principali elementi definitivi, attori e impatti percepiti della lotta alla corruzione nelle Aziende sanitarie pubbliche.

*Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.*

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5147-4



9 788823 851474

[www.egeaeditore.it](http://www.egeaeditore.it)

Rapporto OASI 2017

CERGAS-SDA Bocconi



a cura di  
CERGAS-SDA Bocconi

# Rapporto OASI 2017

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

**B** Università Bocconi  
CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

**SDA Bocconi**  
School of Management

**Egea**



## 9 La regione capogruppo sanitaria: assetti istituzionali e modelli organizzativi emergenti

di Paola Cantarelli, Federico Lega e Francesco Longo<sup>1</sup>

### 9.1 Lo scenario di riferimento

Il SSN era stato definito dal D.lgs. 502/92 come un sistema sanitario regionalizzato (articolo 2): ogni regione avrebbe dovuto costruire, gestire e regolare una rete di aziende pubbliche e private accreditate in competizione tra di loro (articolo 8-quater, comma 3, lettera b). A partire dal triennio 2008-2010, nel SSN si assiste a una progressiva evoluzione e trasformazione verso un sistema di *holding* regionali: le reti di aziende in competizione sono progressivamente diventati, in ogni regione, sistemi di erogazione unitariamente coordinati dalla capogruppo regionale. Il passaggio da una logica competitiva a una logica collaborativa e di programmazione centralizzata costituisce una trasformazione estremamente rilevante delle architetture di sistema. Questa trasformazione, infatti, impone il ripensamento delle logiche e degli strumenti manageriali necessari per governare i sistemi sanitari regionali. La trasformazione è avvenuta senza una spinta normativa esplicita e quindi senza un quadro normativo definito. Questo ha aumentato gli spazi di autonomia per definire consapevolmente ruoli, responsabilità, meccanismi di programmazione e di *check and balance* che permettono il funzionamento di un gruppo regionale di aziende sanitarie.

Il macro obiettivo del rigido contenimento della spesa entro il modesto finanziamento disponibile per il SSN (cfr. capitolo 5 del presente Rapporto) comporta un fisiologico accentramento dei sistemi. Tutte le aziende o le reti di aziende, davanti a gravi crisi e/o all'urgenza di determinare capillari conte-

---

<sup>1</sup> Nell'ambito di un comune lavoro di ricerca, i §§ 9.1, 9.2, 9.3, 9.4 sono da attribuirsi a Francesco Longo, i §§ 9.5 e 9.6 a Paola Cantarelli, e il § 9.7 a Federico Lega.

Gli autori ringraziano tutti i *key informat* delle sei regioni oggetto di indagine che hanno risposto alle interviste semi/strutturate e/o hanno fornito i dati quantitativi del personale. In ordine alfabetico: Dott.ssa Mara Azzi, Dott. Pier Paolo Benetollo, Dott. Mauro Bonin, Dott.ssa Manuela Brusoni, Dott.ssa Daniela Cademartori, Dott. Luciano Flor, Dott. Walter Locatelli, Dott. Domenico Mantoan, Dott. Adriano Marcolongo, Dott. ssa Monica Piovi, Dott. Massimo Romano.

nimenti dei costi, automaticamente accentrano i poteri per poter meglio controllare le dinamiche di spesa. I due principali obiettivi di fondo (contenimento della spesa e massimizzazione del valore sociale prodotto) sono stati perseguiti attraverso vari interventi finalizzati a raggiungere la dimensione ottimale dal punto di vista istituzionale, organizzativo e gestionale. Più precisamente, i sistemi sanitari regionali hanno agito sulla base delle seguenti considerazioni:

- ▶ L'emergere di un sistema regionale unitario e coordinato ha lo scopo di eliminare ogni ridondanza nelle strutture di erogazione, calibrando le cubature dei *setting* assistenziali (es. posti letti per specialità, grandi tecnologie) rispetto ai volumi di erogazione prestabiliti a livello regionale, necessari per garantire *clinical competence* e razionalità produttiva.
- ▶ In un sistema regionale unitario, molte funzioni, soprattutto quelle amministrative e anche alcuni processi di erogazione di servizi sanitari (es. diagnostica di laboratorio, sterilizzazioni), possono tecnicamente essere centralizzate, ovvero assegnate a uno o a un numero limitato di soggetti che erogano le prestazioni per tutto il sistema regionale o per l'area vasta assegnata.
- ▶ Un sistema regionale maggiormente accentrato può più facilmente promuovere la standardizzazione dei percorsi clinico-assistenziali, della selezione delle tecnologie (farmaci e *Medical Device*) e dell'intensità assistenziale per garantire equità ed appropriatezza.

Il servizio sanitario nazionale scaturito dal D.lgs 502/92 è oramai stato disegnato oltre 25 anni fa, pur con le revisioni apportate dal D.lgs 299/99. In assenza di una riforma normativa organica, altri vettori di trasformazione istituzionale e organizzativi, attivi ed efficaci negli ultimi 10 anni, anche se meno espliciti e visibili, hanno determinato l'emergere delle *holding* sanitarie regionali.

- ▶ La riduzione del numero di ASL/AO. Questo ha aumentato la dimensione media delle aziende, riconducendole sempre più a una logica di sistema regionale e di autosufficienza rispetto ai propri cittadini: al crescere delle dimensioni delle ASL diminuisce la probabilità della mobilità inter-aziendale. Inoltre, la dimensione crescente delle aziende sanitarie le ha allontanate dalla politica locale, rendendole meno soggette ai localismi ed alle collegate pressioni centrifughe, e più connesse al centro regionale.
- ▶ La differenziazione della missione delle singole aziende presenti in ogni regione (ad esempio in Lombardia: ATS, ASST, IRCCS) che diventano tra di loro più eterogenee e talvolta esercitano funzioni per l'intero territorio regionale. Svolgendo funzioni complementari, si rafforza la logica di sistema e la necessità di una programmazione unitaria.
- ▶ L'incremento delle prerogative di governo, sia a contenuto prevalentemente operativo che a contenuto prevalentemente strategico, progressivamente

esercitate dalle capogruppo regionali. Ciò è valido innanzitutto nelle regioni in piano di rientro sotto controllo ministeriale, ma anche nelle altre regioni, non sottoposte a controlli esterni, ma che applicano sostanzialmente gli stessi vincoli finanziari e di regolazione amministrativa.

- ◀ Lo sviluppo di funzioni gestite centralmente dal sistema regionale (es. acquisti, logistica, sistemi informativi, amministrazione del personale, laboratori analisi unificati), come nel caso EGAS in FVG o ESTAR in Toscana;
- ◀ L'introduzione di agenzie regionali finalizzate al supporto delle funzioni di pianificazione (es. Agenzia dei controlli e Osservatorio epidemiologico in Lombardia) e alla gestione delle funzioni amministrative centralizzate (es. EGAS in FVG, ESTAV in Toscana);
- ▶ La progressiva trasformazione degli assessorati regionali verso svariate forme di holding operative e/o la trasformazione di agenzie regionali in aziende (es. Azienda Zero in Veneto e A.Li.Sa. in Liguria).

Il combinato disposto di questi vettori, presenti con intensità variabile nelle diverse regioni, ha favorito l'adozione di logiche di pianificazione congiunta o centrale e la collaborazione tra gli attori del sistema modificando progressivamente la pre-esistente logica competitiva (effettiva o potenziale) tra provider pubblici e privati accreditati.

## 9.2 Obiettivi e metodo di indagine

Scopo di questo capitolo è quello di indagare le architetture emergenti delle capogruppo regionali partendo dall'indagine dei loro compiti e delle loro funzioni e valutandone di seguito la coerenza dei loro assetti istituzionali e delle loro dotazioni di personale. Il lavoro cerca quindi di essere contemporaneamente descrittivo, interpretativo e prescrittivo rispetto ai gap di governo centrali presenti nei sistemi regionali, rispetto ai quali è necessario sviluppare nuovi ruoli e strumenti di governo.

L'obiettivo iniziale della ricerca è pertanto indagare gli assetti istituzionali e organizzativi con cui si stanno strutturando le capogruppo regionali. Per assetto istituzionale intendiamo la relazione tra Assessorato, Agenzie regionali, forme di cooperazione inter-aziendali ed aziende sanitarie singole o strutture accreditate, con uno specifico focus sulla suddivisione dei compiti di governo di sistema.

Le capogruppo si possono articolare in diverse istituzioni centrali (assessorato, agenzie o altro) che assolvono le funzioni di governo di sistema e delle quali sono stati indagati soprattutto gli assetti organizzativi e le dotazioni di personale, per disporre di informazioni sulle competenze professionali disponibili e sui modelli di suddivisione dei compiti di governo.

La ricerca, proprio per la sua natura esplorativa su un oggetto in profondo e rapido divenire, indaga alcuni casi regionali esemplificativi. Lo studio intende comprendere gli elementi di convergenza e divergenza istituzionali e organizzativi dei diversi sistemi regionali, con l'obiettivo di produrre una sistematizzazione dei modelli emergenti, le relative condizioni di applicabilità e le attese di funzionamento e risultato.

La ricerca utilizza un metodo misto composto dai seguenti strumenti di indagine.

- ▶ Analisi *desk* degli assetti istituzionali e organizzativi della capogruppo, delle sue agenzie collegate e del complementare ruolo di sistema assegnato alle aziende sanitarie locali in tutte le loro configurazioni, tramite l'analisi di leggi regionali, regolamenti e siti web istituzionali.
- ▶ Approfondimento degli assetti emergenti attraverso interviste al *top management* di sistema su tre processi chiave: pianificazione e autorizzazione assunzione personale; pianificazione ed espletamento gare per acquisti grandi tecnologie; pianificazione, realizzazione e gestione logistica dei beni. Per ciascuna Regione oggetto di indagine e ove possibile, sono state effettuate interviste a tre *key player* selezionati in modo che potessero fornire interpretazioni da prospettive diverse: quella del livello centrale dell'assessorato, quella del livello centrale/intermedio di una o più agenzie capogruppo collegate all'assessorato, quella del livello locale delle aziende sanitarie. Le interviste sono state di tipo semi-strutturato;
- ▶ Analisi quantitativa e qualitativa del personale e delle competenze presenti nelle funzioni centrali di sistema, per verificarne la coerenza con le funzioni assegnate sulla base di dati primari forniti dai *key informant* di ciascuna regione.

Per completare questa prima analisi esplorativa, la ricerca approfondisce nelle conclusioni due livelli di coerenza:

- ▶ una coerenza di primo ordine tra funzioni assegnate alla capogruppo ed assetto istituzionale del sistema che presiede;
- ▶ una di secondo ordine tra lo stesso ruolo e le condizioni di operatività (assetto organizzativo e dotazioni di personale).

Questi due livelli di confronto permettono di mettere a fuoco e discutere eventuali gap e trarne implicazioni di politica e management.

Le regioni analizzate nel presente capitolo sono, in ordine alfabetico: Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Veneto. Esse sono state scelte in quanto sono quelle che con più incisività e velocità stanno modificando gli assetti centrali della capogruppo proprio per esercitare le nuove prerogative di governo.

Tabella 9.1 **Tipologie di gruppi sanitari regionali**

	Poteri e funzioni della capogruppo	Poteri e funzioni delle aziende controllate	Profili di responsabilità delle aziende controllate
Centrale di servizio	Se presente, offre servizi di supporto alle aziende controllate	Definiscono obiettivi e piani strategici, sono autonome nella gestione, scelgono se avvalersi di servizi centrali	Responsabilità strategica e gestionale
Capogruppo di pianificazione	Definisce obiettivi sanitari e/o economici	Definiscono piani strategici, sono autonome nella gestione	Responsabilità strategica e gestionale
Capogruppo strategica	Definisce obiettivi e programmi strategici per raggiungerli	Sono autonome nella gestione	Responsabilità gestionale
Capogruppo direzionale	Definisce obiettivi, piano strategico e gestione	Attuano le procedure definite dalla capogruppo	Compliance alle decisioni centrali

Fonte: elaborazione degli autori

### 9.3 Capogruppo sanitarie regionali: le tipologie

La Tabella 9.1 mostra le architetture possibili di gruppi regionali sanitari pubblici (e.g., Cardinaels, Sorderstom 2013, Dossi, Lecci, Longo, Morelli 2017; Kostova, Kendall, Dacin 2008). I gruppi si differenziano per l'intensità e le tipologie di prerogative di governo esercitate dalla capogruppo e, di riflesso, per il profilo di potere, autonomia e responsabilità lasciato alle aziende controllate. L'agenzia centrale (chiamata in letteratura capogruppo, *holding* o *parent company*) può semplicemente offrire alle aziende dei servizi su richiesta, senza esercitare nessuna prerogativa di potere. In questo caso ci troviamo davanti non a una vera e proprio capogruppo, ma a una **centrale di servizio**. La capogruppo può, invece, focalizzarsi prevalentemente sulla pianificazione degli obiettivi di sistema e sulla relativa allocazione di risorse, sia nella parte corrente che nella parte in conto capitale. In questo caso siamo di fronte ad un **capogruppo di pianificazione**. Le aziende controllate hanno il compito di definire le strategie per raggiungere gli obiettivi pianificati centralmente. Di conseguenza, esse hanno piena autonomia gestionale. Poi la capogruppo può aggiungere ai compiti di pianificazione anche la funzione di definizione delle strategie delle singole aziende controllate. Per esempio, la capogruppo può definire il target principale di patologia su cui devono focalizzarsi le politiche sanitarie regionali, definendo anche i *setting* assistenziali da sviluppare maggiormente. In questo caso parliamo di **capogruppo strategica**: alle aziende controllate rimane il potere e la responsabilità gestionale. La **capogruppo**, infine, è di tipo **direzionale** se, oltre alla pianificazione e alla definizione delle strategie di ogni azienda, definisce anche le singole procedure verticali che le aziende controllate devono applicare. In questo caso, la responsabilità delle aziende controllate è di *compliance* (aderen-

za) alle procedure. In questi casi, per qualificare la natura molto accentrata del gruppo dove le singole controllate perdono significative quote di autonomia, si usa anche il termine di quasi-impresa (Luke, Begun, Pointer 1989).

La Tabella 9.1 viene utilizzata nel paragrafo successivo per classificare le tipologie di gruppi che hanno strutturato le sei regioni del nostro campione di indagine.

## 9.4 La classificazione delle regioni

In questo paragrafo dapprima si analizzano i principali cambiamenti di sistema deliberati negli ultimi tre anni dalle regioni nel campione, per poi classificare ogni sistema in una delle tipologie di gruppo sanitario regionale presentate al paragrafo precedente.

### 9.4.1 Le riforme dei sistemi sanitari regionali

In Friuli Venezia Giulia, (FVG) le aziende territoriali sono state ridotte a cinque, re-incorporando le aziende ospedaliere universitarie di Trieste e di Udine. È stato rafforzato il ruolo istituzionale del CRA di Aviano come *hub* oncologico regionale. È stato istituito EGAS (Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi condivisi) con il compito di svolgere funzioni di centralizzazione delle funzioni amministrative e progressivamente di *Health Technology Assessment* di sistema.

In Liguria, le funzioni di pianificazione dell'assessorato sono state trasferite alla neo-nominata A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria) che ha sostituito la precedente agenzia regionale. Ad essa è stato assegnato anche il compito di accentrare progressivamente le funzioni amministrative, logistiche e di coordinamento direzionale della rete delle cinque ASL e delle realtà ospedaliere regionali.

La Regione Lombardia ha istituito un sistema a tre livelli di governo: a livello centrale, l'Assessorato Unico al Welfare e le sue numerose agenzie, a livello intermedio le otto ATS (Agenzia di Tutela della Salute) di pianificazione sanitaria, committenza e monitoraggio e a livello locale le ventisette ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale) e i quattro IRCCS pubblici. Le agenzie centrali sono: Agenzia dei Controlli, Osservatorio Epidemiologico, Agenzia per la Promozione del Sistema Lombardo nel Mondo, ARCA (Azienda Regionale Centrale Acquisti), LISPA (Lombardia Informatica SpA), EUPOLIS (agenzia di formazione e ricerca), Finlombarda, Lombardia Infrastrutture e Fondazione per la ricerca sanitaria. Non tutte le agenzie regionali lombarde lavorano solo

ed esclusivamente nel comparto sanità (ad esempio, LISPA ed EUPOLIS). Tra le principali novità, è importante sottolineare l'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri accorpati in aziende integrate.

La Regione Emilia Romagna (RER) è stata tra le prime regioni italiane ad istituire ASL di amplissime dimensioni (ASL di Bologna, ASL unica della Romagna, ASL della provincia di Modena). Questo ha confermato e favorito un forte orientamento all'autonomia delle aziende che ha privilegiato interventi nati da iniziative degli *stakeholder* locali che, una volta maturi, sono stati successivamente istituzionalmente riconosciuti dalla Regione. A questo proposito, si segnalano il processo di spostamento dell'ospedale di Modena-Baggiovara, in precedenza a gestione diretta dell'ASL, nel perimetro dell'Azienda ospedaliero-Universitaria (Policlinico). Inoltre, si segnala l'avvio della discussione per la fusione dell'Ospedale Sant'Orsola e l'Ospedale Maggiore di Bologna. Con la stessa filosofia *bottom-up*, nei territori delle province di Ferrara, Piacenza e Bologna si stanno consolidando processi di unificazione di tutte le funzioni amministrative delle aziende sanitarie. Le stesse funzioni di centralizzazione degli acquisti e della logistica si basano su accordi tra aziende di area vasta. La regione ha invece guidato centralmente la nascita delle principali reti cliniche di alta specializzazione. Ne sono esempi quella oncologica che fa perno sull'*hub* scientifico IRCCS di Meldola, quella neurologica che ha come fulcro il neo-costituito IRCCS neurologico di Bologna, così come quelle di patologie tempo-dipendenti.

La regione Toscana ha ridotto le aziende territoriali a tre aziende USL e ha costituito tre agenzie di coordinamento tra ognuna delle AUSL e le rispettive aziende ospedaliere-universitarie (Firenze, Pisa, Siena). Le funzioni amministrative sono in avanzata fase di centralizzazione in ESTAR, che già oggi svolge le seguenti funzioni per l'intero sistema regionale: acquisti, logistica, gestione del sistema informativo e procedure di selezione del personale. Il sistema è stato quindi significativamente semplificato a pochissimi attori sotto una forte regia regionale mentre le funzioni amministrative sono in avanzato processo di unificazione e centralizzazione.

In Veneto, le aziende sanitarie sono state ridotte da ventuno a nove, sono state confermate le due AO esistenti (Verona e Padova) a cui si è aggiunto ed è stato rafforzato il ruolo dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) come *hub* regionale oncologico. La capogruppo centrale è stata istituzionalmente ri-disegnata attorno alla centralità dell'Azienda Zero, che esercita le funzioni di gestione sanitaria accentrata e che progressivamente assorbirà tutte le funzioni amministrative.

Per ulteriori approfondimenti sulle riforme dei sistemi sanitari regionali in queste regioni si rimanda a Fattore, Gugiatti e Longo (2016).

### 9.4.2 Una classificazione delle capogruppo regionali: situazione attuale e tendenze

In tutti i sistemi regionali analizzati e classificati di seguito, sembra esistere un elevato livello di convergenza sul fatto che l'autorizzazione all'acquisizione di nuovi fattori produttivi strategici è competenza esclusiva della Regione e delle relative tecnostrutture. Di fatto, in tutti i casi studiati, è la Regione che prende decisioni critiche e strategiche nei seguenti ambiti:

- ▶ apertura di bandi di concorso per l'assunzione di nuovo personale, sia medico che infermieristico, con la definizione dell'entità e della composizione professionale del nuovo personale;
- ▶ acquisto di macchinari ed impianti di grande tecnologia, definizione del relativo mix e della localizzazione geografica inter-regionale degli stessi;
- ▶ scelta delle modifiche all'assetto di gestione del magazzino e della logistica dei beni e definizione dei nuovi sistemi.

Questi elementi rafforzano l'ipotesi che tutti i sistemi sanitari regionali analizzati si configurino come gruppo. Infatti, da un lato, è il livello centrale che autorizza la quantità e il mix dei fattori produttivi strategici. Dall'altro lato, poi, è il livello locale che può decidere come organizzare i fattori produttivi strategici a disposizione per aumentare la produttività e l'efficacia del sistema nel suo complesso (a volte, tuttavia, nell'ambito di indirizzi regionali vincolanti o fortemente auspicati).

Un ulteriore elemento che indica come i sistemi sanitari regionali vadano sempre più configurandosi come gruppi è la composizione del bilancio delle organizzazioni controllate che, nei fatti, è deciso dal livello di governo centrale. Per esempio, se il personale, le apparecchiature e gli acquisti sono acquisiti a livello regionale, di fatto questi elementi del bilancio aziendale non sono più sotto il controllo delle aziende. Di fronte a questa tendenza generale e alla luce dell'implementazione delle principali riforme dei sistemi sanitari regionali, è possibile riclassificare le capogruppo regionali nelle diverse tipologie presentate nella Tabella 9.1 del precedente paragrafo. Le architetture sono ancora in una fase di prima applicazione, da un lato molto fluida e dinamica e dall'altro lato anche emergente, non del tutto intenzionale o guidata. Anche per questo può risultare fisiologica una differenziazione della tipologia di capogruppo e delle prerogative di governo esercitate dal centro rispetto a tre dimensioni rilevanti: le funzioni di erogazione sanitaria, le funzioni amministrative e le funzioni di logistica dei beni. Per questo motivo la nostra classificazione distingue tra queste tre funzioni. Inoltre, in alcuni casi, il modello di capogruppo storicamente stratificatosi differisce dal modello a tendere. In questi casi abbiamo distinto la situazione attuale (etichettata *as is*) dalla situazione obiettivo (etichettata *to be*) tramite frecce nella Tabella 9.2.

Tabella 9.2 **La classificazione dei gruppi sanitari regionali**

	Centrale di servizio	Capogruppo di pianificazione	Capogruppo strategica	Capogruppo direzionale
Funzioni sanitarie	Liguria ( <i>as is</i> )	Lombardia RER Toscana Veneto ( <i>as is</i> )	FVG Liguria, ( <i>to be</i> ) Veneto ( <i>to be</i> )	
Funzioni amministrative	Liguria ( <i>as is</i> )	RER	FVG ( <i>as is</i> ) Lombardia Veneto ( <i>as is</i> )	FVG ( <i>to be</i> ) Liguria ( <i>to be</i> ) Veneto ( <i>to be</i> ) Toscana
Funzioni logistiche		Liguria ( <i>as is</i> ) Lombardia RER Veneto ( <i>as is</i> )	FVG ( <i>as is</i> )	FVG ( <i>to be</i> ) Liguria ( <i>to be</i> ) Toscana Veneto ( <i>to be</i> )

Fonte: elaborazione degli autori

Per quanto riguarda la funzione sanitaria, il FVG consoliderà la natura di capogruppo strategica che definisce sia gli obiettivi strategici nell’ambito sanitario che i piani strategici di implementazione degli stessi mentre alle aziende controllate è lasciata l’autonomia e la responsabilità della gestione. Lombardia, RER, e Toscana, invece, hanno attualmente capogruppo di pianificazione e non sembrano esserci in atto cambiamenti sostanziali in questo ambito. Le rispettive capogruppo, infatti, insieme alle strutture tecniche centrali più o meno articolate e complesse, continueranno a definire gli obiettivi sanitari ed economici. Alle organizzazioni controllate sono demandate responsabilità di disegno dei piani strategici e della gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali. La Liguria si sta progressivamente trasformando da centrale di servizio a sistema con una capogruppo strategica. Ciò significa non solo che si va delineando una vera e propria azienda capogruppo, prima assente, ma anche che questa, oltre ad assumere il ruolo di definizione degli obiettivi sanitari strategici definirà anche i piani per il loro raggiungimento. In maniera speculare, le aziende controllate avranno meno responsabilità strategiche e maggiori responsabilità gestionali. Il Veneto, infine, dalla situazione *as is* di capogruppo di pianificazione va configurandosi come sistema con una capogruppo strategica. Di conseguenza, dunque, il compito di definizione dei piani strategici verrà trasferito dalle aziende locali all’azienda capogruppo.

Per quanto riguarda le funzioni amministrative, Lombardia, RER e Toscana sono tre casi nei quali la situazione *as is* corrisponde con la situazione *to be*. In particolare, la Lombardia definisce a livello centralizzato sia gli obiettivi amministrativi strategici che i relativi piani di attuazione mentre le decisioni gestionali sono lasciate al livello locale. Si configura dunque con una capogruppo strategica da questo punto di vista. Nella RER, invece, caratterizzata da una capogruppo di pianificazione, le aziende locali delineano i piani strategici per la realizzazione degli obiettivi amministrativi strategici decisi a livello centrale e si occupano della gestione. Il sistema con capogruppo direzionale, poi, caratterizza la Toscana, dove obiettivi, piani e gestione amministrativa sono affidati ad ESTAR. Anche il FVG ed il Veneto, a tendere, adotteranno una capogruppo direzionale per quanto riguarda le funzioni amministrative, mentre per il momento tendono ancora ad avere una capogruppo strategica. La Liguria, infine, è la regione che sembra intenzionata ad attuare il cambio più radicale dal punto di vista delle funzioni amministrative. Passerà infatti da centrale di servizio, in cui la massima autonomia è lasciata al livello locale, ad avere una capogruppo direzionale, nel quale A.Li.Sa dichiarerà gli obiettivi strategici, creerà i piani strategici e si occuperà delle procedure gestionali per tutte le aziende locali.

Così come per le funzioni sanitarie ed amministrative, Lombardia, RER e Toscana non sembrano intenzionate a cambiare radicalmente per quanto riguarda le funzioni logistiche. In altre parole, pertanto, la situazione attuale corrisponde con la situazione a tendere. Più precisamente, Lombardia e RER hanno capogruppo di pianificazione, mentre la Toscana, con i compiti assegnati ad ESTAR, si caratterizza con una capogruppo direzionale. In FVG, la responsabilità gestionale delle funzioni logistiche non sarà più in capo al livello locale, ma spostato a livello centrale, che, d'altro lato, continuerà a definire obiettivi e piani strategici. In altre parole, il FVG passerà da una capogruppo strategica ad una capogruppo direzionale per quanto riguarda le funzioni logistiche. Da ultimo, anche Liguria e Veneto sono caratterizzate da capogruppo direzionali, ma derivando da una situazione di partenza con capogruppo di pianificazione per quanto riguarda logistica e magazzino.

Tutte e tre le tipologie di capogruppo appaiono utilizzate mentre la centrale di servizio risulta una soluzione transitoria da cui ci si vuole sicuramente allontanare. Questo conferma l'intenzione generale di creare gruppi sanitari regionali, anche se di natura profondamente diversa tra di loro. Per quanto riguarda le funzioni sanitarie, si possono identificare due *cluster*: Lombardia, RER e Toscana che assegnano la definizione della strategia alle singole aziende (capogruppo di pianificazione); mentre FVG, Liguria e Veneto tendono a definire anche le strategie locali presso la capogruppo strategica. Probabilmente i motivi per cui Lombardia, RER e Toscana hanno scelto il gruppo di pianificazione che dà autonomia strategica alle aziende sono tra loro diversificati. La Lombardia è la regione più grande d'Italia, almeno doppia rispetto alle altre in termini di

popolazione e quindi strutturalmente necessita di più decentramento. In questa direzione, è l'unica che ha articolato il gruppo sanitario a tre livelli istituendo le ATS come agenzie di programmazione strategica di area vasta. La Toscana ha deciso centralmente di costituire solo tre aziende, di dimensioni imponenti, e quindi ha dovuto delegare almeno la funzione di programmazione strategica. A sottolineare questa volontà di delega della funzione strategica, in ogni area vasta è stata costituita una direzione della programmazione di area, che funge da piattaforma istituzionale di concertazione strategica tra Aziende USL e AO. La RER conferma e rafforza la sua tradizione di autonomia e responsabilizzazione dei territori anche rispetto alla definizione di assetti istituzionali locali e alla nascita di forme di collaborazione inter-aziendali.

Tutti i sistemi hanno invece in comune la tendenza ad accentrare le funzioni amministrative sviluppando un'unica agenzia con questa specifica missione. Unica eccezione è la RER dove l'accentramento amministrativo avviene a livello di reti locali di aziende. Nell'accentramento amministrativo prevale il modello dell'agenzia unica e multi-scopo salvo il caso della regione Lombardia che ha ulteriormente arricchito il suo storico portafoglio di agenzie regionali.

La funzione logistica ha un andamento prospettico simile a quello delle funzioni amministrative, seppure con un ritardo attuativo: nei processi di accentramento, la priorità risulta assegnata alla funzione degli acquisti.

L'accentramento delle funzioni amministrative e logistiche in tutte le regioni analizzate, o la loro condivisione tra più aziende, delinea un cambiamento nella *mission* delle aziende sanitarie, sempre più focalizzate sul solo governo della produzione clinica e progressivamente spogliate di processi operativi.

## 9.5 L'assetto istituzionale della capogruppo

In FVG, l'elemento più peculiare di funzionamento e coordinamento di EGAS è il Comitato di Indirizzo. Si tratta di un board presieduto dal Direttore Generale della Sanità e composto da tutti i Direttori Generali delle aziende sanitarie e dal Direttore Generale di EGAS. Nessuna delle presenze è delegabile ad altri. Il Comitato si riunisce mediamente una volta ogni due settimane e si occupa della programmazione e del coordinamento attuativo. Le decisioni del Comitato di Indirizzo sono vincolanti per tutti gli attori del sistema sanitario regionale. EGAS progressivamente si occuperà della pianificazione sanitaria, centralizzerà l'amministrazione della logistica e svolgerà le attività di HTA delle innovazioni tecnologiche e cliniche, selezionando farmaci e *medical device* per le diverse patologie.

In Liguria, l'elemento caratterizzante dell'assetto istituzionale di A.Li.Sa. è la costituzione di una serie di dipartimenti interaziendali, tendenzialmente uno

per ambito sociosanitario, che coordineranno l'erogazione in ambito sanitario a livello regionale. I dipartimenti sono in fase di creazione, saranno costituiti dai Direttori Generali dei dipartimenti competenti per materia e da un responsabile scientifico e saranno coordinati da A.Li.Sa. Anche il regolamento degli stessi dipartimenti è in fase di scrittura. A.Li.Sa. progressivamente si occuperà della pianificazione sanitaria e centralizzerà l'amministrazione della logistica. Il perimetro esatto degli ambiti sociosanitari e degli utenti-pazienti di riferimento per ogni dipartimento sono ancora in fase di definizione. Tutti questi elementi rafforzano comunque l'ipotesi di un percorso di riforma nella direzione di creazione di un'azienda sanitaria unica a livello regionale.

In Lombardia si riscontra una sovrapposizione almeno parziale tra le funzioni esercitate dai tre livelli del SSR che caratterizzano il sistema (agenzie, ATS, ASST). In particolare, risulta ancora in parte indeterminato se le agenzie e le ATS condividano alcune funzioni tra pianificazione e strategia. Inoltre, non emerge ancora in maniera cristallina se le ATS abbiano responsabilità di coordinamento delle ASST oppure se ricoprono il ruolo di soli arbitri del gioco competitivo tra le ASST. Rispetto alle regioni oggetto di analisi, il sistema sanitario regionale lombardo appare attualmente il più indeterminato.

In Emilia Romagna, sulla scia di una lunga e consolidata tradizione storica e culturale, le aziende locali stanno mantenendo una certa autonomia strategica e gestionale, comparabilmente superiore alla situazione delle altre regioni studiate. Da un lato, infatti, le aziende locali tendono ad essere sempre più grandi. A dimensioni maggiori tende a corrispondere maggiore autonomia. Dall'altro lato, le aziende condividono le attività amministrative, che quindi risultano essere difficilmente centralizzabili. Queste due determinanti (grandi dimensioni e condivisione della parte amministrativa a livello inter-aziendale) fanno sì che le aziende sanitarie locali abbiano il primato decisionale sulle leve di configurazione della rete di offerta sociosanitaria regionale. Ad esempio, decidono la localizzazione degli ospedali. Al contrario, il livello centrale, articolato in assessorato e agenzia, è storicamente molto forte sugli aspetti di HTA per la selezione dell'innovazione clinica e la costruzione di reti cliniche per le alte specialità.

In Toscana, due elementi caratterizzano l'assetto istituzionale del sistema, che ha vissuto una progressiva e profonda centralizzazione. Primo, il sistema sanitario toscano è molto compatto, è infatti composto solamente da tre aziende. Secondo, il ruolo di ESTAR è molto forte e sostanzialmente unico per l'acquisizione dei fattori produttivi strategici.

Il Veneto si sta muovendo in maniera decisa verso una forte centralizzazione delle decisioni e verso la costituzione di una tecnostruttura (Azienda Zero) che

sarà un attore di rilevanza sempre maggiore al fianco dell'assessorato regionale. A fronte delle responsabilità affidate ad Azienda Zero, le aziende sanitarie locali si configureranno sempre più come filiali, con la funzione principale di rispetto di procedure e standard definiti a livello centrale. Vanno in questa direzione le operazioni di trasferimento selettivo delle persone e delle competenze dall'assessorato verso Azienda Zero. In altre parole, questo sembra essere un lavoro esplicito di rafforzamento della capogruppo.

## 9.6 Il personale della capogruppo

La presente sezione offre una prima fotografia delle distribuzioni di personale per assessorato, agenzia, tipologia di laurea, inquadramento contrattuale ed età per le regioni oggetto di indagine. Trattandosi di una situazione in forte divenire al momento in cui si scrive, i dati sono parziali, più o meno dettagliati e soggetti a rapido cambiamento. Solamente a titolo esemplificativo, Azienda Zero di Regione Veneto non dispone di personale proprio: i dati riportati nelle tabelle di seguito (Tabelle 9.3, 9.4, 9.5 e 9.6) sono relativi al personale attualmente in distacco o in missione presso Azienda Zero. Ancora, A.Li.Sa. è correntemente nella fase di disegno della dotazione organica.

Seppure in assenza di dati definitivi, è possibile enucleare alcune considerazioni preliminari. Per quanto riguarda la composizione del personale della capogruppo e dell'agenzia in termini di tipologia di laurea, i sistemi sanitari regionali sembrano andare verso un mix. In altre parole, le regioni si stanno

Tabella 9.3 **Distribuzione del personale dell'assessorato per regione e tipologia di laurea**

	ASSESSORATO			
	FVG		TOSCANA	
	N. dipendenti	% dipendenti	N. dipendenti	% dipendenti
Medicina	10	8%	5	2%
Farmacia	5	4%	3	1%
Veterinaria	6	5%	1	0%
Economia e management	13	10%	13	6%
Giurisprudenza	16	12%	13	6%
Scienze politiche e sociologia	18	14%	20	9%
Statistica	4	3%	8	3%
Scienze infermieristiche	2	2%		0%
Ingegneria, architettura, informatica	4	3%	10	4%
Non laureato	32	25%	119	51%
Altro	19	15%	41	18%
	<b>129</b>	<b>100%</b>	<b>233</b>	<b>100%</b>

Tabella 9.4 Distribuzione del personale dell'assessorato per regione, inquadramento contrattuale ed età

		FVG – ASSESSORATO					
	Categoria C	Categoria D	Categoria D con PO	Dirigente	Libero professionista e atipico	Totale	% sul totale
Meno di 30 anni	1	1			5	7	6%
Tra 31 e 40 anni	5	10		3	6	24	20%
Tra 41 e 50 anni	4	20	2	9		35	29%
Tra 51 e 60 anni	7	26	2	9		44	36%
Più di 60 anni		4	2	5		11	9%
<b>Totale</b>	<b>17</b>	<b>61</b>	<b>6</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>121</b>	<b>100%</b>
% sul totale	14%	50%	5%	21%	9%	100%	
		LOMBARDIA – ASSESSORATO					
	Categoria C	Categoria D	Categoria D con PO	Dirigente	Libero professionista e atipico	Totale	% sul totale
<b>Totale</b>	<b>41</b>	<b>85</b>	<b>53</b>	<b>23</b>	<b>47</b>	<b>249</b>	<b>100%</b>
% sul totale	16%	34%	21%	9%	19%	100%	
		TOSCANA – ASSESSORATO					
	Categoria B	Categoria C	Categoria D	Categoria D con PO	Comandati comparto	Dirigente	% sul totale
<b>Totale</b>	<b>16</b>	<b>88</b>	<b>67</b>	<b>48</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>233</b>
% sul totale	7%	38%	29%	21%	1%	5%	100%

Tabella 9.5 Distribuzione del personale dell'agenzia per regione, inquadramento contrattuale ed età

	EGAS					Totale	% sul totale
	Categoria C	Categoria D	Categoria D con PO	Dirigente	Libero professionista ed atipico		
Meno di 30 anni		6			1	7	5%
Tra 31 e 40 anni	13	13	3	4	2	35	27%
Tra 41 e 50 anni	13	20	3	13	1	50	38%
Tra 51 e 60 anni	13	13	3	3		32	25%
Più di 60 anni	1	1		4		6	5%
<b>Totale</b>	<b>40</b>	<b>53</b>	<b>9</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>130</b>	<b>100%</b>
% sul totale	31%	41%	7%	18%	3%	100%	
<b>AZIENDA ZERO</b>							
	Categoria C	Categoria D e Ds	Dirigente	Borsista	Totale	% sul totale	
Meno di 30 anni				4	4	15%	
Tra 31 e 40 anni		4		3	7	27%	
Tra 41 e 50 anni	1	8	1	1	11	42%	
Tra 51 e 60 anni		2	2		4	15%	
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	
% sul totale	4%	54%	12%	31%	100%		

Tabella 9.6 **Distribuzione del personale dell'agenzia per regione e tipologia di laurea**

	AGENZIA			
	EGAS		AZIENDA ZERO	
	N. dipendenti	% dipendenti	N. dipendenti	% dipendenti
Medicina	2	2%		0%
Farmacia	3	2%		0%
Economia e management	3	2%	6	33%
Giurisprudenza	4	3%	3	17%
Scienze politiche e sociologia	2	2%	3	17%
Scienze infermieristiche	31	23%		0%
Ingegneria, architettura, informatica	4	3%	2	11%
Non laureato	57	43%	4	22%
Altro	26	20%		0%
	<b>132</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

dotando di risorse umane con percorsi di studi diversificati al fine di acquisire competenze che siano diversificate e complementari. Inoltre, in tutti i casi in cui i dati sono disponibili, il personale con età inferiore ai 40 anni è meno della metà del personale totale. Infine, si riscontra alta variabilità nelle tipologie contrattuali utilizzate sia nell'assessorato che nelle agenzie.

## 9.7 Conclusioni: le regioni si stanno strutturando consapevolmente come capogruppo?

L'analisi e la riclassificazione dei servizi sanitari regionali discussa in questo capitolo è fondata in particolare sull'assetto di alcune funzioni e processi decisionali (acquisti, logistica, turn-over personale, strutturazione delle reti cliniche). Tali ambiti, pur non rappresentando la totalità delle decisioni strategiche che possono interessare la relazione tra livello regionale ed aziendale, certamente possono essere considerati indicativi della direzione verso cui ci si sta muovendo.

In conclusione, l'analisi evidenzia un processo a tre stadi, che alcuni SSR hanno compiuto in modo sequenziale, altri, arrivati più di recente a scelte politico-istituzionali di centralizzazione, stanno cercando di sviluppare in parallelo.

La prima fase o stadio ha visto l'emergere di soluzioni centralizzate per gestire gli acquisti e la logistica (con particolare riferimento ai magazzini), con soluzioni demandate anche al livello aziendale, ma indirizzate da quello regionale. In tempi più recenti la stessa Regione ha acquistato la gestione di tali piattaforme amministrative, assumendo quindi la forma di centrale di servizio.

La seconda fase è quella che ha caratterizzato gli ultimissimi anni e che ha visto un ruolo crescente delle strutture regionali (assessorati, agenzie, nuove

forme di aziende uniche) nel dirigere in modo più verticale le aziende. Configurando quindi l'emergere di gruppi regionali di aziende sanitarie sotto il controllo di capogruppo regionali di pianificazione o con ruoli strategici che sono intervenute maggiormente nelle scelte sanitarie delle stesse aziende. Questo processo ha coinciso – e per altri versi è stato reso possibile – dal concomitante emergere di tre fattori.

- ▶ La stretta economica del SSN si è riverberata sia sulle Regioni in piano di rientro che sulle restanti; con intensità diversa, ma con simili effetti. La stretta economica è stata accompagnata dalla preoccupazione di proteggere l'autonomia regionale e l'assetto attuale di sistema. Questa tendenza ha determinato una verticalizzazione della politica che ha condotto al rafforzamento della linea decisionale governatore-assessorato-aziende. La politica di livello regionale sembra aver assunto un ruolo più incisivo rispetto al passato, di fatto esautorando quella locale dalle storiche prerogative – mai venute meno nei fatti nonostante il riassetto istituzionale progressivo del SSN – di prima interfaccia delle aziende. Questa verticalizzazione si è concretizzata nel fatto che molte direzioni aziendali si sono trovate ad avere un filo diretto molto più intenso con il governatore stesso, con l'assessore o con cabine di regia regionale e a volte con gli stessi dirigenti regionali. Ciò è avvenuto anche, in misura crescente, su scelte di configurazione locale della rete dei servizi sanitari e socio-assistenziali.
- ▶ Sono stati chiamati a dirigere gli assessorati, e a svolgere il ruolo di assessore, persone con esperienze pregresse di Direttore Generale di azienda sanitaria. Si tratta di professionisti capaci di intervenire non solo sui perimetri delle aziende (dimensioni e configurazione istituzionale), ma anche sui contenuti stessi dell'offerta (ad esempio, rete dei servizi, localizzazione, modelli operativi). Questo ha permesso a diverse Regioni di assumere in modo più consapevole ed efficace il ruolo di capogruppo.
- ▶ Si sono create condizioni di contesto molto favorevoli all'accentramento regionale delle decisioni. Ad esempio, quelle generate dal D.M. 70 sulle reti ospedaliere, i risultati e le pressioni indotte dal programma nazionale esiti, il recente intervento sulle liste di attesa. Le spinte nazionali, e i vincoli attuativi corrispondenti, hanno dato alle Regioni l'opportunità di centralizzare un portafoglio crescente di decisioni che riguardavano l'ambito delle funzioni sanitarie.

La terza fase è quella attuale, degli ultimi mesi ed in corso. Fase che vede una intensificazione dei processi di centralizzazione verso assetti di capogruppo strategica e direzionale. Il *driver* di questa accelerazione è forse riconducibile a una diversa percezione della variabile tempo, che appare ora più indipendente dai tempi della politica. Ovvero, l'azione del livello istituzionale regionale su

quello aziendale appare più disgiunta che in passato dai tempi del ciclo politico: assessori e tecnici regionali, con esperienza di direzione aziendale e forti della verticalizzazione della politica – che ha indebolito i processi concertativi di livello regionale e locale – sono in grado di esercitare un indirizzo ed un controllo più rapido e pervasivo sull’azione del *management* delle aziende sanitarie. Di conseguenza, si attendono tempi di intervento altrettanto rapidi. Ne è dimostrazione la *governance* più stringente che molte Regioni del campione analizzato hanno messo in atto ad esempio, tramite riunioni continue con le direzioni aziendali, tavoli di lavoro, gruppi tecnici e momenti di formazione congiunti. Questa *governance* allargata configura l’emergere chiaro di una Regione sempre di più nelle vesti di capogruppo strategica o direzionale, indipendentemente dal fatto che sia stata prevista un’azienda/agenzia regionale di governo del sistema o che la Regione svolga tale ruolo in quanto in piano di rientro.

In questo senso, si può affermare che le Regioni svolgono oggi, molto più che in un passato anche recente, un ruolo attivo ed incisivo di capogruppo del sistema di aziende sanitarie del SSR.

Rimangono due nodi centrali, non esaustivi delle complessità che genera un assetto istituzionale da capogruppo, ma che è opportuno sottolineare in questa conclusione, in quanto elementi di particolare criticità.

- ▶ Il primo è la necessità di un rafforzamento delle capacità operative delle tecnostutture regionali, sia per competenze che per dimensionamento degli organici. Qui si percepisce un disallineamento tra le aspettative di funzionamento della *holding* regionale e la sua effettiva capacità di lavoro. Questo genera non di rado un funzionamento ad elastico, fatto di accelerazioni quando si arriva vicino alle scadenze e pause e rallentamenti in itinere, con implicazioni importanti sui processi di governo e cambiamento aziendali.
- ▶ Il secondo è la probabile necessità di rafforzare il coinvolgimento del privato accreditato (e non) nella *governance* allargata regionale. Questo coinvolgimento serve per transitare da logiche di governo centrate sulla sola variabile spesa a logiche di intervento coerenti sulle reti di offerta e sulle funzioni sanitarie in relazione a quanto previsto per il sistema pubblico e tenuto conto delle necessità di sviluppo dello stesso settore privato.

## Bibliografia

- Cardinaels E., Sorderstom N. (2013), «Managing in complex world: accounting and governance choices in hospitals». *European Accounting Review*; 22: 647-684.
- Del Vecchio M. (2009), «Deintegrazione Istituzionale e Integrazione Funzionale Nelle Aziende Sanitarie Pubbliche», *Egea*, Milano.

- Dossi A., Lecci F., Longo F., Morelli M. (2017), «Hospital acquisitions, parenting styles and management accounting change: an institutional perspective», *Health Services Management Research*, 30 (1): 22-33.
- Fattore G., Gugiatti A., Longo F. (2016), «Il riordino dei servizi sanitari regionali», in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, pp. 293-311.
- Kostova T., Roth K., Dacin M.T. (2008), «Institutional theory in the study of multinational corporations: a critique and new directions». *Academy of Management Review*, 33: 994-1006.
- Longo F., Lega F. (2002), «Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto», *Mecosan*, n. 41: 9-21.
- Luke R.D., Begun J.W., Pointer D.D. (1989), «Quasi firm: strategic interorganizational forms in the health care industry», *Academy of Management Review*, vol. 14, n. 1, 9-19
- Regione Liguria, sito istituzionale Sistema Sanitario Regione Liguria, disponibile on line <http://www.alisa.liguria.it/index.php> (Ultimo accesso 28 giugno 2017)
- Regione Friuli Venezia Giulia, sito istituzionale Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi, disponibile on line <https://egas.sanita.fvg.it/en/>
- Regione Friuli Venezia Giulia, «Atto Aziendale - Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi», disponibile on line [https://egas.sanita.fvg.it/media/uploads/files/atto\\_aziendale\\_definitivo1.01.pdf](https://egas.sanita.fvg.it/media/uploads/files/atto_aziendale_definitivo1.01.pdf) (Ultimo accesso 28 giugno 2017)
- Regione Friuli Venezia Giulia, sito istituzionale Sistema Sociale e Sanitario, disponibile on line <http://www.regione.fvg.it/rafv/cms/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/> (Ultimo accesso 28 giugno 2017)
- Regione Lombardia, sito istituzionale, disponibile on line <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione> (Ultimo accesso 28 giugno 2017)
- Regione Lombardia, «Il nuovo Sistema Sociosanitario Lombardo», disponibile on line [http://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/d4e33ded-95f9-4fcf-ac68-be33e5d5658c/mappa\\_LR23\\_2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=d4e33ded-95f9-4fcf-ac68-be33e5d5658c](http://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/d4e33ded-95f9-4fcf-ac68-be33e5d5658c/mappa_LR23_2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=d4e33ded-95f9-4fcf-ac68-be33e5d5658c) (Ultimo accesso 28 giugno 2017)
- Regione Emilia Romagna, sito istituzionale, disponibile on line <http://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr> (Ultimo accesso 28 giugno 2017)
- Regione Toscana, sito istituzionale, disponibile on line <http://www.regione.toscana.it/sst/organizzazione> (Ultimo accesso 28 giugno 2017)
- Regione Veneto, sito istituzionale, disponibile on line <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/il-sistema-socio-sanitario-regionale>
- Regione Veneto, sito istituzionale, disponibile on line <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/struttura-organizzativa>
- Regione Veneto, sito istituzionale, disponibile on line <https://salute.regione.veneto.it/aziendazero> (Ultimo accesso 28 giugno 2017)

